

## MANAGEMENTUL PACIENȚILOR CU TRAUMĂ RENALĂ ÎN CONDIȚIILE SECȚIEI UROLOGIE A CNȘPMU

**Alin Axenti**<sup>1</sup>, dr. în medicină, asist. univ., **Ion Dumbraveanu**<sup>2</sup>, dr. în medicină, conf. univ.,  
**Dumitru Poneatenco**<sup>1</sup>, medic urolog, **Artur Bragaru**<sup>1</sup>, medic urolog,  
**Veaceslav Ciubotaru**<sup>1</sup>, medic urolog, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină  
Urgentă<sup>1</sup>, USMF "Nicolae Testemițanu"<sup>2</sup>

Traumatismul prezintă o problemă majoră de sănătate publică. La persoanele cu vârsta de 20 – 35 de ani trauma este cauza principală a mortalității. La evaluarea și tratamentul pacientului traumatizat participă medici de diferite specialități (chirurghi, traumatologi, urologi). Deoarece aproape 10 % din pacienții cu politraumatism suportă trauma genitourinară, medicul urolog este o figură importantă în echipa multidisciplinară, participând la evaluarea și tratamentul acestor bolnavi.

În structura generală a traumatismului cota traumei renale constituie de la 1 până la 5 % (relația bărbați : femei alcătuiește aproximativ 3:1). Progresele recente în domeniul tehnologiilor imagistice, strategiile noi de evaluare și tratament al pacienților cu traumatism renal au determinat micșorarea ratei explorărilor renale chirurgicale și creșterea numărului de rinichi prezervați.

**Scopul studiului** a fost evaluarea rezultatelor managementului pacienților cu traumă renală în condițiile secției Urologie a CNȘPMU în perioada anilor 2002 – 2006.

**Materiale și metode:** A fost efectuat un studiu retrospectiv al grupului de pacienți cu traumă renală, spitalizați în secția Urologie a CNȘPMU în perioada anilor 2002 – 2006. Eșantionul examinat prezintă un grup de 78 de pacienți, care au urmat tratamentul în condițiile secției Urologie a CNȘPMU. Vârsta medie a pacienților a fost 32 +/- 11 ani. Grupa cea mai afectată o prezintă persoanele cu vârsta între 20 - 40 de ani – 54 de persoane (69,2%). Majoritatea pacienților (79,5 %) au fost de genul masculin – 62 de persoane. Trauma renală nonpenetrantă a avut loc la 70 de bolnavi (89,7 %), la 6 persoane s-a înregistrat trauma penetrantă cu arma albă și la 2 persoane – plagă prin armă de foc. Sursa majoră a traumatismului nonpenetrant a fost traumatismul rutier (39 de cazuri).

Pacienții au fost examinați în Departamentul Medicină de Urgență. Volumul de examinare inițială – evaluare clinică, ecografie abdominală, examenul radiologic (la necesitate) și testele de laborator.

Pacienților cu un hematom retroperitoneal în creștere și suspjecție de leziune renală li s-a efectuat tomografia computerizată cu substanță de contrast în condițiile stabilității hemodinamice (11 pacienți).

Toți pacienții cu traumă renală penetrantă au suportat explorare chirurgicală prin laparotomie mediană. Indicațiile laparotomiei au fost: prezența hematomului paranefral și necesitatea corecției leziunilor organelor intraabdominale (intestinul subțire, duodenul, ficatul, splina etc). În 3 (37,5 %) cazuri de traumă renală penetrantă (gr. III - IV AAST) s-a efectuat suturarea defectului de parenchim renal (nefrorafie) și într-un caz de lezare a polului renal inferior s-a realizat heminefrectomia (12,5 %). În cazul leziunii renale majore (AAST gr IV - V) s-au efectuat 4 (50,0 %) nefrectomii din cauza dilacerării renale importante.

Letalitatea în grupul pacienților cu trauma renală penetrantă a constituit 12,5 % (1 pacient cu traumatism renal prin armă de foc). Pacientul a decedat în urma sindromului CID, care s-a dezvoltat din cauza hemoragiei masive pe fondul lezării mai multor organe intraabdominale (rinichi, colon, splina).

