

PIELOECTAZIA LA COPII

B.Curajos, J.Bernic, A.Curajos, V.Dzero, E.Ghețeu, Ahmad Al-Share

Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Chișinău

Summary

The algorithm of diagnostics was produced on the basis of inspection 1241 children which allows to determine the reason and level of obstruction of the urinary system.

Introducere. Pieloectazia provocată de dereglări urodinamice ale tractului urinar, în prezent se întâlnește frecvent și necesită un diagnostic diferențial pentru aprecierea cauzei și a nivelului de obstrucție.

Material și metodă. Studiul a fost efectuat în baza evaluării a 1241 copii cu pieloectazie pe parcursul anilor 2000-2005. S-au analizat datele examinării clinico-paraclinice: examen clinic, ecografie, sonografie diuretice, urografie excretorie, cistouretrografie micțională, scintigrafie, inclusiv diuretice, raport calice-parenchim, cistometrie, cistografie, etc.

Rezultate și discuții. De obicei, copiii se internează cu diagnosticul „Pieloectazie. Hidronefroză”, depistate ecografic, iar în fața urologului apar mai multe întrebări:

- este o dilatarea a cavitaților renale sau diverse chisturi renale;
- ce a provocat pieloectazia: obstrucția tractului urinar, refluxul vezico-renal (RVR), diabetul insipid, etc.;
- dacă este obstrucție - la ce nivel (joncțiunea pielo-ureterală, vezico-uretrală, uretră sau vezica neurogenă);
- în caz de obstrucția joncțiunii pielo-ureterale – e funcțională sau organică, e necesar și când trebuie aplicat tratamentul chirurgical.

Am elaborat un algoritm de diagnostic diferențial al pieloectaziei, în rezultatul implementării căruia, în lotul de 1241

copii – hidronefoza s-a depistat la 189, megaureterohidronefroza obstructivă – la 143, RVR – la 464, vezica neurogenă – la 174 copii. În caz de obstrucția joncțiunii pielo-ureterale (OJPU), pentru a diferenția obstrucția funcțională, am recurs la ecografie și scintigrafie diuretice pe vezica goală (sonda vezicală) exclusiv gravitația de cea organică. Din 189 copii cu OJPU, la 23 s-a depistat obstrucția funcțională cauzată de imaturitatea JPU. Pieloectazia la acești copii se menține ani la rând, fără a progresa și fără a afecta funcția renală. La 156 copii s-a depistat obstrucția organică care a necesitat intervenție chirurgicală. La 22 pacienți cu hidronefroză avansată s-a efectuat nefrectomia. În perioada pre- și postoperatorie s-a apreciat raportul calice-parenchim.

Concluzii:

1. Pentru un diagnostic precoce al pieloectaziei este necesar a efectua ecografia intrauterină, precum și în primele 3 luni de viață ale copilului.

2. Copiii cu pieloectazie necesită un examen riguros, cu utilizarea mai multor metode diagnostice, ca: ecografia și scintigrafia diuretice, urografia, cistouretrografia, raportul calice-parenchim, etc.

3. În perioada pre- și postoperatorie în OJPU, aprecierea raportului calice-parenchim e un indice mai adecvat decât raportul bazinet-parenchim, deoarece mărimea bazinetului depinde de particularitățile anatomice și de metodele de tratament chirurgical aplicate.

STRESUL OXIDATIV ÎN INFECȚIILE DE TRACT URINAR LA COPII

J.Bernic, B.Curajos, V.Dzero, A.Curajos, V.Roller, I.Zaharia, L.Seu, E.Ghețeu, V. Celac, C.Salimov

Catedra Chirurgie Pediatrică USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

The preoperative and postoperative characteristics of the oxidative stress in children with urinary infections are presented, as well as the complications that can occur as a result of lipids peroxide oxidation.

Introducere. Infecțiile tractului urinar reprezintă motivul pentru care copiii frecvent sunt consultați de medic. Lucrarea are caracter prospectiv și analizează copiii cu malformații renourinare, asociate cu infecție de tract urinar.

