

ESWL. Nici unul nu a necesitat tratament de drenaj chirurgical, ci doar observarea lor în timp și tratament conservator. În cazul asocierii unei infecții urinare acute, litotriția extracorporeală este contraindicată. Atunci când este prezentă o pielonefrită secundară unei litiaze, se impune tratamentul cu antibiotice și efectuarea litotriției "la rece", după depășirea fazei acute a infecției [11,12]. Antibiograma oferă posibilitatea alegerii rapide a unui antibiotic cu administrare injectabilă în cazul pielonefritelor acute severe post-ESWL [11,12]. Din toți pacienții cu litiază renouretorală care au fost tratați cu ajutorul litotriției extracorporeale, doar 11 pacienți au prezentat pielonefrită acută post-ESWL. Șansele pacienților cu litiază urinară și infecție a tractului urinar sunt de 6,9 ori mai mari de a face pielonefrită acută după tratamentul litiazei, comparative cu pacienții litiazici fără infecție urinară asociată [11,12].

Concluzii

1. La momentul actual, ESWL este metoda de elecție în tratamentul litiazei reno-ureterale, care se utilizează la circa 70 – 80 % din numărul total de pacienți litiazici.

2. Complicațiile post ESWL sunt în marea lor majoritate minore (hematurie tranzitorie, colici) și depind de indicațiile corecte pînă la procedură, selectarea minuțioasă a pacienților către procedură.

3. Cu toate că ESWL este o procedură de tratament relativ inofensivă și cu complicații minore, uneori pot apărea complicații severe post ESWL, care pun în pericol viața pacientului.

4. În lotul studiat rata complicațiilor minore și majore a constituit 4,16 %.

5. Odată cu declanșarea unor complicații posibile, acestea necesită un management adecvat.

Bibliografie

1. Ceban E. Tratamentul litiazei renouretorale prin litotriție extracorporeală cu unde de șoc (ESWL) Indicații metodice CHIȘINĂU 2015.
2. Sinescu I. Urologie clinică. București, Editura Medicală Amaltea, 1998.
3. Sinescu I., Gliuc G. Tratat de urologie. București, Editura Medicală Amaltea, 2008.
4. Tode V. Urologie clinică. Constanța, 2000.
5. Ceban E. Urolitiaza (Indicații metodice). CEP „Medicina”, 2013.
6. Ceban E. Tratamentul multimodal al nefrolitiazei complicate. CEP „Medicina”, 2013.
7. Oșan VG. Urologie, Ed. University Press, Tîrgu-Mureș; 2003. p. 101-120.
8. Ambert V, Chira I, Jinga V, et al. Complicațiile pe termen scurt consecutive litotriției extracorporeale a calculilor pielocaliceali, Revista Română de Urologie; 2010. p. 9- 2:33.
9. Oșan VG, Simion C. Litotriția extracorporeală în tratamentul litiazei reno-ureterale, Ed. University Press, Tîrgu-Mureș; 2005. p. 15-131.
10. Pastor NH, Carrión LP, Martínez RJ, et al. Renal hematomas after extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL). Actas Urol Esp. 2009 Mar;33(3):296-303.
11. Fujita K, Mizuno T, Ushiyama T, et al. Complicating risk factors for pyelonephitis after extracorporeal shock wave lithotripsy, Int J Urol. 2000;7-6:224-30.
12. Ceban E. The treatment of the reno-ureteral calculi by extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL). J Med Life. 2012 Jun 12;5(2):133-8.

MANAGEMENTUL ENDOSCOPIC A LITIAZEI URETERALE – EXPERIENȚA CLINICII UROLOGIE IMSP INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ

Axenti Alin, Poneatenco Dumitru

Secția urologie IMSP IMU

Rezumat

O analiză retrospectivă a rezultatelor tratamentului prin ureteroscopie a 228 de pacienți cu concremenți ureterali în condițiile secției de urologie a IMSP IMU în perioada 2012-2015, este prezentată. La 70% din pacienți s-a efectuat ureterosopia semirigidă cu litotriția intracorporeală ultrasonică de contact sub anestezie intravenoasă. Rata „stone-free” obținută – 92.7%. S-a efectuat stentare ureterală selectivă post-ureteroscopie (46.5%). În pofida avantajelor evidente (rata înaltă de reușită a intervenției, termen scurt de spitalizare, caracterul mini-invaziv a intervenției comparativ cu abordul chirurgical deschis), ureterosopia nu este lipsită de complicații majore. În eșantionul examinat de pacienți 2 avulsii ureterale au fost raportate. Astfel, la planificarea tratamentului ureterolitiazii prin ureteroscopie este necesar de ținut cont de avantaje și riscurile ureteroscopiei. Evitarea complicațiilor potențiale necesită dotare tehnică adecvată, dexteritate endoscopică bună și vigilență la efectuarea ureteroscopiei.

