

## TUMORILE CĂILOR URINARE SUPERIOARE

Pál Kótay și Ivor Mártha

Pină în ultimul timp, literatura urologică a tratat problema tumorilor renale, bazinetale, ureterale și vezicale în capitole separate. Diferențierea tumorilor renale față de cele ale sistemului cavitat e justificată întru totul. Dar e inutil, ba chiar eronat să se caute deosebiri regionale între bolile tumorale ale căilor urinare superioare (caliciu renal primar sau secundar, bazinetul renal, ureter, vezica urinară). Originea embriologică identică, structura histologică asemănătoare, finalitatea identică — în cazul de față excreția urinei — sînt tot atîtea considerente care impun să examinăm acest sistem de organe dintr-un punct de vedere comun. În teritorii cu o structură și funcționalitate în mare parte asemănătoare, factorii tumorigeni cunoscuți astăzi acționează și provoacă manifestări aproape identice.

Faptul că în maladiile tumorale ale căilor urinare superioare simptomele clinice sînt foarte asemănătoare și că focarul tumoral poate fi observat deseori concomitent în diferite locuri ale sistemului — tumoarea bazinetală apărînd frecvent în același timp cu tumoarea ureterală sau vezicală și invers —, ne îndreptățește să examinăm bolile sistemului uropoetic nu din punct de vedere *organic*, ci din punctul de vedere *etiopatogenetic* al întregului sistem.

În orice punct al căilor urinare ar apărea tumoarea nu va întîrzia să cauzeze tulburări grave în excreția urinei. Aceasta duce la modificări care influențează tabloul clinic în mod hotărîtor. Tumoarea primară a ureterului sau a bazinetului, provoacă tabloul clinic hidronefrotic sau hidroureteric. Recidivele precoce ce apar în bontul ureteral restant, după o extirpare nu destul de radicală a tumorilor bazinetale, arată că acestea pot să plece din orice punct al căilor urinare superioare, deosebirea putîndu-se constata cel mult în ceea ce privește momentul apariției lor. Azi se știe de asemenea că, în cazul în care se observă o tumoare în orice punct al sistemului cavitat, trebuie să procedăm imediat la examenul integral al acestuia.

Justețea punctului de vedere amintit e adevărată și de faptul că tumorile observate în feluritele locuri ale căilor urinare superioare au o *terapie identică*. În bolile tumorale ale acestor căi trebuie să executăm o nefro-ureterectomie totală, indiferent de mărimea și caracterul tumorii.

Experiențele dobîndite în ultimele trei decenii care au trecut de la constatarea lui *Israel*, au confirmat pe deplin justețea ei. „Caracterul canceros al acestor tumori — seria *Israel* — poate fi dovedit cu greu, sau nu poate fi dovedit de loc pe baza tabloului histologic. Acest caracter va fi decis de recidivele, și metastazele survenite în cursul evoluției ulterioare a bolii.” *Lowsley* și *Kirvin* caracterizează natura tumorilor sistemului cavitat cu o expresie inventivă. „Toate tumorile căilor urinare superioare sînt *potențial maligne*.”

În ceea ce privește frecvența, simptomatologia, evoluția clinică și tratamentul acestor tumori, nu putem spune nimic nou în urma experienței dobîndite pe baza materialului clinicii noastre. Între 1. I. 1946 și 15. X. 1957 am avut sub observație 17.016 bolnavi suferînd de afecțiuni urologice. Dintre acestea:

— nefrectomii executate din cauza tumorii renale	88	0,51 %
— nefrectomii executate din cauza tumorii sist. cavitat	7	0,041 %
— intervenții mari din cauza tumorii vezicale	121	0,71 %

Observațiile lui *Heil* arată în mod elocvent cît de rare sînt tumorile sistemului cavitat. În 1936, el nu a putut să adune din toată literatura decît 200 de

cazuri. Fiecare caz ce s-a ivit de atunci încoace a fost urmărit cu o specială atenție, îmbogățind materialul unui deosebit de valoros capitol al urologiei.

