

10. Caskie A.W., Deehan D.J. et al., *Randomised, prospective study comparing cemented and cementless total knee replacement. Results of press-fit condylar total knee replacement at five years*// Journal of Bone and Joint Surgery Br., 1998, 80-B: 965-70.

Rezumat

În articol sunt expuse indicațiile artroplastiei totale de genunchi, unele procedee ale tehnicii chirurgicale obligatorii pentru efectuarea protezării genunchiului pentru a distinge stabilitatea articulară și mobilitatea funcțională. Autorii prezintă rezultatele obținute cu diferite tipuri de proteze (*nonconstrained, semiconstrained* etc.), 19 protezări la 17 pacienți. Rezultate bune au fost obținute la aplicarea protezelor cu stabilitatea parțială (*semiconstrained*).

Summary

This article shows the indications of total knee arthroplasty, some of compulsory surgical technique procedures for knee endoprosthesis to produce articular stability and functional mobility. The authors presented the results obtained with the use of different types of endoprosthesis (*non-constrained, semiconstrained, etc.*) 19 total knee arthroplasties in 17 patients. Good results were obtained with semiconstrained endoprosthesis.

NEFROSTOMIA PERCUTANĂ ECOGHIDATĂ ÎN TRATAMENTUL URGENȚELOR UROLOGICE

Ion Dumbraveanu¹, dr. în medicină, conf. univ., **Adrian Tanase**¹, dr.h. în medicină, prof. univ., **Dorin Tanase**², medic urolog, **Alin Axenti**³, dr. în medicină, asist. univ., **Dumitru Poneatenco**³, medic urolog, USMF „N.Testemițanu”¹, SCR, secția Urologie², Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă³

Patologia obstructivă a tractului urinar superior reprezintă circa 20-40% dintre urgențele urologice. Obstrucția renală sau ureterală este cauzată de urolitiază, stenoze dobândite sau congenitale, traumatisme, inclusiv iatrogene etc. Rezolvarea în timp util a obstrucției ureterale și prevenirea complicațiilor septică sau metabolică sunt scopurile primordiale ale medicului urolog. Obstrucția poate fi înlăturată prin metode conservatoare (preparate antispastice, antiinflamatoare, litochinetice), prin caterizare ureterală și/sau renală și, în ultima instanță, prin intervenție chirurgicală. În același timp, având în vedere starea generală precară a pacienților, adeseori vârsta înaintată și prezența tarelor organice asociate, ultima metodă este de multe ori efectuată doar pe indicații vitale și adeseori cu rezultate nefavorabile. Nefrostomia percutană este o derivație urinară înaltă, foarte eficientă, minim invazivă și cu o rată mare de succes. Datorită faptului că are o rată redusă de morbiditate și este facil de efectuat, ea s-a impus categoric în fața nefrostomiilor clasice, deschise.

Scopul studiului. Evaluarea rezultatelor proprii de utilizare a nefrostomiei percutane. Aprecierea indicațiilor, etapelor operatorii și a contraindicațiilor la pacienții cu urgențe urologice.

Materiale și metode. Au fost analizate rezultatele a 19 nefrostomii percutane (NP), efectuate în perioada 10.01.2007 – 30.10.2007. Intervențiile s-au realizat cu ajutorul ecografului Philips HD3, dotat cu transductor pentru biopsii ecoghidate.

Indicațiile pentru NP au fost:

- uropatia obstructivă litiazică, cu insuficiență renală acută, urmată de grave tulburări electrolitice și/sau cu stare septică asociată;
- obstrucția ureterului a unicului rinichi;
- leziuni iatrogene a ureterului după intervenții ginecologice – „ureter ginecologic”;
- obstrucția urinară cauzată de stenoza joncțiunii pielo-ureterale (JPU), ca un prim pas în deblocarea rinichiului;
- obstrucția prin compresiunea extrinsecă a ureterului de către neoplasme cu punct de plecare din micul bazin;
- NP după extragerea stentului vezico-renal de durată;

- hidronefroză de gradele III-IV complicată cu pionefroză.

