

## MANAGEMENTUL ÎN CHISTUL RENAL SIMPTOMATIC

V. Punga<sup>1</sup>, A. Martov<sup>4</sup>, A. Ghereg<sup>3</sup>, A. Tănase<sup>2</sup>, I. Dumbrăveanu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra Farmacologie și Farmacologie Clinică,

<sup>2</sup>Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală,

<sup>3</sup>Cursul de endoscopie a USMF "N. Testemițeanu",

<sup>4</sup>Institutul de Urologie din Federația Rusă

### Summary

Our research of the last 10 years is based on the analysis of 152 cases of renal cysts. The paper aims to present the authors experience gained from the treatment of renal cysts with traditional and up-to-date methods. Authors propose a new algorithm for the treatment of renal cyst. The analyzing criterions of results were the following: rate of success, number of failures, complications and there solving way. Rate of success was 92%. Complications were noted in 7% of the cases. Algorithm proved to be useful in everyday clinical practice.

### Actualitatea

Anomaliile renale de structură sunt datorate tulburărilor de dezvoltare a zonei tubuloglomerulare caracterizate prin neunirea, separarea sau obstrucția tubilor colectorii la unirea cu glomerulul secretor. După aspectul lor, se descriu următoarele chisturi ale rinichiului: simplu, parapielic, multilocular, rinichiul polichistic și cel spongios (5, 10). Chistul renal simplu este cea mai frecventă malformație de structură a rinichiului și reprezintă 3% din maladiile urologice (14). Ea apare la peste 20-40% din adulți (5). În circa 30% din cazuri, chistul renal simplu evoluează simptomatic, provocând dureri, stază urinară, hipertensiune arterială, infecție și insuficiență renală (16). Staza și infecția căilor de excreție fiind consecințe ale compresiunii chistului pot sta la originea formării calculilor. Incidența asocierii litiazei cu chisturile renale este de 13,2% (14). Chistele renale simple necesită tratament doar dacă devin simptomatice (5). Implementarea noilor tehnologii endoscopice a revoluționat tratamentul chistului renal simptomatic. Totodată, locul procedeelelor percutanate și celor tradiționale în arsenalul terapeutic actual nu este definit. Chistul renal mai suscită controverse în privința modului ideal de abord și rezolvare (în special chirurgicală). În aceste condiții s-a impus introducerea în terapia intervențională multimodală a chistului renal a concepției algoritmice, care permite rezolvarea adecvată prin metode eficiente, inofensive și economice.

### Obiective

Scopul principal al studiului a fost optimizarea tratamentului chistului renal prin elaborarea algoritmului terapeutic în funcție de tipul, localizarea și dimensiunea lui.

### Material și metode

În lucrare este analizat un lot de 152 bolnavi cu chisturi renale simptomatice. În 118 cazuri chistul renal a fost simplu, în 11 – multilocular și în 23 – parapielic. Localizarea chistului solitar a fost la polul superior în 39 cazuri, la segmentul mediu – în 27 cazuri și la polul inferior – în 52 cazuri. La 49 bolnavi chistul simplu era situat pe fața anterioară și la 69 – pe fața posterioară a rinichiului. Dimensiunea medie a chisturilor a fost de 8,2 cm, cu extremele de 5 și 16 cm. Tratamentul bolnavilor a constat din: scleroterapie în 41 cazuri, fenestrație – în 7, chistorezecție endoscopică – în 38, chistorezecție laparoscopică – în 29 și cea deschisă – în 37 cazuri. La 26 pacienți litiaza asociată cu chistul renal a fost rezolvată prin: litotritie extracorporeală în 12 cazuri, nefrolitotomie percutanată – în 3 cazuri și litotomia deschisă – în 11 cazuri. Nefrectomia s-a efectuat în 2 cazuri de rinichi compromis morfo-funcțional și într-un caz de malignizare a chistului. Perioada de urmărire a fost cuprinsă între 6 luni și 10 ani.

