

ROLUL VENELOR OVARIENE ÎN DECLANŞAREA TULBURĂRILOR RENALE DE EXCREŢIE

dr. P. Kótay, dr. E. Balogh, dr. I. Bakos, dr. O. Lakatos

Este în general cunoscut rolul pe care-l pot juca în patologia excreţiei urinare arterele aberante polare, ce pleacă din aortă spre polul inferior al rinichiului. După cercetările lui *Rinche* şi *Hyans* ele pot fi puse în evidenţă la 20—30 % din populaţie, rolul lor însă este supraapreciat. Adeseori vasele aberante vin numai atunci în contact cu peretele bazinetului sau a ureterului, dacă din alte motive dilataţia acestora este de acum prezentă. După *Kairis* importanţa acestor artere în producerea hidronefrozei este cu mult mai mică decît i s-a atribuit la început.

Literatura mondială pune aproape exclusiv pe seama arterelor anteamintitul rol patogen. Pentru explicarea efectului arterelor este foarte acceptabilă teoria lui *Quinby* (1929), după care biocurenţii produşi în timpul pulsaţiilor se transpun direct pe peretele ureteral vecin, producînd la început doar un spasm funcţional, iar mai tîrziu unul organic. După *Wildboltz*, pe teritoriul încrucişării şi dilataţiei deseori e greu de apreciat care este factorul primar şi care cel secundar.

În lumina investigaţiilor angiografice problema primeşte o nouă înfăţişare. Cu toate că aceste variaţii vasculare, sau chiar malformaţii congenitale pot produce, după *Vogler* şi *Herbst*, hidronefroză sau pot favoriza dezvoltarea ei, nu sînt de loc cauze unice în apariţia acestui tablou clinic. Din contră, singurele ele produc rareori hidronefroză. Aceste vase pot fi puse numai atunci în evidenţă prin metode angiografice, dacă ele sînt de natură arterială aşa cum se întîmplă de obicei. Dacă ele conţin vene sau pachete vasculare formate dintr-o arteră şi mai multe vene satelite, evidenţierea lor nu e posibilă. Vasul compresiv poate fi evidenţiat mai degrabă prin metoda urografiei standard şi mult mai bine prin urografia perfuzională, respectiv prin pielografia retrogradă, cînd aceasta apare ca un defect de umplere cilindrică.

Pînă cînd rolul arterelor este recunoscut aproape în unanimitate, efectul compresiv al venelor asupra ureterului este rareori amintit în literatură. *Strohmenger* și *Senge* spre exemplu (în 1968) scriu: „... în literatura de specialitate de peste hotare datele referitoare la această problemă sînt foarte rare, iar din cea germană lipsesc”.

Autorii americani se ocupă primii cu această problemă. Astfel *Fletscher*, *Derrick* și colab. menționează în 1967 că în cartea lui *Emmet* — apărută în 1965 — *Clark* amintește într-un referat preliminar despre „sindromul venei ovariene drepte”. *Clark* constată că vena ovariană dreaptă încrucișează și poate comprima ureterul, în general la nivelul primei vertebre sacrale, la 14 cm de la orificiul vezical al ureterului (fig. nr. 1 și 2). În cazul descris de *Clark*, vena ovariană dreaptă mult dilatată în timpul sarcinii a comprimat ureterul, provocînd o hidronefroză cu infecția consecutivă. În acest caz vena ovariană s-a vărsat în vena renală, avînd multiple conexiuni cu vena cavă. *Van Keerbergen* descrie acest tablou clinic (1967) sub denumirea de: „maladie de l'urètre droit”. El ilustrează elocvent dezvoltarea sistemului venos. Forma extremă a anomaliilor congenitale de acest gen este ureterul retrocav. Anastomozele horizontale între vena ovariană și cavă sau rămășițele acestora reprezintă o formă mai ușoară a anomaliilor. Teoretic aceste modificări pot surveni bilateral, dar se manifestă aproape exclusiv pe partea dreaptă, fiindcă venele cardinale stg. regresează cu mult mai devreme decît cele drepte.

