

## PROTEZAREA URETERULUI DUPĂ URETEROSCOPIA RETROGRADĂ – EXPERIENȚA CLINICII UROLOGICE IAȘI

C. Novac\*, C. Pricop\*, C. Costache\*, I Tomac\*, C. Ristescu\*,  
S.Danii\*, Veronica Tănase\*\*

\* Clinica Urologică Iași,

\*\* Serviciul de Radiologie, Spitalul Clinic "Dr. C.I.Parhon" Iași

### Introducere

În perioada martie 1996 – iulie 2002 în Clinica Urologică Iași s-au efectuat un număr de 200 ureteroscopii retrograde (URSR) din care 32 au fost în scop diagnostic iar 168 în scop terapeutic (163 – extrageri de calculi ureterali pelvini, iliaci sau lombari inferiori și 5 – extrageri de sonde ureterale JJ malpoziționate).

### Obiective

Autorii analizează retrospectiv atât cazurile la care au fost inserate sonde ureterale (sondă JJ sau sondă ureterală simplă), cât și cazurile în care s-a considerat că nu este necesară protezarea ureterului, din perspectiva dificultăților și complicațiilor intraoperatorii și a celor postoperatorii.

### Metodă

Inițial a fost folosit un ureteroscop OLYMPUS 13,5 CH și litotriția ultrasonică a calculilor, utilizându-se sonotrodul, iar din aprilie 1999 s-a utilizat un ureteroscop semirigid WOLF 8,0 CH și litotriție pneumatică. Dacă în 1996 s-au practicat doar 6 ureteroscopii, în primele 6 luni ale anului 2002 au fost efectuate 60 asemenea proceduri. Pentru ureteroscopiile diagnostice cu biopsie doar la 2 cazuri s-a considerat necesară inserția unei sonde JJ în contextul sângerării, la marea majoritate a ureteroscopiilor terapeuțice am considerat utilă protezarea ureterului, mai ales cu sonde JJ. Sondele au fost bine tolerate iar suprimarea lor s-a făcut la 2-4 săptămâni după ureteroscopie. Toate cele 12 cazuri la care nu s-a introdus o sondă ureterală la sfârșitul ureteroscopiei retrograde au avut o evoluție simplă.

### Concluzii

Pe baza experienței acumulate considerăm că inserția unei sonde JJ este utilă, pentru o perioadă de 2-4 săptămâni, ori de câte ori se realizează: o fragmentare dificilă, sângerarea intraoperatorie este importantă, există o stenoză ureterală asociată, se produce o perforație ureterală în timpul procedurii sau există fragmente migrate în ureterul lombar superior sau bazinet ori în condițiile în care se reușește doar fragmentarea calculului. Atunci când se realizează o bună fragmentare iar leziunile provocate de calcul sau de instrumente sunt minore, o sondă ureterală simplă pentru 2-3 zile este o soluție bună. Ori de câte ori calculul este extras facil, monobloc iar ureterul este de aspect normal, neprotezarea ureterului cu o sondă este o variantă ce credem că trebuie avută în vedere.

## LAPAROSCOPIA ÎN UROLOGIE

A. Axentii

Catedra "Urgențe Medicale", USMF "N.Testemițanu", Chișinău  
Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal, Cluj-Napoca  
UMF "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

### Summary.

Laparoscopy has begun to have a significant impact on the management of urologic problems. Although initially limited to diagnostic pediatric problems, it has more recently been used to resolve myriad adult urologic conditions. A retroperitoneal access is commonly used for open urological procedures. Since the introduction of the balloon dissecting technique by Gaur this anatomical route has also been used for laparoscopic surgery. We present our experience with retroperitoneoscopy in 196 cases.

