

Conclusions: The urodynamic studies on child's persistent urinary disorders are strictly necessary for diagnosis and treatment to follow establishment, especially when there indicated surgical interventions are required to correct some complexe urinary and neurologic malformations.

DISFUNCTIA NEUROGENĂ A VEZICII URINARE LA COPII

I.Zaharia, Vera Dzero, B.Curajos, A.Curajos, Jana Bernic,
V.Roller, E.Ghețeu, Larisa Seu, A.Muntean

Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «Natalia Gheorghiu»

Summary

The analysis of the investigation results of 499 children with urinary act dysfunction has been presented. In order to assess the detrussor function, retrograde cystometria, urination frequency evaluation and uroflowmetria were performed. On the base of complex investigation was established that hyperreflexory type of neurogenic bladder prevailed. In the treatment there was given preference to complex therapy.

Întroducere

Datele din literatura de specialitate au îmbogățit vădit concepțiile noastre despre disfuncțiile vezicii urinare. (Савченко Н.Е., Мохорт В.А., 1970, Вишневский А.А., Левшиц А.К., 1979) Disfuncția vezicii urinare este dependentă în mare măsură, de afecțiunile congenitale și dobândite, traumatismul spinal, etc.. Problema, însă este cu mult mai complexă. Dezvoltarea diagnosticului funcțional a contribuit la schimbarea concepției despre originea și frecvența disfuncției vezicii urinare la copii. În prezent este indiscutabil faptul că, la copil disfuncția vezicii urinare este determinată nu de întreprinderile anatomice a arcurilor reflectorii, ci de unele dereglări fiziologice de dezvoltare, care au caracter temporar și care tind să dispară la vârsta de 12 – 14 ani. În același timp, prezența disfuncției vezicii urinare, pe lângă dereglările de micțiune, în marea majoritate a cazurilor contribuie la apariția complicațiilor infecțioase, manifestate prin cistită cronică și pielonefrită, de cele mai multe ori recidivante, și refractere la tratamentul antibacterian.

Diagnosticul precoce și restabilirea micțiilor normale, precum și rezolvarea problemei enurezisului, au ca scop profilaxia unor modificări renale grave, uneori ireversibile.

Metodele moderne de diagnostic utilizate în clinica urologică: clinice, radiologice, instrumentale și urodinamice permit obținerea unei anumite informații despre modificările organice, dar nu întotdeauna și cauza lor, în special dereglările de inervație. În vezica neurogenă nu există limite urodinamice concrete, apariția ei fiind determinată de mai mulți factori primari și secundari.

Diagnosticul vezicii urinare neurogene trebuie să fie complex și va include următoarele momente:

- 1.Evaluarea clinică a dereglărilor funcționale a vezicii urinare.
- 2.Investigarea urodinamică a căilor urinare inferioare.
- 3.Investigarea neurologică a inervației regiunii inferioare a tractului urinar.

Material și metode

Sub observația noastră s-au aflat 499 copii cu vezică urinară neurogenă (212 băieți și 287 fetițe) cu vârsta de 4 – 16 ani. Simptomatologia clinică a vezicii urinare neurogene s-a manifestat în majoritatea cazurilor (92,8%) prin dereglări micționale (polachiurie, micții imperioase, incontinență de urină). La restul bolnavilor (7,2%) disfuncția a avut un caracter subclinic și s-a apreciat exclusiv cu ajutorul metodelor funcționale de diagnostic sau în timpul examenului urologic efectuat la pacienții cu infecții urinare. În 0,8% cazuri dereglările micționale s-au asociat cu incontinența de mase fecale, fapt ce indică la prezența dereglărilor concomitente de inervație a vezicii urinare și a rectului.

Odată cu dezvoltarea diagnosticului funcțional se subestimează însemnătatea evaluării clinice a dereglărilor de micțiune, iar în unele cazuri aceasta chiar se ignorează. După părerea noastră evaluarea clinică a dereglărilor de micțiune și investigațiile instrumentale funcționale a vezicii urinare sunt verigi ale unui proces de diagnostic unic.