„Le diagnostic des tumeurs du bassin est toujours délicat” scrie Marion. Triada caracteristică pentru tumorile renale — hematuria, creșterea palpabilă de volum și durerea — se constată de obicei și aici, iar pe baza acestora se stabilește aproape întotdeauna diagnosticul de „tumoare renală”. Posibilitatea diferențierii subtile a „tumorii sistemului cavitărilor” este o cucerire de dată foarte recentă. Unul din obiectivele lucrării noastre este tocmai analiza problemei diagnosticului preoperator. Până nu demult diagnosticul tumorilor primare viitoare ale bazinetului se putea stabili numai incidental, suspectându-l în prezența unei hematurii de aceeași parte, cu papiloame atârând din orificiul vezical sau ureteral, vizibile cistoscopic.

*Dar diagnosticul preoperator era o adevărată raritate.* Intrucât, în ceea ce privește stabilirea indicației operatorii nu are importanță decisivă faptul dacă e vorba de o tumoare renală sau de una a sistemului cavitărilor, era oarecum explicabil să nu se depună eforturi în vederea diagnosticului diferențial. Atît într-un caz cît și în celalalt, tumoare renală sau tumoare a sistemului cavitărilor. sarcina chirurgului e aceeași: să procedeze la extirparea cît mai radicală a organului.

Asupra tumorilor sistemului cavitărilor ne atrage atenția în mod caracteristic hematuria, simptomul cel mai precoce, de obicei cel mai frecvent, iar pentru bolnavi cel mai alarmant. Experiența arată că aceasta se poate observa mai frecvent în cazuri de tumori ale sistemului cavitărilor decît în ale parenchimului, și că prezintă toate particularitățile unei hemoragii tumorale: e masivă, monosimptomatică, totală și capricioasă. Caracterul monosimptomatic însă nu e atît de caracteristic ca în cazul tumorilor parenchimului, deoarece tulburările de excreție a urinei pot fi cauzate pe de o parte chiar de tumoare — mai ales dacă e pediculată — și pe de altă parte de cheagurile de sînge ce provin din hemoragia masivă, — putînd astfel provoca ambele forme ale durerii din regiunea renală. Hemoragia poate fi atît de intensă încît să cauzeze moartea bolnavului, așa cum au observat *Merkel* și *Huckstadt* într-un caz.

Stabilirea precisă a diagnosticului preoperator al tumorilor sistemului cavitărilor trebuie atribuită perfecționării radiologiei. În 1925, *Israel* scria astfel: „Examenul radiologic nu are nici un rol în diagnosticul bolii. În caz de tumori mai mari ale bazinetului, cu ajutorul pielografiei am putut să vedem, în afară de o hidronefroză ce nu se umple complet, același defect de umplere ca și în cazul tumorilor parenchimatose avansate spre bazinet”.

Azi, cuvintele lui *Israel* nu mai pot fi acceptate. În asemenea cazuri e nevoie să lămurim unele relații morfologice subtile, și de aceea putem să apreciem numai rezultatele urografiei instrumentale.

Sporul de volum survenit din cauza tumorilor parenchimului nu-și modifică de obicei dimensiunile, sau cel mult crește. Tumorile sistemului cavitărilor, care după cum am amintit provoacă din cauza împiedicării excreției, formarea unor intumescențe de stază (hidronefroză, hidroureteroză), arată deosebiri considerabile ce se privește mărimea lor din cauza înrăutățirii sau ameliorării pasagere ce intervine în eliminarea urinei.

