

CAPITOLUL VI VARIA

RENAL CYSTS MANAGED LAPAROSCOPICALLY

E. Angelescu, M. Angelescu, I. Sinescu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: The transperitoneal laparoscopically management of renal cysts is presented.

Materials and Methods: The retrospective study concerns 13 cases operated laparoscopically, during last year in our center. Special attention was paid for large cysts. In one patient the cyst was infected (*E. Coli*). Overall time for cysts resection was between 30 and 95 minutes, with a median of 63 minutes.

Results: No mortality was recorded. No open surgery was necessary. Two postoperative complications are noted; a tiny urethric urinary fistula dried after urethric stenting and a necrotic perforation of ascending colon managed by right haemicolectomy. The patients were seen at 3 and 6 months postoperative.

Conclusions: However, laparoscopic excision of renal cysts is generally accepted as a minimally invasive technique with similar results as open surgery.

CAZ REUȘIT DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎNTR-O SINGURĂ INTERVENȚIE LA CRIPTORHIDIE ABDOMINALĂ BILATERALĂ

V. Portnoi, L. Chirița

Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime", Chișinău

Summary

A successful case of surgical treatment (Bilateral Orchiopexie with Petrivalchi-Shumaker method fixation) by way of a single intervention of an 18-year-old patient with the diagnosis "Bilateral Abdominal Cryptorchism". 85 patients were operated on according to this method.

Criptorhidia este o anomalie de dezvoltare destul de răspândită, se depistează la 2,2% din elevii examinați, iar la maturi în 0,3% cazuri (1). La momentul nașterii, reținerea de dezvoltare a testiculelor se observă în 20-30% cazuri, la vârsta de un an - în 2% cazuri; la 13-14 ani - 1%, iar la maturi mai mari de 21 ani anomalia se întâlnește în 0,3 la sută cazuri (2).

Manorhidia este mai frecventă (3) și reprezintă 75 la sută din numărul total al tulburărilor de migrație a testiculelor.

Majoritatea endocrinologilor recomandă de preferință terapie hormonală (4), cu toate că

indicațiile necesită a fi concretizate, iar eficacitatea tratamentului uneori lasă de dorit. Chirurgii au elaborat peste 250 metode de operații (5) - orhipexii în ultimii 100 de ani, însă problema termenilor optimali și metoda de tratare a acestei anomalii la copii nu este rezolvată definitiv. A.Vasiukova și coautorii (6), S. Dolejkii(7) și Hadziselimovici (8) se exprimă pentru o intervenție la vârsta 1-4 ani, pe când S.D. Ternovskii recomandă tratament până la perioada pubertană (9), iar E.Şahbazean (10) S.L.Gorelic, I.D.Mirles (11)- în timpul acestei perioade. Corecția testiculului ectopat e rezonabil de efectuat de la naștere și până la maturizarea organului (5 ani). Mai întâi se indică corecție hormonală, iar în caz de neeficacitate – tratament chirurgical.

Corecția chirurgicală necesită a fi efectuată între 1 și 2 ani, vârsta maximală admisă fiind de 2 ani (23). În momentul de față majoritatea urologilor și chirurgilor pediatri (12,13,14) operează copiii la vârsta de 3-4 ani (până la vârsta de 3 ani testiculul de sinestător se poate deplasa în scrot) (13), și nici într-un caz după 7 ani. Tratamentul ectopiei testiculare a fost reconsiderat în ultimul timp și se efectuează după recomandările făcute de International Health Foundation (1975) (22). Obiectivul principal de tratament este salvarea fertilității ulterioare a glandei. Rezultatele tratamentului hormonal sau chirurgical, efectuat la vârsta școlară sau la sfârșitul perioadei preșcolare sau dovedit a fi nesatisfăcătoare din punctul de vedere a fertilității, motiv pentru care orice testicol, care nu a coborât sau nu poate fi coborât manual până în scrot va trebui tratat începând de la vârsta de 3 luni și până la doi ani.

Copiii care nu sau prezentat la medic până la vârsta de 2 ani vor fi luați imediat în tratament. La o vârstă mică tratamentul încă are sens, dacă însă tratamentul este incorect, la pubertate nu se mai poate spera la fertilitate. Atât în monorhidie cât și în criptorhidie bilaterală, tratamentul trebuie început cu gonadotropină horionică umană, cazurile asociate cu hernii, ectopii secundare precum și testicolii care prezintă migrații aberante, vor fi operați, fără a se mai face un tratament hormonal. Cele mai bune rezultate au fost obținute în tratamentul până la 7 ani (15). Dereglările psihice, erectile și ejaculatorii sunt caracteristice pentru criptorhidie bilaterală și nu se întâlnește la monorhidie. Investigațiile spermatogenice a bolnavilor cu criptorhidie menționează dereglări a spermatogenezei mai pronunțate în cazurile de anomalie bilaterală.

