

Discuții. Studiul nostru demonstrează că la un număr important de gravide se dezvoltă o simptomatologie adversă, cauzată de prezența stentului însuși, care persistă pe parcursul aflării stentului în căile urinare și afectează multe aspecte de viață cotidiană a pacientelor, ceea ce este în consens cu studiile recente (Damiano,2002; Leibovici,2005). Aceste cercetări demonstrează că în soluționarea uropatiei obstructive stentul ureteral este un instrument rezonabil, însă nelipsit de complicații (“stent ideal”).

Concluzii. Stentul ureteral este un dispozitiv care asigură un drenaj eficient al căilor urinare superioare la gravidele cu uropatie gestațională. Instalarea stenturilor în hidronefroza gestațională trebuie bine argumentată și prezintă o metodă rezervată situațiilor în care beneficiile depășesc riscurile. Instalarea stentului ureteral are un impact important asupra calității vieții gravidelor.

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTULUI RENAL SIMPTOMATIC

A.Ghereg, I.Dumbrăveanu, A.Axenti

*Clinica Endoscopie, Clinica Urologie USMF “Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău*

Summary

New endoscopic techniques changed the management of symptomatic renal cysts greatly. For a symptomatic simple cyst the laparoscopic approach is an excellent alternative to open surgery. The results of transperitoneal laparoscopic treatment of 42 patients with symptomatic renal cyst are presented.

Introducere. Practic toate intervențiile chirurgicale renale deschise au fost dublate sau modelate laparoscopic. Noile tehnologii endoscopice au revoluționat tratamentul chistului renal simptomatic, iar chirurgia laparoscopică tinde să devină standardul de aur în tratamentul maladiei.

Scopul lucrării. Analiza rezultatelor tratamentului laparoscopic al chistului renal simptomatic.

Material și metodă. Studiul a fost realizat pe un lot de 42 pacienți cu chisturi renale simptomatice, rezolvate prin abord chirurgical laparoscopic în clinicile de Endoscopie și Urologie a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență din Chișinău în perioada 1998-2005. Rezeția laparoscopică a chistelor renale a fost indicată în următoarele situații:

- chist renal simptomatic, indiferent de dimensiune, care a cauzat durere, hematurie, obstrucția tractului urinar, infecții urinare repetate, hipertensiune;
- chist renal cu aplicarea în antecedente a tratamentului conservator fără succes (tratament antialgic, antiinflamator, puncție percutanată cu sau fără injectare de agenți sclerozanți);
- chist renal cu dimensiuni de peste 6 cm, care au modificat morfologia și permeabilitatea căilor urinare și care, prin dimensiunile mari au prezentat un element de risc evolutiv.

Dimensiunile chistului au variat de la 4 la 10 cm, cu o localizare practic în toate segmentele renale, inclusiv parapielic în 5 cazuri. În toate situațiile am practicat abordul laparoscopic transperitoneal. În 2 cazuri s-au practicat intervenții chirurgicale combinate (colecistectomie). S-a urmărit: durata intervenției, sângerarea peroperatorie, complicațiile intra- și postoperatorii, durata de spitalizare postoperatorie, eficiența din punct de vedere simptomatic și paraclinic (ecografia, urografia intra-venoasă).

Rezultate. Tratamentul laparoscopic a fost radical în 41 cazuri. Într-un caz nu s-a reușit identificarea intraoperatorie a chistului. (Ulterior- hidrocalicoză). Durata intervenției a fost în medie de 38 min (25–75 min). Sângerarea peroperatorie a fost minimă (50 ml). Nu au fost înregistrate cazuri de conversie sau de deces. Postoperator am semnalat 2 complicații: 1- fistulă urinară și 1- stare febrilă prin acutizarea pielonefritei cronice. Durata de spitalizare postoperatorie a variat de la 2 la 5 zile, cu o medie de 3,4 zile. Toți pacienții au fost urmăriți de la 1 an la 6 ani. Nu au fost semnalate cazuri de recidivare.

Concluzii. Abordul laparoscopic în urologie oferă avantaje funcționale certe prin menajarea structurilor anatomice parietale, alături de rezultate cosmetice excelente. Rezeția laparoscopică a chistului renal având rezultate similare rezeției chirurgicale deschise, dar cu o invazivitate minimă, devine standardul de aur în tratamentul chirurgical.

CURA LAPAROSCOPICA A VARICOCELULUI

I.Coman, F.Nechita, V.Petcu, B.Petrut, D.Stanca, I.Sirb, D.Porav-Hodadae,
B.Feciche, N.Crisan, R.Cota, B.Jalalizadeh, Z.Mihaly, O.Metes
Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, Cluj-Napoca, România

Varicoceleul reprezintă cauza cea mai ușor corectabilă chirurgical a infertilității masculine. Încă de la apariția tehnicilor laparoscopice, varicoceleul a fost una dintre primele patologii abordate din sfera urologica. Din punct de vedere tehnic, cura

laparoscopică a varicoceleului este una dintre cele mai simple tehnici laparoscopice din urologie. Primele mențiuni în literatura de specialitate privind abordul laparoscopic al acestei patologii aparțin lui Winfield&Donovan, Sancez de Badajos în 1991 ^{1,2}.