Urombralul, substanță radioopacă de producție indigenă, corespunde din toate punctele de vedere acesui scop. Nu e necesar să se execute de fiecare dată fotografiile în serie recomandate de *Gütgemann*. Materialul acesta radiopac nu irită mucoasa, densitatea și viscozitatea sa sînt apte pentru a permite înregistrarea celor mai fine nuanțe, astfel încît pe clișeele făcute cu o bună tehnică putem să studiem bine tabloul morfologic al tumorilor sistemului cavitărilor. Pe baza examenului radiologic am putut să stabilim bine înainte de operație două tipuri diferite de tumori ale bazinetului, la două bolnave care s-au internat în același timp.

Sch. M. femeie în vîrstă de 50 de ani. Pe pielograma rinichiului sting hemoragic de mărime normală se observă o dilatare pronunțată a sistemului cavitărilor. Caliciul inferior al sistemului cavitărilor dilatat se completează cu un contur fin, de aspect vilos. Aici, imaginea radiologică redă exact structura tumorii. Diagnostic: *tumor papillarea calicis inferioris renis sinistri*. Examenul histologic evidențiază tabloul caracteristic papilomului malignizat. (Fig. 1. și 2.)

S. H., în vîrstă de 61 de ani. Pe radiografia rinichiului drept hemoragic, umbra renală nu s-a putut înregistra decît în cele două treimi superioare. Umbra radioopacă a caliciului superior, dilatat uniform, și a bazinetului dilatat, dispăre treptat în formă de arc spre linia mijlocie. Imaginea radiografică prezintă umbra unei tumori de o structură masivă, care în porțiunea părții centrale e vilosă. Examenul histologic al rinichiului extirpat. *Carcinoma planocellulare partim Keratoides, Papilloma malignisatum*. Așadar, pe această fotografie pot fi citite două structuri felurite ale tumorii — una consistentă și alta vilosă în părțile marginale. (Fig. 3. și 4.)

Pe radiografiile tumorilor bazinetului, se constată stratificarea, lobulația tumorilor sub forma unui defect de umplere dințat.

În fiecare caz e remarcabilă dilatarea sistemului cavitărilor, care nu se poate explica nicidecum numai prin obstacolele mecanice cauzate de tumoare. În primul nostru caz tumoarea a fost situată în caliciul caudal inferior, astfel încît cu masa ei nu a putut să împiedice dintr-o porțiune superioară eliminarea urinei. Tot în acest caz, radiografia făcută cu ocazia recidivei bontului ureteral a arătat o dilatare uniformă pe întregul traseu al ureterului deși acesta nu mai elimina urină. (Fig. 5.) Pe baza acestora trebuie să admitem că tumorile sistemului cavitărilor alterează funcțiunea elementelor neuro-musculare ale căilor urinare superioare încă în stadiul precoce al apariției lor, și cauzează tulburări remarcabile în dinamismul sistemului cavitărilor, înainte ca masa lor să creeze acolo obstacole mecanice. De obicei, în cazul tumorilor parenchimatului, nu observăm această dilatare. La stabilirea diagnosticului diferențial al celor două tipuri de tumoare, simptomul trebuie considerat drept un semn important.

La bolnavul Sz. J. în vîrstă de 62 de ani, nu am putut stabili preoperator diagnosticul de tumoare a sistemului cavitărilor pe baza urografiei instrumentale a rinichiului drept masiv hemoragic, din cauza lipsei de dilatare a sistemului cavitărilor. Umplerea bazinetului a prezentat o umbră neomogen pătată și cu marginile dințate la care s-a asociat însă tabloul stării spastice a conturului calicic. Rinichiul puternic hemoragic a trebuit să fie îndepărtat. Rezultatul examenului radiologic: *pyelitis cystica* (Fig. 7. și 8.)

Umbra în plasă sau în chip de nori, pe care o cauzează cheagurile de sînge nu e permanentă, și pe fotografiile de control repetate arată modificări atît în ceea ce privește dimensiunile cît și localizarea.

Din punct de vedere al diagnosticului diferențial, un ajutor considerabil ni-l da radiografia luată după insuflarea retroperitoneală cu aer sau cu gaz. În caz de tumori parenchimatoase avansate în sistemul cavitărilor, conturul umbrei renale e vizibil modificat ca mărime și configurație. Acest fapt nu se poate observa în tumorile sistemului cavitărilor.

