

Bibliografie

1. TISELIUS HG. Aetiological factors in stone formation. In: Davison AM, Cameron JS, Grunfeld J-P, Kerr DN, Ritz E, Winearls CG, eds. Oxford Textbook of Clinical Nephrology. 3rd edn. Oxford: OxfordUniversity Press, 2005, pp. 1201-1223.
2. TANASE A., Urologie și Nefrologie Chirurgică. Curs de prelegeri. Chișinău, centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005, Cap.VIII Litiaza urinară Conf. I. Dumbrăveanu, E. Ceban p.81-90.
3. CEBAN E. Tratatamentul diferențiat al calculilor ureterali // USMF "N. Testemițanu" Teza de doctor în științe medicale. - Chișinău. - 2003., p 3-4.
4. ТАНАКО Э., МАКАНИНЧА ДЖ., под ред., Урология по Дональду Смиту // М., Практика, 2005., с. 278-317.
5. ЛОПАТКИН Н.А. Руководство по урологии // Москва.-1998.- Том 2.-Гл.29.- Мочекаменная болезнь.- стр.693-761.
6. STAMATELOU KK, FRANCIS ME, JONES CA, et al. Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994. *Kidney Int* 2003; 63(5):1817-23
7. ASSI Z, PLATT JF, FRANCIS IR, COHAN RH, KOROBKIN M. Sensitivity of CT scout radiography and abdominal radiography for revealing ureteral calculi on helical CT: implications for radiologic follow-up. *AJR* 2000; 175: 333-337.
8. JACKMAN SV, POTTER SR, REGAN F, JARRETT TW. Plain abdominal X-ray versus computerized tomography screening: sensitivity for localization after nonenhanced spiral computerized tomography. *J Urol* 2000; 164: 308-310.
9. AHN SH, MAYO-SMITH WW, MURPHY BL, REINERT SE, CRONAN JJ. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: Abdominal radiography compared with CT evaluation. *Radiology* 2002; 225: 159-164.
10. KOBAYASHI T, NISHIZAWA K, WATANABE J, OGURA K. Clinical characteristics of ureteral calculi detected by non-enhanced computerized tomography after unclear results of plain radiography andultrasonography. *J Urol* 2003 Sep;170(3):799-802.
11. TISELIUS H., Epidemiology and medical management of stone disease // *BJU Int.*,2003;91(8):758-767
12. SHOKEIR AA, ABDULMAABOUD M. Prospective comparison of non-enhanced helical computerized tomography and Doppler ultrasonography for the diagnosis of renal colic. *J Urol* 2001Apr;165(4):1082-4
13. KING W 3RD, KIMME-SMITH C, WINTER J. Renal stone shadowing: an investigation of contributing factors. *Radiology* 1985;154:191.
14. SMITH RC, LEVINE J, ROSENFELD AT. Helical CT of urinary tract stones. Epidemiology, origin, patho- physiology, diagnosis and management. *Radiol Clin North Am* 1999;37:911.
15. LEVINE JA, NEITLICH J, VERGA M et al. Ureteral calculi in patients with flank pain: correlation of plain radiography with unenhanced helical CT. *Radiology* 1997;204:27.
16. YILMAZ S, SINDEL T, ARSLAN G et al. Renal colic: comparison of spiral CT, US and IVU in the detection of ureteral calculi. *Eur Radiol* 1998;8:212.
17. OLCOTT EW, SOMMER FG, NAPEL S. Accuracy of detection and measurement of renal calculi: in vitro comparison of three-dimensional spiral CT, radiography, and nephrotomography. *Radiology* 1997;204:19.
18. MILLER OF, RINEER SK, REICHARD SR et al. Prospective comparison of unenhanced spiral computed tomography and intravenous urogram in the evaluation of acute flank pain. *Urology* 1998;52:982.
19. SMITH RC, ROSENFELD AT, CHOE KA et al. Acute flank pain: comparison of noncontrast-enhanced CT and intravenous urography. *Radiology* 1995;194:789.
20. FOWLER KA, LOCKEN JA, DUCHESNE JH et al. US for detecting renal calculi with nonenhanced CT as a reference standard. *Radiology* 2002;222:109.
21. ATHER MH, JAFRI AH, SULAIMAN MN. Diagnostic accuracy of ultrasonography compared to unenhanced CT for stone and obstruction in patients with renal failure. *BMC Med Imaging* 2004;4:2.
22. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser* 2000;894:i,1.
23. CHAU WK, CHAN SC. Improved sonographic visualization by fluid challenge method of renal lithiasis in the nondilated collecting system. Experience in seven cases. *Clin Imaging* 1997;21:276.
24. GEAVLETE P, GEORGESCU D, CAUNI V, NIȚA G. Value of Duplex Doppler ultrasonography in renal colic. *J. Endourol* 2002; 16 (Supl. 1): A16.

