

renografiei izotopice și altor indicații pentru internarea în staționar, aprecierea ecografică în regim Doppler a JUV poate fi criteriu de selectare a pacienților ce pot urma tratament ambulator.

Concluzii

1. Utilizarea examinării Doppler a JUV permite examinarea zilnică a dinamicii obstrucției urterale.
2. Aprecierea Doppler a frecvenței JUV permite diferențierea obstrucției complete de cea parțială și selectarea tratamentului.
3. Evaluarea ecografică în regim Doppler a JUV este metodă de examinare informativă, permite a stabili pronosticul tratamentului, a preveni și micșora numărul complicațiilor. Ne oferă posibilitatea micșorării numărului investigațiilor radiologice și radioizotope cu scăderea iradierii pacienților și economisirea substanțelor de contrast la această categorie de pacienți.

Bibliografie

1. Dubbing PA, Kurtz A.B., Darby J., et al. Ureteric jet effect: the echografic appearance of urine entering the bladder. Radiology 1981; 140:513-515.
2. Kremer H., Dobrinski W., Mikyska M., et al. Ultrasonic in vivo and in vitro studies on the nature of the urethral jet phenomenon. Radiology 1982; 142: 175-177.
3. Митьков В.В., Хитрова А.Н., Насникова И.Ю. Цветовое картирование и импульсная доплерография в диагностике уретеролитиаза и сопутствующих нарушений уродинамики. Ультразвуковая диагностика 1998; 1: 63-74.
4. Дыбунов А.Г., Дворяковский И.В., Зоркин С.Н. Оценка мочеточнико-пузырного выброса у здоровых детей методом доплерографии. Ультразвуковая диагностика 2000; 1: 73-77.

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTULUI RENAL SOLITAR. PRIMA EXPERIENȚĂ

Dorin Tănase, Emil Ceban, Adrian Hotineanu, Andrei Galescu, Vitalie Ghicavî
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

Laparoscopic treatment of simple renal cyst. First experience

Laparoscopic surgical treatment of solitary renal cyst has become nowadays the choice intervention for this disease and cyst dome resection is limited by its renal parenchyma. Intervention has a relatively low degree of difficulty, it may be a debut of laparoscopic techniques for urologists. Advantages of laparoscopy are the morbidity and shorter postoperative hospitalization period compared to conventional surgical techniques, such as overall cost price below the open intervention.

Rezumat

Tratamentul chirurgical laparoscopic al chistului renal solitar a devenit la etapa actuală intervenția de elecție pentru această patologie și constă în rezecția domului chistului până la limita sa cu parenchimul renal. Fiind o intervenție cu grad de dificultate relativ redus, ea poate constitui una din tehnicile laparoscopice de debut pentru urologi. Avantajele abordului laparoscopic este morbiditatea și perioada de spitalizare postoperatorii mai reduse comparativ cu tehnicile chirurgicale clasice, prețul de cost global fiind astfel sub cel al unei intervenții deschise.

Introducere

Chistul Renal Solitar (CRS) reprezintă o formațiune de volum benignă, cu o membrană subțire, formată dintr-o capsulă fibroasă din țesut epitelial, care se dezvoltă din parenchimul renal și care conține, de obicei, lichid seros. Este una din cele mai răspândite patologii renale și se întâlnește în 50% din cazurile diagnosticate conform necropsiilor la persoanele peste 50 de ani (Mike B.Siroky, 2004; H.A. Лопаткин., 1992; M. Zeigler et al.,1973).

Scopul tratamentului este verificarea, evacuarea conținutului chistului și împiedicarea posibilității de refacere la loc. Aceasta se realizează prin punția evacuatorie și introducerea de substanțe sclerozante, fenestrarea sau rezecția percutanată a domului chistului, rezecția domului prin abord lomboscopic sau laparoscopic și realizarea aceluiași obiective prin chirurgia deschisă (I. Sinescu, 2008; G. Gluck, 2008).

