

EVALUAREA ABORDULUI TRANSPERITONEAL ÎN NEFRECTOMIA PENTRU RINICHI PIONEFROTIC

Viorel C. Bucuraș, Mircea Botoca, *Alice Dema, Alin Cumpănaș, Răzvan Bardan

*Clinica Urologică, *Departamentul de Anatomie Patologică, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România*

Introducere

Nefrectomiile pentru pionefroză sunt adesea intervenții chirurgicale lungi și dificile, cu un număr crescut de complicații intraoperatorii potențiale, necesitând o experiență chirurgicală deosebită. Procesul inflamator ce cuprinde rinichiul și grăsimea perirenală, cu perinefrită scleroasă sau sclerolipomatoasă, poate îngloba de asemenea și vasele pediculului renal, care este adesea retractat. În aceste cazuri, disecția rinichiului și ligatura pediculului sunt foarte dificile, cu riscul lezării structurilor învecinate (vena cavă, duoden, colon, ficat, splină, etc), mai ales în cazul abordului chirurgical lombar.

Conform experienței noastre chirurgicale, abordul transperitoneal oferă un acces mult mai bun la rinichi, cu ligaturare a pediculului renal mult mai rapidă și mai sigură, cu mai puține complicații intraoperatorii.

Material și metodă

Am analizat retrospectiv 51 de nefrectomii transperitoneale succesive pentru pionefroză, efectuate între 1.01.2000. și 31.12.2005. S-au notat complicațiile intraoperatorii și postoperatorii, precum și durata spitalizării. Tehnica chirurgicală a început cu toracofrenolaparotomia extrapleurală, continuată pe partea dreaptă cu disecția unghiului hepatic al colonului, mobilizarea duodenului, iar pe partea stângă cu disecția unghiului splenic al colonului, cu mobilizarea acestuia; mai apoi, se trece la disecția și la ligaturarea pediculului renal, cu îndepărtarea în bloc a rinichiului și a grăsimii perirenale.

Rezultate

Vârsta medie a pacienților a fost de 58 de ani, iar raportul bărbați/femei de 0,8. Nefrectomia dreaptă a fost efectuată în 41 de cazuri (80,4%), iar durata medie a intervenției a fost de 70 de minute.

Complicațiile intraoperatorii au fost reprezentate de: deschiderea accidentală a pleurei (3 cazuri), lezarea accidentală a splinei (1 caz) și de deschiderea accidentală a rinichiului pionefrotic în cursul disecției (3 cazuri); nu s-au notat cazuri de lezare accidentală a venei cave.

Principalele complicații postoperatorii au fost: suprainfecția plăgii (4 cazuri), febră peste 38°C (4 cazuri). Durata medie a spitalizării postoperatorii a fost de 7,1 zile, fără a se consemna nici un deces.

Concluzii

După părerea noastră, abordul transperitoneal este prima opțiune în chirurgia deschisă a rinichiului pionefrotic, fiind superior abordului lombar din următoarele motive:

1. intervenția chirurgicală este mai scurtă și mai ușoară, fiind create condiții intraoperatorii ideale, în cazuri, de obicei, dificile;
2. deschiderea intraoperatorie accidentală a rinichiului pionefrotic este foarte rară și, în general, ușor de tratat, prin lavaj intraperitoneal cu ser fiziologic și drenaj postoperator;
3. incidența leziunilor structurilor anatomice adiacente este mult mai scăzută comparativ cu abordul lombar;
4. chiar dacă cicatricea postoperatorie este mai mare, durata refacerii și reintegrării sociale și profesionale este comparabilă cu cele din abordul lombar.

Bibliografie

1. Campbell MF, Walsh PC, Retik AB. Campbell's Urology, WB Saunders Co, 2002.
2. Coleman BG, Arger PH, Mulhern CB Jr, et al. Pyonephrosis: sonography in the diagnosis and management. Am J Roentgenol 1981; 137(5): 939-43.
3. Droller MJ. Anatomic considerations in extraperitoneal approach to radical nephrectomy. Urology 1990;36:118-23.
4. Fultz PJ, Hampton WR, Totterman SM, et al. Computed tomography of pyonephrosis. Abdominal Imaging 1993;18(1):82-7.
5. Greenstein A, Kaver I, Chen J, Matzkin H. Does preoperative nephrostomy increase the incidence of wound infection after nephrectomy? Urology 1999;53(1):50-2.
6. Hinman F, Paul H, Stempen PH, Donley S. Atlas of Urologic Surgery, W B Saunders Co, 1998.
7. Jimenez JF, Lopez Pacios MA, Llamazares G, et al. Treatment of pyonephrosis: a comparative study. J Urol 1978;120(3):287-9.
8. Perimenis P. Pyonephrosis and renal abscess associated with kidney tumours. Br J Urol 1991;68(5):463-5.
9. Roberts JA. Pyelonephritis, cortical abscess, and perinephric abscess. Urol Clin North Am 1986;13(4):637-45.
10. St Lezin M, Hofmann R, Stoller ML. Pyonephrosis: diagnosis and treatment. Br J Urol 1992;70(4):360-3.
11. Sugao H, Matsuda M, Nakano E, Seguchi T, Sonoda T. Comparison of lumbar flank approach and transperitoneal approach for radical nephrectomy. Urol Int 1991;46:43-5.
12. Bucuras V, Botoca M, Dema A, et al. Transperitoneal versus lumbar approach in nephrectomy for non-functioning pyonephrotic kidney. Timisoara Medical Journal, 2002;3-4: 225-8.
13. Hemal AK. Retroperitoneoscopic Nephrectomy for Benign Diseases of the Kidney. Urol Int, 2001;67(2):1183-7.