EXPIRIENȚA PROPRIE IN TRATAMENTUL LITIAZEI URETERALE ÎN CADRUL SECȚIEI UROLOGIE SCM "SF.TREIME"

OUR EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF URETERAL LITHIASIS IN THE DEPARTMENT OF UROLOGY SCM "SF. TREIME"

Vladimir Caraion ¹, Constantin Guțu ², Lilia Chirița ¹, Mircea Crețu ¹, Boris Ipatii ¹, V. Banov ², A. Marinov ²

¹ Secția Urologie IMSPM SCM "Sf.Treime"

² Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgică USMF "N. Testemițanu"

Summary

Urolithiasis is one of the most widespread urological diseases, with incidence of not less than 3% of the population. The frequency of ureteral stones is at least 50% of cases urolithiasis. In this article was demonstrated our own experience and efficacy of own conduct of the treatment of ureteral lithiasis.

Introducere

Urolitiază reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii urologice, de care suferă nu mai puțin de 3% din populație de pe glob. În țările bine dezvoltate la 10mln. populație - revin 400 mii cazuri de urolitiază. Acestei patologii îi revine 30-40% din cadrul secțiilor urologice. [1,2,3,4].

Se întâlnește mai frecvent la genul masculin și deseori cuprinde vârsta de 30-50 ani [4,7]. Putem menționa, că în cazul ureterolitiazii frecvența complicațiilor acute obstructive este mai mare decât în cazul nefrolitiazii.

În ultimii ani, ca urmare a utilizării în practica s. Urologie SCM "Sf. Treime" a tehnologiilor noi (litotripsia la distanță și de contact, nefrolitotomia percutanată, etc), precum și aplicarea metodelor tradiționale, s-a largit posibilitatea alegerii unor sau altor metode de tratament în urolitiază [4,6,8].

Pentru formularea algoritmului sau tacticii de înlăturare a calculilor ureterali, se ia în considerare o serie de factori [6,8]:

- localizarea, mărimea, forma și tipul calculului;
- funcția renală;
- gradul de ocluzie a ureterului și durata aflării calculului în ureter;
- prezența endo- și periuretreitei, stricturi, deformații, flexuri ureterale. Să ia în considerare amploarea modificărilor patologice în ureter;
- starea pielonefritei cronice;
- intervenții chirurgicale din antecedente;
- frecvența și intensitatea crizelor dureroase;
- starea somatică generală, comorbidități, sex, vârsta pacientului;
- posibilitățile tehnice: de litotritie la distanță și de contact, ureteroscoopia, nefrostomia;
- circumstanțele speciale: dezacordul pacientului, sociale și alte aspecte.

Pe lângă cele mai noi metode de nefro-si ureterolitotritie la distanță și de contact, în boala urolitiazică se utilizează și intervențiile chirurgicale deschise (~5-15%) [8,9]. În prezent cota de intervenții chirurgicale deschise pentru ureterolitiază este de cel puțin 5-15%. La acest tip de intervenție chirurgicală este necesar să se recurgă în caz de:

- prezența unor calculi de 1cm și mai mari;
- durata aflării calculilor mai mult de 8 săptămâni în porțiunea proximală și mijlocie a ureterului;
- prezența unor calculi oxalați, monohidrați.

Una din formele mai puțin invazive ale chirurgiei deschise pe ureter în cazul bolii ureterolitiazice este ureterolitotomia retroperitoneală.

