

## MEGAURETER LA COPII

**B.Curajos, A.Curajos, V.Dzero, I.Zaharia, V.Roller, L.Seu, J.Bernic,  
A.Munteanu, E.Ghețeu**

*Clinica Institutului de Cercetări Științifice  
în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului,  
Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «N.Gheorghiu»*

### Summary

*Megaureterohydronefrosis in child is the polyetiological pathology that remains the important problem of the child's urology. MUHN is the social problem, which leads to early invalidization of child and new-borns. The definition of the correct tactics of investigation and choice of traditional methods of treatment of MUHN in child in dependence of etiology permits the considerable decrease of number of complications and in result the invalidisation of children.*

### Actualitatea

Megaureterohydronefroza (MUHN) la copii constituie pînă în prezent un vast capitol al urologiei pediatrie și prezintă o importanță deosebită din punct de vedere al diagnosticului și tacticii raționale de tratament. MUHN poate provoca insuficiență renală la noi-născuți și copii de vîrstă mică și mărește numărul invalizilor din copilărie.

Terminologia de megaureter a fost propusă în 1923 de Caulc, prin care se înțelege dilatarea ureterului pe tot parcursul și pierderea funcției de eliminare a urinei.

Pe parcursul anilor această maladie se descria ca:

- dilatarea chistică a ureterului;
- ghirsprung urologic;
- ahalavia ureterului;
- ureter gigant;
- hydroureter;
- dilatarea congenitală a ureterului, etc.

Problema diagnosticului și tratamentului rațional în dependență de forma și cauza megaureterului nu este soluționată. MUHN este o problemă medico-socială, ținînd cont de invalidizarea copiilor ce suferă de patologia în cauză.

### Scopul

Elaborarea unei tactici optime de diagnostic și tratament precoce a copiilor ce suferă de MUHN, care va duce la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului unei patologii atât de grave.

### Material și metode

Studiul s-a efectuat pe un lot de 126 copii cu MUHN, care au fost tratați în secția urologie CI-ȘOȘMșiC și s-au repartizat în felul următor:

- 1) MUHN refluxantă - 89
- 2) MUHN obstructivă (organică și funcțională) - 37

Copiii au fost supuși corecției chirurgicale cu utilizarea diferitor procedee. Studiul a fost efectuat conform unui protocol standard de examinare și tratament, care a inclus:

- examinările clinice, clinico-biochimice;
- ultrasonografie cu examinarea obligatorie a ureterului pe tot traiectul;
- investigații radiologice (urografia intravenoasă și de infuzie, cystouretrografia micțională, uretrografia retrogradă);
- examenare radioizotopică;
- cystoadaptometria, cystoscopia, etc.

În clinica noastră a fost elaborată o metodă de examenare R-logică, ce are drept scop simplificarea stabilirii diagnosticului corect și alegerea tacticii optime de tratament chirurgical.

Deseori la o MUHN medicul se înfînește cu un tablou de «hydronefroză» pe urograme, cînd, din cauza funcției scăzute a rinichiului, pe R-grame se depistează numai rinichiul mărit în dimensiuni cu cavitățile dilatate, dar ureterul dilatat cu stenoză iuxtavezicală nu se depistează, deoarece vezica urinară, plină de substanță de contrast, nu ne permite vizualizarea segmentului inferior al ureterului. În atare situații adeseori se intervine chirurgical (greșit) la joncțiunea pyeloureterală.

Noi efectuăm un clișeu R-logic tardiv, cînd substanța de contrast ajunge pe ureterul atonic

pînă la porțiunea stenozată și un clișeu și mai tardiv postmijcțional, în poziție ortostatică, cînd se vizualizează ureterul dilatat sinusoidal și porțiunea stenozată a ureterului. Ultimul clișeu adeseori ne-a permis, alegerea corectă și eficientă a tacticii de tratament.

**Rezultate și discuții:**

Analiza de ansamblu a datelor obținute ne-a permis să stabilim că în lotul MUHN obstructive predomină băieții ~2:1, dar componența MUHN refluxante se repartizează practic egal cu un număr ușor sporit a fetițelor. Propunem clasificarea MUHN în dependență de etiologie, de care în mare parte depinde tactica rațională de tratament.

