

data, emphasizes the role of early diagnosis, the importance of appreciating of the degree of biological alteration, the necessity of monitoring of the metabolic and hemostats indices in portal hypertension in children.

In the article is described the advantage of the diagnostic and treatment algorithm in concordance with actual directions in management of portal hypertension, are described methods and techniques of the surgical treatment of portal hypertension based on imagistic, biological and clinical evaluation.

INTERPRETAREA URONEFROPATIILOR MALFORMATIVE LA COPII ÎN ASPECT CLINICO-MORFOLOGIC. VIZIUNI MODERNE

Eva Gudumac, dr. h. în medicină, prof. univ., academician al AȘM, Om Emerit,
Vergil Petrovici, șef Secție Morfopatologie, **Victoria Celac**, doctorandă,
Lilia Sinițâna, dr. în medicină, șef Laboratorului Științific Morfopatologie; **Boris Curajos**,
dr. h. în medicină, prof. univ., șef Clinică Universitară de Urologie, Nefrologie Pediatrică
nr. 2, **Jana Bernic**, dr. hab. în medicină, șef Clinică Universitară de Chirurgie, Ortopedie,
Traumatologie și Anesteziologie Pediatrică nr. 2, **Ion Zaharia**, șef Secție Urologie
Pediatrică, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”,
USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii
Sănătății Mamei și Copilului, Secția Morfopatologie

Introducere. Uropatiile malformative la copil nu constituie o raritate, ele înscriindu-se cu o rată sub 33% printre cazurile generatoare ale complicațiilor reno-urinare și insuficienței renale cronice [4, 5]. Actualmente anomaliile reno-urinare sunt bine cunoscute sub toate aspectele profund studiate, astfel încât se poate afirma cu certitudine că există soluții terapeutice bine codificate în funcție de fiecare afecțiune malformativă reno-urinară, cu toate că aceste soluții sunt destul de limitate ca eficiență în unele cazuri cum ar fi megaureterohidronefroza bilaterală, hidronefroza gr. IV-V etc.

În literatura de specialitate există diverse opinii referitoare la modificările anatomo-fiziologice și morfofuncționale în parenchimul renal în malformațiile congenitale ale sistemului reno-urinar [5, 6, 7, 9, 10].

De altfel, există o neconcordanță și în privința noțiunii. Un șir de autori insistă asupra noțiunii de „malformații congenitale reno-urinare”, care include modificările structurale și funcționale ale aparatului reno-urinar, apărute în urma perturbării embriogenezei în diferite etape ale dezvoltării intrauterine [2, 4]. Alți autori utilizează noțiunea de „uropatii obstructive”, care include un complex de schimbări structural-funcționale ale parenchimului renal cu predilecție de tip tubulo-interstițial [8].

Remarcăm că, din punct de vedere clinico-paraclinic, aceste noțiuni nu reflectă obiectiv complexitatea tulburărilor clinico-morfologice ale leziunilor componentelor structurale reno-ureterale care evoluează consecutiv sau concomitent și în consecință favorizează un diagnostic tardiv, în special în cazul asocierii complicațiilor pe un teren biologic modificat și al tratamentului chirurgical amânat.

Material și metodă. Metoda de diagnostic clinico-morfologic prezentată în studiu s-a bazat pe un lot de 78 de copii în vârstă de 0–3 ani cu uropatii malformative, examinați și tratați medico-chirurgical pe parcursul a 3 ani (2006–2008) în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Am considerat obligatorie evaluarea datelor anamnestice, a manifestărilor clinice, de laborator (hemoleucograma, probele hepatice, ureea, creatinina, glicemia, testele de coagulare etc.), ECG, explorările imagistice: ecografia (*fig. 1*), radiologia (*fig. 2*) și scintigrafia (*fig. 3*); în caz de necesitate s-a utilizat tomografia computerizată (*fig. 4*), toate explorările fiind comparate cu datele morfopatologice.

Analiza eficienței metodei diagnostice a cuprins două etape:

- etapa I de constituire a bazei de date cu analiza rezultatelor imediate și la distanță ale fiecărei metode în parte;
- etapa a II-a, care a permis verificarea acurateții metodei prin analiza estimărilor histopatologice.