Summary

Endoscopic management of ureteral stones – the experience of urology department from the Institute of Emergency Medicine

A retrospective analysis of 228 patients with ureteral stones, treated by ureteroscopy at the Department of Urology from the Institute of Emergency Medicine (2012 - 2015) is presented. Above 70 % of patients underwent semi - rigid ureteroscopy with intracorporeal ultrasonic contact lithotripsy under intravenous sedation. A 92.7 % stone – free rate was obtained. Ureteral stent insertion was performed on a selective basis (46.5%). In spite of the obvious advantages (high stone-free rate, short hospital stay, less invasive character in comparison to traditional surgical approach), ureteroscopy is not devoid of major complications. In the series studied there were 2 ureteral avulsions recorded. Thus, why scheduling ureteroscopic treatment for ureteral stones it is necessary to bear in mind both advantages and risks of ureteroscopy. This requires as well good equipment, technical skills and vigilance of the performing urologist.

Introducere:

La momentul actual există trei strategii de bază a managementului litiazei ureterale – conduita expectativă, litotriție extracorporeală (ESWL) și tratamentul endoscopic prin utilizarea ureteroscopiei (ureterolitotripsiei și ureterolitoextracției).

În urma progresului tehnologic în domeniul endoscopiei chirurgicale și litotriției intracorporeale, ureterosopia a căpătat un loc extrem de important în conduita litiazei ureterale. Ureterosopia este considerată astăzi metoda de elecție în tratamentul ureterolitiazii pelvine și demonstrează rezultate postoperatorii bune de asemenea pentru concremenții cu o localizare mai proximală. Fiind o metodă elegantă și mini-invazivă de rezolvare a litiazei ureterale de diversă localizare, ea totodată nu este lipsită de riscuri perioperatorii (perforație, avulsie ureterală), necesită o selectare prealabilă a pacienților și o efectuare tehnică vigilentă.

Scopul lucrării:

Examinarea retrospectivă a rezultatelor tratamentului endoscopic a pacienților cu litiaza ureterală în condițiile secției de urologie a IMSP Institutul de Medicină Urgentă în perioada Februarie 2012 – Iunie 2015.

Material și metode:

A fost efectuată o analiză retrospectivă a rezultatelor tratamentului endoscopic al pacienților cu litiaza ureterală în condițiile secției urologie a IMSP IMU în perioada 21.02.2012 – 30.06.2015. Eșantionul examinat e reprezentat de 228 de pacienți (134 femei - 58.7% și 94 bărbați - 42.3%) cu vârsta cuprinsă între 18 și 74 ani. Repartizarea pacienților în funcție de vârstă s-a efectuat în 2 loturi: 1) cu vârsta între 18-60 ani - 169 pacienți; 74.1%); 2) cu vârsta peste 60 ani - 59 pacienți; 25.9%). La majoritatea pacienților procedura s-a efectuat sub protecția anesteziei intravenoase – 199 pacienți (87.3%). La 29 din pacienți (12.7%) a fost aplicată anestezia rahidiană.

În total sau efectuat 231 de ureteroscopii, cu ureteroscopului semirigid 9 Fr, Karl Storz. În 165 cazuri a fost utilizată litotriția intracorporeală de contact (ultrasonică – dispozitivul “Calcuson”, Karl Storz); în restul cazurilor s-a efectuat ureterolitoextracția cu pensa Aligător sau ansa Dormia. La 3 pacienți s-a efectuat ureterosopia curativă bilaterală într-o ședință. Topografia litiazei ureterale: 1/3 inferioară – 156 pacienți (68,3%), 1/3 medie – 55 pacienți (24,2%), 1/3 superioară – 17 bolnavi (7,5%). Dimensiunile concremenților: de la 6 la 18 mm, în mediu - 8,3 mm. Aprecierea dimensiunii calculilor și topografiei ureterolitiazii s-au efectuat în baza examenului radiologic (radiografie reno-vezicală, urografie intravenoasă sau CT abdominală). După efectuarea ureteroscopiei în 106 cazuri s-a instalat stentului ureteral JJ (46.5%).

