

După o perioadă de derivare ureterul, în majoritatea cazurilor, se contractă în calibrul și motorica, ce este mult mai favorabil pentru reimplantarea ulterioară. În aplicarea ureterostomei trebuie evitată derivarea lombară înaltă, deoarece ea complică procedeele de reconstrucție ulterioară, fără să aducă un avantaj real față de o derivare ureterală distală, care trebuie aplicată în porțiunea cât e posibil mai distală.

Pe parcursul primului an de supraveghere dinamica, examinările trebuie să fie evaluate comparabil – ecografia repetată, pentru aprecierea evoluției dilatării ureterului, SCB și a grosimii parenchimului renal. Nefrosintigrafia izotopică care ne permite evaluarea funcției renale și a curbei de evacuare a căilor urinare superioare.

Un mare ajutor în apreciere evoluției o poate avea aprecierea raportului calice-parenchim, un indice obiectiv în evoluția de dilatare a cavităților renale și afectarea parenchimului renal.

Persistența refluxului de grad mic după reimplantare în caz de megaureter nu trebuie să alarmeze. Regresia progresivă a dilatării ureterului indică la o supraveghere îndelungată ecografică și scintigrafică. Absența semnelor afectării funcției renale și lipsa recidivelor infecției urinare prezintă argumente pentru o pauză de supraveghere 3-5 ani, înainte de a se hotărî la o eventuală intervenție chirurgicală repetată

Fiecare dintre examinările suplimentare demonstrează unele aspecte specifice stării căilor excretorii și a parenchimului. Nici unul nu a dovedit valoarea sa predictivă în ceea ce privește potențiala evoluție a patologiei. Numai prin evaluarea repetată ar putea fi pusă în evidență o stabilitate, o ameliorare spontană sau o agravare, care va servi un temei pentru alegerea tacticii adecvate de tratament și supraveghere.

Persistența unei dilatări ureterale nu este motiv suficient pentru a vorbi despre recidiva obstrucției, în funcție de gradul

alterărilor structurale a pereților ureterali, o dilatare sechelară poate să se păstreze, fără să existe un pericol de afectare a funcției renale.

Aceasta se manifestă la o examinare scintigrafică prin persistența unei curbe de evacuare perturbată ce denotă o stază, care nu constituie neapărat indicație pentru intervenție repetată. În cazuri discutabile poate fi aplicată sondă vezicală la o scintigrafie ori urografie, la aprecierea golirii căilor excretorii superioare.

Concluzii

1. Tentativele de detașare a tecii fibro-vasculo-nervoase a ureterului pe arii extinse de peste 1,0–1,5 cm în special în malformații sau procese inflamatorii provoacă dereglări circulatorii și dismotorice severe la nivelul segmentelor ureterale destinate pentru anastomozare. Această pledează cu certitudine că în disecțiile efectuate pe uretere trebuie maximal de păstrat integritatea acestei teci.

2. Mobilizarea delicată a ureterului cu păstrarea tecii fibro-vasculo-nervoase poate fi recomandată în prelevarea organului, în caz de transplant renal.

3. Manipulând în SPU se recomandă cât mai puțin de mobilizat atât ureterul cât și bazinetul. Și cum am menționat: în anastomoză de implicat și tunica vasculo-nervoasă.

4. În partea juxtavezicală ureterul se recomandă de mobilizat cât mai puțin, în caz de megaureter torsionat, mai extins, fără mobilizarea ureterului pe parcurs.

5. În caz de ureterocistoanastomoză în partea mobilă a vezicii urinare se recomandă fixarea fundului vezicii urinare de m.psoas pentru a stabiliza vezica în axa ureterului și evita formarea unei curburi de ureter în punctul de inserție.

Bibliografie:

- Hendren W.H., Carr M.C., Adams M.C. Megaureter and Prune-Belly Syndrome/Pediatric Surgery v.2, 5 edition. 1998. p. 1631-1651.
- Бабич А. Распознавание диагностических ошибок в ходе урологических операций. Будапешт. 1984. стр. 19-24.
- Кан Д. В. Восстановительная хирургия мочеточников. Медицина. 1983. стр. 41-52.
- Переверзев А.С. Обструктивная уронефропатия у детей. Материалы трудов 8 Международного конгресса урологов «Актуальные проблемы детской урологии». Харьков. 2000, с. 3-28.