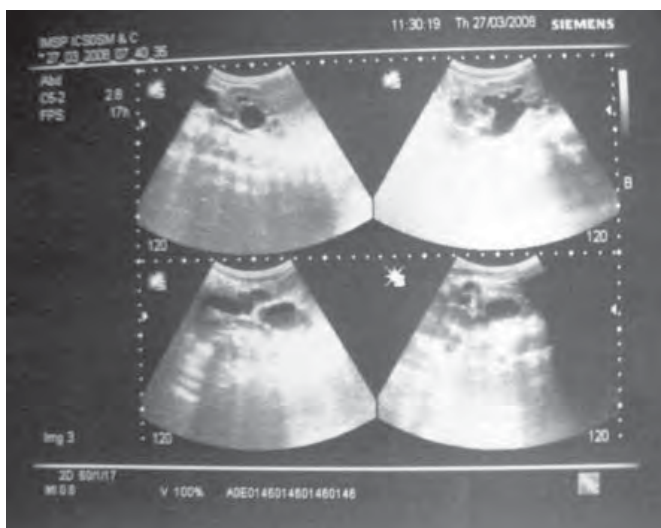


Fig. 1. Copilul S., 2 luni. Ecografia renală. Megaureterohidronefroza refluxantă, gr. V a rinichiului pe dreapta



Fig. 2. Copilul M., 6,5 luni. Urografia intravenoasă. Hidronefroza terminală a rinichiului pe stânga. Semn radiologic patognomic: aspectul rinichiului în formă de „ciorchine”

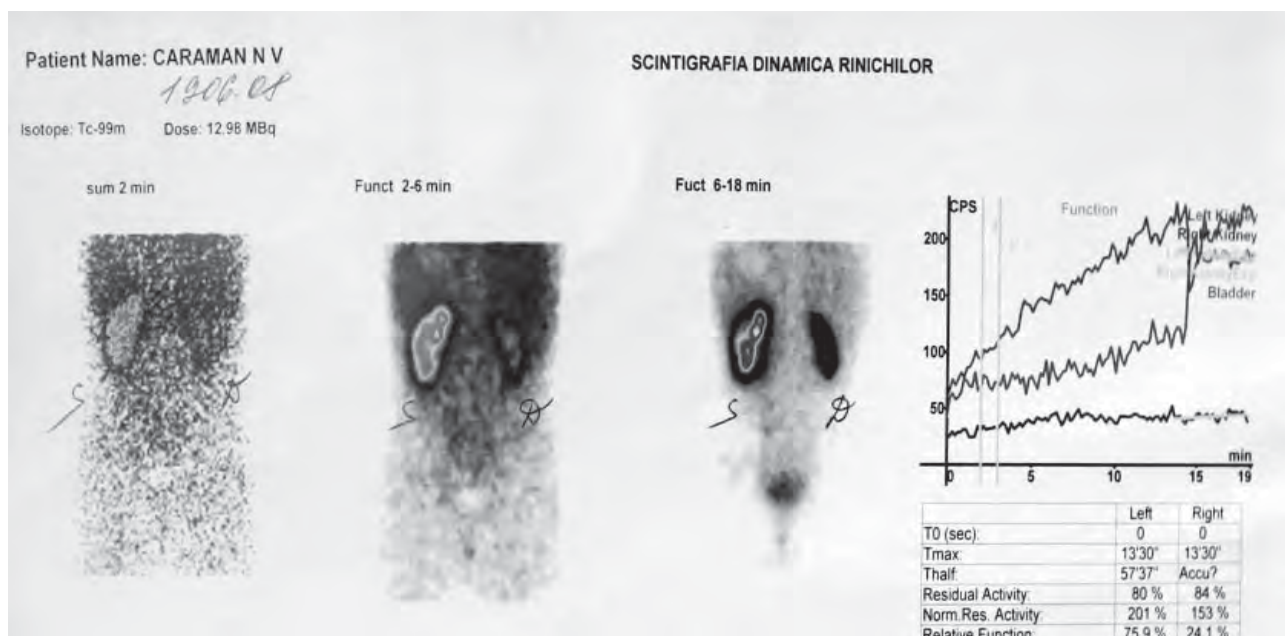


Fig. 3. Copilul C., 2 ani 6 luni. Scintigrafia dinamică renală. Rinichiul drept micșorat în dimensiuni, RFP repartizat neregulat, funcția de filtrare și excreție a urinei vădit încetinită. Rinichiul stâng mărit în dimensiuni, reținerea îndelungată a RFP în sistemul pielo-caliceal