	Clasificarea megaureterului	
	Primar	Secundar
<b>I. MU obstructiv</b>	1.Stenoza ureterului în porțiunea juxtavezicală 2.Stenoza meatului uretral (ureterocel: simplu și ectopic) 3.Ureter ectopic	1. Megacist a) Obstrucția infravezicală b) vezica urinară neurogenă c) postoperator – tumori retrovezicale 2. Diverticol a vezicii urinare 3. Concrement 4. Tumori vezicale 5. Stenoza meatală inflamatorie posttraumatică
<b>II. MU refluxant</b>	RVR primar	1.Obstrucție infravezicală 2.Vezica urinară neurogenă 3.Diverticol a vezicii urinare
<b>III. Non-obstructiv, Non-refluxant</b>	Dilatatarea idiopatică a ureterului	Diabet insipid IRC - poliurie

În practică utilizăm următoarea clasificare a procesului patologic conform evoluției.

I faza (subcompensată) – ahalazia

II faza - megaureter

III faza – MUHN

Megaureterul nu are un tablou clinic caracteristic. Malformația, care duce la complicații severe – insuficiență renală cronică, se dezvoltă fără semne caracteristice acestei maladii. Patologia se depistează atunci cînd se asociază infecția tractului urinar și insuficiența renală. Copiii se dezvoltă relativ «normal», nu prezintă acuze tipice. Numai la cercetarea detaliată se poate depista dilatarea cistoidului inferior, mai rar mediu. În faza mai avansată «apar» primele semne de patologie:

- slăbiciuni generale
- dureri abdominale
- cefalee
- febră «acauzală»
- piurie stabilă sau recidivantă

La cromocistoscopie – eliminarea tardivă a colorantului. La urografia intravenoasă - dilatarea ureterului pe tot parcursul și hidrocalicoză. Tabloul clinic fazei a III-a este cu mult mai «bogat»:

- acuzele sunt mai pronunțate;
- ureterele sunt dilatate (în diametru peste 3 cm) și pronunțat lungite, sinusoidale (contractiile lipsesc);
- apare hidrocaliconefroză;

Acești copii necesită tratament intensiv în condiții de staționar specializat.

Am dori să atragem atenția urologilor că în caz de reflux pronunțat, și mai ales bilateral, la băieți, e necesar de exclus stenoza congenitală a uretrei posterioare (uretoscopia, calibrare cu buji olivare), deoarece la cistometriografia micțională stenoza poate să nu se vizualizeze. Această formă a stenozei congenitale a uretrei posterioare o calificăm ca ureterohidronefroză refluxantă. Dacă nu se depistează și nu se înlătură stenoza uretrei, dar se efectuează numai plastia antireflux, eșecul postoperator este garantat.

MUHN, care se prelungește de mulți ani și duce la scăderea funcției renale, pînă la insuficiența renală cronică, pune problemele efectuării unui tratament efectiv, printre care un loc important le aparține corecțiilor chirurgicale. Scopul lor e de a păstra funcția renală și a contribui la ameliorarea urodinamicii.

În practica noastră nu am înfînit cazuri de rezolvare «spontană» a megaureterului la nou-născuți, descrise în literatură (M.Domini, A. Aguino).

Am adoptat în clinică următoarea tactică de tratament al MUHN:

- în caz de diagnosticare a MU congenital, toți copiii se supun tratamentului chirurgical;
- în cazul prezenței obstrucției infravezicale, prima etapă e înlăturarea ei;
- tratamentul conservativ se practică la MU refluxante cu funcția renală păstrată, fără acutizarea infecției urinare.

La RVR gr.III tratamentul conservativ practic nu va avea efect pozitiv stabil, deoarece peste câteva săptămîni (luni) la copil din nou apare piuria, precum și agravarea stării generale. La RVR de gradul IV-V și la gradul III, la care în urma tratamentului conservativ n-am obținut efectul așteptat, se practică corecția chirurgicală. Un viitor bun îl are și injectarea în meatul uretral a substanțelor de tip «Deflux». După datele literaturii majoritatea specialiștilor practică în MU obstructiv rezecția sectorului stenozat și neoureterocistoanastomoza cu procedeu antireflux.