CISTOURETROGRAFIA ȘI UROFLOUMETRIA RADIONUCLEIDĂ

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

IMSP IMC, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu"

Catedra de Chirurgie Pediatrică, Departamentul de urologie pediatrică

Rezumat

În articol sunt prezentate rezultatele unui studiu privind diagnosticarea refluxului vezico-renal și aprecierea urodinamicii ureterului refluxant, realizat pe un lot de 42 pacienți, tratați în cadrul CNȘP de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Rezultatele studiului au demonstrat că uroflowmetria radionucleidă oferă informație sumară și regională privind vezica urinară, uretra posterioară și anterioară.

Summary

The radionuclide cystoureterography and uroflowmetry

This article presents the results of a study for diagnosis the renal vesicoureteral reflux and ureteral urodynamics reflux, conducted on a sample of 42 patients treated in the Pediatric Surgery of National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery "Natalia Gheorghiu". The study results demonstrated that radionuclides uroflowmetry provides summary and regional information about the bladder and the anterior and posterior urethra.

Introducere. Indicațiile terapeutice în special cele chirurgicale, sunt făcute după investigații „statice” în special urografia i/v sau cistouretrografia. În același timp, aparatul urinar inferior este un sistem dinamic care necesită investigații specifice ce vor pune în evidență tulburările funcționale la acest nivel. În acest scop se utilizează tehnici complexe de înregistrare, ce au permis o mai bună cunoaștere a modificărilor funcționale în context clinic, ce implică aparatul urinar inferior.

Scopul studiului este de a aprecia posibilitățile de diagnostic ale urofluometriei radionucleide la copii cu semne clinice de maladii a aparatului urinar inferior.

Material și metode. În studiu au fost incluși 42 de copii cu diverse patologii urologice la nivelul tractului urinar inferior. La 9 pacienți cu reflux vezico-ureteral, s-a efectuat cistouretrografia radionucleidă cu înregistrare pe vezica urinară, uretra posterioară și anterioară în micție. Examinarea continua la interval de 20-40 secunde după micție, pînă cînd din ureter se elimină conținutul refluxant. S-a analizat forma și mărimea vezicii urinare și uretrei. S-a apreciat indexul urofluometric sumar și regional.

Metoda examinării radionucleide a vezicii urinare și uretrei are două etape. În timpul primei etape după micție se cateterizează vezica urinară pentru evacuarea și aprecierea urinei reziduale dacă este prezentă. Pe cateter se introduc 18-40 MBK 99mTc perțehnețat în volum de 1-2 ml, apoi cu ajutorul seringii Jane, se introduce soluție de Furacilină pînă la prima chemare la micție, notînd cantitatea soluției introduse. La etapa a doua pacientul în poziție laterală este așezat către detectorul gamma – camerei în poziție obișnuită de micție: băietii – în picioare, fetele pe un scaun special, comod pentru micție.

Am efectuat CUGRN la gamma-cameră cu computer ПДП-11-34 după introducerea prin cateter 18-37 MBK 99mTc perțehnețat, cu înregistrarea informației în timpul micției. Histogramele sau urofluogramele înregistrate în regiunea

(vezicii urinare, uretrei posterioare și anterioare) au fost analizate calitativ și cantitativ.

Interpretarea calitativă a histogramelor s-a efectuat după parametrii ce urmează

1. Durata micției, sec.
2. Indexul urofluometric, ml/sec
3. Timpul atingerii vitezei maxime a getului de urină, sec
4. Viteza maximă a getului urinar, ml/sec
5. Cantitatea urinei reziduale în vezica urinară, ml.

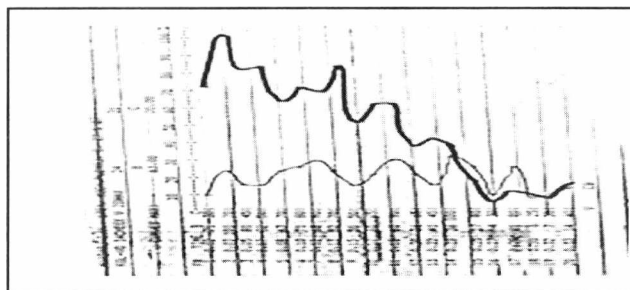
Configurația urofluogramei depinde de determinarea cantitativă. Histogramele vezicii urinare s-au efectuat pentru examinarea mecanismelor de acomodare și compensare, care apar obișnuit sau în caz de obstrucție infravezicală. Regiunea care prezintă interes corespunde vezicii urinare la culmea umplerii ei. Caracterul curbei segmentului inițial la uretra posterioară se evidențiază prin ondulația ei. Mărimea ondulațiilor depinde de gradul dereglării de trecere mai jos de obstrucție și se aprecia ca trecerea torentului laminar în torent turbulent, care comparativ cu alte metode de examinare nu este posibil de apreciat.