Tehnica NP. Pentru a efectua NP „a minimiza”, s-a utilizat setul nefrostomic de unică folosință, care conține următoarele: seringă getabilă, bisturiu, ac pentru puncție 18G, ghid, trei dilatatoare și nefrostoma propriu-zisă 12 – 14 Ch. Poziția pacientului în decubit ventral cu imobilizarea regiunii lombare. În 40% cazuri pe lângă anestezia locală cu Sol.Lidocaină 0,5-1,0 % - 15-20 ml, a fost utilizată și cea i/v. Puncția inițială a rinichiului a fost controlată ecografic cu ajutorul transductorului. De obicei, accesul s-a realizat prin calicele inferior, lateral-inferior și posterior. După dilatarea traiectului pe ghid, în final, s-a aplicat nefrostoma, care era fixată la piele și conectată la un colector urinar. Controlul poziționării corecte a nefrostomei a fost efectuat radiologic, prin radioscopie cu injectarea nemijlocită a substanței de contrast (3 cazuri), în restul cazurilor s-a efectuat radiografia reno-vezicală simplă post NP.

Rezultate. Patologiile care au necesitat efectuarea NP au fost următoarele:

1. Hidronefroze gr.III-IV infectate până la pionefroze	-	5 cazuri.
2. Hidronefroze obstructive uropatice cu IRA secundară	-	6 cazuri.
3. Hidronefroze prin stenoza JPU	-	3 cazuri.
4. Obstrucții prin compresiune de origine neoplazică	-	2 cazuri.
5. Leziuni iatrogene ale ureterului	-	1 caz.
6. Calcul ureteral partial obstructiv al rinichiului transplatat	-	1 caz.

Discuții. Cu toate că este o intervenție facilă și aparent ușor de realizat, NP trebuie efectuată doar în condițiile unei dotări corespunzătoare a clinicii, indispensabil fiind un ecograf performant înzestrat cu transductor pentru puncții. În mod clasic nefrostomia percutană trebuie efectuată doar în prezența mesei de radiologie și a amplificatorului de imagine. Efectuarea NP doar sub control ecografic este riscantă și necesită o dexteritate și experiența deosebită, nefiind recomandată urologilor începători (J. Cirillo, 2003).

Nu am efectuat NP în prezența contraindicațiilor absolute, precum sunt tulburările de coagulabilitate severe, pacientul comatos, necooperant. Am riscat să efectuăm intervenția în cazul unor contraindicații relative, precum afecțiunea cardiorespiratorie decompensată (intervenția a fost realizată pe patul din secția reanimare) și al obezității excesive.

Nu am semnalat decese intra- sau imediat postoperatorii ori alte complicații hemoragice sau infecțioase notorii.

Toate NP efectuate au avut indicații vitale și au contribuit la îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților. La bolnavii cu IRA, după aplicarea NP, s-au semnalat scăderi considerabile ale valorilor ureei și creatininei. Pacienții cu calculi ureterali au fost rezolvați prin intervenții deschise. Aplicarea NP la doi pacienți cu pionefroză a permis stoparea procesului septic și efectuarea ulterioară a nefrectomiei la rece.

Concluzii

1. Implementarea ecografiei în clinica de urologie a îmbunătățit atât diagnosticul, cât și tratamentul miniinvaziv al unor maladii urologice și nefrologice.
2. Aplicarea NP în unele cazuri de urgențe urologice, precum sunt pionefroza sau IRA obstructivă, este o metodă de elecție în prevenirea unor complicații majore incompatibile cu viața.
3. Rezultatele obținute au demonstrat că metoda miniinvazivă ecoghidată are o serie de avantaje nete, printre care: diminuarea timpului de intervenție, folosirea anesteziei locale și doar în unele cazuri a celei i/v, lipsa cicatriciiilor postoperatorii, reducerea timpului de spitalizare a pacientului.

Bibliografie selectivă

1. Boja R., *Chirurgia percutanată reno-ureterală*, 2000, România, pag. 53-59, 347-375.
2. Cirillo R., *Percutaneous nephrostomy*, 2003, Emedicine, USA.
3. Geavlete P., *Atlas of endourology*, București, 2006.
4. Nicolescu D., *Bazele chirurgiei endourologice*, Timișoara, 1997.
5. Sinescu I., *Urologie clinică*, București, 1998, 165-184.
6. Tănase A., *Urologie și nefrologie chirurgicală (curs de prelegeri)*, Chișinău, 2005.