Există 3 indicații majore pentru rezolvarea chirurgicală a varicoceleului

1. Varicocele asociat cu infertilitate masculină
2. Varicocele simptomatic
3. Varicocele asociat cu retard în dezvoltarea normală testiculară la adolescent

Clasic există trei tehnici prin care se poate aborda pachetul vascular spermatic și care diferă în principal prin nivelul la care se face abordul. Astfel venele spermatică se pot aborda la nivel retroperitoneal (tehnica Palomo), la nivelul canalului inghinal (tehnica Ivanissevich) și la nivel scrotal, imediat sub orificiul inghinal superficial (tehnica Marmar). Prin tehnica laparoscopică pachetul vascular spermatic este abordat la nivel retroperitoneal ca și în tehnica Palomo.

Pentru abordul laparoscopic al varicoceleului se pot folosi două căi de abord. Abordul transperitoneal și abordul retroperitoneal. Se preferă abordul transperitoneal, abordul retroperitoneal fiind rezervat pentru cazurile de recidivă a varicoceleului și cazurilor cu aderențe pelvine³.

Abordul transperitoneal

Colectivul nostru are experiență în abordul transperitoneal al varicoceleului din anul 1996.

Pacientul este poziționat în decubit dorsal. Operatorul este așezat în partea dreaptă a bolnavului și ajutorul de partea opusă. Sunt necesare 3 puncte de abord :

1. Punctul ombilical, la nivelul plicii supraombilicale, pentru trocarul scopic (10mm)
2. Punctul MacBurney (10mm)
3. Pe linia spino-ombilicală stângă, la unirea două treimi medial cu treimea laterală (5mm)

Se inserează acul Veress în cavitatea peritoneală prin plica supraombilicală și se insuflă CO₂ până la o presiune de 14 mmHg. Se introduc la vedere trocarele de lucru și se efectuează inspecția cavității. Pacientul este așezat în poziție Trendelenburg de 20-30°, simultan cu rotația ușoară a mesei operatorii spre dreapta. Se caută inelul inghinal profund și prin transparența peritoneului se pot recunoaște cu ușurință vasele spermatică la nivelul pătrunderii lor în canalul inghinal. În cazurile în care apar dificultăți de identificare a vaselor spermatică, acestea vor fi puse în tensiune printr-o ușoară tracțiune externă de funiculul spermatic stâng. Se incizează peritoneul parietal la aproximativ 2-3 cm de inelul inghinal profund stâng și la 1-2 mm lateral de vasele spermatică longitudinal cu endofoarfecele sau cu cârligul electrod pe o distanță de aprox. 4 cm. Pneumoperitoneul comprimă vena spermatică internă stângă dilatată varicos, colabând-o ușor. Artera spermatică nu se colabează, din cauza presiunii ei intraluminală, facilitând astfel izolarea venei de artera spermatică. Se izolează pe o lungime de 2-3 cm venele spermatică, de artera spermatică. Se clipează și se sectionează între clipuri venele spermatică. Se efectuează controlul atent al hemostazei. Dacă varicoceleul este bilateral, se recurge la rezolvarea varicoceleului și pe partea dreaptă în aceeași manieră. Evacuarea gazului și închiderea punctelor de abord încheie intervenția⁴.

Abordul retroperitoneal

Poziția pacientului este de decubit lateral drept. Operatorul este așezat în spatele bolnavului, iar ajutorul în fața operatorului. Sunt necesare două puncte de abord :

- Punctul subcostal posterior, de 12 mm, situat în unghiul costo-muscular stâng și pentru laparoscop.
- Punctul subcostal anterior stâng, de 10 mm, situat pe linia axilară anterioară pentru instrumentele de lucru.

Se practică incizia pielii la nivelul punctului de abord pentru trocarul scopic și se pătrunde până în spațiul retroperitoneal. Se delcoleză digital peritoneul parietal posterior de pe peretele abdominal. Se practică disecția spațiului retroperitoneal în maniera Gaur, se introduce trocarul scopic și se inspectează spațiul retroperitoneal. Se introduce trocarul de lucru sub ghidaj scopic. Abordul retroperitoneal în maniera Gaur produce o bună disecție a grăsimii retroperitoneale facilitând identificarea ureterului și a venei spermatică în imediata lui vecinătate. Vena spermatică este identificată și apoi disecată cât mai aproape de vărsarea sa în vena renală stângă, nivel la care rareori există vene spermatică accesorii sau arteră spermatică. Vena va fi clipată cu un singur clip sau va fi dublu clipată și secționată între clipuri⁴.