Cu cât e mai larg sectorul uretrei suprastenotice, cu atât e mai pronunțat torentul turbulent al lichidului. În normă, în dependență de volumul efectiv al vezicii urinare, timpul urinării corespunde de la 12,1 până la 17,9 secunde, în dependență de gradul stenozei și schimbărilor secundare ale uretrei și vezicii urinare urofluogramele au diferite forme – ondulația este mai pronunțată, curba descreșterii este mai lentă.

În caz de obstrucție infravezicală vădită, în dependență de decompensarea detruzorului, curbele urofluogramelor înregistrate la nivelul vezicii urinare pot fi foarte lente.

În acele cazuri cînd tranzitul uretrei este păstrat curbele urofluogramelor uretrei posterioare și anterioare practic repetă una pe cealaltă.

În caz de obstrucție în porțiunea distală a uretrei posterioare, curba înscrisă asupra uretrei posterioare e mai înaltă, ce ne indică scăderea vitezei fluxului de urină (fig.1).



Pacientul M.
Stenoza congenitală a uretrei posterioare.
B - Urofluograma uretrei posterioare
C - Urofluograma uretrei anterioare

Fig. 1. Urofluograma

URODINAMICA URETERULUI REFLUXANT

În literatura de specialitate nu este analizată urodinamica ureterului refluxant. Cum se isprăvește ureterul cu o cantitate mai mare de urină refluxantă? Cum se evacuează urina din ureter? De ce la reflux chiar și pasiv ureterul la unii e foarte dilatat, la alții mai puțin? De ce după operația antireflux la o parte ureterul repede își revine, la alții dilatația se menține, chiar dacă nu se mai înregistrează reflux, rinichiul continuă să se cicatrizeze, infecția urinară recidivează.

Rezultate. Au fost efectuate CUGRN la 42 pacienți și la 9 s-a depistat reflux vezico-renal. De obicei examinarea se finisează odată cu finisarea micției la reflux. A 2-a examinare se prelungește 20-40 secunde cu înscrierea radionucleidă în uretere și vezică. Majoritatea ureterelor repede au evacuat

soluția refluxantă. La un pacient cistografia radionucleidă s-a depistat reflux vezico-renal bilateral, pe dreapta mai pronunțat (fig.2).

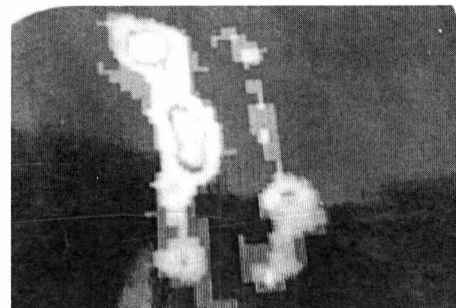


Fig. 2. Cistouretrografia radionucleidă

La curbele preluate de pe ureter – pe stânga se golește aproape definitiv, pe dreapta – o stază vădită prelungită, ceea ce ne vorbește despre o hipotonie a ureterului (Fig.3).

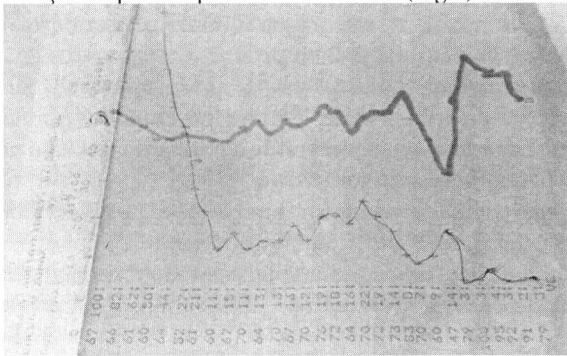


Fig.3. Uroflowgrama

Numai la 3 copii din ureterul mai dilatat sa înregistrat o evacuare foarte lentă. Un studiu mai aprofundat al RVR ne poate oferi informații suplimentare necesare elaborării tacticii de tratament chirurgical, care este lungimea tunelului, ce-i trebuie de făcut cu obstrucția, etc.