### Rezultate

Analiza rezultatelor tratamentului chistului renal simptomatic a permis elaborarea algoritmului terapeutic în funcție de tipul, localizarea și diametrul chistului (Schema). Aplicarea diferențiată a metodelor curative în chistul renal a permis optimizarea tratamentului, cu ameliorarea semnificativă a rezultatelor terapeutice. Rata eficienței a fost de 92%. Complicații severe nu s-au notat. Procedeele minim invazive de tratament al chistului renal solitar au fost eficiente, inofensive și bine tolerate de bolnavi. Puncția ecoghidată urmată de injectare de substanțe sclerozante a fost aplicată în

chistul polar inferior și medio-renal, cu dimensiuni sub 6 cm, situat pe fața posterioară a rinichiului. În 7% din cazuri după scleroterapie chisturile au recidivat. Chistorezecția endoscopică s-a practicat preponderent în cazul localizării chisturilor la segmentul mijlociu și inferior al rinichiului, mai ales pe fața posterioară și marginea laterală a acestuia. Tratamentul chisturilor situate la polul superior renal, adesea necesită un abord transtoracic periculos prin posibilitatea afectării sinusului pleural și a organelor vecine. În aceste localizări chistorezecția endoscopică a fost posibilă atunci când peretele periferic al chistului era de 5-6 cm. Metoda poate fi aplicată și în chisturile situate pe fața anterioară a rinichiului, dar abordul transrenal prezintă riscuri crescute de lezare a rinichiului și peritoneului. În aceste localizări s-a efectuat cu predilecție chistorezecția laparoscopică. În majoritatea cazurilor chistul a fost rezecat până la limita parenchimului renal. Localizarea chistului la polul superior și pe fața posterioară a rinichiului a permis rezecția doar periferică a peretelui chistic. Într-un caz intervenția laparoscopică a fost finalizată prin rezecția deschisă a chistului, deoarece a fost depistat un chist multiseptat cu conținut hemoragic suspect la malignitate. În cazul chisturilor multiloculare procedeul nu s-a efectuat, întrucât ele întotdeauna recidivează și necesită tratament chirurgical tradițional. În chisturile parapielice intervenția are contraindicații din cauza riscurilor crescute pe care le prezintă.