Abordul properitoneal

Deși posibil și descris în literatura de specialitate, sunt puține date statistice care să facă referință la acest abord, recomandat în special pentru varicoceleul bilateral și, mai ales, atunci când se suspectează aderențe intraperitoneale după intervenții chirurgicale anterioare.

Experiența clinică

Experiența clinică cuprinde 240 de pacienți operați între 1997 și 2006 la Clinica Chirurgie III și Spitalul Clinic Municipal. Dintre aceștia, 26 (10.83%) având varicocele bilateral, iar 2 dintre ei având recidive după tratamentul deschis. Majoritatea pacienților prezentau varicocele manifest clinic, iar 60% dintre ei prezentau asociat alterări ale spermogramei. Media de vârstă a fost de 25.8 (13-32). Diagnosticul a fost stabilit prin examen clinic și ecografie scrotală Doppler. Toți pacienții au fost operați prin abord transperitoneal.

- Timpul mediu de intervenție a fost de 20 minute, nu s-au semnalat incidente intraoperatorii sau complicații postoperatorii.
- Media de spitalizare postoperatorie a fost de 1.5 zile (1-7).
- 90% de pacienți nu au solicitat analgezice postoperator.
- Mobilizarea pacientului a fost posibilă în seara operației.
- Tranzitul digestiv și alimentația per os au fost reluate în prima zi postoperator.
- Reinserția profesională a fost posibilă în medie după 7 zile.
- 6 (2.5%) pacienți au prezentat recidive, 3 dintre ei fiind tratați prin scleroterapie, iar 3 dintre ei fiind tratați prin reintervenție laparoscopică.
- Îmbunătățirea spermogramei a fost observată la 57,14% din cei cu IF=5-50 preoperator și la 37,5% dintre cei cu IF=0,1-5 preoperator.

Bibliografie:

- ¹ Winfield HN, Donovan JF, See WA, Loening SA, Williams RD. Urological laparoscopic surgery. *J Urol.* 1991 Oct;146(4):941-8. Review
- ² Sanchez de Badajoz E, Diaz Ramirez F, Vara Thorbeck C. [Laparoscopic treatment of varicocele] *Arch Esp Urol.* 1991 Jun;44(5):623-5. Spanish.
- ³ Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC Retroperitoneal laparoscopic varicocelectomy *J Urol.* 1994 Apr;151(4):895-7
- ⁴ Coman I, Duca S Cura laparoscopica a varicocecelului in "Chirurgia Urologica Laparoscopica" Ed Med "Iuliu Hatieganu" 2002 p. 63-70

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРОСТОЙ КИСТЫ ПОЧКИ

В. В. Пунга, А. В. Герег, А. Г. Мартов, И. В. Думбрэвяну

Центр здоровья семьи «ГАЛАКСИЯ», ГУМФ «Николае Тестемицану», Кишинев, Молдова, НИИ урологии, Москва, Россия

Summary

Laparoscopic resection of common renal cysts was made in 18 patients who complained of low back pains and hypertension. In 16 cases (89%) results achieved after these procedure proved to be good: pain relief, stabilization of arterial pressure and improvement of renal function. Laparoscopic resection is safe and effective for treatment of common renal cysts.

Введение. Лапароскопический метод лечения простой кисты почки стал альтернативой традиционной хирургической операции.

Цель: Представление собственного опыта лапароскопической резекции простой кисты почки.

Материал и методы. Лапароскопическое лечение симптоматических простых кист почек проведено у 18 больных (11 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 34 до 65 лет. У 12 (67%) пациентов были постоянные ноющие боли в поясничной области, у 8 (44%) отмечено повышение артериального давления, у 3 (16%) выявлено пальпируемое объемное образование. Длительность заболевания варьировала от 6 мес до 5 лет. У 4 (22%) пациентов выявили солитарную кисту верхнего сегмента почки, у 5 (28%) – среднего, у 9 (50%) – нижнего сегмента. В 12 (67%) случаях кисты имели переднее, в 2 (11%) – латеральное, в 4 (22%) – заднее расположение. В результате проведенного

обследования выявлены бессосудистые жидкостные образования диаметром от 6 до 14 см, расположенные большей частью экстраренально. Длительность операции варьировала от 45 до 90 мин. Контрольное исследование проводилось через 3 и 6 мес после лечения.

Результаты. Лапароскопическая резекция простой кисты почки была эффективной в 16 (89%) случаях. У пациентов отмечены исчезновение болей, нормализация артериального давления, улучшение функционального состояния почек и отсутствие рецидивов кисты. У 14 (78%) больных кисту резецировали по краю почечной паренхимы. В 4 (22%) случаях из-за локализации кист у верхнего сегмента и по задней поверхности почки возникли затруднения с выделением и максимальным иссечением стенки кисты. Осложнения после лапароскопической резекции кисты возникли в 2 (11%) случаях и были купированы консервативными мероприятиями.

Заключение. Лапароскопическое иссечение является методом выбора в лечении симптоматических, солитарных простых кист, диаметром более 6 см, располагающихся по передней поверхности почки.