

Materials and methods: In the Urology Department of "Fundeni" Hospital - Bucharest over 1,200 radical cystectomies have been performed. The technique consists in the isolation / cross-sectioning the urethers in the urinary juxta-vesical region, followed by bilateral ileo-pelvic lymphodissection, the lymphatic tissue being removed from the common iliac vessels, external iliac vessels (up to the inguinal arcade), internal iliac vessels and obturator fossa liberation with the obturator nerve and ligature / cross-section of the obturator vessels. It follows the peritoneal incision between the bladder and the rectum with the decollation of the urinary bladder, prostata, seminal vesicles from the rectum. The tiered ligature of the vascular pedicles is performed. The latero-prostatic endopelvic fascia is incised. Ligature / cross-section of the pubo-urethral ligaments, dorsal venous plexus and the urethra at the apex of the prostate is performed.

Results: On a statistic analysis made in 1988, in 630 radical cystectomies, the global death rate was 16.6%. The death rate has been reduced to 0% in cohorts of selected patients (51 patients with cystectomy & substitution cystoplasty).

Conclusions: Radical cystectomy represent the optimum modality of treatment for infiltrative bladder tumours. From a "formidable operation for a formidable illness" - Scott, it has become in the hands of some skilled surgeons, an operation of routine with exceptional results.

STUDER'S ORTHOTOPIC BLADDER SUBSTITUTION

I. Sinescu, G. Gluck

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

Video

Introduction: The continent urinary reservoirs connected to the urethra have known in the last decade a formidable development. A variant of these ones is the cystoplasty of Studer type.

Materials and Methods: About 60 cm of ileum is isolated and the small intestine is restored. The isolated intestinal segment is put under a "J" form, so that 22 & 22 cm should become the urinary reservoir and about 17 cm will be the part of the intestine in which the urethers are implanted. The declive portion is made under "U" form and is detubulized on a portion as long as about 44 cm. The arms of the "U" form are sutured each other with 3 PDS and so an intestinal plate is obtained which is perpendicularly double-fold plicated on the first suture. The reservoir is closed, a lateral stoma of about 1 cm is practised which is anastomozed to the urethra on a 20 Ch catheter, after the ureteral implanting on 6 Ch splints and the closing of the intestinal segment will be made.

Results: In a group of 51 patients this type of cystoplasty has been used in 15 cases.

Conclusions: The postoperative course was uneventfull. In 3 cases the patients have had nocturnal incontinence. All of the 15 patients are continent all day long.

ASPECTELE TRATAMENTULUI TUMORILOR PARENCHIMATOASE PE RINICHI UNIC

C.Spînu*, A.Tănase*, C.Lupașco*, V.Țurcan**, V.Pungă*, V.Ghicavii*, A.Al-Șare*

* Clinica de Urologie, Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican

** Clinica de Urologie, Institutul Oncologic, Chișinău, R.Moldova

Summary

We have carried out the analysis of 23 cases of the parenchymatous tumors of solitary kidney within the period from 1980 to 2001 years. The surgical treatment has the following aims: complete removal of the tumor, the correct appreciation of the tumor stage, maintenance of choice. The operative techniques were dependent on the dimensions of tumor, its Characteristics and localization in the kidney. The results obtained by us are promising and reflect the modern approach to the treatment of the solitary kidney tumors. The treatment objective being the realization of radical removal of the tumor with preservation of kidney tissues.

Actualitatea și obiectivele lucrării

Tumorile reno-ureterale pe rinichi unic sunt rare, în cazul tumorilor urogenitale incidența lor fiind aproximativ 1,8-2% din bolnavii cu tumori renale.

Tratamentul chirurgical al tumorilor renale urmărește câteva obiective esențiale: îndepărtarea completă a tumorii, aprecierea corectă a stadializării, menținerea unui rinichi normal funcțional.

Acest tratament nu este numai un act terapeutic, el are și o certă valoare diagnostică (Terone.,1997;Godley.,1999).

Conduita terapeutică corectă se poate stabili numai după cunoașterea exactă nu doar a gradului, ci și a modalității de extindere a tumorii. Prin evoluția sa insidioasă, cancerul parenchimatous a rinichiului întârzie prezentarea la medic și aplicarea unui tratament corespunzător, în fază utilă, permițând ca boala să se extindă local cât și la distanță. În actualul stadiu de dezvoltare a terapiei urologice, operațiile menajante reprezintă tratamentul de elecție și singure eficiente a cancerului rinichiului unic fără extensie locală extrarenală (Gresi.,1998). Tehnica operatorie a fost determinată de dimensiunile tumorii,caracteristicile ei și poziția pe care o ocupă în rinichi.

Material și metode

Analiza cazurilor ce au intrat în studiul de față s-a realizat pe o perioadă îndelungată de timp, 1980-2001, perioadă în care au fost înregistrați 23 de pacienți cu tumori renale, tratați în clinicele de urologie și oncologie din Chișinău și Iași (Tabelul 1).