Intervenția chirurgicală de elecție în CRS este rezecția laparoscopică a domului chistului (H.A. Лопаткин, 1999; I. Coman, 2000; R. Boja, 2000; E. Angelescu, 2003). Rezecția se realizează fie prin abord transperitoneal, fie prin abord retroperitoneal. Chistectomia pe cale laparoscopică este indicată în chisturile renale simple voluminoase, compresive, simptomatice, al căror diametru, măsurat ecografic, depășește 5 cm, și în mod deosebit pentru cele recidivante după evacuare/sclerozare percutanată ecoghidată (R. Duca, I. Coman, 1998). Această metodă reprezintă o alternativă pentru intervenția deschisă și punția percutanată. Laparoscopic pot fi abordate toate chisturile, situate la polul superior, parapelvical, medial. În cazul localizării chistului la polul superior vizualizarea lui nu întâmpină dificultăți, deoarece el proemină și se vede intraperitoneal. Avantajul abordului transperitoneal este în situația când pe lângă chistul renal simplu avem posibilitatea de a rezolva și altă patologie chirurgicală existentă intraabdominală - colecistita calculoasă, chist hepatic, apendicită ș.a. (I. Sinescu, 2008; G. Gluck, 2008).

Recidiva după intervențiile laparoscopice este foarte joasă atunci când se execută o fenestrare largă, sau o chistectomie completă. Rezultatele obținute pe termen lung prin intervențiile laparoscopice, ne arată că această metodă este optimă din metodele minim invazive (A. Atug, 2005; I. Sinescu, 2008; G. Gluck, 2008). La momentul actual rezecția laparoscopică a CRS reprezintă o intervenție chirurgicală bine standartizată, cu complicații minime și practic fără riscul recidivei (Rassweiler, 1998).

Scopul lucrării

Analiza rezultatelor obținute și prezentarea primei experiențe în tratamentul laparoscopic al Chistului Renal Solitar.

Materiale și metode

Au fost analizate rezultatele obținute în urma aplicării rezecției laparoscopice a chistului renal solitar la 23 de pacienți (8 bărbați și 15 femei) în perioada 2008-2010 în secția de Urologie a Spitalului Clinic Republican. Vârsta pacienților a variat de la 21 până la 65 de ani cu o medie de 48,3 ani. Preoperator toți pacienții au fost investigați ultrasonografic, urografic și în unele situații computer tomografic în regim de urografie și angiografie selectivă. La 12 pacienți (52,2 %) chistul era situat pe stânga (la polul superior în 35,7%, mediorenal lateral în 17%), iar la 11 pacienți (47,8%) pe dreapta (la polul superior în 28,5% și mediorenal lateral în 19.3%). Toate chisturile mediorenale aveau o localizare laterală. În rezultatul investigațiilor paraclinice au fost diagnosticate preoperator formațiuni chistice de la 5,5 la 10.8 cm în diametru situate preponderent periferic.

Rezultate

În toate cazurile rezecția chisturilor a fost realizată prin abord transperitoneal. Laparoscopic această tehnică a fost posibilă în 21 de cazuri, ceea ce a constituit 91,3%. În 2 cazuri, din motive tehnice, sa recurs la conversia în intervenție deschisă. Ca metodă anestezică a fost folosită anestezia generală, iar durata intervențiilor a variat de la 28 până la 62 de minute cu

o medie de 35,6 minute. Perioada de spitalizare a constituit în medie 6,2 zile, perioada postoperatorie a fost de 2,9 zile. Toți pacienții postoperator au fost examinați la 3 și 12 luni. Recidiva chistului după intervenție laparoscopică a fost constatată într-un singur caz.

Este de menționat și faptul că în 2 cazuri pe lângă rezecția laparoscopică a CRS a fost efectuată și colecistectomia laparoscopică, iar într-un caz a fost realizată colecistectomia și rezecția chistului hidatic hepatic.

Caz clinic

Pacienta S. anul nașterii 1953 a fost internată în secția de Urologia IMS SCR cu diagnosticul de CRS pe stânga. În urma efectuării examenului ultrasonografic au fost stabilite următoarele diagnostici concomitente: Chist hidatic hepatic segm. 4-8, Colecistită cronică calculoasă. De asemenea, preoperator în scopul precizării diagnosticului și evaluării rapoartelor cu organele vecine sa efectuat și tomografia computerizată în regim urografic și angiografic selectiv (fig. 1-3).



Fig. 1 (Chist hepatic, colecistită calculoasă).