### Actualitatea

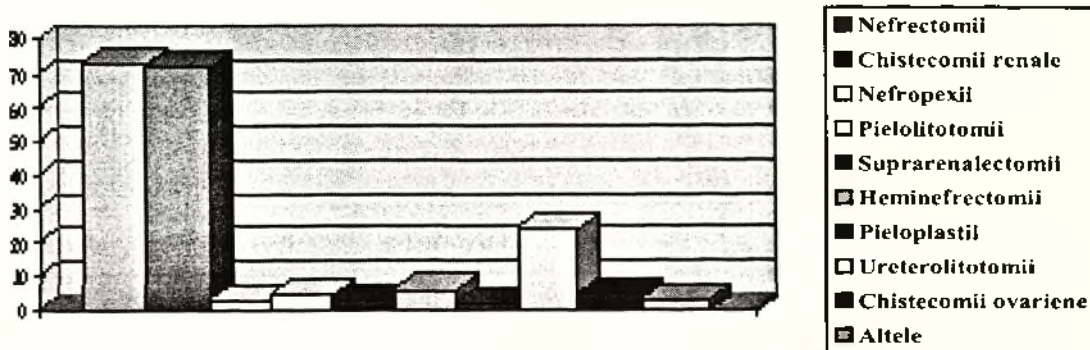
Odată cu apariția tehnicii retroperitoneoscopice de dilatare cu balon, accesul la organele

retroperitoneale a devenit mult mai facil. Utilizarea balonului în medicină este frecvent întâlnită, dar în prepararea prin dilatare a spațiului retroperitoneal este un concept nou. Astfel, practic toate organele retroperitoneale pot fi accesate prin această tehnică și, odată cu dezvoltarea instrumentelor laparoscopice de generația a II și III, este posibilă efectuarea majorității intervențiilor urologice. Mai mult ca atât, implicațiile vaste ar crește, cu timpul, interesul chirurgilor laparoscopiști din alte specialități.

**Materiale și metode**

În articol se prezintă experiența Institutului Clinic de Urologie și Transplant Renal din Cluj-Napoca în realizarea tehnicii laparoscopice în urologie. Este analizată o perioadă de trei ani de activitate laparoscopică, din noiembrie 1998 până în decembrie 2001 inclusiv. Pe parcursul acestei perioade au fost efectuate 196 de intervenții laparoscopice la 194 de pacienți. Vârsta pacienților operați a fost cuprinsă între 6 și 75 de ani, vârsta medie fiind de 41,7 ani. Au fost efectuate următoarele intervenții: 73 nefrectomii, 72 rezecții de chist renal simptomatic, 24 ureterolitotomii, 6 heminefrectomii, 5 pielolitotomii, 5 chistectomii ovariene, 3 suprarenalectomii, 3 nefropexii, 2 pieloplastii și 3 altele. Disecția spațiului retroperitoneal în toate cazurile a fost efectuată prin tehnica Gaur de disecție cu balonul și digitală.

**Des.1. Intervențiile laparoscopice**



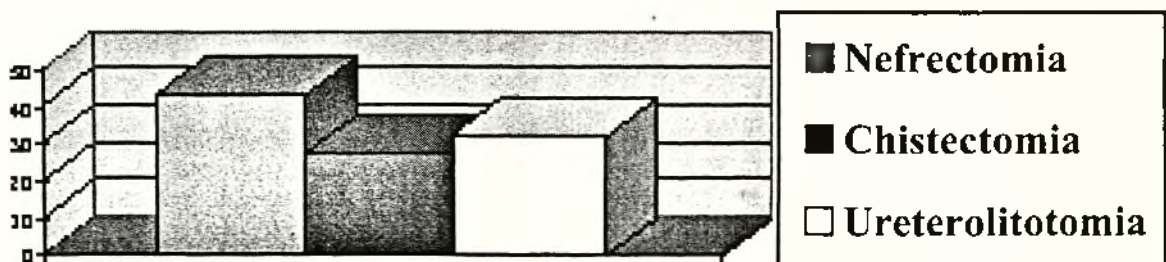
**Rezultate**

Durata intervențiilor a fost condiționată de patologia organului abordat și de curba de experiență a chirurgului, variind de la 118 min până la 21 min. Astfel, durata medie de operație a fost de: 43 de minute pentru nefrectomie (cu limitele între 27 și 115 minute), 27 minute pentru chistectomia renală (limitele între 21 și 43 minute) și de 32 minute pentru ureterolitotomie. Hemoragia intervențională a fost de un volum neînsemnat pentru majoritatea cazurilor, ne depășind 10-30 ml de sânge.