Tratamentul tumorilor reno-uroterale pe rinichi unic a constatat din: enucleerea tumorii - 7 cazuri; nefrectomie parțială - 4; nefrectomie radicală - 2 cazuri, embolizarea tumorii - 1 caz; chimio/hormonoterapie - 9 cazuri.

Examenul anatomomorfologic legat de stadializarea și gradul de diferențiere a tumorii joacă rolul decisiv în stabilirea conduitei terapeutice. Gradul de malignitate se face pe baza unor criterii histologice și citologice cum ar fi: dimensiunea celulelor, diferențele de formă, dimensiune, modificări nucleare, stabilitate celulară, care se menține în tumorile G1, și lipsesc în G3. Determinarea gradualității are o valoare prognostică certă, dar nu este suficientă pentru stabilirea conduitei terapeutice corecte (Marshall.,1996).

Rezultate și discuții

Operațiile conservatoare efectuate pe rinichi unic au constatat din enucleerea nodului tumoral sau nefrectomie parțială.

Enucleerea a oferit posibilitatea de a înlătura tumora din orice porțiune a rinichiului, cantitate minimă înlăturată de țesut renal normal, tehnică operatorie accesibilă.

Nefrectomia parțială s-a aplicat în cazul tumorilor limitate, păstrând suficient țesut renal funcțional (cel puțin 50% de țesut renal).

În 2 cazuri când tumora a cucerit mai mult de 50% din țesut renal funcțional, dar metastaze regionale și la distanță lipseau, s-a efectuat nefrectomie radicală, dintre care într-un caz decesul a survenit peste 6 luni, în alt caz bolnava este în viață, este supusă hemodializei un an după operație și va fi supusă la transplantare renală.

La un bolnav cu cancer al rinichiului unic funcțional stâng în stadiu avansat, depășit din punct de vedere chirurgical, cu hematurie abundentă - a fost utilizată embolizarea porțiunii afectate de tumoră, pentru prevenirea pierderii excesive de sânge și reducerea volumului tumorii. Acest bolnav a supraviețuit 6 luni.

Distribuția tumorilor parenchimatose pe RU după vârstă, localizare, clasificare, tratament, supraviețuire și cauză deces

N	Vârsta	Localiz.	Clasificare	Tratament	Supravieț.	Cauză deces
1. 1	53	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Enucleere	5 ani	Mt hepatice
2. 9	41	MR**	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	Urmărita 1luna	-----
3. 3	65	PI***	T ₃ N ₁ M ₁ G ₃	Enucleere	1,5 ani	Mt pulmonare
4. 4	57	PS*	T ₃ N ₁ M ₀ G ₁	Enucleere	3 ani	Uremie
5. 9	55	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	Urmărit 2 ani	Pierdut din vedere
6. 1	51	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₀	Enucleere	7 ani	Pierdută din vedere
7. 1	54	PS	T ₃ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	5 ani în viață	-----

8. 8	55	PS	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	3 ani	În viață
9. 1	46	PS	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Nefrectomie parțială	Urmărit 2 ani	Pierdut din vedere
10. 1	44	MR	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	5 ani	Mt hepatice
11. 1	45	PI	T ₁ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	8 ani	Mt pulmonare
12. 1	66	MR	T ₄ N ₁ M ₀ G ₁	Nefrectomie	6 luni	Mt osoase
13. 1	49	PI	T ₄ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie	Supravieț. 1an	-----
14. 2	50	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Embolizare	6 luni	Uremie
15. 1	44	PS	T ₄ N _x M ₁ G _x	Chimioterapie	1 an	Mt osoase
16. 5	73	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Pierdut din vedere
17. 6	69	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	6 luni	-----
18. 7	60	MR	T ₃ N _x M ₀ G _x	Chimioterapie	8 luni	-----
19. 1	60	PS	T ₃ N ₁ M ₀ G ₂	Chimioterapie	3 ani	Uremie, Mt osoase
20. 1	60	PI	T ₃ N _x M ₀ G _x	Chimioterapie	2 ani	Uremie
21. 1	59	PI	T ₃ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Pierdut din vedere
22. 2	78	PI	T ₃ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Mt pulm. și osoase
23. 2	63	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	6 luni	Uremie

*PS-polul superior

**MR-mediorenal

***PI-polul inferior

Pronosticul este mai bun dacă leziunea nu a depășit capsula renală. Chiar invadarea limitată a grăsimii perirenale nu reduce considerabil supraviețuirea postoperatorie. Prin opoziție, invadarea pediculară, ganglionară și venoasă afectează serios longevitatea postoperatorie.

Tratamentul chirurgical trebuie adaptat stadiului tumoral, de aceea protocolul investigațional va fi utilizat, dacă este nevoie în întregime pentru stadializarea TNM.

Menționăm că, 9 bolnavi considerați incurabili chirurgical, au fost supuși unui tratament conservator incluzând hormono- și chimioterapie, perioada de supraviețuire fiind de la 6 luni până la 3 ani.

