

Examinarea radiologică efectuată postoperator arată contur net a vezicii urinare, uretra contrastată, aspect normal.

Concluzie: Polipul înlăturat din uretra posterioară a acestui pacient funcționa ca o valvă, care periodic provoca retenție acută de urină.

Bibliografie

1. A.K.Чепуров, Г.Г.Кривобородов, А.П.Ракша, В.П.Маленко, П.Г.Шварц Полип уретры, вызвавший острую задержку мочеиспускания. // Урология, 2001, Nr. 2, стр. 45-47.
2. Jores L. // Arch. path. anat. – 1894. – 135. – p.224
3. Nellans R. E., Stein J.J. // Urology. – 1975. – Vol. 9. – p. 474.
4. Downs R. // Br. J. Urol. – 1970. - Vol.42. – p.76.
5. Kunimi K., Shimamura M., Miyagi T., Kurumaya H. // Intern. Urol. Nephrol. 1994.- Vol. 26, N 6. – p. 669-672.
6. Pacic D., Dolezel J., Skoumal R. et. al. // Intern. Urol. Nephrol. – 1993. – Vol. 25, N 5. – p. 479-484.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC A REFLUXULUI VEZICO-RENAL CU DEFLUX

A. Buza, A. Tănase, M. Bîrsan, V. Șaptefrați, A. Iuhtimovschi

USMF «N. Testemițanu», Spitalul Clinic Municipal «V. Ignatenco», Chișinău

Summary

The endoscopic treatment with Deflux of vesico-renal reflux at children is a modern and up-to-date management. The dextranomer is the basic agent, it is main support under the urethral orifice and is easily biodegraded by the hydrolysis. The capacity of hyaluronic acid to cicatrize the wound can contribute to a good accepting of the implant. Deflux is a good alternative in endoscopic treatment of vesico-renal reflux.

Actualitatea

Refluxul vezico-renal la copii este cea mai gravă afecțiune a tractului urinar ce duce la invaliditate în 50-60 % (1-2).

Pe parcursul ultimilor ani tratamentul endoscopic al refluxului vezico-renal a devenit o metodă frecvent utilizată cu o rată de eficiență 60-80% (4-7). Pentru injectare endoscopică au fost propuse diverse materiale artificiale, precum politetrafluoroetilena (Teflonul) și siliconul. Aceste materiale rămân pentru totdeauna în corpul uman și efectele adverse tardive sunt insuficient studiate. Unele date ne sugerează, că jelul de Teflon poate cauza granulomatoză și migrare spre organele parenhimatoase distante (8-9). Siliconul poate provoca reacții autoimune (10-11). Scepticismul crescând asupra eficacității metodei a intensificat căutarea unui material biocompatibil și biodegradabil. Au fost testate multe materiale naturale (12-13), dar numai colagenul de bovină este unica substanță biologică folosită clinic cu rezultate satisfăcătoare.

Scopul studiului

Aprecierea siguranței și eficienței de durată scurtă și tardivă a noului preparat – implantul biocompatibil, dextranomer în soluție de heparină de sodiu (sistemul Deflux).

Material și metode

Sistema implantului: Defluxul constă din microsferă de 80-120 μm dextranomer în soluție de 1% de acid hialuronic. Într-un ml al acestui produs foarte viscos se află 0,5 ml. de microsferă. Acidul hialuronic este un glucozoaminoglican identic cu multe țesuturi umane. După implantare acidul hialuronic dispare într-o săptămână. Microsferă de dextranomer reprezintă o rețea de legătură de dextran, o polisaharidă bine cunoscută. Nu există molecule de dextran care circulează liber.

În studiu au fost incluși 4 de pacienți (2 fetițe și 2 băieți) în vîrstă de 5-13 ani cu reflux de gr. II-IV stabilit la cistouretrografie la un interval de 6-12 luni. Au fost incluși atât pacienți cu operații antireflux în antecedente, cât și pacienți cu reflux depistat primar. La toți pacienții în scop profilactic s-au administrat preparate antibacteriene. Refluxul a fost unilateral la toți pacienții. La un pacient a fost diagnosticată o recidivă a refluxului pe dreapta de gr. III-IV, la două fetițe - reflux mixt pe stînga de gr. II-III și a la al 4-lea pacient - reflux mixt vezico-renal de gr. II-III pe rinichi unic stînga (Tabelul 1)

Repartiția pacienților conform tipului de reflux

Pacienții	Vârsta	Gradul refluxului	Rezultatul implantării
N 1	6 ani	Recidivă a RVR pe dreapta gr. III-IV după operație	Însănătoșire
N 2	13 ani	RVR gr. II-III în rinichiul solitar pe sînga	Refluxul persistă, v-a fi reimplantat
N 3	5 ani	RVR mixt gr. II pe sînga	Însănătoșire
N 4	6 ani	RVR mixt gr. II-III pe sînga	Însănătoșire

