

CHIST HIDATIC RENAL, ASOCIAT CU TUBERCULOZĂ RENALĂ*

Tiberiu Tréger, Cristian Vintilă, Ștefan Albu

Localizarea renală a chistului hidatic constituie o eventualitate destul de rară în patologia chirurgicală. Tratatate de chirurgie consemnează o frecvență de 2—4% a chisturilor hidatice renale din numărul total al echinococozei (*Kirschner—Noramann*). Din 900 de intervenții pe rinichi *S. P. Feodorov* găsește chist hidatic la 2 bolnavi. *A. P. Tulukodze* în materialul clinicii urologice condusă de el în 23 ani de activitate îl întâlnește în 7 cazuri, iar în materialul clinicii de urologie din Spitalul „I. C. Frimu” din București, *Streju și Stoianovici* dintr-un număr de 13.000 de bolnavi spitalizați în clinică în ultimii 10 ani, descoperă doar 3 cazuri de chist hidatic renal. Statistica cea mai mare din literatura mondială o are *L. Surraco* (Montevideo), care a adunat 29 de cazuri personale, aducând un aport serios la studiul chistului hidatic renal.

Nu ne vom opri asupra biologiei și evoluției parazitului, ci vom aminti unele date în legătură cu localizarea renală a acestuia. Sediul de localizare este diferit, de obicei în polul superior, volumul chistului putând avea dimensiuni variate. Chistul poate fi pediculat (caz ideal pentru tratamentul chirurgical- formă foarte rară), sau de obicei înglobat în rinichi. După *Surraco* chistul parazitar al rinichiului este totdeauna și în toată extensia sa o afecțiune intrarenală și intracapsulară.

Se dezvoltă extrem de lent (după *Goldharn* și *Jorns* în curs de 10—20 de ani) o tumoare rotundă, netedă, indoloră, care după o perioadă oarecare se poate chiar palpa.

Diagnosticul e greu de stabilit în această perioadă datorită absenței modificărilor în urină. Frecvent echinococoză se confundă cu o tumoare abdominală sau cu hidronefroza, chist solitar sau neoformație renală. Diagnosticul este ușurat de urografie, reacția Cassoni, eozinofilie. În cazul suspiciunii echinococozei pielografia retrogradă este contraindicată din cauza pericolului de suprainfecție.

Deseori chistul hidatic se deschide în bazineț (cca. 50% *R. Couvelaire*), provocând o puternică colică renală (ce se repetă) cu eliminarea consecutivă a sfacelilor de membrană hidatică sau vezicule fiice. După aceasta tumoarea se reduce în volum sau dispare. Diagnosticul de certitudine se poate pune numai în cazul eliminării de membrană hidatică sau vezicule.

În ceea ce privește pronosticul *Surraco* afirmă că acesta este sever, având în vedere că rinichiul își pierde valoarea funcțională, iar bolnavul poate succomba rapid sau lent din cauza numeroaselor complicații ce survin.

Tratamentul este chirurgical. Deschiderea chistului în bazineț și evacuarea membranei și a veziculelor hidatice nu înseamnă rezolvarea cazului, ci dimpotrivă urgentează intervenția chirurgicală prin posibilitățile de suprainfecție. Intervenția poate fi radicală sau conservatoare. Nefrectomia este recomandată în cele mai multe cazuri (*A. G. Brjzovskii, A. V. Golubcianskaia*). Exereza chistului fără sacrificarea rinichiului are indicație rară, deși ar fi o metodă ideală. Marsupializarea se face în cazurile cind nu se poate aplica una din metodele menționate. *Surraco* întrebuintează marsupializarea ca prim timp în tratamentul radical al echinococozei renale, reducând astfel mortalitatea de la 18% la 10%.

În cele ce urmează vom prezenta cazul nostru.

Bolnavul G. A. de 22 de ani, (i.o. 1106, 1959.) se interează în ziua de 10 aprilie pentru dureri suprapubiene și lombare drepte, cu iradiere în sus și în jos pe traiectul ureterului, disurie.

Boala actuală a debutat în ianuarie a. c. cu dureri lombare drepte vagi cărora bolnavul nu le-a dat importanță. Cu timpul ajung pe prim plan fenomenele disurice, micțiunile devenind din ce în ce mai frecvente. În ziua de 6 martie bolnavul elimină pe uretră sfacele albicioase, după care semnalează hematurie moderată. Se internează în spitalul nostru unde i se instituie un tratament cu antibiotice pentru o presupusă pielicistită, însă fenomenele nu cedează. Bolnavul este transferat în secția de urologie a spitalului de adulți din localitate, unde i se fac investigațiile de specialitate: cromocistoscopie, care indică orificiul ureteral drept lară funcțiune, cel stîng cu funcțiune bună, examenul urinei arată prezența unui nor de albumină, în sediment numeroase leucocite izolate și grupate; B. K. pozitiv, se execută urografie intravenoasă și pielografie ascendentă, se indică imaginea radiologică de pionefroză dreaptă TBC. Se recomandă intervenție chirurgicală, pe care bolnavul o refuză. În ziua de 10 mai se transferă din nou în spitalul nostru cu recomandare de regim, tratament antibiotic specific, eventual intervenție chirurgicală. Instituim tratamentul cu antibiotice, repetăm analizele și urografia intravenoasă. Analizele repetate ne dau următoarele date: hemograma arată o cozinofilie de 5%; V.S.H. 25—14 mm; Ex. urinei = albumină nor, foarte numeroase leucocite izolate și grupate; urografia: bazinețul, calicele și ureterul stîng omogen opacifiate; rinichiul drept nu elimină substanța de contrast. Radioscopia pulmonară arată calcifieri hilare.