În secția urologie CICȘOSMșiC cea mai mare apreciere o are așa numită metoda «Mebel» în modificarea prof.B.Curajos, fără modelarea ureterului pe parcurs. La megaureterele refluxante, ce nu necesită rezecția ureterului se practică și plastia antireflux, procedeu Gregoir. În acele cazuri cînd rinichiul și-a pierdut funcția sau în pionefroze au fost efectuate nefro- sau heminefrectomiile. Operații plastice e necesar de efectuat cît mai precoce posibil, cînd este păstrată funcția rinichiului și activitatea dinamică a ureterului. Toate intervențiile chirurgicale se efectuează numai după tratarea procesului inflamator din vezica urinară. Prezența cistitei în faza de acutizare prezintă contraindicație pentru intervenții chirurgicale plastice. În cazul prezenței urinei reziduale (mai ales în vezica urinară hipotnă), preoperator se instalează un cateter permanent de tip Foley pe o durată de 1 lună și mai mult. MU cauzat de obstrucția infravezicală se operează după înlăturarea obstrucției. Un rol important îl are și rezolvarea disinergeriei detruzoro-sfincteriene (Э.Я. Гусейнов, 2001).

Conform datelor clinicii noastre aplicarea uretero-pielonefrostomelor, în majoritatea cazurilor nu este eficientă și complică tratamentul chirurgical radical ulterior (Pot fi aplicate ca o măsură paliativă după indicații vitale). Cu scop de ameliorare a rezultatelor tratamentului chirurgical se practică tratament intensiv al cistitei postoperatorii, care include:

- tratament antibacterian;
- desenzibilizante;
- instilații a vezicii urinare;
- tratament antisclerotic;
- fizioterapie, curent de frecvență supratonală, curent «Bernar»

Tactica tratamentului subscirs ne-a permis să micșorăm termenul de obstrucție funcțională a ureterului, să diminuăm frecvența cistitei postoperatorii și a contribuit la ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al megaureterului.

Analizînd rezultatele apropiate și tardive a intervențiilor chirurgicale efectuate în secția de urologie și chirurgie a nou-născuților, am observat că majoritatea ureterelor își «revin» atît în dimensiuni cît și funcțional:

- În majoritatea cazurilor a dispărut refluxul activ și pasiv;
- s-a ameliorat funcția renală;
- s-a ameliorat procesul recidivant-inflamator în rinichi și vezica urinară.

De rînd cu rezultatele pozitive, au avut loc și complicații:

I. Recidive a refluxului	7
II. Obstrucția postoperatorie a segmentului uretero-vezical	2
III. Recidive tardive (peste 5-7 ani)	11

### Concluzii

- 1.Megaureterchidronefroza este o maladie poli etiologică care necesită conduită terapeutică diferențiată.
- 2.MU refluxant, mai ales la băieței, necesită excluderea și înlăturarea obstrucției infravezicale și apoi plastie antireflux.
- 3.MUHN în majoritatea lor se manifestă prin infecție urinară recidivantă cu evoluție gravă. La nou-născuți și sugari deseori sunt depistate dereglări ale funcției renale.
- 4.MU obstructive în majoritatea lor se tratează chirurgical.
- 5.Dacă nu există necesitatea de a rezeca segmentul ureterului, se aplică plastia conform procedurii Gregoir, dacă ureterul se rezecă – ureterocistoneoanastomoză cu procedeu antireflux.
- 6.Ureterul dilatat nu necesită modelare, deoarece el își revine îndată după înlăturarea obstrucției.

### **Bibliografie**

1. Материалы V- Пленума Урологов (Ленинград 1981).
2. Пугачев А.Г., Урология, 1999, № 4, с.3-5.
3. Гусейнов Э.Я., Вторичный обструктивный мегауретер с детрузорно-сфинктерно диссинергией у детей, Урология, 2001, №6, с.44-48.
4. Domini M., Aguino A., Palpalepore N. Conservativ Treatment of Neonatal Primary Megaureter Eur.j Pediatr.Surgery, 9 (1999), p.396-399.
5. Benneton D., Primary megaureter in pediatric urology. In: Retic AB, Cukier J: International Perspectives in Urology, 14 (1987), 429.