În urma examinării clinice la 367 bolnavi au fost depistate dereglări ale funcției de rezervuar a vezicii urinare, iar în 96 cazuri – dereglările funcției evacuatorii.

Examenul urologic a inclus anamneza, înregistrarea ritmului micțional, investigații ultrasonografice ale căilor urinare superioare, investigații de laborator, urografia excretorie, cistouretrografia micțională, cistoadaptometria retrogradă, cistofarmacometria, cistoscopia, uroflowmetria radionucleidică.

În baza examenului efectuat pentru întreg lotul de bolnavi, fără concretizarea formei disfuncției am stabilit prezența următoarei simptomatologii:

- enurezis – 74,5%
- micțiune imperioasă – 68,3%
- dereglare imperioasă sau incontinență de urină diurnă – 67,3%
- polachiurie – 60,4%
- micțiune îngreuiată în porții mari – 3,6%
- creșterea volumului efectiv de dimineață a vezicii urinare – 18,6%.

Simptomele enumerate se înfilnesc în diverse combinații, în baza cărora se poate conchide doar despre gradul de manifestare a tabloului clinic.

S-a observat, că polachiuria, micțiunile imperioase și incontinența diurnă de urină în diferite stări sunt mai caracteristice pentru disfuncțiile hiper- și normorelectorii, micțiuni rare – pentru disfuncțiile hiporelectorii.

S-ar părea că pentru fiecare formă de disfuncție sunt caracteristice anumite semne clinice ce depind de caracterul și intensitatea dereglărilor de micțiune. Dacă ar fi așa ar dispărea necesitatea efectuării investigațiilor urodinamice cu scop concretizare a caracterului disfuncției.

Investigațiile urodinamice efectuate au oferit informații prețioase despre starea funcției de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare și permeabilitatea uretrei.

Rezultate și discuții

În baza investigațiilor efectuate din lotul de 499 copii cu vezică urinară neurogenă la 367 bolnavi (74%) a fost diagnosticată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiperreflector. Semnul comun caracteristic pentru disfuncțiile de tip hiperreflector a fost excitabilitatea crescută a arcului reflector spinal – hiperreflexia, care în mare măsură este determinată de sensibilitatea crescută a detrusorului față de mediatorul sistemului nervos – acetilcolina, determinată la rândul ei de dereglări de dezvoltare ale funcțiilor neuro-musculare.

Diapazonul simptomatologiei clinice în disfuncțiile de tip hiperreflector este foarte larg: de la absența totală a semnelor clinice pînă la dereglări severe a micțiunii. În lotul studiat în 78% cazuri au fost observate dereglări diurne de micțiune. Analizînd datele anamnestice și ritmul micțional, am constatat că la acești copii este diminuată proprietatea de acumulare și continență a vezicii urinare pe contul hiperreflexiei.

În unele cazuri disfuncția vezicii urinare se manifestă doar în timpul schimbării poziției corpului (trezirea de la poziție orizontală în poziție verticală) din care motiv a obținut denumirea de disfuncție posturală. Un semn important de diferențiere a variantelor posturale, servește creșterea volumului efectiv a vezicii urinare în prima micțiune după somn, cînd acumularea urinei a avut loc în poziție orizontală.

De menționat că anamneza și determinarea ritmului micțional oferă doar date prezumtive despre starea funcțională a vezicii urinare, din care motiv am efectuat cistometria retrogradă. În cazul vezicii urinare hiperreflectorii neinhibate este caracteristic micșorarea pragului de sensibilitate (prima senzație de micțiune apare la un volum al vezicii urinare de $32,7 \pm 3,4$ ml, micșorarea pragului de volum pînă la $12,8 \pm 5,4$ ml).

Semnul de bază este hipertensiunea intermitentă intravezicală pe parcursul întregii perioade de umplere a vezicii urinare ca rezultat al contracțiilor spontane, neinhibate ale detrusorului. Funcția aparatului sfincterial nu suferă. Presiunea maximă intrauretrală la toți bolnavii investigați a corespuns indicilor normali ($87,3 \pm 2,8$ ml col. H₂O).