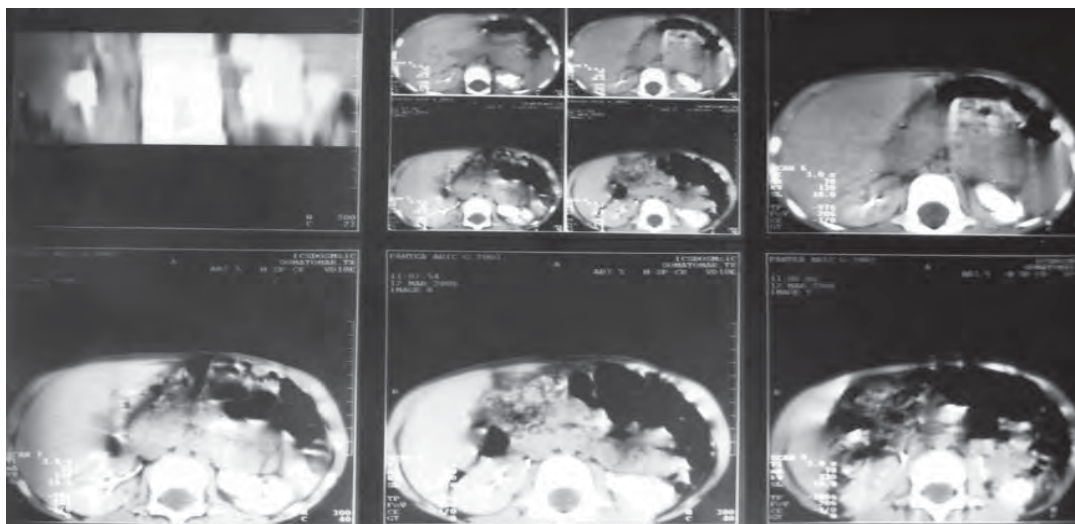


Fig. 4. Copilul P., 3 ani. Tomografia computerizată. Megaureterohidronefroză obstructivă, gr. V a pylonului superior al rinichiului dublu pe stânga

Din totalul de pacienți incluși în lotul de studiu la 47,4% (37 pacienți) a fost diagnosticată megaureterohidronefroza, gr. IV-V; la 39,7% (31 pacienți) – hidronefroza uni- și bilaterală; la 7,7% (6 pacienți) – hipo- și aplazia renală și la 5,2% (4 pacienți) – rinichi dublu. În funcție de formele clinico-anatomice și gradul de avansare al uropatiilor malformative în 32 cazuri s-a efectuat rezecția treimii inferioare a ureterului cu ureterocistoneoanastomoza, procedeul Mo-bly (fig. 5, 6); în 21 cazuri – nefroureterectomie dextra/sinistra (fig. 7, 8, 9); în 22 cazuri – rezecția și plastia segmentului pielo-ureteral, procedeul Andersen-Hynes (fig. 10) și în 3 cazuri – heminefrectomia (fig. 11, 12).

În toate cazurile s-a folosit anestezia generală cu intubație orotraheală. Dificultăți și incidențe intraoperatorii nu au avut loc.

Evoluția postoperatorie imediată a fost simplă la 92 % din pacienți. Acuzele dureroase au fost minime, localizate de obicei în regiunea plăgii postoperatorii, 8% din pacienți au prezentat vărsături postoperator, au fost febrili sau subfebrili primele 48 de ore.

La 97% din bolnavi am folosit antibiopprofilaxia, la 3% din pacienți am utilizat antibioterapia numai în primele 3 zile postoperator.

Am urmărit la distanță starea pacienților prin scrisori-chestionar, examen clinic, biologic, ecografic, imagistic în ambulator sau reinternare în clinică.