Situația care formează circumstanțele fiziopatologice sînt congenitale, dar tabloul clinic se manifestă doar după maturizarea sexuală, în timpul sarcinii.

Inceputul tabloului clinic este șters. Simptomele nu sînt de loc caracteristice, pot să apară accese dureroase în flancul drept abdominal, intensitate cărora oscilează de la o simplă jenă pînă la o colică tipică. Durerile iradiază spre regiunea vezicală și organele genitale externe. Mișcările pot să declanșeze sau să accentueze durerile. Infecția poate absenta mult timp, în care caz disuria lipsește, iar examenul urinei este negativ. Din cauza tabloului clinic necaracteristic și al negativității examenului de urină, acuzele bolnavului sînt interpretate ca funcționale sau ca o simulație. Din cauza durerii în flancul drept, bolnavii deseori poartă deja cicatricea apendectomiei. Dacă staza devine permanentă, lojele renale sînt constant sensibile.

Dacă nu sînt prezente simptomele caracteristice și examenul urinei este negativ, tabloul clinic se poate clarifica doar prin examenul radiologic. *Urografia standard* uneori dă rezultate bune, dar deseori este insuficientă, fiindcă ureterul nu se vizualizează întotdeauna.

La o femeie, de 32 de ani, pentru durerile din loja renală și flancul drept se execută o urografie standard, constatîndu-se în afară de o duplicitate totală a sistemului cavitărilor stîngi, că ureterul drept este deplasat spre linia mediană la nivelul primei vertebre sacrale, prezentînd o întrerupere în unghi. Urografia ilustrează teza cunoscută că „unde este prezentă o malformație congenitală să căutăm și altele”.

Urografia prin perfuzie dă informații mult mai fidele și în această maladie despre starea morfofuncțională a ureterelor.

Această investigație a restrîns totodată mult indicația pielografiei ascendente. Dacă executarea pielografiei ascendente este necesară, sonda ureterală nu se introduce niciodată pînă la nivelul compresiei, fiindcă virful ei produce iritația peretelui ureteral, poate deplasa ureterul de la locul compresiei și modifică întru totul aspectul morfologic.

Urografia arată în treimea mijlocie a ureterului un defect caracteristic de umplere, cu margini bine delimitate, care comprimă ureterul de sus în jos și din interior spre exterior în forma unei cute. Acest aspect trebuie diferențiat de unda fiziologică a peristaltismului și numai atunci poate fi acceptat ca patognomonic, dacă pe clișeele executate la interval de timp este constant (*Strohmenger*). Uneori defectul de umplere nu se vede și doar porțiunea cranială mai dilatată a ureterului se continuă brusc într-o porțiune mai îngustă.

Se poate întâmpla că aspectul caracteristic se vede accidental pe radiografii executate pentru alt scop, fără ca bolnavul să aibă acuze în acest sens. Numai corelația simptomelor clinice cu aspectul radiografic poate asigura diagnosticul de certitudine. Cazul de mai sus demonstrează că pe lângă acuzele subiective ale pacientei și pe lângă modificările morfologice, funcția renală este încă impecabilă — ceea ce este primordial în aprecierea unui organ. În cele ce urmează, vom prezenta un alt caz la care malformația congenitală a produs modificări morfofuncționale grave în arborele renal superior.

C. M. casnică de 38 de ani, F. O. 1132 1970, prezintă în anamneza eredo-colaterală litiază biliară la mamă și litiază renală la mătușă. A fost apendicectomiată în 1954. Boala actuală a debutat cu 5 ani în urmă, cu dureri în lojă renală dreaptă, care au devenit în ultimul timp din ce în ce mai dese și cu caracter de colică. Prezintă piurie, în ultimul timp hematurie. A climinat spontan calculi în repetate rânduri. Înaintea internării în clinica noastră a fost într-un serviciu de urologie al unui spital de provincie, care a constatat o calculoză renală dreaptă cu hidronefroză, recomandând nefrectomia. Executarea acesteia fiind însă problematică din cauza afectării rinichiului opus, bolnava este transferată la noi. Rinichiul drept este palpabil dar nesensibil, iar loja renală stângă moderat sensibilă.