Pronosticul restabilirii funcției reproductive în monorhidie este mai benefică, decât în criptorhidie bilaterală. Cele mai răspândite în ultimii 20-25 ani metode chirurgicale sunt: Socolov, Chitli-Torec-Gherjen și fixarea testiculului de funica dartos (metoda Petrivpalschii-Şumaher) (12). De exemplu, în ectopia inghinală superficială și în retenția inghinală joasă una din metodele de preferință este Petrivalschi-Şumaher, iar în retenție înaltă și intrabdominală - orhipexie temporară după Chitli-Torec-Gherjen.

Orhipexie momentană (după Sojolv, Petrivalschi) se întreprinde la copii cu funiculele spermatică lungi, care la o tensiune moderată permit deplasarea testiculului până la fundul scrotului. Orhipexia în două etape, când funiculul spermatic e scurt, testiculele adesea sunt hipoplastice, iar fixația se efectuează de fascia lată a femurului prin mangetă scroto – femorală cu o ligatură după S.Dolejkii (14).

Momentul esențial în operațiile de orhipexie este mobilizarea elementelor funiculului spermatic. Metoda orhipexiei nu are însemnătate primordială (16). Individualizarea intervenției chirurgicale se apreciază de înălțimea localizării testiculului și se realizează prin alegerea accesului, care permite mobilizarea maximală a elementelor funiculului spermatic.

În cazurile testiculelor palpabile e îndestulător abordul inghinal, iar a testiculelor localizate în cavitatea abdominală - abordul trebuie să fie transabdominal. Dacă lungimea vaselor testiculare sunt insuficiente, o mobilizare adecvată până la polul inferior a rinichiului și o cale minimă de deplasare în scrot se efectuează în condițiile abordului retroperitoneal. Lungirea vaselor e posibilă prin deplasarea testiculului sub vasele epigastrale inferioare. Această metodă permite deplasarea testiculului până la fundul scrotului, fără tensiunea vaselor testiculare și exclude fixarea dură a organului. Alt moment esențial în orhipexie este plastia mușchiului cremasteric, care garantează o reglare optimă a temperaturii și nutriției testiculului (23). La o insuficiență absolută metoda necesară este autotransplantarea, iar în lipsa condițiilor de efectuare a ei, se permit operațiile de deplasare a anzei funiculului pe etape. Folosirea tehnicii microchirurgicale, permite deplasarea testiculului în cazurile când lungimea vaselor testiculare fac imposibilă orhipexia. În așa cazuri este preferată anastomoza dintre artera și vena testiculară cu artera și vena epigastrică inferioară (17, 18, 19, 20).

Aducem la cunoștință cazul nostru:

Bolnavul C. I., 18 ani, (fără părinți de la 4 ani) transportat de urgență la medicul chirurg cu d-cul: Hernie inghinală strangulată pe dreapta. La internare acuză dureri în regiunea inghinală pe dreapta timp de 14 ore. Starea generală satisfăcătoare. Tegumentele palide. Murmurul pulmonar aspru. Zgomotele cardiace clare, ritmice. TA 110 și 70 mm Hg, Ps-76 1/min, satisfăcător. Limba umedă, abdomenul moale, sensibil la palpare în regiunea inghinală pe dreapta, unde se apreciază o formaț

iune în cavitatea abdominală. Ficatul, splina, rinichii nu se palpează. Semnele de iritare a peritoneului - negative. Inelul inghinal extern pe dreapta puțin dilatat. Simptomul de tuse - pozitiv. În scrot lipsesc ambele testicule. Date pentru hernie inghinală incarcerată lipsesc. D-cul: Hernie inghinală pe dreapta. Criptorhidie bilaterală. Consultația urologului: D-za: Criptorhidie abdominală bilaterală. Pacientul este spitalizat în secția urologie pentru tratament chirurgical.

Din anamneză: este mezinul în familie, frații sunt căsătoriți - au copii. Rezultatele investigațiilor de laborator și instrumentale: Ecografia etajului inferior al cavității abdominale apreciază testicolul stâng pe partea laterală a vezicii urinare 29 x 15 mm. Testicolul drept se vizualizează în regiunea inghinală pe dreapta, median de crista osului iliac 34x16 mm. La 15.11.01 consultația repetată a chirurgului în legătură cu acuzarea durerilor în abdomen. Concluzie: boli chirurgicale acute nu s-au depistat. Orhită acută a testicolului intraabdominal? Tot atunci consultația internistului - concluzie: bronșită cronică în acutizare. Pneumonie pe dreapta? A fost indicat tratament conservator: benzilpenicilină 1,0 x 4 ori i/m., sol.Papaverini 2% - 2,0 i/m, inhalații - nr. 7. Starea pacientului s-a ameliorat.