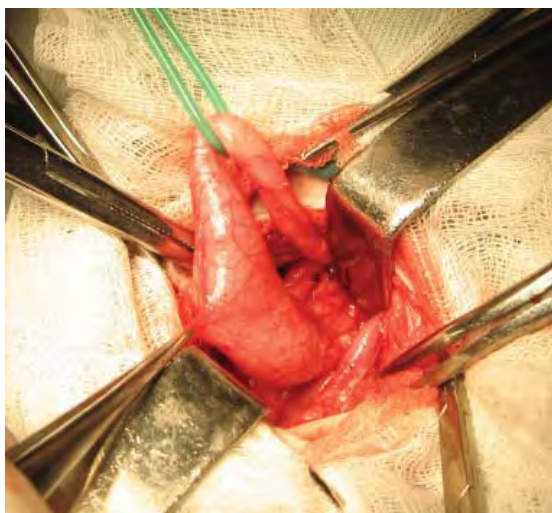


Fig. 5. Pacientul F., 2 ani. Aspect intraoperator I. Megaureterohidronefroză obstructivă, gr. IV. Dilatarea suprastenotică a treimii inferioare a ureterului



Fig. 6. Pacientul F., 2 ani. Aspect intraoperator II. Megaureterohidronefroză obstructivă, gr. IV. Rezecția 1/3 inferioare a ureterului, ureterocistoneoanastomoza, procedeul Mo-bly

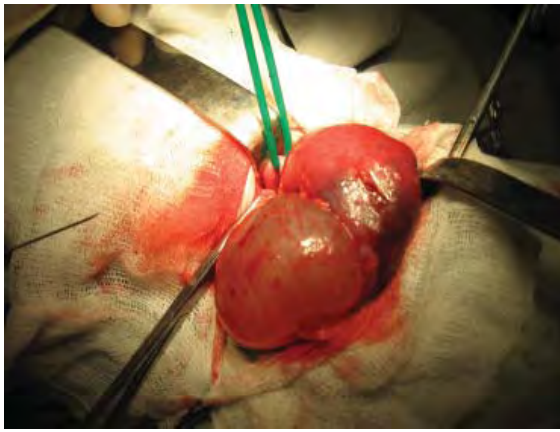


Fig. 7. Pacientul N., 1,9 ani. Aspect intraoperator I. Hidronefroză congenitală, gr.V. Dilatarea majoră a bazinetului

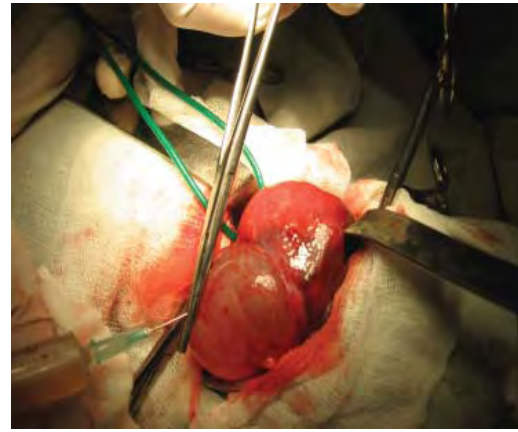


Fig. 8. Pacientul N., 1,9 ani. Aspect intraoperator II. Hidronefroză congenitală, gr. V. Puncția bazinetului



Fig. 9. Pacientul N., 1,9 ani. Aspect intraoperator III. Hidronefroză congenitală, gr.V. Nefrectomie

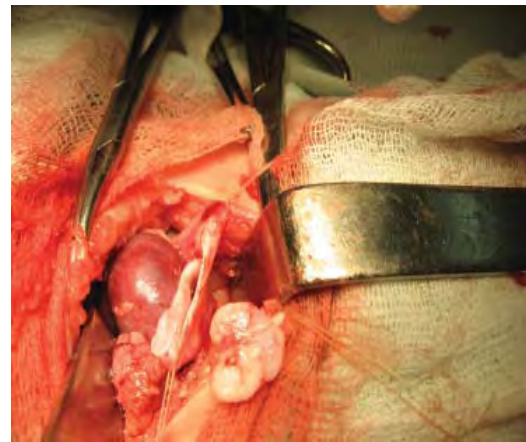


Fig. 10. Pacientul M., 11 luni. Aspect intraoperator. Hidronefroză congenitală, gr. IV. Rezecția și plastia segmentului pielo-ureteral, procedeul Andersen-Hynes