### Discuții

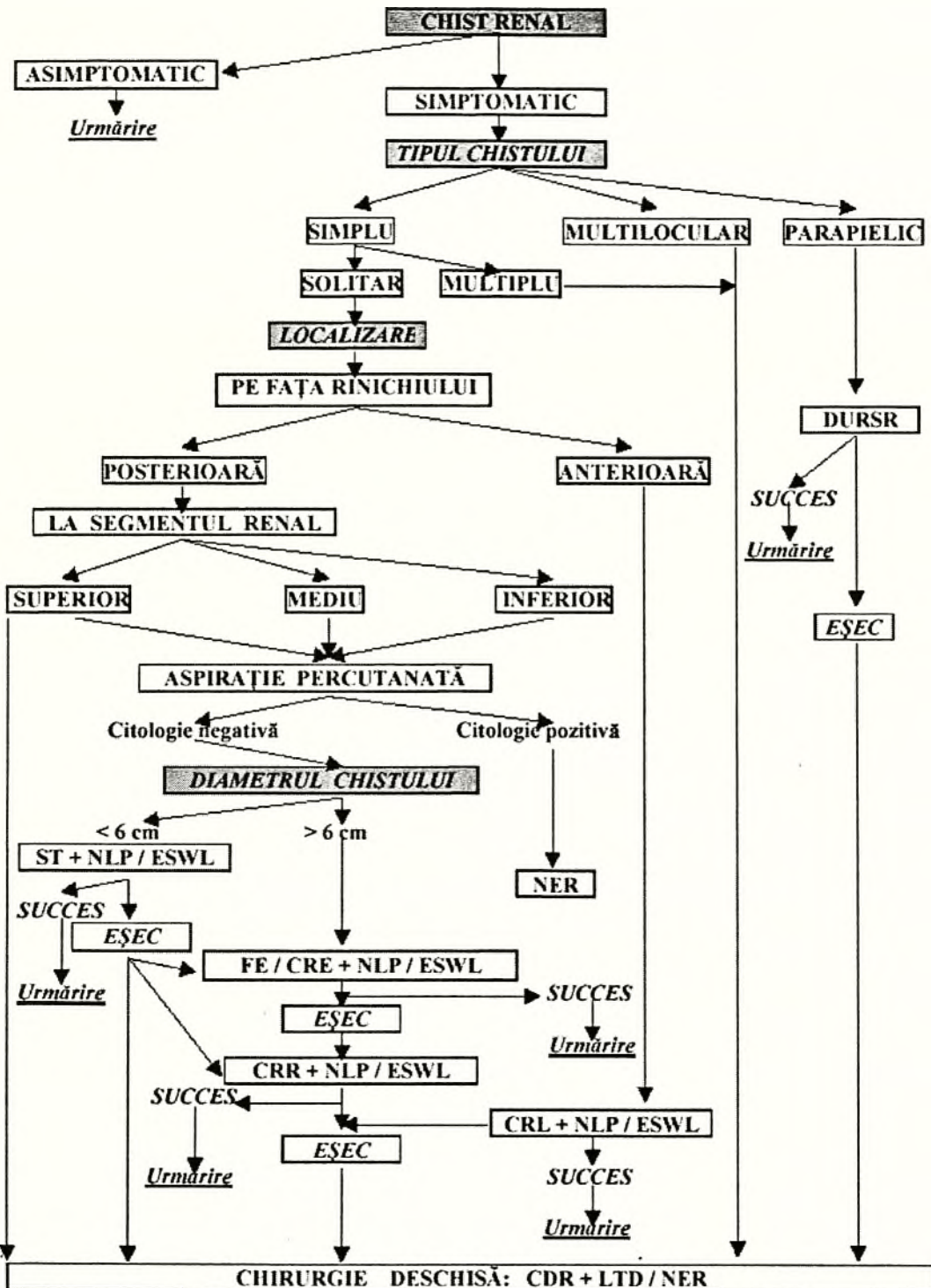
Până în prezent este greu să se standardizeze criteriile după care un chist renal are sau nu indicație de tratament (1, 9). Istoria naturală a chisturilor renale este în 2-5% din cazuri marcată de complicații (4, 13). Complicațiile chisturilor renale ca: infecția, hemoragia intrachistică, ruptura chistului sau efecte ale compresiunii asupra rinichiului, căilor excretorie, vaselor renale și organelor învecinate (dureri persistente sau colici renale, hematurie, hipertensiune arterială etc.) constituie indicații terapeutice. Indicația de intervenție și tipul ei depinde de volumul, localizarea chistului și tulburările pe care le provoacă. Tratamentul intervențional multimodal constă în puncționarea, evacuarea și sclerozarea percutanată a chistului, sau extirparea sa chirurgicală (chistorezecția endoscopică, laparoscopică și clasică) (1, 5, 8, 9, 12-17). În cadrul tratamentului multimodal se descrie un algoritm de management pentru chistul renal (după Munch L.C., Gill I.S., McRoberts J.W.) (5), care nu ia în considerație tipul, localizarea și diametrul chistului, precum și litiaza urinară asociată. Indicația operatorie pentru chisturile seroase renale include numai formațiunile care depășesc 4 cm în diametru și sunt clinic manifeste (13). Au indicație de puncție aspirativă și sclerozare chistele renale solitare simptomatice, care prin volum produc laminarea parenchimului și atrofia acestuia, sau compresiune asupra vaselor cu HTA consecutivă. În situația în care există raporturi intime cu vasele mari, tratamentul chistului întâmpină dificultăți (9).

