

DESPRE TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL BOLII LITIAZICE A CHISTURILOR URETERALE TERMINALE *)

dr. P. Kótay, dr. E. Balogh dr. I. Mártha, dr. I. Bakos

Studiile referitoare la chisturile ureterale terminale datează din prima jumătate a secolului trecut. În acest răstimp autorii au interpretat și au denumit aceste formațiuni în diferite feluri. Această circumstanță este bine caracterizată de Zapp, care spune că: formele chisturilor ureterale sînt multiple, dar clasificarea lor diferă de la autor la autor.

Azi, este unanim acceptat că procesul apare congenital, încă din primele faze ale creșterii embrionale. Denumirea cea mai răspîdită „ureterocecele vesicalis” a fost dată de Stoeckel în 1907. Această denumire neexpresivă din punct de vedere genetic are încă și azi cei mai mulți adepți.

Sub denumirea de ureterocel se înțelege dilatarea chistică a porțiunii intramurale a ureterului. În etiologia lui joacă un rol esențial strictura congenitală a orificiilor ureterale, displazia ureterului, a peretelui vezical și în primul rînd a trigonului. Formațiunea prolabează asemănător unei hernii în lumenul vezicii și formează un pseudochist endovezical.

Amintim de asemenea și denumirile mai vechi ale afecțiunii: „vessie double”, Lechler (1843), și „second vessie”, respectiv „ureterfimozis”, Lillienfeld (1856). În anul 1970 P. G. Paramo, A. De la Pena și A. Segura recomandă denumirea de „cystoid intravesicale”, și ei deosebesc două tipuri de bază: *cystoid minor* (uréterocèle simple) și *cystoid major* (uréterocèle ectopique), considerînd această denumire mai acceptabilă din punct de vedere istoric, topografic, morfologic, microscopic și fiziopatologic și cu mult mai fericit aleasă și mai utilă din punct de vedere clinic pentru definirea modificării patologice. Staza urinară și infecția care se instalează mai devreme sau mai tîrziu sînt factori favorizanți al litogenezei. „În chist poate evolua un calcul” scrie Olănescu. „On trouve souvent dans leur interieur chez les adultes, des calculs formant un veritable nid de calculs” susține Burghete. Staza împiedică îndepărtarea calculilor mici, formați la nivelul unor locuri tipice în căile urinare superioare, iar infecția chistului poate contribui la creșterea rapidă a calculului.

Prezența calculilor îmbogățește nu o dată simptomatologia atipică și sărăcăcioasă a chisturilor ureterale, făcînd necesară investigația urologică, în vederea stabilirii diagnosticului.

Tratamentul chirurgical al calculilor aflați în ureterocecele simple, în cistoidel-minore ale lui Paramo se face endovezical.

După părerea lui Boeminghaus, prezența calculului impune intervenția și nu ureterocelul ca atare, ea realizîndu-se prin incizarea sau electrocoagularea orificiului ureteral stenozant. Această intervenție după părerea lui Zapp este numai atunci indicată, cînd hidroureterul nu este prezent. După incizie calculul cade în vezică, de unde — în raport de mărimea lui — poate fi eliminat spontan, prin litotripsie sau prin talie hipogastrică. În cazul clasic a lui Schöber (1941) au fost eliminați spontan după incizie 283 de calculi mici. După Paramo nu este necesară executarea intervenției antireflux, fiindcă legăturile musculare între formațiune și trigon, respectiv existența unui uretero-peristaltism eficient chiar în cazul unui orificiu cu închidere incompletă, sînt suficiente pentru împiedicarea refluxului. „medicamentul poate fi mai dăunător decît boala”.

* Lucrarea comunicată la Consfătuirea de urologie pe țară Timișoara, 30—31 octombrie 1970.

După părerea lor aceste intervenții sînt inutile, și chiar riscante, putînd cauza recidive (stenoză sau reflux).

În cazul calculilor ureterocelului mai mari, a chistoidelor distopice, chistoidelor majore ale lui *Paramo* nu numai calculul, și locul litogenezei trebuie îndepărtat. Aceste intervenții se pot executa, firește, numai pe vezica deschisă.

S-au elaborat mai multe metode de intervenție, noi am aplicat metoda lui *Rumpel*. Prezentăm două cazuri din cazuistica noastră:

Cazul nr. 1. Bolnava D. S. în vîrstă de 23 de ani (f. o. nr. 924 1970), acuză din anul 1968 dureri în ambele loje renale și în partea inferioară a abdomenului, la internare durerile fiind surde cu localizare hipogastrică. Prezintă polachizurie cu urină tulbure, piurie și uriculură pozitivă pentru *Klebsiella*. Regiunea vezicii este moderat sensibilă la palpate.

Radiografia renovezicală bilaterală pe gol arată pe partea stîngă a vezicii o formațiune radioopacă de 3×2 cm, bine delimitată, de intensitate supracostală.

Urografia la 10 minute după terminarea injecției arată în partea dreaptă o secreție bună, sistem cavitat moderat dilatat, cu partea terminală a ureterului de aspect caracteristic „în cap de șarpe”, avînd mărimea de 2×1,5 cm. În partea stîngă se vede, în porțiunea terminală a ureterului moderat dilatat, o formațiune similară cu cea descrisă mai sus.