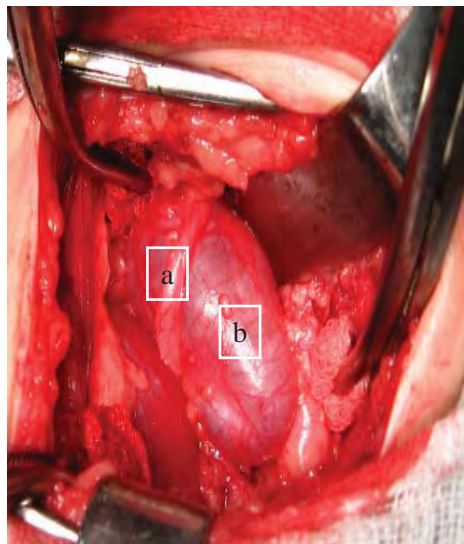


Fig. 11. Pacientul Z., 7,5 luni. Aspect intraoperator I. Megaureterohidronefroză obstructivă, gr. V a pielonului superior al rinichiului dublu: a) ureterul de la polul inferior al rinichiului dublu, b) ureterul sinusoid de la polul superior

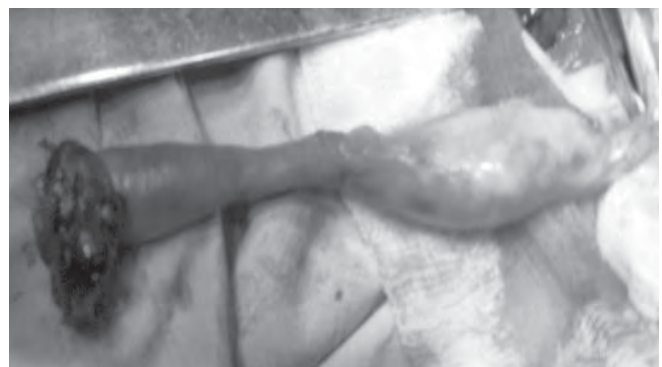


Fig. 12. Pacientul Z., 7,5 luni. Aspect intraoperator II. Megaureterohidronefroză obstructivă, gr. V a pielonului superior al rinichiului dublu. Heminefretectomie a polului superior al rinichiului dublu

Toate cazurile au fost verificate histologic. Studiul histologic s-a efectuat postoperator cu aplicarea examinărilor retrospective pe piesele rezecate (complexe reno-ureterale, rinichi, segmente de rinichi și uretere) în cadrul intervențiilor chirurgicale menționate și mai apoi biopsia pelvisului renal la distanță prin aplicarea metodelor de *macroscopie cu morfometrie* (organometrie, macrometrie) și *microscopie* a specimenilor tisulari. Soluția fixatorie utilizată – Sol. Formol Neutru de 4 și 10 %. Metodele de procesare histologică și histochimică au inclus prelucrarea prin congelare-criotomie și uzuală cu aplicarea colorației hematoxilină-eozină, picrofuxină după Van Gieson, metoda de impregnare argentică cu ArNO_3 după Bielschowsky-Gross.

Rezultate și discuții. Conform rezultatelor studiului, complexitatea morfogenezei, gravitatea și polimorfismul leziunilor evolute în complexul reno-ureteral sunt determinate de procesele displazice și hipoplazice ale componentelor structurale renale, fiind prezente din start, ca rezultat al perturbărilor de embriogeneză. Dereglările urodinamicii de genă funcțională sau organică la nivel tubulo-caliceal, pelvio-caliceal, pelvio-ureteral, vezico-ureteral sau în urma obstrucției infravezicale, care favorizează remodelarea componentelor anatomo-structurale renale cu manifestări clinico-morfopatologice ale nefro- și uropatiilor, pot fi privite prin prisma *noțiunii terminologice comune de „uronefropatii malformative”*. În funcție de caracterul, gradul de intensitate și profunzimea modificărilor anatomo-structurale renale, gravitatea procesului inflamator-infecțios, acestea au fost divizate în trei variante clinico-evolutive: *uronefropatii malformative primare, secundare și mixte*.

