

## HIDRONEFROZĂ URIAȘĂ CU NAȘTERE SPONTANĂ

István Lakatos

Dilatarea moderată a căilor urinare superioare, mai ales a celor drepte, nu este rară, dar graviditatea însoțită de hidronefroză uriașă e un fenomen care abia se întâlnește. *Steinmann* a găsit până în 1952, 36 de cazuri în toată literatura, iar de atunci au fost comunicate câteva cazuri sporadice. De aceea fiecare caz nou merită să fie relevat. Cazul nostru este interesant și din cauza faptului că rinichiul hidronefrotic, în formă de sac, mai mare decât un cap de om, situat cu partea lui inferioară în bazin, nu a împiedicat nașterea spontană a bolnavei.

*Obs. nr. 89—VI/1959.* O femeie în vîrstă de 36 de ani care a avut 5 nașteri și un avort simte, începînd cu 13 ani în urmă, cînd a avut prima naștere, dureri în regiunea sacro-lombară și abdominală. De atunci a născut de 4 ori, iar cu 3 luni în urmă a dat viață unui copil de 4850 gr. Nașterea s-a deslășurat la domiciliu, în condiții normale. Femeia nu a prezentat acuze nici în timpul lăuziei. După 3 luni de la naștere se simte rău, brusc. În timp ce lucra la cîmp, simte colici abdominale acute în regiunea lojei renale stîngi. Dureri asemănătoare a avut de mai multe ori în ultimii 13 ani și întotdeauna debutul lor s-a produs brusc. În majoritatea cazurilor, durerile au apărut în timpul muncii sau al menstruației însoțite de suferințe de micțiune și hematurie, aceasta din urmă fiind atribuită amestecului sîngelui menstrual cu urina. Medicul care a îngrijit-o, *Péterfi Gábor*, a palpat prin peretele abdominal o tumoare mai mare decât un cap de om și o trimite să se interneze în secția noastră, cu diagnosticul de chist ovarian. Femeia e obeză, cardiac și pulmonar nu prezintă nimic patologic. E afebrilă. TA : 140/90; urina: negativă; densit. : 1024; nr. hematilor : 4.800.000; nr. leucoцитelor : 7.200; VSH : 50/90. În partea stîngă a abdomenului palpăm o tumoare consistentă, elastică, avînd o limită estompată și întinzîndu-se de la bazin pînă la splină, pe care și noi o considerăm drept un chist ovarian torzionat. La examenul ginecologic găsim ruptura perineului, cisto-retrocel și porțiunea vaginală a uterului erodată. Uterul nu poate fi diferențiat de tumoarea care se întinde pînă la bolta vaginală, umplînd și jumătatea stîngă a bazinului. Nu am executat examen urologic, pe de o parte fiindcă nu am găsit în urină nici un element patologic, iar pe de altă parte fiindcă suspiciunea noastră s-a îndreptat spre posibilitatea unui chist ovarian torzionat. După câteva zile de examnări și tratament antibiotic și simptomatic stabilim diagnosticul de chist ovarian torzionat și executăm o laparotomie abdominală (chirurg :