Rezumat

Patologia obstructivă a tractului urinar superior reprezintă circa 20-40% dintre urgențele urologice. Obstrucția poate fi înlăturată prin metode conservatoare (preparate antiseplice, antiinflamatoare, lithochinetice), prin cateterizare ureterală și/sau renală, iar, în ultimă instanță, prin intervenție chirurgicală. Nefrostomia percutană este o derivație urinară înaltă, foarte eficientă, minim invazivă și cu o rată mare de succes. Experiența proprie în aplicarea nefrostomiilor percutane este relativ mică (19 cazuri), acumulată în decursul unui an, dar permite a concluziona că, datorită ratei reduse de morbiditate și simplității în efectuare, ea s-a impus categoric în fața nefrostomiilor clasice, deschise.

Summary

Obstructive pathology of the superior urinary tract makes up from 20 to 40 % of the urological emergencies. Obstruction can be relieved using conservative treatment (spasmolytics, non-steroid anti-inflammatory drugs, lithokinetics), ureteral or renal catheterization and, finally, through the surgical intervention. Percutaneous nephrostomy is a minimally invasive derivation of the superior urinary tract, assuring high efficiency and success in obstruction of the superior urinary tract. Our experience in application of the percutaneous nephrostomies is limited to 19 cases, performed during one year. Yet even this small experience demonstrates superiority of the percutaneous nephrostomies over the conventional open nephrostomies.

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ȘI TERAPEUTICE ÎN EPILEPSIA MIOCLONICĂ SEVERĂ

Diana Coropceanu, medic neurolog, Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă

Epilepsia mioclonică severă (sindromul Dravet) debutează între 3-10 luni de viață la sugarii anterior normali și se manifestă prin crize clonice, unilaterale sau generalizate, de lungă durată, uneori însoțite de cianoză, cu stare de rău epileptic, cu hemiplegie postcritică de câteva ore, rar cu mioclonii masive cu vârfuri-undă, generalizate pe EEG. Survin periodic în ambianță febrilă la sugarii normali, uneori sunt favorizate de vaccinarea cu antipertussis, crizele se repetă în continuare, aproximativ lunar, spontan sau cu ocazia unei stări febrile moderate. Sunt frecvent unilaterale, alternând de la un hemicorp la altul. În acest stadiu al bolii EEG este normală.

Miocloniile masive și mai rar segmentare, matinale și absențele nu apar decât în anii 2-3 de viață. Se pot prelungi în stare de rău convulsiv, în special din cauza episoadelor febrile, chiar după vârsta de 10 ani. Primele anomalii EEG apar la 2-3 ani, sub formă de vârfuri-undă, generalizate spontan, activate de somn și de stimulare luminoasă intermitentă. În această entitate, stimularea luminoasă intermitentă este metoda cea mai precoce activantă. Pe parcursul următorilor ani apar frecvent stări de rău mioclonic, ce pot dura mai multe ore, dar sunt, de obicei, sensibile la benzodiazepine. Unii copii devin fotosensibili clinic și uneori au loc crize când copilul este pus să fixeze figuri geometrice, planșe colorate.

Examenul neurologic, inițial normal, se deteriorează progresiv sau în cursul stărilor de rău convulsiv, asociindu-se cu ataxie și retard al limbajului, uneori cu sindrom piramidal. Stările de rău convulsiv par să lezeze creierul, CT-cerebrală este inițial normală, dar se poate evidenția o atrofi cerebrală severă după o stare de rău convulsiv prelungită. După mai mulți ani, frecvența crizelor și a miocloniilor diminuează.

În acest stadiu crizele sunt frecvent asimetrice, cu o componentă tonică. Ele survin în serie în aceeași zi și se asociază cu semne neurologice de deficit focal. EEG evidențiază frecvent și anomalii focale. La unii copii crizele încetează, alții au crize scurte, dar repetate, nocturne sau crize parțiale cu semiologie complexă. Unii copii decedază subit. Acest tip de epilepsie pare să aibă cel mai înalt risc de moarte subită, în special între 2-4 ani.