Obiectiv

A evalua eficiența experienței de tratament a ureterolitiazii în aspectul contemporan (ESWL) conform experiența secției Urologie a SCM "Sf. Treime"

Material și metode

În perioada anului 2010 în cadrul secției Urologie a SCM "Sf. Treime" au fost tratați 458 pacienți cu litiaza ureterală. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 21 și 60 ani (cu valoare medie 47,2 ani).

Protocolul de investigații a cuprins examenul clinic, probe uzuale de laborator (inclusiv sumar de urină și urocultura), ecografia abdominală și reno-vezicală, radiografie reno-vezi-

cală simplă, urografie intravenoasă și, în cazuri selecționate, ureteropielografie retrogradă, CT spiralat cu contrast nonionic la necesitate.

Tabelul 1

Repartizarea cazurilor în funcția de sex

Bărbați	Femei
204 (44,5%)	254 (55,5%)

Tabelul 2

Repartizarea cazurilor în funcție de ureter afectat

Localizarea	Număr de cazuri
Ureter sting	214 (46,7%)
Ureter drept	210 (45,9%)
Litiaza ureterală bilaterală	34 (7,4%)

Tabelul 3

Distribuția calculilor la nivel ureteral

Localizarea	Număr de cazuri
SPU	94 (20,5%)
Treimea superioară a ureterului	82 (17,9%)
Treimea medie a ureterului	108 (23,6%)
Treimea inferioară	133 (29,0%)
Litiaza multiplă	41 (9,0%)

În cazul pacienților cu litiază ureterală multiplă, localizarea calculilor a fost variată (treimea inferioară și superioară, bilateral, etc).

Tabelul 4

Distribuția cazurilor în funcție de aspectul imagistic al calculului

Calculi radiopatici	Calculi radiotransparenți
297 (64,8%)	161 (35,2%)

Dimensiunea calculilor a fost variată, între 5 mm și 14 mm (389 – 84,9% între 5 și 9 mm și 60 – 15,1% cazuri peste 10 mm).

Toți pacienții au urmat tratament conservativ convențional: antialgice, spazmolitice, antiinflamatoare nesteroidiene, antiemetice, terapie antibacteriană, hidratare moderată parenterală.

Perioada de urmărire a pacienților a fost de 1 lună, protocolul de intervenții incluzând ecografie abdominală, radiografie reno-vezicală simplă și, în cazuri selecționate, urografie intravenoasă, CT spiralată cu contrast nonionic.

Rezultate și discuții

Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul 5.

Tabelul 5

Rezultatele obținute

Tratament minim efectuat pentru rezolvarea cazului	Număr de cazuri
Eliminarea calculului desinestător	148 (32,3%)
Intubarea sau stentarea ureterului	120 (26,2%)
ESWL fără stend	64 (14,0%)
cu stend	60 (13,1%)
Ureteroscoopia cu litotritie de contact	28 (6,1%)
Intervenție chirurgicală deschisă	38 (8,3%)

Conform dinamicii uropatiei obstructive de origine litiazică, în cazul când apar date de infecție urinară activă, refractară la tratament analgetic, lipsa dinamicii pozitive de migrare a calculului, s-a efectuat plasarea cateterului ureteral sau stentarea renovezicală cu sonda JJ. În cazul când stentarea sau intubarea a eșuat, pacienții au fost supuși ESWL sau Ureteroscopiei cu litotriție de contact, intervenției chirurgicale deschise (ureterolitotomia) conform indicațiilor pentru fiecare caz individual.

Atunci când intubarea și stentarea ureterală a fost reușită, pacientul a fost supravegheat în dinamică până la eliminarea calculului și înlăturarea sondei /cateterului ureteral, în caz contrar – supus ESWL.

În cazurile acutizării pielonefritei obstructive se efectua drenarea cailor urinare superioare cu ajutorul cateterului ureteral (3-4 zile) pe parcursul ameliorării stării se instala stend JJ. În clinica noastră la pacienții care au prezentat infecție urinară, sau care au avut un epizod febril în cursul spitalizării, stentarea ureterului a fost preferată pentru temporizarea intervenției (ESWL, ureteroscopia, etc.) până la diminuarea indicilor SIRS, stare afebrilă, sub tratament antibacterian, cu urocultura sterilă.