Cromocistoscopia arată o capacitate bună, o mucoasă normală cu apariția indigului la stînga la 5 minute, iar la dreapta nici după 10 minute.

Radiografia renovezicală bilaterală pe gol arată pe partea dreaptă, pe teritoriul umbrei renale, o umbră radioopacă de mărimea unei nuci și două umbre de mărimea unor alune, bine delimitate, circulare, de intensitate supra-costală. Tot aici, corespunzător calicelui inferior se văd numeroase umbre radioopace de mărimea unor boabe de mei.

Pielografia ascendentă dreaptă evidențiază faptul că bazinetul este mult dilatat, iar calicele nu se umple. Sonda ureterală este introdusă pînă la nivelul promontoriului. Ureterul este ușor dilatat la nivelul vertebrei 1 sacrale, prezentînd și o deplasare în unghi spre linia mediană.

Urografia prin perfuzie — 70 de minute — evidențiază un bazinet mult dilatat, vizualizînd și porțiunea inițială a ureterului dilatat. Bazinetul stîng este moderat dilatat.

Luînd în considerare caracterul recidivat al bolii litiazice, sensibilitatea și pielectazia părții opuse, ne-am străduit să conservăm organul. Se practică în consecință o pielotomie posterioară cu pieloplastie și ureteroliză. Prin incizie Bergmann-Israel dreaptă descoperim rinichiul. După deschiderea fasciei renale se observă capsula adiposă slab dezvoltată. Organul este de 1,5 ori mai mare, cu parenchimul relativ păstrat, cu numeroase aderențe perirenale. Rinichiul prezintă o variație de rotație; marginea laterală este situată mai mult spre anterior, iar hilul mai mult spre posterior. Bazinetul este mult dilatat cu pereții îngroșați și cu concremente palpabile. Se eliberează în întregime peretele bazinetului. Totodată efectuăm o ureteroliză lărgită cu secționarea și ligaturarea venei ovariene și a bridelor conjunctivale. Prin pielotomie posterioară irdepărtăm 3 calculi mai mari și numeroși calculi mici. Excizăm prin peretele îngroșat al bazinetului dilatat, un teritoriu de 6×8 cm, în formă de foiță de dafin (fig. nr. 3). Se introduce o sondă ureterală din material plastic pînă în vezică, iar după pielografie aplicăm încă 3 rînduri de suturi Albarran pentru îngustarea părții încă dilatate, prin care bazinetul devine de formă conică și de mărime normală. Ureterul își ia originea de la punctul cel mai decliv (fig. nr. 4). Aplicăm un dren în loja renală și suturăm straturile. Vindecarea survine fără complicații.

Urografia de control efectuată la 4 luni prin perfuzie — 60 de minute — demonstrează: un bazinet de mărime și formă normală, calicele medii și inferioare bine conturate cu tonicitatea păstrată și cu calicele superior dilatat. Ureterul de calibru și tonicitate normală pornește de la partea cea mai de-