Chisturile necomplicate de volum mic și mijlociu pot fi puncționate și golite prin puncție percutanată (12). Puncția percutanată și aspirația conținutului chistic este simplă, bine tolerată de pacienți, dar are o rată ridicată a recidivelor (5, 12, 14-17). Utilizarea substanțelor sclerozante reduce incidența acestora, dar poate provoca complicații severe. Sclerozarea chistului nu are practic contraindicații, cu excepția chisturilor care comunică direct cu sistemul cavității renale (1, 11) și celor cu localizare peripielică (5). Chistele de maxim 250 cm<sup>3</sup> se pretează pentru un asemenea tratament. Pentru cele de peste 300 cm<sup>3</sup> rezultatele cele mai bune se obțin prin abord laparoscopic (lomboscopic) (5). Rezecția percutanată a chistului renal, în pofida rezultatelor bune (93%) are indicații speciale (15, 17). Chistorezecția endoscopică având o eficiență comparabilă cu cea a scleroterapiei, dar fiind mult mai agresivă, se limitează la chisturi solitare voluminoase, parapielice, hemoragice sau infectate și la cele care comunică cu sistemul pielocalcical (12). Chistorezecția endoscopică este indicată și în cazul eșecului scleroterapiei percutanate. Imposibilitatea acesteia impune rezolvarea chistului prin chirurgie deschisă (15). Fenestrația și rezecția percutanată a peretelui periferic au în general contraindicațiile întâlnite la chirurgia endoscopică a litiazei. În plus, există contraindicații legate de localizarea chistului și de raporturile sale de vecinătate, deoarece chisturile medio-renale sau de pol superior, pot avea drept complicație leziunile pleurale (1, 9). Abordul percutanat al chistului pentru fenestrație sau rezecție endoscopică a peretelui periferic constituie indicații numai pentru chisturile situate pe hemivalva posterioară a rinichiului (1). Recidiva apărută după aceste metode obligă la chirurgie deschisă cu rezecție definitivă și marsupializare (5). Drenajul și ablația unui chist renal simplu prin deschiderea dintre peretele chistic și sistemul pielocalcical se poate face anterograd sau retrograd. În cazul tehnicii percutane abordul poate fi transchistic, transparenchimat (nu se pătrunde în sistemul colector renal!) sau indirect prin sistemul pielocalcical (5).

Abordul percutanat indirect este de o reală valoare în cazul chisturilor peripielice. Tratamentul endoscopic este util pentru chistele parapielice sau ca alternativă de tratament în cazul eșecului altui tip de terapie. Experiența cu abordul percutanat este încă mică, dar rezultatele obținute sunt încurajatoare (5).

Abordul retrograd cu utilizarea ureteroscopului flexibil (deschiderea ureterorenoscopică retrogradă) se limitează la tratamentul chistului localizat în apropierea nemijlocită de bazinetul renal (2, 7).

Schema. Algoritm de management pentru chistul renal



**Notă:** ST – scleroterapia; FE – fenestrația endoscopică; CRE – chistorezeția endoscopică; CRR – chistorezeția retroperitoneoscopică; CRL – chistorezeția laparoscopică; CRD – chistorezeția deschisă; DURSR – deschiderea ureterorenoscopică retrogradă; ESWL – litotriția extracorporeală; NLP – nefrolitotomia percutanată; LTD – litotomia deschisă; NER – nefrectomia radicală; SUCCES – vindecare; EȘEC – imposibil de realizat sau recidivă; Urmărire (protocol): examen clinic, examen de urină, urocultură și ecografie.

Experiența în tratamentul chisturilor mici obstructive parapielice prin ureteronefroscoapie este limitată. Metoda fiind minim invazivă pare să deschidă o perspectivă nouă în tratamentul chisturilor renale mici, însă numărul redus de cazuri nu permite concluzii definitive asupra procedurii.

Abordul ureteroscopic este limitat pentru chisturile de dimensiuni mici care au o parte a peretelui ce proemină într-un calice sau care au un perete comun cu bazinetul (chist parapielic) (5). În cazul chisturilor recidivate se recomandă abordul laparoscopic (5). O alternativă modernă a procedurilor percutanate de tratament a chisturilor renale solitare, mai ales a celor voluminoase, este chirurgia laparoscopică (1, 4, 5). Avantajele acestea sunt: morbiditatea postoperatorie și timpul de spitalizare reduse, precum și reintegrarea socio-profesională rapidă a bolnavului (8). Rezecția laparoscopică a chistului renal este minim invazivă, eficientă și inofensivă (4, 17). Intervenția se poate realiza transperitoneal sau retroperitoneal (4, 5, 13). Abordul transperitoneal este recomandat atunci când pacientul prezintă o lombotomie în antecedente, sau când există afecțiuni asociate (chist seros hepatic, prezența litiazei veziculare sau a aderențelor după laparatomii anterioare) care pot fi rezolvate concomitent. Totodată, calea retroperitoneală este considerată preferențială, deoarece asigură un abord direct pe rinichi și pentru că rezultatele sunt mai bune. Cu predilecție ea este recomandată atunci când abordul transperitoneal este îngreunat de prezența hepatomegaliei, a splenomegaliei sau a unui sindrom aderențial postoperator, precum și în chisturile rinichiului stâng și în cele cu localizare pe polul renal superior (3, 4). Chirurgia deschisă își limitează indicația actuală la terapia eșecurilor și complicațiilor noilor metode, precum și în chisturi renale multiple, multiloculare, parapielice, malignizate, infectate sau în cazul rinichiului compromis morfo-funcțional, în care terapia minim invazivă este imposibilă, foarte riscantă sau illogică (1, 5, 8, 9, 15-17).