La 22.11.01 intervenție chirurgicală programată sub anestezie generală endotraheală: "orhipexie bilaterală cu fixare după Petrivalschi-Sumsher. Plastia canalelor inghinale după Basini".

Pe dreapta: abord superior 1,0 cm și paralel ligamentului ilioinghinal, pe o lungime de 8-10 cm, pe straturi s-a deschis canalul inghinal. S-a depistat procesul vaginal peritoneal și s-a deschis peretele anterior. Testicolul nu s-a depistat. Tracție de peretele posterior al procesului vaginal peritoneal și testicolul cu funiculul spermatic s-a retras în plagă, având 2,5 x 2,0 cm. Separarea procesului vaginal de elementele funiculului spermatic s-a efectuat cu o incizie transversală a peretelui posterior a procesului vaginal peritoneal, care s-a mobilizat până la inelul intern, s-a suturat la col, s-a înlăturat. Mobilizarea funiculului spermatic prin lărgirea inelului intern până la o adâncime de 3-4 cm și mobilizarea diferenciată a ductului deferent și vaselor sangvine. Testicolul a fost deplasat până la jumătatea scrotului printr-un tunel subcutanat. La fundul scrotului s-a efectuat o incizie pe cutaneu de 3,5-4 cm până la tunica dartos, care s-a separat de cutaneu pe o porțiune puțin mai mare decât testicolul. În nișa în care s-a format s-a plasat testicolul. Gaura în tunica Dartus s-a îngustat cu două suturi de catgut. Suturi la cutaneu. Plastia canalului inghinal după Basini. Sutura pe straturi a plăgii.

Pe stânga: procesul vaginal peritoneal nu s-a depistat. S-a deschis cavitatea abdominală, unde s-a depistat procesul vaginal peritoneal cu testicolul de 2,5 x 1,5 cm. Mai departe evoluția operației analogică ca pe dreapta. Testicolul a fost deplasat la jumătatea scrotului.

Perioada postoperatorie a decurs satisfăcător. Medicație: Gentamicină 80 mg x 2 ori i/m - 7 zile. Sol. Analgin 50% - 2,0 i/m la dureri. Rana a generat primar. Sutura s-a înlăturat la ziua a șaptea. Testiculele se află în scrot.

În perioada anilor 1980-2001 după această metodă au fost operați 85 pacienți (82 în SCR Cantemir și 3 în SCM rSf. Treime). 79% din copii au avut vârsta între 5 și 12 ani, 6 adulți între 21 și 47 ani (intervențiile unilaterale), 2 pacienți operați în mod urgent cu torsiune a cordonului spermatic.

Concluzie

Orhipexia cu fixarea testicolului după Petrivalski-Sumsher este o metodă optimă în tratamentul criptorhizmului confirmată prin:

- Finalizarea tratamentului chirurgical printr-o singură intervenție;
- Regim activ în perioada postoperatorie;
- Tracție optimă și de lungă durată a testicolului dozată de însuși elasticitatea scrotului, până la stabilizarea finală a testicolului în scrot.

Bibliografie

- 1.Горелик С.Л., Мирлес Ю.Д., Крипторхизм и его хирургическое лечение. М. 1968.
- 2.Лопаткин Н.А. Оперативная урология, «Медицина», 1986, стр. 361.
- 3.Fevre V., Chirurgie infantile et orthopedie, Flammarion, Paris, 1967.
- 4.Имминецкая Л.П. Экспериментальные клинические данные об эндокринных изменениях при крипторхизме. Дисс.к.м.н. Киев, 1970.
- 5.Гуша А.Л., Воложин С.Н., Клиническая хирургия, 1980, №12, стр. 31-32.
- 6.Васюкова Е.А., Касаткина Э.П., Чуваков Г.И. и др. Вопросы охраны матери, 1982, №2, стр. 35-39.
- 7.Долецкий С.Я., Хирургия, 1969, №7, стр. 3-10.
- 8.Hadziselimovici F., Cryptorchidizm ultrastructure of Normal and Cryptorhid Testic Development, Berlin, 1977.
- 9.Терновский С.Д. Хирургия детского возраста, М, 1959, стр. 413-416.
10. Шахбазян Е.С. Крипторхизм и его лечение, М, 1957.
11. Зак Б.И., Абрамов В.Г., Алексин А.Ф. Урология и нефрология. 1984, №6, стр.29-29.