În afara tratamentului chirurgical, corect indicat și efecuat, adaptat stadiilor tumorale, tratamentele adjuvante au o eficacitate redusă.

Concluzii

- 1) Chirurgia menajantă reprezintă procedeul de elecție în tratamentul tumorilor pe rinichi unic, rinichiul păstrând cel puțin 50% din țesut renal funcțional.
- 2) Rezultatele operațiilor de nefrectomie parțială a rinichiului afectat, cât și enucleerea nodului tumoral sunt aproximativ identice. În aceste cazuri este de preferință enucleerea tumorilor, fiind o metodă chirurgicală mai puțin traumatizantă.
- 3) Atunci când chirurgia conservatoare nu poate respecta principiile de radicalitate, oncologică, când lipsesc metastazele la distanță, se va recurge la nefrectomia totală chiar a rinichiului unic, urmată de includerea bolnavului în programul de dializă.
- 4) Cu cât tumoarea este descoperită mai precoce, iar tratamentul chirurgical este mai radical, cu atât cresc șansele de supraviețuire.

Calitatea actului chirurgical se determină nu numai prin aprecierea radicalității momentane ci

și prin prisma altor parametri, în primul rând a ratei de recidivă și de progresie.

- 5) Rezultatele înregistrate de noi prin utilizarea intervențiilor conservatoare sunt promițătoare și se încadrează în poziția terapeutică actuală față de tumorile renale, care urmărește asigurarea radicalității exiziei tumorale cu evitarea sacrificiului inutil de țesuturi. Unele rezultate nefavorabile au rezultat din nerespectarea principiilor exiziei oncologice complete, pentru care nu se poate face nici un fel de concesiune, chiar dacă se operează pe rinichi unic.

Bibliografie

1. Godley P.A., Stinchcombe T.E.: Renal cell carcinoma, Curr Opin Oncol, 11(3), 213-7, 1999.
2. Gresl A.A., Neciporenko A.N.: Long-term outcomes of organ-saving separate for renal carcinoma, Urol i nefrol Nr 5, 12-14, 1998.
3. Marshall F.F.: In situ management of renal tumors: Renal cell carcinoma. Eur. Urol., 12, 238, 1996.
4. Terone C., Favro M.: Conservative surgery for renal cell carcinoma, Ann Urol, 31, 137-44, 1997.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСКОПИЯ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Н.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, Б.Л. Гуцин, Д.В. Ергаков
НИИ Урологии Минздрава РФ, Москва

Summary

We evaluated renal-preserving endourological approach in the diagnosis and management of upper tract urothelial tumors. The results of endourological management of urothelial upper urinary tract tumors in the group of the patients treated from 1990 to the present time at the Institute of Urology have been evaluated in a retrospective fashion. Chart reviews, indications for intervention, and treatment outcomes were assessed. 62 patients were subject to endourologic diagnosis and/or management of upper tract urothelial neoplasms. Follow-up period varied from 2 to 8 years. Minimally invasive endourological management of upper tract tumors should be considered in selected patients.

Актуальность

Переходно-клеточная карцинома является самым частым видом опухолей верхних мочевыводящих путей (ВМП) (1,3). Нефроуретерэктомия с удалением ткани мочевого пузыря, окружающего устье мочеточника (т.н. «радикальная нефроуретерэктомия») остается методом выбора в лечении большинства пациентов с переходно-клеточными карциномами ВМП. При некоторых противопоказаниях к проведению радикальной операции пациентам выполняется органосохраняющее лечение (2,5,7). Накоплен значительный опыт проведения подобных вмешательств при папиллярных опухолях единственной или единственно функционирующей почки, в случаях двухсторонних опухолей ВМП, при хронической почечной недостаточности и др (4,8). Разработка современного эндоскопического оборудования и его широкое внедрение в урологическую практику изменили принципы диагностики папиллярных опухолей ВМП, а также показания и противопоказания для проведения органосохраняющего лечения подобных опухолей (6). Целью данной работы явилось изучение возможностей эндоскопической диагностики и лечения больных с папиллярными опухолями ВМП.

Характеристика больных и методы обследования

С 1986 года и по настоящее время 62 пациентам (37 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 16 до 82 лет) с подозрением на папиллярную опухоль ВМП была выполнена трансуретральная уретеронефроскопия (57 пациентов) и перкутанная нефроскопия (5 больных). В предоперационном периоде всем больным выполнялось комплексное клиническое, рентгенурологическое (экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография) и радиоизотопное исследование (динамическая нефросцинтиграфия), ряду пациентов – компьютерная томография и цитологическое исследование мочи. При выполнении эндоскопического исследования (трансуретральная уретеронефроскопия, перкутанная нефроскопия) основными задачами являлись: эндоскопическое подтверждение диагноза, определение мультифокальности процесса, а также взятие биопсии для морфологической верификации диагноза.