Obiectivele lucrării. Stabilirea rolului radicalilor liberi în fiziopatologia infecției de tract urinar la copii, justificarea profilaxiei antioxidante și reducerea stresului oxidativ la nivelul răspunsului inflamator sistemic.

Material și metode. Grupul de studiu cuprinde 342 copii cu vârstă de la 0 la 18 ani cu infecție de tract urinar ce a survenit pe fundal de anomalii congenitale (rinichi dublu, rinichi în “potcoavă”, rinichi hipoplaziat, hidronefroză). Lotul martor a cuprins 20 copii practic sănătoși. Determinarea indicilor proceselor de peroxidare lipidică și activitatea antioxidantă serică s-a efectuat după metoda standard spectrofotometrică. S-a acceptat ca normă valoarea de $1,43 \pm 0,13$ un/ml pentru dienele conjugate (DC), $2,80 \pm 0,20$ mmol/l pentru dialdehida

malonică (DAM), $35,20 \pm 1,42$ % pentru activitatea antioxidantă totală (AAO). Evaluarea indicilor s-a efectuat începând cu internarea pacientului. S-a continuat determinarea lor în dinamică, la intervale de 3-4 zile, la cele 5 etape clinico-evolutive. Tuturor pacienților li s-a făcut anestezie generală. Tehnicile chirurgicale au fost individualizate.

Rezultate. La copiii cu malformații congenitale și infecție urinară la toate etapele, inclusiv intra- și postoperator, s-a constatat prezența unui grad de stres oxidativ exprimat prin creșterea peroxidării lipidice și printr-o scădere a activității sistemelor antioxidante enzimatic. Parametrii urmăriți au fost mai majorați la pacienții cu rinichi dublu, rinichi în “potcoavă”, corespunzător cu martorul DC – $5,50 \pm 0,64$ un/ml; DAM $7,50 \pm 0,41$, AAO – $15,10 \pm 4,35$ % față de martor și au corelat cu modificările gazelor sângelui. S-a constatat un nivel preexistent crescut al peroxidării lipidice serice la internare, preoperator, exprimând un grad de stres oxidativ preexistent intervenției chirurgicale. Este de remarcat tendința de creștere precoce și constantă a radicalilor liberi la a 4-a zi postoperator, cu o scădere către ziua a 10-a postoperator, până la valori foarte apropiate de lotul martor. Toți pacienții au beneficiat de o strategie sofisticată de apărare antioxidantă cu utilizarea acidului ascorbic, Vit.E, Acidului linoleic, Solcoseril, etc.

Concluzii:

1. În baza unei prelucrări statistice, putem conchide: însăși prezența infecției urinare în malformațiile congenitale renale pare să inducă o creștere a peroxidării lipidice sistemice, deci un grad de stres oxidativ.

2. Intervenția chirurgicală individualizată de urgență și programată în malformațiile congenitale este însoțită de o creștere a peroxidării lipidice și induce un stres oxidativ

semnificativ. Durata intervenției chirurgicale (2-3 ore) pare a fi un factor foarte important de stres oxidativ în contextul sindromului de răspuns inflamator sistemic postagresiv.

3. Modificările constatate în sistemul de peroxidare lipidică ar putea coinstui un argument în favoarea folosirii acestui marker ca indicator de prognostic privind riscul dezvoltării complicațiilor și totodată justifică tentativa de profilaxie antioxidantă, în scopul reducerii stresului oxidativ și deci a nivelului răspunsului inflamator sistemic.

PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL ÎN ATREZIILE ANORECTALE CU FISTULE UROGENITALE LA COPII

M. Bacalîm, B. Curajos, G. Boian

Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”,
IMSP ICȘOSMC Chișinău

Summary

In clause the results of inspection and surgical treatment 192 children with the various forms of anorectal atresia, from which 60,2 % with fistulas in urogenital system are given. Topical diagnostics of anatomic variant of defect and localization of a fistula requires the individual approach by way of application of clinical and paraclinical methods of research, on which productivity the choice of a method of surgical correction and remote anatomic and functional results depends.