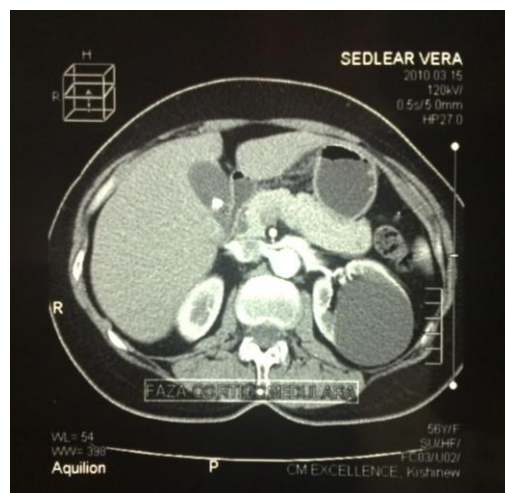


Fig. 2 (Chist renal solitar pe stânga).

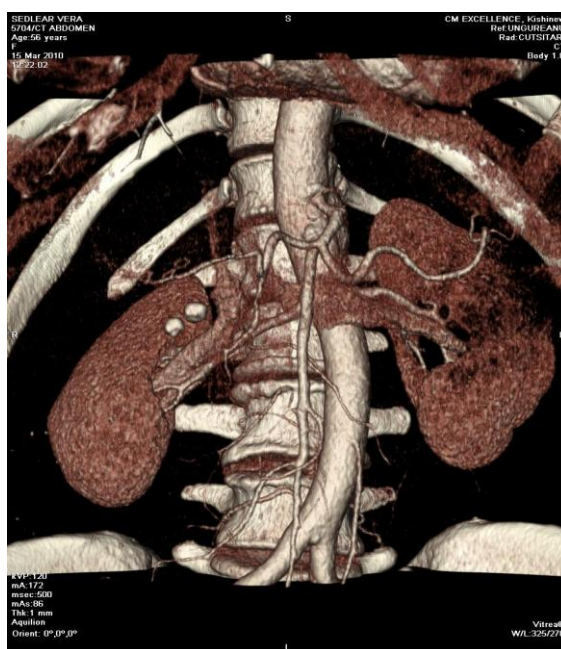


Fig. 3 (Imagine CT în regim angiografic selectiv. Chist renal pe stânga).

Intervenția chirurgicală laparoscopică a fost efectuată concomitent în trei etape:

1. Rezecția laparoscopică a chistului renal pe stânga.
2. Chistectomie hepatică laparoscopică, segm. 4-8.
3. Colecistectomia laparoscopică.

Intervenția a fost posibilă cu suportul anesteziei generale. Durata intervenției a fost de 1 oră și 25 de minute. Echipa operatorie a fost formată din doi chirurghi și un urolog. Durata de spitalizare a fost de 7 zile, iar perioada postoperatorie a durat 4 zile. Postoperator pacienta a primit în decurs de 1 lună preparate antiparazitare (Escazol, 400 mg, 2 ori pe zi). Control la o lună și la trei luni a constatat absența chisturilor.

Concluzii

Rezultatele obținute prin tratamentul laparoscopic al chistului renal solitar sunt comparabile cu intervențiile deschise, dar avantajele acestei metode minim invazive sunt incontestabile și indiscutabile la momentul actual. Agresivitatea minimă a actului chirurgical, absența cicatricilor mari postoperatorii, micșorarea perioadei de spitalizare, reabilitarea rapidă și reintegrarea în viața socială și activitatea profesională sunt doar unele din momente care ne fac să alegem această metodă de tratament. De asemenea intervențiile prin abord transperitoneal ne permit rezolvarea concomitentă și a altor patologii intraabdominale (colecistite calculoase, hernii hiatale, chisturi hepatice, adrelectomii etc.). În plus, vizibilitatea excelentă oferită de imaginea laparoscopului permite, în mâini experimentale, o disecție de calitate și cu riscuri minime de lezare a elementelor vasculo-nervoase.