Uronefropatiile malformative primare au inclus modificări morfologice congenitale complexe, cu afectarea concomitentă atât a parenchimului renal, cât și a ureterelor de origine displazică și hipoplazică (prezența elementelor de disembriogeneză renală) și fibroplastică (*fig. 13-14*).

Uronefropatiile malformative secundare s-au manifestat prin prezența displaziilor obstructive sau funcționale la nivel de ureter cu reflecțiune în dinamică asupra parenchimului renal prin prezența proceselor de caracter dilatativ-compresiv și sclero-deformativ, componentul obligatoriu fiind procesul inflamator imuno-celular și infecțios de diversă etiologie (*fig. 15-16*).

Uronefropatiile mixte au prezentat modificări anatomo-structurale și morfofuncționale caracteristice ambelor variante mai sus enumerate, ca modificări concomitente disembriogenetice și inflamator-infecțioase etc. (*fig. 17-18*).



Fig. 13. Macropreparat. Megaureterohidronefroză refluxantă a rinichiului dublu:
a) megaureter displazic geniculat;
b) dilatarea hidronefrotică a segmentului pielo-caliceal al rinichiului dublu

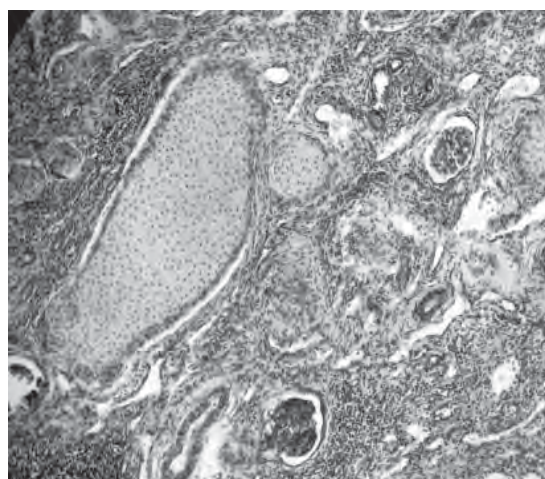


Fig. 14. Displazie tisulară. Insulițe de cartilagiu displazic. Tubi primitivi. Displazie stenozantă vasculară.

Colorație hematoxilin-eozină. 10x10

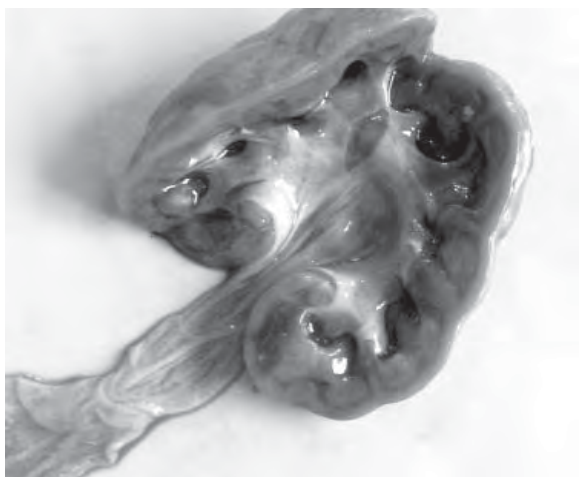


Fig. 15. Megaureterohidronefroza refluxanta. Atrfia moderata secundara a parenchimului

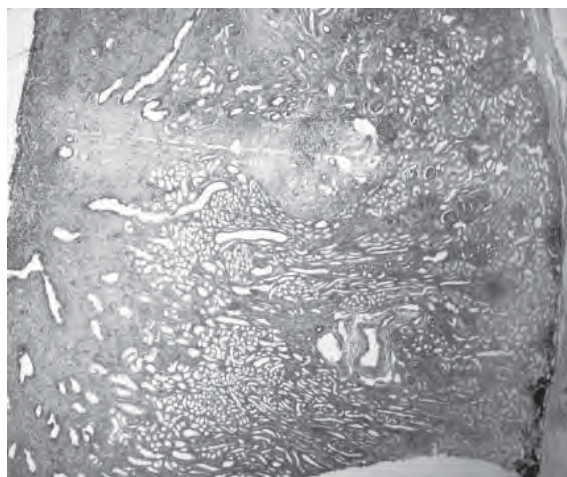


Fig. 16. Atrfie moderata a parenchimului cu dilatare hidronefrotica a componentului nefronial. Colorație hematoxilina-eozina. 2,5x10