În cazurile imposibilității intubării sau ineficiența tratamentului conservator, se efectua intervenția chirurgicală deschisă ureterolitotomia, pielolitotomia.

Montarea stendului ureteral după push-back-ul (30 cazuri – 6,6%) renal al unor calculi ureterali ne-a permis efectuarea tratamentului conservator cu urolitice sau în cazul concremen- telor rentgen pozitive - pregătirea pentru ESWL.

La 1 lună după tratament rata de “stone-free” pentru toți pacienți a fost 95% (435 cazuri). Restul 5 % (23 cazuri) consti- tue un grup de pacienți care au refuzat tratament prin ESWL, ureteroscopie sau intervenție deschisă, urmărind tratament conservativ litolitic pe fon de stend ureteral.

Concluzii

Instalarea stendului ureteral sau cateterizarea ureterului a permis rezolvarea blocului renal, colicii renale necupabile și restabilirea pasajului urinar în cazul pielonefritei calculoase obstructive.

Cateterizarea ureterului și instalarea stendului ureteral în cazurile obstrucției cailor urinare superioare a permis diminu- area intervențiile chirurgicale deschise în favoarea ESWL, PL.

Bibliografie

1. АЛЯЕВ Ю. Г., РУДЕНКО В. И., ФИЛОСОВОВА Е. В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // РМЖ.- 2004.- Том 12 № 8. С.22-25
2. ЯНЕНКО Э.К., КУЛЬБА Л.Г., ЗАЙЦЕВСКАЯ Е.В. Современное состояние научно-исследовательской работы по проблеме мочекаменной болезни в России: Матер. Пленума Правл. Всерос. общ. урол., Сочи, апр. 2003 г.-М., 2003.-С.354-355
3. МАРТОВ А.Г., КРЕНДЕЛЬ Б.М., ЗЕНКОВ С.С. // Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия : Сборник научных трудов. - М., 1992- С.81-85.
4. ANAGNOSTOU T, TOLLEY D. Management of ureteric stones. *European Urology* 2004, 45: 714-721.
5. RANE A, CAHILL D, LARNER T, SALEEMI A, TIPTAFT R. To stent or not to stent? That is still the question. *J Endourol* 2000;14:479
6. IRWIN BH, DESAI M. Ureteroscopic superiority to extracorporeal shock wave lithotripsy for the treatment of small-to-medium-sized intrarenal non-staghorn calculi. *Urology* 2009; 74:256.
7. BORBOROGLU PG, AMLING CL, SCHENKMAN NS, et al. Ureteral stenting after ureteroscopy for distal ureteral calculi: a multi-institutional prospective randomized controlled study assessing pain, outcomes and complications. *J Urol* 2001; 166:1651.
8. BURGOS FJ. Management of ureteral calculi with extracorporeal piezoelectric lithotripsy // Abstract 493. XXI Congress of the International Society of Urology. Buenos Aires, October.9-146. 1988.
9. PLATA A.L., FAERBER G.J., W o 1 f J.S. Stent placement for the diagnosis upper tract obstruction. *Tech. Urol.*-1999.-Vol.5.-N.4.-P.207-209.

NECESITATEA APLICĂRII STENTULUI URETERAL DUPĂ URETEROSCOPII CU LITOTRIȚIE ȘI LITEXTRACȚIE ÎN LITIAZA URETERALĂ

THE NEED FOR URETERAL STENT APPLICATION AFTER URETEROSCOPY WITH LITHOTRIPSY AND URETERAL STONES REMOVE

Vitalie Ghicavii¹, Andrei Galescu¹, Emil Ceban¹, Constantin Lupașco², Victor Gorbatovschi², Andrei Bradu¹, Maxim Boguș¹, Cornel Spînu²

¹ Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „N. Testemițanu”

² Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

It was appreciated the need to install ureteral double “J” stent after endoscopic removal of ureteral stones. The study included 62 patients who were hospitalized in the Urology Clinic of the Medical University and Pharmacy “N. Testemițanu” during the years 2009 to 2010 (25