Din grupul pacienților cu trauma renală nonpenetrantă 53 (75,7 %) au urmat tratament conservativ (tactica activ-expectativă). În acest grup (70 de cazuri) explorarea renală s-a efectuat la 17 pacienți (24,3 %). A fost prezervat rinichiul lezat (AAST gr II - IV) în 8 (61,5 %) cazuri și efectuată nefrectomia la 5 (38,5 %) pacienți (AAST gr IV - V).

Letalitatea în grupul pacienților cu traumă renală nonpenetrantă a constituit 1,4 % (o pacientă, care a decedat în urma sindromului de detresă respiratorie a adultului).

**Discuții.** Clasificarea AAST (*American Association for the Surgery of Trauma*) a afecțiunilor renale traumatice permite a stabili atitudinea diagnostică și terapeutică selectivă pentru diferite grupuri de pacienți cu trauma renală (tab. 1).

Tabelul 1

### Clasificarea AAST a afecțiunilor renale traumatice

<i>Gradul leziunii renale traumatice</i>	<i>Descrierea leziunii</i>
Gradul I	Contuzie renală sau un hematom subcapsular localizat
Gradul II	Hematom paranefral localizat. Ruptură traumatică corticală < 1 cm adâncime fără extravazare a urinei
Gradul III	Ruptură traumatică corticală > 1 cm adâncime fără extravazarea urinei
Gradul IV	Ruptură traumatică corticomedulară cu lezarea calicelor Leziunea arterei sau a venei segmentare cu formarea hematomului sau tromboza vasculară segmentară
Gradul V	Dilacerarea renală. Leziuni majore (avulsie) ale pedicolului renal

Evaluarea bolnavului traumatizat deseori se efectuează simultan cu măsurile de stabilizare / resuscitare a pacientului. Inițial, după traumatism, examinarea pacientului și măsurile de resuscitare se realizează într-o succesiune, formulată de *American College of Surgeon's Acute Trauma Life Support Program*: "ABCDE".

Momentele esențiale ale examenului fizic al pacientului cu suspjecție de traumă renală: (*European Association of Urology Guidelines, 2003*):

- Aprecierea stabilității hemodinamice este esențială în evaluarea pacientului cu traumă renală.
- Informația despre circumstanțele și timpul când s-a produs accidentul trebuie obținută de la pacient (dacă el este în stare de cunoștință), martorii accidentului și echipa ambulanței.
- Trebuie de precizat antecedentele chirurgicale și patologice (intervenții chirurgicale renale și patologia pre-existent a rinichilor).
- Hematuria, durerea în regiunea flancului abdominal, echimoza lombară, fractura coastelor XI – XII, prezența unei formațiuni palpabile în regiunea flancului abdominal sau a plăgii penetrante în regiunea lombară, flancului abdominal pot fi suspecte pentru leziunea renală traumatică.

Testele de laborator esențiale utilizate: hematocrit, analiza generală de sânge, urină și creatinina plasmatică. Prezența microhematuriei (> 5 hematii / câmpul microscopic) este un semn caracteristic al traumei rinichiului. Deși hematuria este o manifestare importantă a traumei renale, ea nu întotdeauna corelează cu gradul afecțiunii renale. În 36% de leziuni de gr. IV–V AAST hematuria este absentă (Cass, 1989). Creatinina serică sporită în prima oră după traumatism reflectă patologia renală pre-existentă.

Principiile examenului imagistic (*European Association of Urology Guidelines, 2003*):

- Pacienții cu traumă renală închisă, macro- sau microhematuria (> 5 hematii / câmpul microscopic) în asociere cu hipotensiune (TA sistolică < 90 mm Hg) necesită o examinare radiologică.
- Pacienții cu politrauma gravă, de asemenea, necesită examenul radiologic.
- Ecografia poate fi folosită pentru evaluarea primară a pacientului cu politraumă.
- Tomografia computerizată cu administrarea intravenoasă a substanței de contrast este metoda imagistică de elecție pentru evaluarea traumelor renale la pacienții stabili hemodinamic.
- Pacienților, care necesită explorare chirurgicală urgentă, le este indicată urografia intravenoasă cu un singur clișeu la 10 min. (2 ml de contrast la kg corp).
- Urografia intravenoasă convențională, rezonanța magnetică nucleară și nefroscintigrafia sunt rezervate situațiilor în care CT nu este disponibilă.