P. KOTAY ȘI COLAB.: ROLUL VENELOR OVARIENE ÎN DECLANȘAREA
TULBURĂRILOR RENALE DE EXCREȚIE

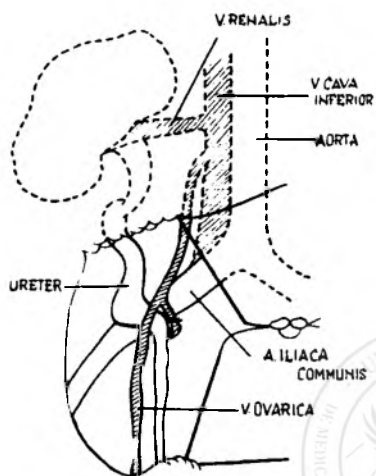


Fig. nr. 1



Fig. nr. 2

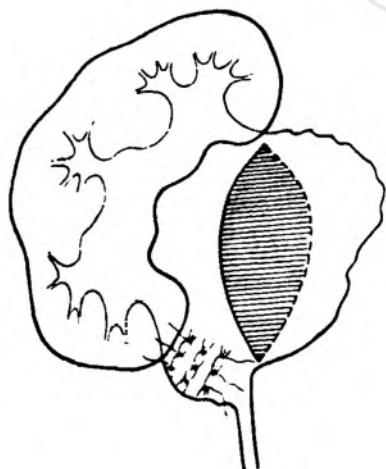


Fig. nr. 3

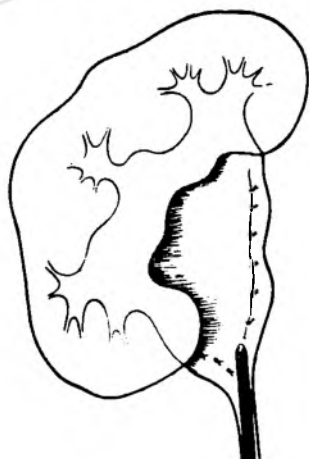


Fig. nr. 4

clivă a bazinetului. Urina este clară, capacitatea vezicală bună, mucoasa este normală, iar jeturile sînt clare și puternice. Indigoul apare la stînga după 5 minute, iar la dreapta după 7 minute, fiind bine colorat.

Tratamentul este chirurgical, dacă diagnosticul este cert sau este vorba de o suspiciune întemeiată a unei tulburări de excreție, care își are originea într-o venă atipică. Explorarea ureterului este ușor suportată de bolnavi și este lipsită de complicații. În anumite cazuri ea poate să stabilească cu precizie, printr-o ultimă exploatare, un diagnostic incert. Ureterul trebuie eliberat din teaca lui fibroasă îngroșată, iar bridele încrucișătoare vor fi secționare. Vena ovariană dilatată se va secționa la o distanță suficientă de ureter. Dacă vena este trombotizată rezecția trebuie executată profund în părțile sănătoase, pentru evitarea recidivelor. Intervențiile plastice — ca și în cazul nostru — sînt indicate numai atunci dacă staza a fost de lungă durată și a produs dilatarea ureterului și a bazinetului.

După cum am mai amintit variațiile și malformațiile congenitale ale venei ovariene sînt observate în primul rînd pe partea dreaptă. Se pune întrebarea, oare această stare patologică nu are un rol în declanșarea pielonefritelor gravidice, care se prezintă în 90—95% din cazuri de asemenea pe partea dreaptă?

Intervențiile efectuate în timpul sarcinii au demonstrat prezența incontestabilă a stazei în ramurile venei ovariene, care poate fi cauză mecanică în evacuarea ureterului cu o dinamică modificată. Prin acceptarea rolului patologic al venei ovariene drepte în dezvoltarea și explicarea pielonefritelor gravidice, discuția între concepția mecanică și dinamică, care durează de mai multe decenii și nu s-a rezolvat nici pînă în prezent, primește o interpretare nouă.

Pielita gravidică, în fond, nu se deosebește de restul pielonefritelor din punct de vedere anatomo-patologic. După *Burger* pielita gravidică nu este altceva decît exacerbarea unui proces inflamator nespecific în timpul sarcinii, care nu s-a vindecat definitiv înaintea gravidității. Organismul femeii gravide este cu mult mai susceptibil la infecții și incomparabil mai periclitat decît organismul în afara sarcinii.