*Szendi*). Cu această ocazie ne convingem că marea tumoare abdominală e situată extra-peritoneal sub colonul descendent împins înainte și între foștele îndepărtate ale acestuia; tumoarea nu e ovariană, ci o hidronefroză uriașă ce se întinde de la splină pînă în fundul bazinului. Am deschis peritoneul în plul sigmoidean al peretelui abdominal. Rinichiul hidronefrotic nu a putut fi desprins decît cu mare greutate din ramificațiile cronice ale aderențelor, iar miezul lui a fost descoperit în mod anevros, pentru ca pe urmă să fie ligaturat și extirpat împreună cu ureterul de grosimea unui intestin. (fig. nr. 1). După un tratament hemostatic loja lui s-a drenat prin peretele abdominal. Vindecarea s-a produs normal. Pe ureterul de grosimea intestinului am văzut în trei locuri forsontări circulare. Cauza dilatării extinse pe toată lungimea sa nu putea fi nici aceasta și nici ptotza rinichiului, ci stenoza vezicii urinare, respectiv a orificiului ureteral și obturarea lui parțială prin calcul. Deasupra orificiului ureteral am găsit un calcul mobil, de mărimea unui bob de fasole și chiar în rinichi se aflau multe pietre mai mici sau mai mari. În timpul operației din rinichi s-a presat în vezica urinară un litru jumătate de urină tulbură, purulentă, și datorită acestui fapt rinichiul s-a micșorat. Aceasta s-a putut întîmpla și în timpul nașterii. La puncție, din vezică s-a eliminat un calcul ureteral avînd mărimea  $1/2 \times 1$  cm. Independent de faptul că hidronefroza a fost cauzată de o ptotză, de un vas aberant, de un calcul sau de o stenoză ureterală, ea a putut să crească ani de-a rîndul atît de mult încît a umplut jumătate din cavitatea abdominală. Suferințele provocate de această nefroză nu au dus bolnava la medic decît după mulți ani. Deplasarea rinichiului în formă de sac a fost împiedicată de aderențele perinefrice. Histologic, în peretele rinichiului hidronefrotic s-a mai constatat încă prezența unor insule de parenchim renal.

Se știe că datorită acțiunilor ei umorale și hormonale, graviditatea micșorează tonusul mușchilor netezi și al țesutului conjunctiv și că astfel aparatul excretor și în primul rînd ureterul femeii gravide devine hipotonic și se dilatează mai ales în partea dreaptă. Și astăzi e acceptată părerea că uterul gravid exercită presiune asupra ureterelor mai cu seamă în lunile 3—5 și în săptămînile premergătoare nașterii. În zilele 3—5 de lauzie mărimea, consistența și poziția lui sînt de așa natură încît ureterele sînt împinse la periferia bazinului. În ultimele săptămîni de graviditate capul fătului poate să compreseze și el ureterele lase, lipsite de tonus. Acțiunea hormonală a gravidității poate să cauzeze în jurul canalului genital respectiv în organele din bazine hipertrofia și înmulțirea mușchilor netezi și a țesutului conjunctiv. *Horn—Zoltán, Stoekel, Kulitz* și alți autori susțin că acest fenomen poate să apară mai ales în porțiunea inferioară bazinetală a ureterelor și în vezică în jurul orificiului. Faptul acesta îngreunează eliminarea urinei avînd drept rezultat staza căilor urinare superioare, ceea ce explică dilatarea, mai mult sau mai puțin pronunțată, a aparatului excretor ce apare aproape fără excepție în graviditate. *Blanc, Strassmann* sînt de părere că hiperemia premenstruală și, probabil într-o măsură și mai mare, hormonul corpului galben stimulează prin efectul lor intermitent și îndelungat de relaxare a țesutului conjunctiv și a musculaturii netede dilatarea căilor urinare superioare, putînd provoca chiar și apariția unei hidronefroze.

Așadar procesele de gestație pot să favorizeze apariția hidronefrozei prin ele însele, fără alți factori, (ptotză renală, calcul ureteral etc.). Acest fapt este confirmat și de constatarea că staza căilor urinare și hidronefroza sînt mai frecvente la femei decît la bărbați. De asemenea trebuie amintit rolul pe care îl poate avea în această problemă faptul că dintre factorii care predispun la hidronefroză, distopia renală se găsește în 80%, iar rinichiul migrant în 90% la femei. Nu e probabil ca hidronefrozele uriașe să fie consecințele exclusive ale modificărilor hormonale și de graviditate ale căilor urinare, deoarece apariția concomitentă a hidronefrozei uriașe și a gravidității este un fenomen foarte rar. Instalarea hidronefrozei uriașe se datorează și altor factori favorizanți. În o treime din cazurile relatate, s-au putut pune în evidență malformațiuni congenitale (rinichi în formă de potcoavă, distopie renală, etc.) iar

într-o altă treime ploză și vas aberant. De asemenea e demn de relevat că în mai multe cazuri rinichiul contralateral a lipsit sau a fost aplazic. În cazul comunicat de noi, ureterul de o lungime normală, sinuos și torsionat în mai multe locuri, indică aproape o ploză. Acest fapt și cudura consecventă a ureterului au putut provoca lent, ani de-a rindul, hidronefroza. Calculii găsiți pot fi atât factorii favorizanți cât și consecințele stazei urinare.