Rezultatele obținute:

Durata intervenției endoscopice în intervalul 12-117 minute, în mediu – 27 minute. Durata spitalizării postoperatorii – 1-7 zile, media - 2,4 zile. Rata pacienților “stone free” – 92,7 %.

Complicațiile, provocate de ureteroscopie:

1. Avulsii ureterale – 2 cazuri (0.01%) (ureteroneocistostomie – 1; nefrectomie – 1);
2. Perforații ureterale – 7 cazuri (0.04%), rezolvate prin instalarea stentului JJ;
3. Stricțiunile ureterale – 2 cazuri (0.01%), rezolvate prin incizie internă optică;
4. Sindromul de hipervolemie (asemănător cu TUR sindrom) – 1 caz;

Discuții:

Orișice tehnologie medicală în evoluția sa trece prin câteva etape: atitudine rezervată, promovare și acceptare treptată, entuziasm universal, determinarea limitelor raționale de utilizare sau uitare completă. Această ordine de idei privește, de asemenea, și ureterosopia.

Ureterosopia curativă a fost implementată în practica urologică în 1980 de Perez-Castro și Martinez-Pineiro. Abordul ureteroscopic oferă posibilitatea rezolvării rapide și minim-invazive a litiazei ureterale la majoritatea pacienților. Astfel, rata pacienților, care au urmat tratament chirurgical deschis pentru litiaza ureterală, a scăzut dramatic. În majoritatea clinicelor urologice ureterosopia este efectuată în regimul “intervenției de o singură zi”. Totodată această metodă, aparent simplă și inofensivă, nu este lipsită de riscurile complicațiilor. Din fericire, majoritatea complicațiilor sunt minore. Însă progresele tehnologice înregistrate în domeniul endourologiei deocamdată nu permit eliminarea completă a leziunilor iatrogene ureterale (avulsie, perforație ureterală). Incidența lor constituie aproximativ 0.1%.

La momentul actual nu există recomandări clare în privința conduitei pacienților cu leziunile iatrogene ureterale. Pentru evitarea iatrogeniilor ureterale se recomandă: utilizarea sistematică a controlului fluoroscopic pe parcursul ureteroscopiei, evitarea ureterolitoextracțiilor “oarbe”, utilizarea separată a ghidului de “lucru” și de “siguranță”. Aceste măsuri preventive simple considerabil scad riscul unei leziuni iatrogene grave a ureterului în timpul endoscopiei. Instalarea stentului JJ după ureteroscopie este recomandată la pacienții cu riscul sporit de complicații (de exemplu, ureterolitiază reziduală; trauma posibilă a ureterului în timpul efectuării endoscopiei; sarcina; anomaliile reno-ureterale). Durata optimă a stentării post-ureteroscopice, de asemenea rămâne subiectul discuțiilor.

Concluzii:

Ureterosopia reprezintă o modalitate endoscopică efectivă pentru tratamentul mini-invaziv al ureterolitiazii. Ea oferă o rată înaltă de succes, în special pentru litiaza ureterului pelvin. Efectuarea ureteroscopiei este posibilă sub protecția anesteziei intravenoase și nu necesită instalarea de rutină a stentului D-J. Complicațiile ureteroscopiei sunt rare (sub 1%). Însă gravitatea lor indică necesitatea selecției pacienților și efectuării tehnice corecte.

Bibliografie selectivă

1. EAU Guideline on Urolithiasis, March 2015 update, pp. 27-29.
2. Smith's textbook of Endourology, 3rd edition, Smith Arthur, Badlani Gopal et. Al., Blackwell Pub., 2012; pp. 357-429.

3. Surgical management of urolithiasis, Nakada Stephen, Pearle Margaret; pp. 83-151.
4. Management of ureteral calculi: EAU / AUA Nephrolithiasis panel, 2007; pp. 43-45.
5. Alapont J. M., Broseta E., Oliver F., Ureteral avulsion as a complication of ureteroscopy, Int. Braz. Journal of Urology, vol. 29, No1; Rio de Janeiro, Jan./ Feb. 2003.
6. Hollenbeck B. K., Schuster T. G., Routine placement of uretral stents is unnecessary after ureteroscopy for urinary calculi., Urology, 2001 Apr., 57(4):639-43.