Concluzii

Toate aparatele de apreciere a urodinamicii ne oferă informații sumare despre funcția tractului urinar inferior. Uroflowmetria radionucleidă ne oferă atât informație sumară cât și regională separat (vezica urinară, uretra posterioară și anterioară). La examinarea uroflowmetrică se poate depista refluxul vezico-renal și aprecia urodinamica ureterului refluxant. Metoda este inofensivă și este recomandată pentru evaluarea refluxului vezico-renal la copii.

Bibliografie

1. Wen I.G. Tong E.C. Cystometry in infante and children with no apparent voiding symptoms. British. Urology 81(3) 468-73. 1998.
2. Yussef I.G. Picker R. Kretz A. Critical evaluation of uroflowmeters and analysis of normal curves j. Urologie 109, p. 874. 1973
3. Iliescu L.R. Manu A. Uroflowmetria în evaluarea dinamicii a BPH Conferința de endourologie București 1998
4. Iliescu L. Urodinamica aparatului urinar inferior. Ed. Arc 2000 București 2003.

EXPERIENȚA ADMINISTRĂRII PREPARATULUI NO-CYST ÎN TRATAMENTUL INFECȚIEI TRACTULUI URINAR (ITU) LA COPII

B.Curajos, A.Curajos, V.Celac, J.Bernic, V.Roller, V.Gavriliuța

IMSP IMC, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu"
Catedra de Chirurgie Pediatrică, Departamentul de urologie pediatrică

Rezumat

În studiu au fost incluși 100 pacienți cu vârsta cuprinsă între 3 și 18 ani, care au urmat tratament cu preparatul NO-CYST intensiv și NO-CYST preventiv. În urma tratamentului efectuat s-a constatat o diminuare a recidivelor ITU. Preparatul poate fi cu succes administrat în tratamentul post-operator complex după intervenții plastice asupra tractului urinar.

Summary

The experience of administration of the drug NO-CYST in the treatment of the urinary tract infections in children

In the research 100 patients aged between 3-18 years, treated with intensive NO-CYST and preventive NO-CYST, were included. The study results confirmed the reducing of the recurrences of urinary tract infections in these patients. The drug can be successfully administered for the after operative treatment and after plastic intervention of urinary tract.

Introducere. Infecția tractului urinar la copii rămâne o problemă actuală în practica urologică și nefrologică pediatrică. Actualmente medicina se confruntă cu rezistența sporită a florei uropatogene către preparatele aplicate tradițional, majorarea frecvenței cistitelor și pielonefritelor secundare la copii, deseori asociate cu anomalii congenitale ale tractului urinar, cu evoluția negativă și pronostic nefavorabil.

Este actuală stabilirea unei tactici de tratament și profilaxie a recidivelor cu utilizare pe scară largă a preparatelor naturale. Infecția tractului urinar în cele mai dese cazuri este provocată de Escherichia Coli (80%). Combinația E. Coli cu Candida Albicans este responsabilă de ITU în 90%. Alți factori cauzatori ai ITU sunt Proteus mirabilis, Staphilococcus și Enterococcus faecalis.

Agentul patologic pătrunde la nivel de uroteliu de care se alipește prin intermediul unor proteine adezive. Adhезiunile sunt localizate pe fimbrii (pile) care se extind din peretele bacterian. Fimbriile bacteriene sunt de 2 tipuri:

1. Manoză-rezistente (tip P).

Capacitatea de adeziune a acestui tip de fimbrii este inhibată de merișor.

2. Manoză – sensibile (tip I)

Capacitatea lor de adeziune este inhibată de D-manoză.

Fimbriile interacționează cu receptorii uroteliului. Agentul bacterian fixat de uroteliu formează o peliculă, numită „biofilm”, care prezintă o microcolonie bacteriană inclusă într-o matrice de polimer. Mecanismul acesta explică rezistența biofilmelor la antibiotic și le protejează persistența de lungă durată în