Pe baza cazurilor comunicate se poate stabili că acuzele existente în anamneză, simptomele și rezultatele examenelor nu au indicat întotdeauna că hidronefroza ar fi existat și înaintea gravidității, cu toate că mărimea ei ar fi putut să adevărească acest lucru. Explicația acestui fapt o găsim în aceea că hidronefroza uriașă nu cauzează întotdeauna, în graviditate, o suferință evidentă. Dacă totuși această suferință există, atunci ea se constată mai ales în lunile V—VII de sarcină, probabil ca urmare a intensificării bruște a stazei sau a infecției, fiind însoțită de simptome care indică o catastrofă abdominală acută, iar intervenția se face pentru rinichi hidronefrotic. Alteori hidronefroza produce complicații în săptămânile premergătoare nașterii, fapt care poate fi pus în legătură cu constatarea că atunci partea anterioară comprimă ureterele la periferia bazinului, iar staza se intensifică. În cazul publicat de *Cambell* peretel, subțiat al rinichiului hidronefrotic s-a rupt spontan, iar în cel relata, de *Strömberg* ruperea s-a produs în timp ce bolnava își trăgea pantofii, în luna VIII-a de graviditate.

Importanța pe care o are rinichiul hidronefrotic în timpul nașterii depinde de mărimea și de poziția lui. Hidronefrozele mai mici nu exercită nici o acțiune asupra nașterilor. În schimb, un rinichi mare, situat profund în bazin, poate să împiedice desfășurarea spontană a nașterii. În unele cazuri femeile gravide au fost supuse secțiunii cezariene, dată fiind iminența ruperii uterului. Într-un alt caz hidronefroza s-a rupt în momentul când au început durerile nașterii, astfel încât nu a mai constituit un obstacol în calea nașterii. E interesant că în cazul nostru hidronefroza uriașă mai mare decât un cap de om, având partea inferioară în bazin și pătrunzând sub linia neterminată, nu a împiedicat nașterea spontană, probabil în cursul a patru-cinci nașteri. Fiind vorba de un rinichi hidronefrotic imobil care umple jumătatea bazinului, având o poziție extraperitoneală, pătrunderea capului în bazin, adică nașterea spontană a fost posibilă numai prin faptul că în timpul nașterii fătul a comprimat partea inferioară a hidronefrozei, evacuând conținutul ei în vezică și a micșorat considerabil rinichiul. Această presupunere este plauzibilă, deoarece în cursul operației, prin apăsare, din hidronefroza s-a evacuat în vezică aproape 1 litru  $\frac{1}{2}$  de urină.

Hidronefrozele mari pot să provoace complicații și în timpul lăuziei, mai ales începând din ziua a 3-a, când mărimea uterului puerperal, retractându-se devine egală cu dimensiunile bazinului și când ureterele sînt împinse la marginea acestuia. În unele cazuri, în asemenea împrejurări au apărut simptomele catastrofei abdominale. Atît faptul acesta cît și marea tumoare ce s-a putut palpa ușor prin peretele abdominal relaxat după naștere, au trezit suspiciunea de chist ovarian torzionat, indicîndu-se o intervenție în consecință.

După naștere, respectiv în perioada de lăuzie, hidronefroza se poate micșora, ba mai mult, poate chiar să dispară dacă nu e însoțită de leziuni renale profunde. Posibilitatea aceasta a fost pusă în evidență de *Blanc* prin examene pielografice. Acest fapt se explică prin aceea că după naștere dispar acțiunile gravidității care întrețin dilatarea ureterului, lipsa de tonus a căilor urinare, și diminuarea funcțională iar urina în stază se elimină atît în timpul cît și după durerile nașterii.

În legătură cu diagnosticul, date fiind cazurile relatate, se poate afirma că hidronefroza nu a fost în general recunoscută, ci s-a confundat cu chistul ovarian, miomul, uterul dublu, uterul bicornic, hidramniosul, sarcină gemelară etc. Stabilirea diagnosticului diferențial ar fi ușoară prin examen urologic, dar



Fig. nr. 1.