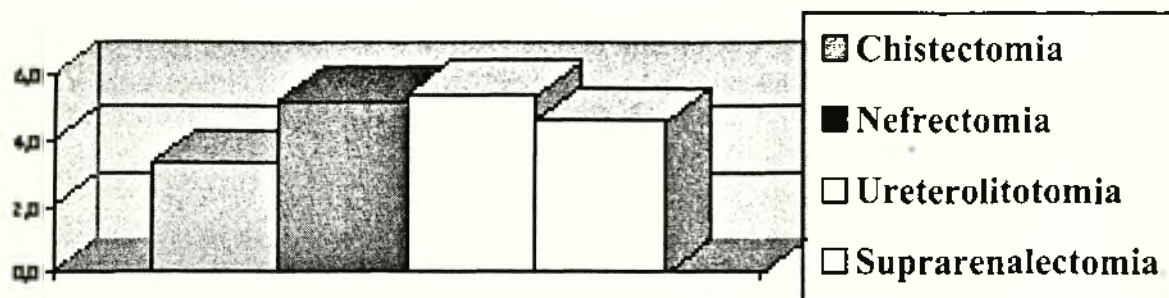
Complicații intra- și postoperatorii s-au notat la 18 pacienți (9,1%), incluzând hemoragii active la 14 pacienți (7,1%), hipercarbii la 2 pacienți (1%) și lezarea peritoneului la 2 (1%). Conversie la operație deschisă a fost necesară în 6 cazuri (3,1%), condiționată de hemoragii intraoperatorii ne stopabile și de dificultăți de disecție. Reintervenție a fost indicată la 3 pacienți (1,5%), cauzată de o hemoragie tardivă la un caz, un caz de formare de colecție purulentă (urinom infectat) și altul - fistulă urinară. În ultimele 80 de intervenții nu s-au notat conversii, fiind prezentă doar o singură reintervenție (formarea urinomului după o heminefrectomie laparoscopică).

Durata medie de spitalizare a fost de 3,3 zile pentru chistectomie renală; 5,2 zile pentru nefrectomie; 5,4 zile pentru ureterolitotomie și de 4,6 zile pentru suprarenalectomie.

**Des.2. Durata medie de operație (în minute)**



Des.3. Durata medie de spitalizare (in zile)



**Discuții**

În urologie, implimentarea tehnicilor laparoscopice este o concepție nouă, dar deja s-a dovedit a fi avantajoasă în tratamentul diferitor patologii. Folosirea tehnicilor endoscopice a fost acceptată în urologie de mult timp ca proceduri "endo-luminale". Manipulările cistoscopice, ureteroscopice și nefroscopice au devenit metode standard de tratament al calculului urinar, tumorilor vezicii urinare, hipertrofiei benigne de prostată, obstrucției colului vezical etc. Procedurile "exo-luminale" sunt înlocuite cu metode laparoscopice. Acestea se pot clasifica în 4 categorii (1):

- Proceduri diagnostice
- Proceduri simple de incizii și clipare
- Proceduri avansate
- Proceduri reconstructive

Proceduri diagnostice	Proceduri simple de incizii și clipare	Proceduri avansate	Proceduri reconstructive
Biopsia renală	Drenarea limfocelului	Ureterolitotomia retroperitoneală	Nefropexia
Localizarea și evaluarea testiculului nepalpabil	Decorticarea chistului renal	Nefrectomie simplă	Pieloplastie laparoscopică Y-V/ Anderson Heynes
Examinarea gonadală	Drenarea absceselor renale	Nefrectomie radicală	Ureterostomia percutanată
Supravegherea tumorilor	Marsupializarea laparoscopică a chisturilor renale	Nefroureterectomia	Suspensia colului vezical pentru incontinența de efort
Biopsia laparoscopică	Varicocelelectomia	Adrenalectomia	Ureteroneocistostomia
	Adezioliza	Disecția nodurilor limfatice pelvieni	Apendico-vezicostomia
	Revizia cateterului pentru dializa peritoneală	Orhidectomia laparoscopică	Ansă ileală - conduct
		Orhidopexia lap. Disecția nodurilor limfatice retroperitoneale Hernioplastia lap.	

Implementarea colecistectomiei laparoscopice de Mouret în 1987 a plasat chirurgia miniinvazivă într-o nouă etapă (2).

Cu o experiență de durată în procedurile endoscopice, comunitatea urologică, inițial, a fost entuziasmată pentru laparoscopie.