Rezultate

Tehnica tratamentului: Pentru implantare am folosit cistoscopul 10 F de tip comun, precum și un ac special de 25 cm, 3,5 F, poleit cu politetrafluoretilenă (PTF). Implantul a fost introdus la ora 6, sub orificiul ureteral. Datorită proprietăților pseudoplastice ale hialuronului de sodiu substanța s-a aplicat ușor. Injectarea subureterală a 0,4 - 1,0 ml de Deflux, a creat instantaneu o proeminență considerabilă a orificiului ureteral. În majoritatea cazurilor pentru rezolvarea refluxului a fost suficientă o singură implantare, doar într-un caz a fost necesară o nouă implantare. Procedura endoscopică a fost efectuată sub anestezie generală.

Urmărirea postoperatorie: Am efectuat ecografie în prima zi după operație și la interval de o lună. La 3 luni s-a efectuat cistouretrografie. La un an postoperator am efectuat urografie intravenoasă. Profilaxia cu antibiotice a fost continuată pînă la prima cistouretrografie tratament antibiotic a continuat doar la pacienții cu reflux persistent (gr. III și >). În atare situație pacienților li s-a propus reefectuarea procedurii de implant.

Timpul intervenției a fost de 10-12 min. Implantarea n-a generat efecte adverse și toți pacienții au fost externati în aceeași zi. Nu am semnalat nici un caz de stenoză ureterală. Examinările ecografice la o zi și o lună după implantare n-au apreciat dilatări a căilor urinare superioare. La 3 luni după implantare s-a efectuat cistouretrografia, care a arătat că RVR de gr. II-III în 3 cazuri (75%) a dispărut, la un pacient cu rinichi solitar pe sînga refluxul vezico-renal persistă.

Discuții, concluzii

Tratamentul refluxului vezico-renal la copii rămîne o problemă controversă (14-15). Scopul tratamentului conservativ este prevenirea atacului de pielonefrită și a răsunetului negativ asupra rinichilor. În multe centre este preferat tratamentul conservativ, intervențiile chirurgicale se efectuează doar la pacienții cu grad înalt de reflux, la pacienții cu infecții recurente și cu reflux-nefropatie. Studii internaționale arată că rata de dispariție spontană a refluxului de gr. III-IV este foarte mică. Refluxul persistă la 5 ani de depistare în mai mult de 80%. Profilaxia cu antibiotice se face atît timp cît persistă refluxul. Astfel, majoritatea copiilor cu RVR vor fi supuși pe parcursul a cîtorva ani tratamentului medicamentos și la examinări radiologice anuale, iar în caz de persistență a refluxului, pacientul v-a fi supus operației.

Corecția endoscopică a RVR propusă de Matoucek în 1981 (16) și O'Donell și Puri în 1984 (17) a fost acceptată ca o procedură standard în multe centre urologice pediatrice din Europa.

Este important de a aplica injectarea conform recomandățiilor lui O'Donnell (18). Cele mai bune rezultate au fost obținute cînd implantarea se efectuează cît mai superficial sub mucoasă și alături de orificiu la ora 6 fix. Această amplasare poate fi cel mai bine obținută cu ajutorul unui ac special cu o acoperire de PTF, ce prevede penetrarea cît mai adîncă în perețele vezical. Implantarea se efectuează ușor și repede, procedura fiind asemănătoare cu o simplă cistoscopie.

Pentru a decide care pacient trebuie tratat endoscopic, a fost sugerată ideea că, prezența anomaliilor grave a orificiului ureteral de gr. înalt IV-V a RVR și ureterele duble prezintă contraindicații, rezultatele în aceste grupe fiind mai puțin satisfăcătoare. Experiența noastră demonstrează, că RVR de gr. II - IV poate fi tratat endoscopic cu succes.

Rezultatele obținute ne permit de a concluziona, că implantarea subureterală cu Deflux poate servi ca o alternativă a altor materiale injectabile în tratamentul endoscopic a RVR la copii.