În timp ce diagnosticul tumorilor vezicale e ușor de stabilit pe baza radiografiilor făcute cu umplere combinată de aer și urombral, trebuie să constatăm că acest procedeu radiologic combinat nu se poate utiliza în bolile tumorale ale porțiunilor superioare ale căilor urinare. Dacă prin orificiile ureterului insuflăm mai mult de 5—6 ml de aer acesta se revarsă. În caz de hematurie renală sau dacă se suspectează o tumoare a rinichiului sau a sistemului cavitărilor, nici nu e recomandabil să se introducă în sistemul cavitărilor o substanță gazoasă, din cauza pericolului de embolie. De obicei radiografiile pregătite în felul acesta nu sînt utilizabile și pot provoca greșeli. În timp ce substanța radioopacă lichidă se evacuează ușor din sistemul cavitărilor sau se poate absorbi, substanțele gazoase se evacuează sau se absorb lent și incomplet. Cu ocazia examenelor repetate.

reziduu de gaze poate să cauzeze un tablou care să dea naștere la interpretări greșite, mai cu seamă dacă medicul examinator nu știe că bolnavului i s-a insuflat gaz mai înainte.

Nu am reușit să stabilim diagnosticul preoperator în două cazuri de tumoare primară a ureterului. La bolnavul B. Z. de 62 de ani, cateterul s-a oprit la 6 cm în ureterul rinichiului drept hemoragic, întâmpinând un obstacol masiv, și a cauzat o hemoragie puternică. Bolnavul în stare uroseptică a prezentat un rinichi foarte sensibil la palpate, și descoperind acest rinichi drept, inaparent pe radiografie prin lipsa de excreție la examenul de urografie i. v., a trebuit să-l extirpăm din cauza unei hidronefroze infectate și a unei nefrite apothematose. La descoperirea ureterului, căutând obstacolul am găsit în locul amintit o tumoare pedunculată de mărimea unei alune, care umplea complet lumenul ureterului. Examenul histologic: *Papilloma ureteris, hydronephrosis et hydroureter inficiata. Nephritis apothaematosa* (Fig. 7. și 8.)

Tabloul clinic al celui alt bolnav e și mai interesant.

C. I. de 60 de ani, agricultor prezintă disurie, din când în când hematurie. Pe bromoerocistografie, vedem o umbră mai mare a lobului drept al prostatei; de o suprafață netedă, penetrând uniform în vezica intactă ca tonus și capacitate; dar pe lângă aceasta mai constatăm în polul drept al vezicii un defect de umplere cu o configurație papilomară, de mărimea unei nuci. Din cauza îngustării canalului vezicii, nu se poate efectua cistoscopie. Executând o prostatectomie transvezicală, am îndepărtat și tumoarea papilomatoasă având astfel ocazia să constatăm că pediculul acesteia iese prin orificiul ureterului drept dilatat, baza aflându-i-se în peretele ureterului. După extirparea tumorii, am introdus în ureter un cateter Tiemann Ch. Nr. 8, pe care l-am trecut prin plaga cistostomiei. După 14 zile, am pregătit o pielogramă a sistemului cavitărilor cu umplere retrogradă prin cateter. (Fig. 9.) Tabloul a arătat o dilatare uniformă a sistemului cavitărilor, precum și caracterul lui sinuos și atonic. Bolnavul cheinat să i se efectueze o nefrectomie secundară nu s-a mai prezentat.

Dintre tumorile sistemului cavitărilor, tumorile primare ale ureterului sînt cele mai greu de diagnosticat. *Kneise* și *Schober* au găsit pînă în 1929 în toată literatura de specialitate numai două cazuri în care diagnosticul s-a stabilit preoperator. Comunicările apărute de atunci încoace relatează cazuri noi, dar fiecare accentuează greutățile de diagnostic.