Bibliografie

1. Mike B. Strokz et al., Handbook of Urology, 2004, 59-51, Philadelphia, USA.
2. I. Sinescu, G. Gluck, Tratat de Urologie, 2008, 582-616, București, România.
3. D. Nicolescu, Bazele chirurgiei endouroligice, 1997, 145-159, Timișoara, România.
4. Н.А. Лопадкин, Руководство по урологии, 1998, 183-188, Москва.
5. Ioan Coman, Sergiu Duca, Chirurgia urologică laparoscopică, 2002, 84-93, Cluj-Napoca.
6. Radu Boja, Chirurgia percutanată reno-ureterală, 2000, 347-366, Constanța, România.
7. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch, Smith`s General Urology, Laparoscopic Surgery, 2004, 140-163, USA.
8. Tănase A., Urologie și nefrologie chirurgicală (curs de prelegeri), 2005, 33-38, Chișinău.
9. Sinescu I., Urologie clinică, 1998, 165-184, București, România.
10. Badea R., Ducea S., Mircea P., Stamatian F., Tratat de ultrasonografie clinică, Vol.II.
11. Geavlet P., Atlas of endourology, 2006, București, România.
12. J Endourol. 2008 Nov;22(11):2559-63. Simple renal cyst sclerotherapy with acetic acid: our 10-year experience. Yoo KH, Lee SJ, Jeon SH. Department of Urology, Kyung Hee, University School of Medicine, Seoul, Korea.
13. Bosniak MA "The small (< 3.0 cm) renal parenchymal tumor: detection, diagnosis and controversies." Radiology (1991) 179:307-317.
14. Israel GM, Bosniak MA "MR imaging of cystic renal masses." Magn Reson Imaging Clin N Am (2004) 12:403-412.
15. Atug F, Burgess SV, Ruiz-Deya G, Mendes-Torres F, Castle EP, Thomas R. "Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts." Urology, 2006; 68:272-5.
16. Urol Nefrol (Mosk). 1999 Mar-Apr;(2):23-5.[Laparoscopic resection of a simple renal cyst] [Article in Russian] Lopatkin NA, Fidarov FB, Martov AG.

17. J Pediatr Urol. 2008 Dec;4(6):477-9. Epub 2008 Jul 17. Laparoscopic treatment of unilocular renal hydatid cyst mimicking a simple cyst in a child. Onal B, Demirkesen O, Citgez S, Argun B, Oner.

18. J Urol. 1993 Nov;150(5 Pt 1):1486-8. Laparoscopic marsupialization of a simple renal cyst. Stoller ML, Irby PB 3rd, Osman M, Carroll PR. Department of Urology, University of California School of Medicine, San Francisco.

19. Y. Kang, M. Gupta; The benefits of endoscopic management of symptomatic renal cysts / Contemporary urology 2001, 157-5. Boja R., Chirurgia percutanată reno-ureterală, 2000, România, pag. 53-59, 347-375.

APRECIEREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL INCONTINENȚEI URINARE CU CHESTIONARUL ICIQ-SF

Viorel Tuchila

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

Findings efficacy of the Urinary Incontinence surgery with the questionnaire ICIQ-SF

This paper assessed the effectiveness of the operation type with mesh sling uretropic prolaps to treat stress incontinence in women by highlighting the impact on quality of life for women with international questionnaire pre and postoperatively ICIQ-SF at 3 and 6 months after surgery

Rezumat

În această lucrare este apreciată eficacitatea operației tip sling uretropic cu plasă de prolaps în tratamentul incontinenței urinare de efort la femei prin evidențierea impactului asupra calității vieții femeii cu ajutorul chestionarului internațional ICIQ-SF pre și postoperator la 3 și la 6 luni după intervenție

Întroducere

Incontinența urinară(IU) la femei este una din problemele stringente ale urologiei contemporane. Atîrnarea față de această maladie este diferită, iar actualitatea este direct proporțională cu nivelul de dezvoltare socială a țării(Hansoerg M,1998).

Numărul cercetărilor epidemiologice efectuate în ultimii ani, denotă o răspîndire a patologiei în cauză de la 4,5% pînă la 53%(Perrigot M.1987). Explicația științifică a acestui diapazon are după sine: diversitățile etnice, varietatea culturilor a unui sau altui popor, ce confirmă datele ultimelor cercetări(foarte multe femei ascund maladia la întrebările medicilor expuse direct. Au fost propuse o mulțime de anchete pentru stabilirea simptomatiei și gravității maladii).

IU are un impact pronunțat asupra calității vieții pacientelor (Quality of Life Score), ca urmare Societatea Internațională a Continenței Urinare a adoptat un model de chestionar: ICIQ-SF, care permite evaluarea gravității patologiei, impactului asupra calității vieții și eficacitatea tratamentului.

Scopul lucrării

Evaluarea eficacității tratamentului chirurgical al IU de efort la femei cu plasă de prolaps utilizând chestionarul ICIQ-SF prin aprecierea calității vieții (QOL) pînă și după tratament, unitatea de măsură fiind în baluri.