12. Воложин С.И., Ухов Ю.И. Оперативное лечение крипторхизма. Урология 1988, №5.
13. Матиковская, Ибрагимов. Современные методы лечения крипторхизма, Хирургия, 1987.
14. Жуков М.Д., Ген Ю.В., Агапов Н.И. Вестник хирургии, 1986, №2.
15. Карпатовский И.Д., Макашанов О.К., Басюков В.В., Андрологические аспекты оперативного лечения крипторхизма. Урология и нефрология 1986, №5, стр.54-59.
16. Воложин С.И., Ухов Ю.И., Астраханов А.Ф. Индивидуализация оперативного лечения крипторхизма. Урология 1988, №5.
17. Giullfni, Carmignani G, Begrana E., Puppo P, I.Urol, Nephrol, 1981, vol.87, p.279-281.
18. Haerting A., Djedje M., Forcade M. – Ann.Urol 1983, vol. 17, p.46-48.
19. Macmahon R., Brien B., Cussen G., - I. Redicet Surg. 1980, vol.15, p.92-96.
20. Sarramon I.P., Possignoi I., I.Urol.nephrol 1981, vol.87, p.515-522.
21. Silber S., Kelly I., - I.Urol (Baltimore) 1981, vol.125, p.329-333.
22. Varna A., A.Chișu, Virginia Oțoiu. Urologie infantilă, Cluj-Napoca, 1976, p.264-271.
23. Горбатюк О.М. Хирургическое лечение крипторхизма с учетом морфо-иммунологических аспектов заболевания. Автореферат дисс.К.м.н., Ростов-на-Дону, 1992.

ЛЕЧЕБНО–ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

В. М. Донич, В. И. Золотой

Бендерская центральная городская больница

Summary

This work shows treatment of 36 patients with simple renal cyst, using skin puncture treatment of cysts by introducing of sclerotical preparats. Rate of success was 74%. The rate of recurrent cysts after 12 months was 26%. This method is recommended by specialist as a little known method, still it is accessible, inexpensive to treat simple renal cysts.

Введение

Простые кисты почек являются одной из распространенных почечных аномалий и составляют около 3% урологических заболеваний (4). Частота данной патологии имеет тенденцию к росту, что связано не только с улучшением диагностики заболевания, но и с более интенсивным воздействием вредных факторов окружающей среды. С появлением современных методов исследования (ультразвуковое сканирование, компьютерная томография) количество обнаруживаемых простых кист значительно возросло (1–3, 6, 8–10). Впервые лечебная чрескожная пункция кисты почки с аспирацией её содержимого была выполнена в 1861 году. Однако, этот метод лечения был оставлен в связи с отсутствием надежного контроля за выполнением манипуляции. Внедрение в клиническую практику ультразвукового сканирования (УЗС) стало толчком для широкого применения пункционного лечения кист почек. Благодаря высокой эффективности и малой инвазивности, интервенционные вмешательства под контролем УЗС открыли новые возможности в диагностике и лечении кистозных поражений почек (4).

Целью данной работы является представление собственного опыта чрескожной лечебно–диагностической пункции простой кисты почки.

Материал и методы

В 1991–2001 гг. в Бендерской центральной городской больнице простые кисты почек обнаружены у 1368 больных. Они составили до 3% среди всего обследуемого контингента и до 4,4% от всех больных с заболеваниями почек. Простые кисты обнаружены в нижнем полюсе в 39,3% случаев, в среднем сегменте – в 40,2%, в верхнем полюсе почки – в 20,5%. В 80,4% случаев кисты были одиночными.

У 36 больных (30 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 39 до 76 лет, было выполнено 38 чрескожных пункций симптоматических простых кист почек. В 32 случаях кисты были одиночными, в 6 – множественными, из них в 4 – односторонними и в 2 – двусторонними. У 24 пациентов кисты располагались в верхнем сегменте почки, у 9 – в среднем и у 5 – в нижнем сегменте. Кисты правой почки выявлены в 22 случаях, а левой – в 16. Размеры кист варьировали от 4 до 16 см. У 14 (39%) больных вмешательства выполнены амбулаторно.

Ведущими симптомами, послужившими основанием для выполнения пункции, явились боли в поясничной области и артериальная гипертензия. В некоторых случаях, преклонный возраст и наличие сопутствующих заболеваний (нарушение ритма сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма) определили выбор в пользу пункционного вмешательства.