Simptomele sînt identice cu cele ale tumorilor renale sau bazinețale. Hematuria renală ne îndreptățește să ne gândim mai degrabă la tumorile renale, la hidronefroza și la tbc., care sînt mult mai frecvente, decît la tumorile ureterului care sînt incomparabil mai rare. Diagnosticul e probabil pe baza următoarelor semne: introducerea unui cateter mai grăcil (Nr. 4—5 Ch.) întîmpină o rezistență, sau după cum am văzut în primul nostru caz, un obstacol de netrecut la nivelul tumorii. În asemenea condiții, observăm o hemoragie proaspătă care durează mult timp și după scoaterea cateterului. *Kraft* crede că într-o perioadă ahemoragică putem provoca hemoragie dacă masăm ușor ureterul pe traiectul său.

Pe ureterogramă am observat în locul tumorii un defect de umplere. Prima radiografie despre o tumoare uretrală primară, a fost publicată în 1936 de *Scheele*. În cazul în care cateterul poate fi ușor introdus, îl introducem aprox. 20 cm și injectăm în bazineț 5—6 ml de Urombral. După aceea scoatem cateterul în așa fel încît să nu mai rămînă în ureter decît o porțiune de 2—3 cm, și apoi facem repede radiografia. Dacă însă cateterul întîmpină un obstacol de netrecut așa cum s-a întîmplat în primul nostru caz, nu e voie să forțăm catherizarea, ci trebuie să introducem substanța radioopacă lent și cu o apăsare ușoară, imediat după aceea expunînd clișeul. În ambele cazuri se poate remarca bine, defectul de umplere corespunzător tumorilor. În cazuri norocoase forma acestui defect e ca un caliciu sau ca un pămătuț.



Fig. 1.

Sch. M. Fragment din pere-tele ureterului. Pe suprafața interioară, tumoare tisulară compusă din celule asemănătoare cu cele epiteliale ale vezicii.



Fig. 2.

S. II. Carcinoma planocelulare partim keratoides. Papilom malignizat. Perle cor-nificate.

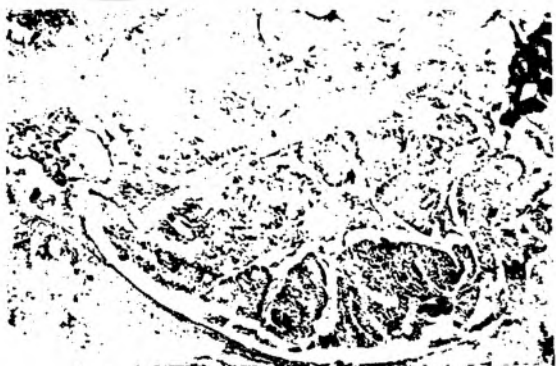
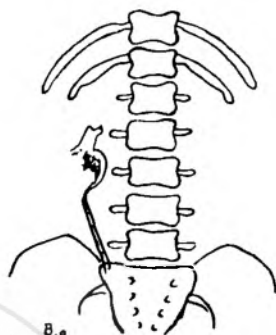


Fig. 3.

B. Z. Tumoare benignă cu o structură papilară, pornind din uroteliu.



I.



B.o.

II.



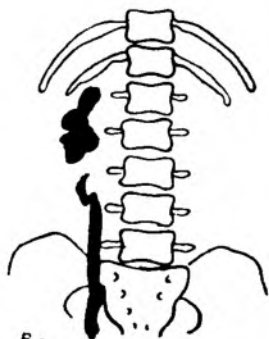
B.o.

III.



B.o.

IV.



B.o.

V.



B.o.

VI.