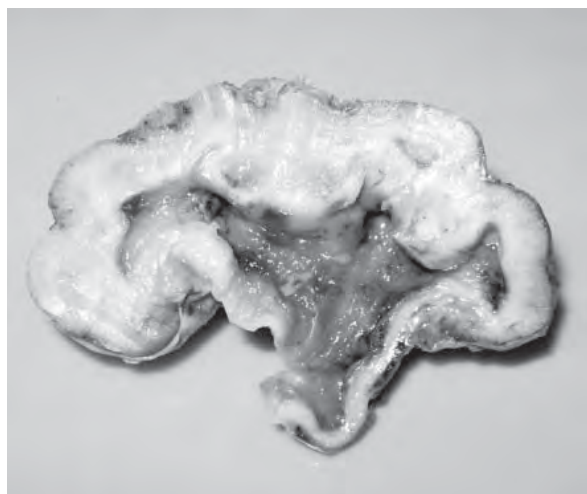


Fig. 17. Macropreparat. Rinichi hidronefrotic asociat cu pielonefrita

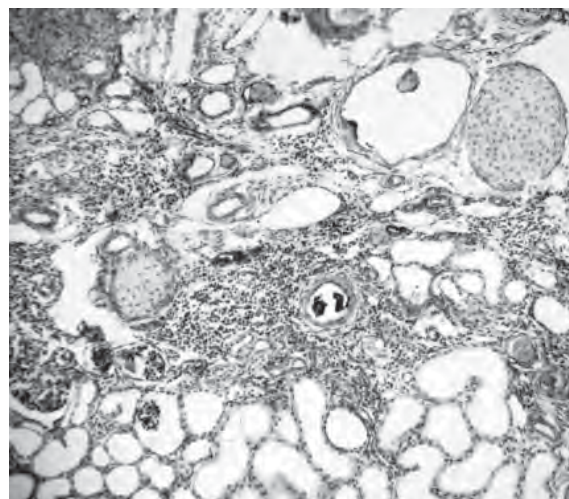


Fig. 18. Modificari hidronefrotice ale nefronului cu prezenta elementelor cartilajinoase. Nefrita interstițiala cu glomeruloscleroza. Colorație Van Gieson. 10x10

Concluzii

1. Din punct de vedere histologic, cazuistica noastră ne-a permis să identificăm în structura uropatiilor malformative existența celor trei tipuri de țesuturi de origine displazică, hipoplazică și sclero-deformativă, caracteristică pentru procesul inflamator. Prezența vaselor sanguine cu displazie stenozantă vasculară reprezintă un alt aspect întâlnit în uropatiile malformative reno-urinare.

2. Polimorfismul întâlnit în structura histologică a uropatiilor malformative impune diagnosticul diferențial cu tumorile renale, chisturile parazitare renale etc.

3. Utilizarea metodei propuse de diagnostic clinico-morfologic permite o specificare completă a caracterului modificărilor morfologice ale sistemului reno-ureteral și de formulare a conceptului clinico-morfologic de cuantificare a uronefropatiilor malformative.

4. Concretizarea tipului de uropatie malformativă prin prisma diagnosticului clinico-morfologic oferă posibilități noi în aprecierea evoluției, asocierii complicațiilor, diagnosticului diferențial, prognosticului și exodului anomaliilor congenitale.

Bibliografie selectivă

1. Fuior I., Petrovici V., Curajos B. și coaut., *Diagnosticul morfopatologic intravital în caz de hidronefroza la copii*. Buletinul AȘM (Științe Medicale). Chișinău, 2007, Nr. 2 (11), p. 89-93.