La 96 bolnavi (19%) aflați sub supraveghere a fost constată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiporereflector. Bolnavii cu vezică urinară hiporeflectorie, ca regulă, au micțiuni rare (nu mai multe de 2 – 4 în 24 ore), în porții mari. Numărul mediu nictimeral de micțiuni a constituit $2,8 \pm 0,6$, volumul efectiv mediu al vezicii urinare fiind de $300 \pm 22,3$ ml, volumul maxim – $528 \pm 34,0$ ml.

Rezultatele cistometriei retrograde au constatat micșorarea pragului de sensibilitate (deviere spre dreapta). Prima senzație de micțiune la copii a aparut la umplerea vezicii urinare în mediu pînă la $187 \pm 22,4$ ml, volumul maxim de $360,8 \pm 44,6$ ml.

Hiperextensia cronică a vezicii urinare cauzată de hiporeflexie contribuie la modificarea formei celulelor epiteliale și detașarea lor, iar deplasînd fibrele și fasciculele musculare formează cavități propice pentru depunerea microorganismelor. Deasemenea prezența urinei reziduale contribuie și ea la dezvoltarea florei bacteriene.

Tratamentul copiilor cu vezică urinară neurogenă a fost și rămîne o problemă dificilă a urologiei pediatrice. Pentru rezolvarea cu succes a ei la momentul actual nu există o metodă sau schemă universală de tratament. În baza investigațiilor efectuate am ajuns la concluzia că acești bolnavi

nu pot fi tratați cu un singur preparat. Motiv din care folosim un tratament complex, ce include atât terapia antibacteriană, cât și preparate care restabilesc funcțiile de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare.

Concluzii

1. Disfuncția neurogenă a vezicii urinare se întâlnește destul de des, cu predominarea tipului hiper-reflector (74% în cazuistica noastră)

2. Toți copiii cu dereglări micționale (polachiurie, enurezis, incontinență de urină, micțiuni rare) necesită un examen urologic și neurologic complex.

3. Complexul de investigații obligatorii include: aprecierea ritmulului micțional, cistometria retrogradă, urofloumetria, urosonografia. În caz de suspiciu a obstrucției infravezicale se efectuează obligatoriu cistouretrografia.

4. Tratamentul vezicii urinare neurogene include preparate ce îmbunătățesc funcțiile de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare, iar în caz de prezența infecției se indică terapia antibacteriană.

Bibliografie

1. Abrams P., Feneley R., Tarrens M. Urodynamics. Springer Verlag. Berlin. 1993.
2. Award S.A. et al. // Can. J. Surg. 1997. V.22. Nr.6. P.515 – 518-
3. Bors E., Comrat E. Neurigical Urology. // S. Karger Verlag. Basel. 1991.
4. Dubernard I. Cahier d Urologie. // UER Grande Blanche. 1988.
5. Lutzeyer W., Melchior H. Urodynamics. // Springer Verlag- 1993-
6. Proca E. Tratat de patologie chirurgicală. V.3. Editura medicală. București. 1984.
7. Tanagho E., Mc Aninch J.W. Smith s General Urology. // XIII ed. Appleton 8. Lange, East Narwaek. 1992.
8. Вишневский Е.Л., Гусева Н.Б. Обоснование лечения нейрогенного мочевого пузыря пиксамилоном у детей с миелодисплазией. // Дет.хир. 1998. №3. С.22 – 25.
9. Габитова Р.С., Тартаковская Э.К. К вопросу об инфекции мочевыводящих путей у детей. // Проблемы детской нефрологии. Сб. научных трудов. Душанбе. 1990. Вып. 1. С.25 – 28.
10. Державин В.М., Вишневский Е.Л., Казинская И.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Бишкек. 1991.
11. Куражос Б.М., Дзеро В.Г. Ретроградная цистометрия и ее значение в диагностике нарушений уродинамики нижних мочевых путей. // Метод. рекомендации. М. 1995.