DEREGLĂRI METABOLICE DE BAZĂ ÎN UROLITIAZA RECIDIVANTĂ (REVISTA LITERATURII)

Pavel Banov

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Urolitiaza actualmente ocupă unul din locurile de frunte în structura bolilor urologice. În conformitate cu pronosticul, urolitiaza are o continuă tendință ascendentă datorită schimbărilor semnificative în natura și în calitatea alimentelor, acțiunea nefastă a mediului ambiant și factorilor sociali, metabolici și infecțioși. Pentru o diagnosticare multilaterală a cauzelor litogenezei, aprecierea dereglărilor metabolice și efectuarea activităților metafilactice necesare, se impune o examinare completă a pacientului, în special studiul parametrilor biochimici serici și urinari, determinarea compoziției calculului și analiza factorilor de risc pentru litogeneză.

Summary

Basic metabolic disorders in recurrent urolithiasis (Literature review)

Urolithiasis (UL) is one of the most common urologic diseases in the world. According to forecasts, urolithiasis has a continuing upward trend due to a significant change in the nature and quality of nutrition, increase of negative environmental and social factors. For a multilateral diagnostics of the lithogenesis causes, in assessing metabolic disorders and performing necessary metaphylaxis, it requires a complete examination of the patient, especially serum and urine biochemical study, determining the composition of the stones and analysis of risk factors for lithogenesis.

Introducere

Litiaza renală este una din cele mai frecvent întâlnite maladii urologice, care se determină cel puțin la 5-12 % din populație, cu o rată de 70% la pacienții cu o vîrstă aptă de muncă (20 – 50 ani) [1,2].

Pe parcursul ultimilor decenii pe întreg globul pămîntesc se înregistrează o creștere progresivă a incidenței urolitiazii (H-G. Tiselius, O. Ackermann, 2004; C. Scales 2012; D. Assimos, 2012; B. R. Matlaga 2012) [3-9]. În prezent, în țările înalt dezvoltate, 400 mii de persoane din 10 milioane suferă de LR. Anual, se înregistrează 85000 de cazuri noi de LR, dintre care 62000 – cu caracter recidivant [10].

Litiaza reduce durata medie a vieții, fenomen ce se determină la 5 - 20% din totalul de bolnavi, iar recidivele maladiei sunt depistate în 50-67% din cazuri [11, 12].

Majoritatea cercetătorilor țin să aducă la cunoștință faptul că după primul episod de migrare sporadică a calculului din rinichi, există posibilitatea de recidivare a patologiei în următorii 5 ani, care variază între 27% și 50% [13,14].

Succesul tratamentul în urolitiază depinde, în mare parte, de identificarea factorilor etiologici, aprecierea stadiului de patogeneză și tipul de formare al calculilor. Prin urmare, este necesar să se ia diferențial în considerare tulburările metabolice de bază în organism și schimbările fizico-chimice urinare, pentru diferite tipuri de calculi.

Dereglările de bază ale metabolismului la bolnavii cu nefrolitiază sunt: **hiperuricemia, hiperuricuria, hiperoxaluria, hipercalciuria, hiperfosfaturia și modificările acidității**

urinare.

La substanțele ce se conțin în urină și au un rol important în litogeneză se atribuie:

Calciul – intră în componența majorității calculilor renali. Din toată cantitatea de calciu ce se conține în plasma sanguină aproximativ 60% este supusă ultrafiltrației, iar 40% în special proteinații și compuși complecși nu trec prin membrana glomerulară. Aproximativ 98-99% din calciul filtrat este reabsorbit și numai 1-2% este eliminat cu urina. În caz de un nivel adecvat al calciului în plasmă reabsorbția lui are loc exclusiv în tubii contorți proximali, iar în caz de hipercalemie reabsorbția are loc în cei distali și ducturile colectoare. În asemenea cazuri este posibilă depistarea depozitării calciului în tubii contorți proximali și în ducturile colectoare, proces numit nefrocalcinoză. Hormonul glandelor paratiroide joacă un rol important în reglarea metabolismului calcic. Se consideră faptul că parathormonul acționează nemijlocit la nivelul celulelor tubilor contorți distali, sporind reabsorbția calciului. Atunci când calciuria este cauzată de afectarea renală, nivelul de calciu ionizat în plasmă este mic, iar în cazul calciuriei de cauză extrarenală acest nivel este ridicat. Ionul de calciu la rândul său influențează reabsorbția altor ioni, sporind eliminarea sodiului, clorului, fosforului, hidrogenului și a apei, micșorând în același timp secreția potasiului [15-20].

În caz de calculi calcici se pot depista următoarele modificări: hipercalciurie, hiperuricozurie, oxalurie, hipocitraturie. Hipercalciuria, ca unica modificare în cazul cercetărilor biochimice ale urinei, se întâlnește la 12% din bolnavi, în