În ziua de 15 mai bolnavul anunță că din nou a eliminat „pieliță” pe uretră, cu mare dificultate. Bănuim eliminarea unui dop de masă cazeoasă și ne pregătim pentru repetarea cromocistoscopiei. A doua zi bolnavul urinează din nou cu dificultate, eliminînd încă o „pieliță”, pe care ne-o prezentă și în care noi recunoaștem un sfacel de membrană — probabil hidatică. Recoltăm urină pentru căutarea de scolexuri și executăm reacția Cassoni. Rezultatul acestor investigații este negativ, totuși rămînem în diagnosticul de chist hidatic renal drept și în ziua de 19 mai 1959. intervenim sub rahianestezie (operatori: *Tréger, Cristian*). Rinichiul este fixat în loja sa prin aderențe care se desfac cu mare dificultate. Din fața posterioară a rinichiului (din vecinătatea bazinețului) și din peretele posterior al bazinețului pornește o formațiune chistică de mărimea unei portocale, foarte aderentă, care la eliberare se deschide, eliminînd vezicule mici de diferite mărimi. Chistul ajunge în sus pînă la loja hepatică fără să aibă comunicare cu acest organ. Pe fața convexă a rinichiului, la nivelul polului inferior, se constată prezența unui nodul, de mărimea unui bob de cîinapă, galben-cenușiu, bine delimitat. Porțiunea mijlocie a rinichiului este scleroasă. Se procedează la nefrectomie cu extirparea în întregime a chistului. Plaga se drenează. Vindecare per secundam.

Examenul histologic al piesei arată că peretele chistic conjunctival e bogat vascularizat și parenchimul renal bogat infiltrat cu limfocite.

Diagnosticul nostru este: chist hidatic renal drept, tuberculoză micronodulară.

Am ținut să prezentăm acest caz din două motive. În primul rînd pentru raritatea lui, în al doilea rînd pentru evoluția curioasă și problemele diagnostice care s-au ivit în perioada preoperatorie. La început cazul a prezentat simptomatologia unei pionefroze tbc., diagnostic care se schimbă brusc prin eliminarea membranei hidatice, demascînd adevărul, iar la intervenție confirmîndu-se diagnosticul de chist hidatic renal. Descoperîndu-se bacilului Koch în urină. Imaginea radiologică poate fi concludentă atît pentru chistul hidatic, cît și pentru leziunea bacilară, însă în cazul de față micronodulul tuberculos nu explică aspectul radiologic.

Trebuie menționat că în literatura accesibilă nouă, nu am găsit această asociere (chist hidatic renal plus tbc. cu localizare la același rinichi). Considerăm că în cazul de față echinococoză este afecțiunea primitivă, tuberculoza micronodulară fiind o însămîntare secundară pe un teren slăbit din punct de vedere biologic.

Bibliografie

1. BRIOZOVSKII A. G.: Ceastnaia hirurghia. Medgiz (1954); 2. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Rein II.; 3. GOLDHARN und JOURNS: Lehrbuch der speziellen Chirurgie II. (1956); 4. GOLUBCIANSKAIA A. V.: Date cu privire la tehnica operatorie în chistul hidatic renal. Urologhia Nr. 4 (1955); 5. KIRSCHNER-NORDMANN: Die Chirurgie. T. II/1, T. VI/1 (1927); 6. STREJA M., STOIANOVICI ŞT.: Chisturi hidatice renale Imagini radiologice caracteristice, Chirurgie. 5 (1957); 7. TULUKIDTZE AA. P.: Hirurghiceskie zabolevania micevih i polovih organov. Medgiz (1955).

СОВМЕСТНО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ЭХИНОКОКК У ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧКИ

Трегер Тибор, Кристиан Винтила, Альбу Штефан

Авторы публикуют случай эхинококка почки, осложненного очаговым туберкулезом почки. Диагноз был поставлен до операции.

После радикального хирургического лечения (нефрэктомия) больной выздоровел.

UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE RÉNAL ASSOCIÉ À LA TUBERCULOSE RÉNALE

T. Tréger, V. Cristian, Ş. Albu

On relate un cas de kyste hydatique rénal associé à la tuberculose rénale. Le diagnostic de la maladie a été établi avant l'opération. Après un traitement opératoire radical (nephrectomie) le malade guérit.