2. Sinescu I., *Urologie clinică*. Editura Medicală. Amaltea, București, 1998, p. 86-101.
3. Гельдт В.Г., Кузовлева Г.И., *Диагностика пороков мочевыделительной системы у новорожденных и грудных детей*. // Педиатрия, 2006, №1, с. 87-94.
4. Игнатова М.С., Дегтярева Е.М., *Роль почечного дисэмбриогенеза в развитии нефропатии*. // Педиатрия.- 1992., № 2, с. 63-68.
5. Лазюк Г.И., *Пороки развития мочевой системы*. //Тератология человека, руководство для врачей. Второе издание. Москва, «Медицина», 1991, с. 276- 310.
6. Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Севергина С. и др., *Клинико- морфологическая характеристика состояния почек у детей с гидронефрозом*. // Детская хирургия, №6, 2007, с. 17-19.
7. Николаев С.Н., Севергина Э.С., *Ультраструктурные изменения паренхимы почек при гидронефрозе у детей*. //Материалы научно-практической конференции детских урологов «Современные технологии в оценке отдаленных результатов лечения урологической патологии у детей». Москва, 2001, с. 101-102.
8. Переверзев А.С., *Обструктивная уронефропатия у детей*. Материалы трудов 8 Международного конгресса урологов «Актуальные проблемы детской урологии». Харьков, 2000, с. 3-28.
9. Потапова И.Н., *Прижизненные морфологические исследования в педиатрии*. //Архив патологии, том. XLVIII, №9, 1987, с. 25-30.
10. Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В., Дашевский В.А., Чумаков А.М., *Морфологические изменения почек при рефлюксгенной нефропатии у больных врожденным и приобретенным пузырно-мочеточниковым рефлюксом*. // Урология и нефрология, 1995, №1, с. 4-5.

Rezumat

Studiul dat s-a bazat pe rezultatele examinării clinico-morfologice a 78 de copii cu uropatii malformative rezolvate medico-chirurgical pe parcursul a 3 ani (2006-2008) în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Autorii pledează pentru evaluarea corelațiilor manifestărilor clinico-paraclinice și morfo-structurale ale proceselor patologice ale complexului reno-ureteral, care ar permite efectuarea unui diagnostic și pronostic de certitudine în evoluția maladiei.

Summary

The are presented the results of clinical analysis and morphological study of 78 patients of 3 years age with congenital malformations of superior urinary tract, admitted in the National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery „Natalia Gheorghiu” in the period 2006-2008. The authors count that the development of the interrelation between the clinico-paraclinical manifestations and the morphological pathologic processes of reno-ureteral complex will make possible to place diagnosis and to forecast the evolution of the disease.

MANAGEMENTUL GRAVIDELOR DIN GRUPUL DE RISC DE DEZVOLTARE A PATOLOGIEI NEUROLOGICE DOBÂNDITE LA FĂȚ

Ludmila Ețco, dr. h. în medicină., prof. cercet., **Natalia Arapu**, doctorandă, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, **Viorica Varodi**, medic primar, obstetrician ginecolog, Spitalul Municipal Satul Mare (România).

Afecțiunile apărute la nivel de unitate mamă-placentă-făt deseori sunt urmate de patologii ale sistemului nervos central (SNC). Ele se manifestă pe parcursul întregii vieți, influențând calitatea acestora și sporind cheltuielile societății [24].

Patologiile dobândite ale sistemului nervos central sunt cauze majore în mărirea morbidității și mortalității neonatale produse în scurt sau lung timp după naștere. Fiind o problemă apărută pe parcursul sarcinii, aceasta interesează în special obstetricienii-ginecologi. Rezolvarea problemei date oferă medicilor neonatologi teren de lucru mai viabil. Problema abordată este actuală din considerențele că aproape 50% de afecțiuni grave materne se răsfrâng asupra stării sănătății fătului, fiind asociate cu afecțiuni ale SNC. Frecvența afecțiunilor nongenetice ale SNC în lume este de aproximativ 12% [24].

Etiologia afecțiunilor SNC este multifactorială și include complicații perinatale acute sau cronice, hemodinamică instabilă postnatală și malformații fetale [4, 9].