- Angiografia este o metodă suplimentară de diagnostic al leziunilor vasculare renale.

#### **Atitudinea medico-chirurgicală:**

- Pacienții stabili cu trauma nonpenetrantă renală gr. I-IV AAST necesită tratament conservativ – repaos la pat, preparate antibacteriene parenteral, monitorizarea tensiunii arteriale, diurezei, hematocritului, sedimentului urinar, creatininei serice.

- Pacienții stabili cu trauma penetrantă Gr. I-III AAST trebuie urmăriți activ-expectativ.

Indicațiile pentru explorarea chirurgicală a rinichiului:

1. Instabilitatea hemodinamică (hemoragie continuă).
2. Corecția patologiei (traumelor) asociate.
3. Hematom paranefral pulsatil în creștere.
4. Leziunea renală de Gr. V AAST
5. Necesitatea corecției chirurgicale a patologiei renale pre-existente

Explorarea chirurgicală se efectuează prin abordul laparotomic, cu scopul reviziei altor organe abdominale. Se recomandă aplicarea prealabilă a turnichetelor pe vase renale „la distanță” cu scopul controlului vascular adecvat (McAninch, 1991). Actualmente în literatura de specialitate se discută două tehnici posibile de explorare renală – cu control vascular pe traiect (McAninch, 2000) și fără astfel de control (Martinez-Pineiro, 2003). Prima tehnică presupune izolarea prealabilă a pediculului renal și aplicarea turnicetului pe artera renală la nivelul aortei. A doua posibilitate este mobilizarea rinichiului din paranefriu fără control vascular pe traiect. În clinică este utilizată a doua tehnică, care permite controlul rapid al integrității renale și hemostaza imediată la intrare în hematom paranefral.

#### **Concluzii**

1. Conduita inițială a pacienților cu traumă renală nonpenetrantă, care sunt stabili hemodinamic, este activ-expectativă (regim la pat, tratament antibacterian parenteral, perfuzii, analgezice, antiinflamatoare).

2. Toți pacienții cu traumă renală penetrantă și cei cu traumă nonpenetrantă majoră (gr. IV-V AAST) necesită explorarea chirurgicală renală cu tratamentul transfuzional simultan, efectuat în sala de operație.

3. Abordul de elecție pentru explorarea renală este laparotomia mediană xifoombilicală.

#### **Bibliografie selectivă**

1. *Campbell's Urology, Genitourinary trauma*, 2003.
2. J. Kaufman, *Current Urologic Therapy*, 1986.
3. D. McCullough, *Difficult diagnoses in urology*, 1994.
4. D. Lynch, L. Martinez-Pineiro et. al., *EAU guidelines on urological trauma*, 2006.
5. S. D. Graham, *Glenn's Urologic Surgery*, 2003.

#### **Rezumat**

Din toate leziunile traumatiche ale sistemului genitourinar mai frecvent se întâlnesc traumele rinichilor. Tratamentul reușit al pacienților cu traumatism renal indică necesitatea aprecierii gradului de afectare renală traumatică și respectarea indicațiilor pentru explorația chirurgicală a rinichiului lezat. Aprecierea rapidă clinică a leziunilor, evaluarea completă imagistică și de laborator, tratamentul conservativ sau chirurgical selectiv, bazat pe stadializarea și gradarea traumei renale AAST, stau la baza managementului contemporan al traumatismului renal. Studiul prezintă experiența de diagnostic și tratament a 78 de bolnavi internați în secția Urologie a CNSPMU timp de 5 ani (2002 - 2006).

#### **Summary**

Of all injuries to the genitourinary system, injuries to the kidneys from external trauma are the most common. Successful management of patients with renal trauma requires definition of the extent of injury and knowledge of the indications for exploration. Rapid assessment of the injuries, complete laboratory and imaging evaluation and selective treatment approach based on the standard AAST criteria and grading, caused a breakthrough in the management of renal trauma patients. This review is addressed to the standard approach on evaluation and treatment of the trauma patients and the assessment of the 5 years experience of the Department of Urology of the National Center of Emergency Medicine from Chisinau in management of this group of patients. The 78 cases of treated renal trauma are reviewed.