în majoritatea cazurilor un astfel de examen nu s-a efectuat. Ca circumstanță atenuantă s-ar putea invoca faptul că bolile obstetrice care dau naștere la confuzii sînt destul de dese, în timp ce hidronefroza în graviditate este rară și tocmai de aceea nimeni nu-i suspectează prezența. Sintem de acord cu autorii care susțin că examenul urologic, pentru excluderea hidronefrozei și clarificarea stării căilor urinare, trebuie efectuat chiar și atunci cînd toate simptomele sînt de origine genitală, pledînd pentru existența unei tumori ovariene. Această atitudine este importantă, deoarece în cazurile de hidronefroză și graviditate publicate pînă acum, rinichiul contralateral a fost aplazic într-o mare proporție. Pentru diferențierea hidronefrozei, unii autori recomandă un masaj prudent al peretelui abdominal sau deasupra fundului de sac Douglas, după care, în caz de hidronefroză, apare albuminurie sau eventual hematurie, iar în caz de tumoare ovariană, nu. Intrucît hidronefrozele cu perete subțire pot să se rupă nu numai în urma masajului, ci și spontan, noi nu recomandăm acest procedeu de diferențiere, deoarece dacă suspectăm o hidronefroză, examenul urologic lămurește problema fără pericol și în mod cert.

După stabilirea diagnosticului, unii autori au executat imediat nefrectomie, fără a ține seama de perioada de graviditate și de pronosticul ei. Împreună cu alți autori noi considerăm exagerat acest procedeu, deoarece nici hidronefrozele uriașe nu au cauzat iniotdeauna complicații în timpul gravidității și al nașterii. Chiar în hidronefrozele cu complicații (febră, bacteriurie, piurie etc.) e de dorit să se încerce mai întîi procedeele conservatoare (antibiotice, cateter ureteral, etc.) așa cum se obișnuia mai demult în tratamentul pielitelor de graviditate. Cu ajutorul tratamentului conservator trebuie să cîștigăm timp, pînă cînd fătul devine viabil, străduindu-ne să-l salvăm, fie printr-o naștere normală, fie printr-o secțiune cezariană. E recomandabil ca extirparea hidronefrozei să fie aminată, deoarece în timpul gravidității femeia e hemofilă, iar în loja hidronefrotică poate sa apară o hemoragie gravă. De obicei amînarea extirpării rinichiului hidronefrotic e posibilă, fiindcă după naștere suferințele cauzate de această boală dispar, cel puțin în mod trecător. Dacă tratamentul conservator e ineficace pentru înlăturarea complicațiilor hidronefrozei (febră, pielită etc.), nefrectomia se poate executa și în timpul gravidității, dar numai după ce s-a stabilit capacitatea funcțională a rinichiului contralateral. Sarcina însă nu trebuie întreruptă, ci toate eforturile noastre îndreptate spre asigurarea unei nașteri spontane.

*Sosit la redacție : 7 noiembrie 1959.*

## САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ ПРИ ОГРОМНОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ

Лакатош Иштван

Автор описывает случай, когда гидронефроз был по величине больше головы человека и нижняя часть его помещалась в тазу.

Несмотря на это роды произошли спонтанно. Только после пятых родов доставили в больницу на операцию с жалобами на спазм живота с диагнозом перекрученная киста яичника.

Автор занимается вопросами гигантских гидронефрозов в случае беременности, а также диагностики и их значения.

## UN CAS D'HYDRONEPHROSE GIGANTESQUE À ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

I. Lakatos

On relate un cas d'hydronephrose plus grande qu'une tête d'homme, située avec sa partie inférieure dans le bassin. En dépit de cette maladie, les accouchements se sont développés spontanément, sans complications. C'est seulement après le 5<sup>ème</sup> accouchement que la femme est revenue à l'hôpital avec des coliques abdominales. On a exécuté une opération pour un kyste de l'ovaire recourbant. L'auteur fait des considérations concernant la présence concomitante de l'hydronephrose et de la gravidité, en soulignant les difficultés de diagnostic tout comme l'importance que présente l'hydronephrose durant la gravidité et l'accouchement.