În 1976, Cortesi și coautorii (3), au raportat localizarea testiculelor nepalpabile, iar Eshghi și colegii (4), în 1985, au descris folosirea laparoscopiei în nefrolitotomia percutană directă, în caz de rinichi situat în bazin. Potențialul de utilizare a chirurgiei laparoscopice la pacienți urologici a devenit evident odată cu apariția lucrărilor investigative a lui Winfield și Ryan (5) la porcine, urmate de primul raport clinic de limfadenectomie pelvică laparoscopică pentru cancer de prostată de Schuessler și coautori (6). Primul raport major de procedură laparoscopică renală a constituit nefrectomia lapa-

roscopice, efectuată de Clayman și colegii (7), la 25 iunie 1990. La moment, procedurile laparoscopice sunt la diferite stadii de dezvoltare. Unele, așa ca nefrectomia simplă laparoscopică, au fost descrise de nenumărate ori la sute de pacienți. Altele, așa ca nefrectomia laparoscopică asistată pe donator viu, a fost raportată doar de câteva centre pe un număr mic de bolnavi.

Criteriile de clasificare a procedurilor laparoscopice sunt modificate și dezvoltate de Gill și coautorii (8). Procedurile stabilite sunt cele, ce au fost raportate în 3 și mai multe serii, de diferite instituții, cu 10 pacienți și mai mult fiecare.

Procedurile în tranșă au fost raportate în literatură mai rar, dar cel puțin în 2 serii separate a câte 5 și mai mulți pacienți. Procedurile unice, includ toate celelalte proceduri laparoscopice renale descrise în literatura clinică.

### Concluzii

Chirurgia laparoscopică renală a fost bine descrisă în literatură; practic toate procedurile renale deschise au fost dublate sau aproximativ modelate laparoscopic. Cu toate acestea, metoda laparoscopică în patologiile renale nu a atins acceptul larg clinic, din cauza precauțiilor privind dificultățile clinice, timpul mai mare al intervențiilor, și limitele metodei minimal invazive în cazul înlăturării neoplasmelor.

Comparativ cu tehnica deschisă, laparoscopia micșorează dimensiunile inciziei, rezultând în beneficii cosmetice evidente, și ce-i mai important, reduce letalitatea. Pacienții laparoscopici suferă mai puțină durere postoperatorie, o durată de spitalizare mai mică, realizează restabilire pulmonară mai precoce, și se reîntorc la activitatea normală mai rapid. Însă, procedurile laparoscopice sunt de regulă, mai complicate, ca respectivele tehnici deschise, necesitând deprinderi tehnice. Mai mult ca atât, costul este mai mare decât în chirurgia deschisă, din cauza instrumentarului suplimentar și duratei mai mari a intervenției.

### Bibliografia

- 1.Sanjay B Kulkarni : Laparoscopic urology : Issue special, Bombay Hospital Journal, 1997.
- 2.Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno G: Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond, in Zucker ZA (ed): Surgical Laparoscopy. St. Louis, Mo., Quality Medical Publishing, 1991.
- 3.Cortesi N, Ferrari P, Zambarda E, et al: Diagnosis of bilateral cryptorchidism by laparoscopy. Endoscopy 8:33, 1976.
- 4.Eshghi AM, Roth JS, Smith AD: Percutaneous transperitoneal approach to a pelvic kidney for endourological removal of a staghorn calculus. J Urol 134:525-527, 1985.
- 5.Winfield HN, Ryan KJ: Laparoscopy: New urological applications. J Urol, 141(suppl): 176A, 1989. Abstract 25.
- 6.Schuessler WW, Vancaillie TG, Reich H, et al: Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. J Urol 145:988-991, 1991.
- 7.Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al: Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. J Urol 146:278-282, 1991.
- 8.Gill IS, Clayman RV, McDougall EM: Advances in urological laparoscopy. J Urol 154:1275-1294, 1995.

## МОЧЕВОЙ ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ ПРОЛЕЖНЯ СТЕНКИ ЛОХАНКИ, ВЫЗВАННОГО КАМНЕМ

(клиническое наблюдение)

**Н.Ю.Марина, А.М.Чернявый**

Рыбницкая ЦРБ

### Summary

*This case is of great interest to our mind due to rare occurrence: twosided coral concrement of kidneys, concrement of the right ureter with the absence of the function of the right kidney, bedsore of the renal pelvis wall of the left kidney caused by concrement. As a result the urine spontaneously penetrated into the paranephron and then per diapredesum in the abdomen. This led to peritonit. The operation being done in time resulted in succesful recovering of the patient.*