După observațiile noastre numărul pielitelor gravidice internate în Serviciul de urologie a scăzut în ultimele două decenii în mod considerabil, ceea ce se explică prin două circumstanțe:

1. Organizarea ocrotirii gravidelor este mai bună.

2. Cazurile mai ușoare primesc antibio- și chimioterapie în afara serviciilor urologice.

Acceptînd rolul patogenetic al venelor ovariene ne explicăm eficiența unor vechi procedee de tratament, spre exemplu efectul bun al gimnasticii aplicate în tratamentul spitalicesc. Femeia gravidă se așază de mai multe ori pe zi în poziție de genunchi și coate. Efectul acestei poziții era explicat prin suprimarea stazei în urma anteflexiei uterului, eliberînd ureterul de sub compresie. Azi înțelegem că e vorba de decomprimarea venei. Necesitatea aplicării sondei ureterale permanente care cu 25—30 de ani în urmă a fost singurul tratament eficace — devine din ce în ce mai rar indicată. Cu ocazia introducerii sondei ureterale — după cum ne atrage atenția și *Langrader* — întîmpinăm o rezistență perceptibilă dar pasibilă la 12—15 cm de la vezică, după care se elimină urina sub presiune. Acest nivel coincide cu încrucișarea ureterului cu vena ovariană.

Din păcate, după naștere medicii din afara specialității urologice nu mai acordă cazurilor de pielonefrită gravidică nici o atenție. În afară de combatere febrei trebuie să suprimăm și bacteriuria, care deseori este prezentă. În acest fel putem preveni recidivele și complicațiile lor tardive neplăcute, hipertonia și distrugerea parenchimului renal.

Trebuie să ne abținem în limita posibilităților de la investigații radiologice, dar în fiecare caz de pielonefrită gravidică bolnava necesită o investigație urologică completă după naștere. Numai aceste examinări urologice sistematice pot clarifica rolul venei ovariene drepte în declanșarea infecțiilor urinare din timpul sarcinii.

Dacă pe baza investigațiilor clinice constatăm o dilatație progresivă, trebuie să fim mai activi în privința tratamentului chirurgical.

Presupusurile noastre trebuie confirmate însă și pe material clinic și autopsic mai amplu, analizând relațiile anatomice ale venei ovariene cu ureterul și importanța patogenetică a acestei interrelații.

Concluzii

Pe baza cercetărilor clinice de pînă acum se poate afirma că în afară de arterele și venele atipice — în primul rînd cele ovariene sau ramurile lor segmentare care se varsă în vena cavă — ramurile obliterate pot cauza tulburări de excreție. Acuzele apar în primul rînd pe partea dreaptă. Simptomele clinice sînt șterse și în general nu sînt caracteristice. Între metodele diagnostice urografia prin perfuzie dă rezultatul cel mai bun. Tratamentul este chirurgical. Intervențiile plastice sînt necesare numai în cazurile cu dilatații mari secundare.

Variațiile sau malformațiile congenitale ale venei ovariene drepte pot juca un rol și în producerea pielonefritelor gravidice.

Sosit la redacție: 22 iunie 1971.

Bibliografie

1. BURGER K.: Geburtsthilfliche Operationslehre, Springer Verlag, Heidelberg, 1952;
2. CLARK J. C.: Clinical Urology In: An Atlas and Textbook of Roentgenologic Diagnosis, Ed. J. Emmet, Philadelphia, 1964;
3. EMMET: cit. Clark;
4. FLETSCHER H., DERRICK F. C. și colab.: Urol. (Baltimore), (1967), 97, 633;
5. HYANS J. A.: Surg. Gynec. Obstet. (1929), 48, 474;
6. KAIRIS Z.: Hdb. der Urologe. Vol. 8, Ed. Springer Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1962;
7. LANGREDER W.: Gynäkologische Urologie, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1961;
8. RINSCHKE K.: Zschr. Urol. (1961), 9, 531;
9. QUINBY W. C.: J. Amer. Med. Ass. (1929), 93, 1709;
10. STROHMENGER P., SENGE TH.: Der Urologe (1968), 7, 5, 257;
11. VAN KEERBERGEN G.: J. Int. Coll. Surg. (1967), 35, 801;
12. VOGLER E., HERBST R.: Angiographie der Nieren. Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1958;
13. WILDBOLZ E.: Lehrbuch der Urologie. Ed. IV, Springer, Berlin, 1959.