Bibliografie:

1. Лопаткин Н. А., Пугачёв А. Г., Родоман В.Е. Пилонефрит у детей. – М., 1979.
2. Державин В. М., Казанская И. В., Вишневский Е. Л., Гусев С. Б. Диагностика урологических заболеваний у детей. – М. 1984.
3. A. Stenberg, G. Lakcgren.: A new bioimplant for the endoscopic treatment of vesicoureteral

- reflux: experimental and short-term clinical results. The J. of Urol. 1995, Vol. 154, 800-803.
4. Buckley, J.F., Azmy, A.A., Fyf, A. Et al.: Injectable microparticulate silicone: a new treatment to correct vesicoureteric reflux. Eur. Urol., July, 1992.
 5. Frey, P., Berger, D., Jenny, P. and Heryog, B.: Subureteral collagen injection for the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux in children. Followup study of 97 treated ureters and histological analysis of collagen implants. J. Urol., part.2, 148: 718, 1992.
 6. Puri, P.: Endoscopic correction of primary vesicoureteric reflux by subureteric injection of polytetrafluoroethylene. Lancet, 335: 1320, 1990.
 7. Maizia, A.A. Jr., Reiman, H. M., Myers, R.P. et al.: Migration and granulomatous reaction after periurethral injection of Polytef (Teflon). J.A.M.A., 251: 3277, 1984.
 8. Mittleman, R.E. and Marraccini, J. V.: Pulmonary teflon granulomas following periurethral Teflon injection for urinary incontinence. Arch. Path. Lab. Med., 107: 611, 1983.
 9. Rames, R.A. and Aaronson, I.A.: The migration of Polytef paste to the lung and brain following intravesical injection for the correction of reflux. Ped. Surg. Int., 6: 239, 1991.
 10. Biesang, A. B., III and Ersec, R.A. : Mammalian response to subdermal implantation of textured microimplants. Aesthetic Plast. Surg., 16: 83, 1992.
 11. Travis, W. D., Bologh, K. and Abraham, J. L.: Silicone granulomas: report of three cases and review of the literature. Hum. Path., 16: 19, 1985.
 12. Atala, A., Kim., Paige, K et al.: Endoscopic treatment of reflux with autologous chondrocytes. Amer. Acad. Ped., abstract 65, 1993.
 13. Dodat, H., Takvarian, P. et al. : Treatment of vesicoureteral reflux in children by endoscopic injection of Teflon. Ped. Surg. Int, 6: 273, 1993.
 14. Scoog, S.J., Belman, A.B. and Massoud, M.: A nonsurgical approach to the management of primary vesicoureteral reflux. J.Urol., part.2, 138: 941, 1987.
 15. Tamminen-Mobius, T., Brunier, E., Ebel, K. et al on behalf of the International Reflux Study in Children: Cessation of vesicoureteral reflux for 5 years in infants and children to medical treatment. J.Urol., part 2, 148: 1662, 1992.
 16. Matouschek, E.: Die Behandlung des vesicorenalen Refluxes durch transurethral Einspritzung von Teflonpaste. Urologe A, 20: 263, 1981.
 17. O'Donnel, B. And Puri, P.: Treatment of vesicoureteric reflux injection of Teflon. Brit. Med. J., 289: 7, 1984.
 18. O'Donnel, B.: Endoscopic correction of vesicoureteric reflux (the Sting): 6 years experience. Ped. Surg.Int., 6: 266, 1991.

COMPARAȚIA PROCEDEULUI LAMBOULUI PERIMEATAL BAZAL (MATHIEU) ȘI A PLATOULUI URETRAL TUBULARIZAT INCIZAT (SNODRASS) ÎN HIPOSPADIASUL PRIMAR DISTAL LA COPII

A. Buza, A. Tănase, M. Bîrsan, A. Iuhtimovschi, V. Șaptefrați
 USMF «N. Testemițanu», Spitalul Clinic Municipal »V. Ignatenco»

Summary

To determine whether the perimeatal-based flap technique or the tubularized incised-plate repair is the more successful treatment for distal hypospadias in terms of fistula rate, cosmesis of the meatus and operative duration. The complication rate was lower and the surgery significantly quicker with the Snodgrass urethroplasty, which also had a better cosmetic outcome. The Snodgrass technique is recommended as a primary treatment for distal hypospadias.

Actualitatea

Pentru pacienții cu hipospadias distal, este caracteristic în ~80% amplasarea meatusului în poziție coronară sau subcoronară (1). Până nu demult operația de elecție în hipospadiasul distal primar era uretrotomia cu lambou perimeatal bazal, operația Mathieu propusă în a.1932 (2-4). Cele mai frecvente complicații postoperatorii în chirurgia hipospadiasului sînt fistulele uretrocutate și stenoza meatală care se întîlnește la peste 25% din pacienți (5). Pe de altă parte, tehnica operatorie cu lambou perimeatal bazal creează un meatus rotund și orizontal, care din punct de vedere cosmetic este mai puțin acceptabil decît un meatus vertical și o deschizătură apicală normală și fiziologică (6). Combinarea tehnicilor lamboului tubularizat incizat și a lamboului perimeatal bazal duc la rezultate cosmetice postoperatorii mult mai bune.