Cromocistoscopia pune în evidență o vezică de capacitate bună, cu mucoasă normală. Pe partea dreaptă se observă un ureterocel de mărimea unei boabe de fasole; prin orificiul ureteral stenoizat apărînd jeturi clare și puternice. Pe partea stîngă se observă un ureterocel de mărimea unui ou de porumbel, mucoasa de deasupra lui fiind edemațiată; jeturile sînt rare și slabe, dar clare. Proba cu indigo arată pe partea dreaptă o colorație intensă la 5 minute, pe partea stîngă colorația apare la 8 minute, cu o intensitate mai redusă și care nu se intensifică nici ulterior.

Cazul nr. 2. Bolnava G. E. (f.o. nr. 173 1970), acuză dureri intermitente în regiunea hipogastrică, care iradiază spre spate și spre regiunea sacrală. De un an aceste dureri se intensifică, prezentînd și piurie.

Radiografia axială a vezicii: Pe partea dreaptă în apropierea liniei mediane se observă o umbră radioopacă de mărimea unei nuci.

Urografia arată pe partea dreaptă un sistem cavitat dublu. Ureterul porțiunii superioare este moderat dilatat și se termină mai medial și mai caudal, corespunzător poziției ureterocelului.

Cistografia cu contrast dublu evidențiază bine peretele îngroșat al formațiunii.

Cromocistoscopia pune în evidență, la nivelul unde ar trebui să fie orificiul ureteral drept, o formațiune de mărimea unei nuci, acoperită cu mucoasă vezicală inflamată, în care orificiul ureteral nu se vede. Formațiunea acoperă orificiul ureteral superior drept. Pe partea stîngă se vede un orificiu ureteral de aspect normal. Proba cu indigo arată la stînga colorație intensă la 6 minute; pe partea dreaptă indigoul apare la 5 minute intens colorat, din dosul formațiunii deschise.

Ambele cazuri au fost operate după metoda lui *Rumpel* care constă (fig. nr 1—2) dintr-o incizie subombilicală urmată de punerea în evidență a formațiunii. Ridicăm cu 2 pense fine peretele formațiunii în așa fel ca orificiul ureteral să fie între pense. Dilatăm moderat orificiul pînă cînd putem introduce în el o sondă ureterală avînd calibrul de 5—6 Ch. Incizăm peretele anterior și posterior al formațiunii, formînd două lambouri libere, pe care le rezecăm la baza lor. Noi am modificat metoda originală lăsînd pe loc un gulerăș din peretele ureterocelului, care servește la împiedicarea refluxului. Sutura peretelui vezical și ureteral se face cu ace atraumatice. Sonda ureterală se scoate retrograd prin uretră din vezică: vezica se închide per pri-

P. KOTAY ȘI COLAB.: DESPRE TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL BOLII
LITIAZICE A CHISTURILOR URETERALE TERMINALE

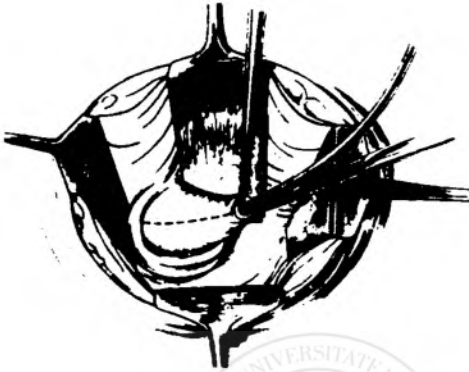


Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



Fig. nr. 3

mam după introducerea unei sonde Foley. În ambele cazuri am obținut o vindecare rapidă fără complicații.

Controlul cistografic exclude refluxul la cazul nr. 1 la externare, iar la cazul nr. 2 la 8 luni după aceea.

Boeminghaus ridică peretele ureterocelului cu ajutorul unei pense în asemenea cazuri și îl rezecă cu foarfeca în apropierea bazei. Dacă apare o hemoragie abundentă pe teritoriul inflammat o pensează și o ligaturează, dar nu consideră necesară suturarea celor două lamine (fig. nr. 3)

Pe baza celor două cazuri, autorii trag concluzia că metoda lui *Rumpel* modificată, cu păstrarea unui gulerăș, este deosebit de utilă pentru rezolvarea chirurgicală funcțională și anatomică a cazurilor de chisturi ureterovezicale cu calculi de dimensiuni mai mari

Sosit la redacție: 4 noiembrie 1970.

Bibliografie

1. BOEMINGHAUS H.: Urologie Ed. 3. Banaschewski, München, 1960;
2. BURGHELE TH.: Erreurs, fautes et risques en urologie. Ed. Med. București, 1969;
3. LECHLER: cit. 6;
4. LILLIENFELD: cit. 6;
5. OLĂNESCU GH.: Principii de terapie urologică, Ed. Med. București, 1967;
6. PARAMO G., DE LA PENA A., SEGURA A.: J. Urol. et Neph. (1970), 7—8;
7. RUMPEL O.: Chirurgische Operationslehre Bd. V, J. A. BARTH, Leipzig, 1957;
8. SCHOBBER K. L.: Ztschr. Urol. S. (1941), 104;
9. STOECKEL W.: Gynakologische Urologie. Ed. J. F. Bergmann München, 1938;
10. ZAPP E.: Urologie des Kindesalters. Ed. Enke, Stuttgart, 1967.