Examenul tumorilor vezicii biliare din punctul de vedere amintit mai sus, ar depăși cu mult limitele modestei noastre comunicări. Despre aceasta vom vorbi altădată. Aici nu vom aminti decât acele puncte de vedere principale care în caz de tumoare a vezicii, afectează funcțiunea întregului sistem cavitat. Mai ales dacă observăm o tumoare în vecinătatea orificiilor ureterului, trebuie să examinăm întotdeauna și porțiunea superioară a căilor urinare. Acest examen e necesar nu numai fiindcă în asemenea cazuri întâlnim deseori focar tumoral și în părțile mai craniale, așa cum recent atrage atenția *Sarafoff* — ei e necesar și pentru că trebuie să cercetăm tulburările dinamice cauzate de tumoarea vezicii. Căutînd cauza hematuriei nu trebuie să ne mulțumim niciodată cu diagnosticul de tumoare vezicală, vizibilă pe imaginea cistoscopică. Tumorile vezicii trebuie să fie înșirate tot între formele patologice ale căilor urinare, urmînd să fie apreciate din punctul de vedere patogenetic al întregului sistem. Urografia intravenoasă, chiar dacă nu semnalează o tumoare a căilor urinare superioare sau nici măcar suspiciunea acesteia, pune repede în evidență modificările funcționale, iar mai devreme sau mai tîrziu și morfologice — ale căilor urinare. Cît despre măsura în care tulburările funcționale ale vezicii tumorale influențează căile urinare superioare e suficient să ne referim la refluxul *vezico-ureteral* observat în asemenea cazuri. Observațiile noastre clinice arată că acest reflux constituie unul din semnele și măturile malignității tumorilor vezicii, chiar dacă alte simptome nu pledează pentru malignitate. (Fig. 9—10.) Compromiterea unității funcționale a căilor urinare superioare adevărate de nefrectomiile tardive după operațiile reușite de tumoare a vezicii, nefrectomii pe care am fost siliți să le executăm după ani de zile, datorită unei hidronefroze infectate a rinichiului alterat din cauza tulburărilor de dinamism.

*Sosit la redacție: 22 noiembrie 1958.*

#### Bibliografie:

1. FRONSTEIN: Urologia 1948. Editura de Stat, București;
2. GÜTGEMANN: Chirurg. 20 (1949) 1.;
3. HEIL: Papillome des Nierenbeckens. Diss. Halle. 1937;
4. KNEISE—SCHÖBER: Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane. G. Thieme Leipzig 1952;
5. KRAFT: Z. Urol. Bd. 16 (1922) 385;
6. ISRAEL: Chirurgie der Niere und Harnleiter. G. Thieme Leipzig 1925;
7. LÖWSLEY, KIRWIN: Clinical Urology. Williams, Wilkins Co. Baltimore 1944;
8. MARION: Traité d'urologie. Masson. Paris 1940;
9. MERKEL und HUCKSTADT: Zbl. Chir. 23.;
10. SARAFOFF: Über papillomatose des Nierenbeckens und der Blase. Ztschr. f. Urol. Bd. 41, 345, 1951.;
11. SCHEELE: Fortschr. Rö. Bd. 36. (1927) 825.

### ОПУХОЛИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ СИСТЕМ

П. Котай, И. Марта

Авторы исследуют опухолевые заболевания мочевыводящих систем с точки зрения патофизиологии систем. В любом месте системы образующая опухоль быстро вызывает функциональное расстройство динамики системы.

На хорошо произведенных рентгенологических снимках часто видно и строение опухоли. В случае опухоли мочевого пузыря везикулоретеральный рефлекс оказался признаком злокачественности.

### LES TUMEURS DES VOIES URINAIRES SUPÉRIEURES

P. Kotay, I. Martba

Les auteurs analysent les maladies tumorales des voies urinaires supérieures du point de vue de l'etiopathogénie du système entier. Quel que soit le point de localisation de la tumeur, celle-ci ne tardera pas de causer des troubles dans le dynamisme du système. A l'aide des radiographies bien exécutées on peut mettre en évidence même la structure de la tumeur. En cas de tumeur de la vessie, le reflux vésico-urétral s'est avéré comme un signe de la malignité.