### Concluzii

1. Utilizarea algoritmului terapeutic propus în chistul renal simptomatic permite alegerea procedurii curative optime în funcție de tipul, localizarea și dimensiunea lui.
2. Aplicarea diferențiată a metodelor curative în chistul renal permite optimizarea tratamentului, ceea ce ameliorează semnificativ rezultatele terapeutice.
3. Scleroterapia este procedeul de primă intenție în tratamentul chistului polar inferior și medio-renal, cu dimensiuni sub 6 cm, situat pe fața posterioară a rinichiului.
4. În cazul eșecului scleroterapiei și în chistul cu diametru peste 6 cm, localizat pe fața posterioară a rinichiului, se impune fenestrația/rezecția percutanată endoscopică sau retroperitoneoscopică a chistului renal.
5. Chistorezecția laparoscopică este indicată în chistul localizat pe fața anterioară a rinichiului.
6. Chistul parapielic, multilocular și cel simplu (în special polar superior și multiplu) în cazul infectării sau eșecului altor tratamente, se rezolvă prin chirurgia deschisă (rezecția peretelui periferic al chistului).
7. Chisturile renale pe rinichi compromis morfo-funcțional, cât și cele malignizate impun nefrectomie.

### Bibliografie

1. Boja R.: Chirurgia percutanată reno-ureterală. Tratamentul percutanat al chistului renal solitar. Ed. LEDA & MUNTENIA, Constanța, 2000 : 347-365.
2. Clayman R.V., Kavoussi L.R.: Endoscopic techniques for noncalculous disease, in Walsh P.C., Retik A.B., Stamey T.A., Vaughan E.D.: Campbell's Urology, W.B. Saunders Co., 1992, pp. 2231-2311.
3. Coman I., Duca S., Coja A. R., Rusu C. B., Stanca D. V., Porav-Hodade D. Incidente și complicații intraoperatorii în intervențiile laparoscopice urologice. // Quo vadis, 2002. – Vol. 4. – nr. 1. – P. 18-23.
4. Duca S. Chirurgia laparoscopică. Ediția a 2-a. Ed. PARALELA 45, 2001, p. 417-426.
5. Geavlete P. Compendiu de patologie urologică. Ed. S.C. COPERTEX S.R.L. București, 1997.
6. Geavlete P. Chirurgie laparoscopică în urologie. Ed. Med. Modernă, 1997, 4:237-239.
7. Kavoussi L.R., Clayman R.V., Mikkelsen D.I. et al. Ureteronephroscopic marsupialization of obstructing peripelvic renal cyst. // J. Urol. 1991. – Vol. 146. – P. 411-414.
8. Morgan C. Jr. // Ibid. – 1992. – Vol. 148. – P. 1835-1836.
9. Nicolescu D. Bazele chirurgiei endourologice. Ed. EUROBIT. Timișoara, 1997.
10. Proca E. Tratat de patologie chirurgicală, Vol. VIII – Urologie, Ed. Medicală, București, 1984.
11. Reuter H.J.: Die Verodung von Nierenzystem. Akt. Urol. 1987. – 18:25-27.
12. Sinescu I. Urologie Clinică. Ed. Medicală AMALTEA, București, 1998.
13. Târcoveanu E. Elemente de Chirurgie Laparoscopică. Ed. Polirom, Iași, 1998, vol II, p. 235-237.
14. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки. – М., 1982.
15. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Перкутанная рентгеноэндоскопическая хирургия простых кист почки. // Урол. и нефрол. – 1993. – 2:2-5.
16. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Том 2. "Медицина". Москва, 1998.
17. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. Лапароскопическая резекция простой кисты почки. // Урол. и нефрол. – 1999. – 2:23-25.