Introducere. Soluționarea problemei atreziilor anorectale (AAR) cu fistule în sistemul urogenital prezintă și la etapa actuală un șir de dificultăți diagnostic-curative, printre care mai serioase rămân a fi cele legate de tehnica intervenției chirurgicale și de complicațiile anatomo-funcționale limitrofe în perioada postoperatorie.

Scopul acestui studiu a fost analiza particularităților de diagnostic și de tratament medico-chirurgical al copiilor cu AAR asociate cu fistule urogenitale, orientată spre optimizarea eficienței curative.

Material și metode. Cercetările au fost efectuate în baza evaluării a 192 copii cu diferite forme anatomo-morfologice de AAR, internați în instituția noastră pe parcursul anilor 1986-2006. S-au analizat retrospectiv fișele de observație, protocoalele examenului clinico-paraclinic și ale intervențiilor chirurgicale, complicațiile intra- și postoperatorii, rezultatele curative la distanță.

Rezultate și discuții. Cercetările efectuate au relevat forma intermediară și înaltă a AAR în 56,2% din cazuri, fistule având 84,9% din numărul total de pacienți. După localizarea lor, fistulele digestive au fost repartizate în: perineale – 16,5%, vaginale – 15,8%, vestibulare – 19,2%, uretrale – 20,4%, vezicale – 2,6% și scrotale – 1,7%. Pentru formele înalte de AAR caracteristică era comunicarea fistulară a tractului digestiv cu uretra, vagina și vezica urinară. Cele mai complicate, din punct de vedere diagnostic-curativ și în plan funcțional, s-au dovedit a fi fistulele uretrale. În diagnosticul fistulelor urorectale s-a utilizat uretrografia retrogradă, cistografia și

uretrocistoscopia. Remarcăm că din 28 copii cu fistule uretrale, 71,5% erau deținători de malformații urogenitale concomitente (agenezia unui rinichi – 3,86%, hidronefroză – 6,4%, megaureterohidronefroză – 4,2%, etc.). Concomitent, în 19,8% cazuri din numărul total al copiilor luați în studiu, s-au depistat vicii ale tractului digestiv superior, sistemului cardiovascular, sistemului nervos central, etc., ce limitau acțiunile de corecție chirurgicală a AAR. Intervenții chirurgicale pe regiunea colorectoanală și perineală au fost efectuate la 89,8% copii. Ceilalți (10,2%) n-au fost operați din motivul stării extrem de grave. Totodată, ținem să menționăm că 9,2% dintre copii au fost operați de 2-3 ori, aplicându-se colostomă de protecție în 23,5% dintre cazuri. În 43,9% am recurs la proctoplastia perineală, inclusiv perineotomia sagitală posterioară, după Pena (26,2%). În forma intermediară și cea joasă, cu fistule în vagin, vestibulul vaginal, uretra anterioară și în scrot s-a efectuat proctoplastia perineală (43,9%). Abordul abdomeno-perineal s-a folosit în 56,1% dintre cazuri, de regulă la copiii cu AAR forma înaltă și cea intermediară, care aveau fistule în vezica urinară și în uretra posterioară. Complicații postoperatorii la distanță s-au constatat în 32,6% dintre cazuri, printre care lezarea organică a sfincterului anal extern (2,8%), stenozarea orificiului anal prin cicatrizare (15,8%), deformarea cicatriceală a perineului și a vestibulului vaginal (9,1%), distopia anterioară a orificiului anal (6,4%) și, în 3 cazuri, recidiva fistulei uretrale. Aceste complicații organice erau însoțite de insuficiența funcțională al sfincterului anal, provocând decalare anală de diferit grad. Printre cei operați n-au fost înregistrate complicații organice și funcționale din partea tractului urinar.

Concluzii. AAR cu fistule în sistemul urogenital prezintă un grup de malformații congenitale dificile din punct de vedere diagnostic-curativ, având specificul lor tehnico-chirurgical. Conduita elaborării unui algoritm optim de examinare și de tratament necesită implimentarea unui diapazon larg de examenări clinico-paraclinice, funcționale și histomorfologice, a căror aplicare necesită o atitudine individuală.