## **OBSTRUCȚIA INFRAVEZICALĂ LA COPII**

**B.Curajos, V.Dzero, V.Roller, I.Zaharia, A. Curajos,  
L.Curajos, J.Bernic, E.Ghețeu, A.Munteanu, L.Seu**

*Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «N.Gheorghiu»*

### **Summary**

Analyze the diagnostical experience and treatment of 505 children with IVO – including 320 girls with meatal stenosis, 163 boys with congenital stenosis and 22 with valves of posterior urethra. The diagnostical methods of IVO include miction cistouretrography, uretrocistoscopia, and urethral calibration. The treatment of obstruction and its consequences consists in transurethral excision of stenosis and valves rehabilitation (re-establishment) of superior urinary ways and the tract.

### **Actualitatea**

Obstrucția infravezicală (OIV) ocupă un loc de bază în structura morbidității urologice la copii și provoacă dereglări ale întregului tract urinar – de la uretră pînă la rinichi. Răsunetul renal este provocat de dereglările urodinamice și asocierea infecției. Diagnosticul și tratamentul precoce al OIV duce la dispariția infecției urinare recidivante la majoritatea fetițelor și dispariția sau ameliorarea dereglărilor morfofuncționale ale tractului urinar superior la băieței.

### **Material și metode**

În clinica de urologie al ICȘOSMșiC s-au tratat 505 copii cu OIV, inclusiv 320 fetițe cu stenoza meatală, 163 băieței – cu stenoza congenitală și 22 cu valvule al uretrei posterioare. De rînd cu examnul clinic și laborator la acești pacienți s-a aplicat sonografia, s-a apreciat ritmul urinării, cistouretrografia micțională, urofluometria mecanică și cu radioizotopii, cistoadaptometria, uretrocistoscopia, urografia i/v.

### **Rezultate și discuții**

Clinic obstrucția la fetițe s-a manifestat prin infecție urinară recidivantă – 77%, dereglări micționale (micțiuni imperative, enurezis) – la 43%, pe cînd la băieței dereglări micționale constituie 71%, asocierea infecției urinare la 43%.

Obstrucția infravezicală, mai ales la băieței prezentată intrauterin și la naștere prezintă o simptomologie, care este dependentă de gradul stenozei uretrale și răsunetul suprastenotic a căilor urinare. La nou-născuți și sugari se observă un tablou clinic sever, ce se manifestă prin semnele generale – febră, anemie, precum și tulburări digestive, anorexie, grețuri, vărsături, diaree, care pot determina un sindrom de dehidratare acută. Tulburări micționale – jet slab, retenția urinei, glob vezical. La palparea practică întotdeauna se depistează un rinichi mare.

La copii mai mari și adolescenți tabloul clinic este dominat de simptomologia urologică: tulburările micționale sunt pe prim plan și în corelație directă cu gradul stenozei. Cel mai frecvent semn este dizuria, polachiuria și incontinență urinară nocturnă, mai tîrziu și diurnă. Jetul urinar este redus ca calibrul și putere de proiecție. În cazuri severe fiecare micțiune este extrem de dureroasă și necesită un efort ca să se poată realiza, prin comprimarea regiunii hipogastrice.

În final apare o hipotonie a detruzorului cu incontinență de urină falsă (urinări prin prea plin). Aceste cazuri apar uneori lent, altelei simptomele urinare rămîn constante ani de zile, copilul se deprinde cu suferința sa și se adresează la medic în caz de retenție acută de urină, dureri în abdomen, febră sau chiar insuficiență renală. La fetițe dereglările micționale nu sunt așa pronunțate și se manifestă prin polachiurie, micțiuni imperioase, enurezis.

La cistografie, datorită hipotrofiei detruzorului, apar coloane și trabecule pe peretele posterior al vezicii urinare, vezica are aspect caracteristic de vezică cu celule și coloane. Progresiv se formează pseudodiverticuli și o mărire a capacității vezicale.