

ATITUDINEA NOASTRĂ DIAGNOSTICĂ ŞI TERAPEUTICĂ ÎN PTOZA RENALĂ*

D. Nicolescu, R. Boja, V. Oşan, V. Hilma

Nefropexia a fost pînă nu demult o intervenţie chirurgicală cvasi-abandonată, datorită postulatului emis de către Couvelaire, şi anume: „singura complicaţie a ptozei renale o reprezintă nefropexia” (2).

Însă, în sfera medicală, ca de altfel în oricare domeniu ştiinţific, multe poziţii considerate definitive s-au adevărit a fi ulterior temporare. Reconsiderarea ptozelor renale a fost cu atît mai mult necesară, cu cît această afecţiune frecventă mai ales la femei (tot a 5-a femeie are ptoză renală, din care tot a 5-a are suferinţă), nu a reuşit să fie rezolvată nici pe departe prin tratamente nechirurgicale. Sentinţa lui Couvelaire avea o reală justificare pentru perioada respectivă, deoarece lipseau metodele obiective de stabilire a unui raport de cauzalitate între ptoză şi suferinţa bolnavului, de unde o dublă consecinţă: imposibilitatea unei indicaţii operatorii corecte şi, rezultate chirurgicale necorespunzătoare.

În adevăr, în acea perioadă, diagnosticul se baza numai pe studiul urografic, explorare despre care ştim astăzi că este în măsură să identifice doar gradul ptozei şi mai puţin tulburările sale funcţionale.

Tulburările funcţionale date de ptoză sînt de 2 categorii: 1. de flux urinar, 2. de irigare sangvină a rinichiului.

Dintre acestea, urografia relevă, de o manieră destul de grosieră, numai prima categorie de tulburări (tonia arborelui pielocaliceal, sau dilatarea pieloureterală) şi omite pe cele de flux renal. De aceea urografia poate ocupa astăzi doar un loc secundar în recunoaşterea mecanismelor fiziopatologice declanşatoare ale tulburărilor din ptoza renală. Ea are meritul singular de a fixa diagnosticul pozitiv, deci gradul ptozei, ceea ce este insuficient dar şi periculos pentru o sancţiune chirurgicală corectă (3). La ora actuală este bine stabilit că între ptoză şi suferinţa bolnavului nu este întotdeauna un raport de cauzalitate, altfel spus, nu toţi bolnavii care prezintă ptoză renală îşi au originea suferinţei lor în rinichiul ptozat (5).

Care sînt noile mijloace de diagnostic? Unele sînt de ordin clinic, iar altele — mai importante — paraclinice.

Clinic. *Semnul lui Narath*: durerea vie, provocată de coborîrea manuală a rinichiului şi dispariţia acesteia prin repunerea ortotopă a rinichiului.

Paraclinic: există 3 investigaţii semnificative.

1. *Semnul lui Mac Kelvie*: dacă introducerea în bazinet prin sondă ureterală, de ser fiziologic sub presiune, declanşează o durere identică cu cea apărută în poziţie ortostatică, durerea este cauzată de ptoză.

* Lucrare comunicată la Sesiunea anuală de valorificare a cercetării ştiinţifice I.M.F. Tîrgu-Mureş, mai 1982.

Norath a obținut rezultate excepționale în cazurile la care indicația operatorie a fost fixată numai pe baza acestui test (4,7,8).

2. *Nefrograma izotopică*. În ultimii ani i se atribuie o mare fidelitate diagnostică în ptoza renală. Investigație anodină și elegantă, nefrograma izotopică conferă 2 categorii de informații:

a) identifică mai exact decît urografia tulburările de flux urinar. Astfel, în cazul unei ptoze la care urografia este încă normală, curba nefrografică relevă fluxul urinar alterat (6, 7, 9). Caracteristică în acest sens este curba nefrografică „de acumulare continuă” (faza a III-a în platou, sau întîrzierea dispariției sale).

b) evidențiază tulburările de flux sangvin renal. Acestea fiind destul de frecvente în ptoza renală, explică — alături de staza urinară — fenomenele dureroase locale, cît și cele generale (astenie, stare generală alterată, tulburări de comportament), sau cele digestive (balonări, grețuri etc) — așa numita dispepsie din ptoza renală. Această simptomatologie proteiformă poate fi consecința pediculitelor de tracțiune a vaselor renale principale, a iritării filetelor nervoase periadventiceale, sau a stazei limfatice pediculare. Ele explică și fenomenul hipertensiv prezent uneori în ptoză, un veritabil fenomen Goldblat clinic (2, 3). Curba nefrografică semnificativă pentru HTA renovasculară este reprezentată de apariția întîrziată a vîrfului ei. Această explorare trebuie realizată atît în decubit cît și în ortostatism.

3. *Arteriografia renală*. O altă explorare importantă, relevă două categorii de modificări:

a) de lungime, angulție și rotație a arterei renale. O dată cu coborîrea rinichiului ptozat, artera renală se alungește își micșorează unghiul aorto-renal, iar prin rotația rinichiului se torsionează. Prin diminuarea fluxului sangvin ansamblul acestor modificări determină o ischemie renală și declanșează consecutiv mecanismul hipertensor al sistemului renin-angiotensină (2,5,9);

b) leziunile tunicii medii ale arterei renale. Cercetări mai noi arată că HTA renovasculară poate avea în ptoza renală și o altă explicație, și anume hiperplazia fibromusculară a arterei renale, datorată hipoxiei peretelui vascular (1,2,3). Aceste leziuni se prezintă ca adevărate stenoze etajate, dispuse de-a lungul arterei (stenoză în „șirag de măрге”). *Petit* a reușit să le reproducă experimental prin elongațiile și torsionile experimentale ale arterei renale, iar clinic le-a pus în evidență pe clișee arteriografice (8). Această etiologie a HTA în ptoza renală aruncă o nouă lumină asupra originii leziunilor tunicii medii a arterei renale, considerate pînă atunci de cauză exclusiv congenitală (7,8).

Noi practicînd în ultimii 6 ani întreaga baterie de explorări amintite, am reușit o mai corectă încadrare a cazurilor de ptoză renală în una din cele două categorii denumite de către noi: „ptoze medicale” și „ptoze chirurgicale”. Astfel am fost în măsură să depășim impasul perioadei „couvelairiene” în care indicația operatorie era mai mult subiectivă și lipsită de o bază științifică reală.

Experiența noastră se referă la 76 ptoze renale, la care, pe baza investigațiilor de mai sus am reușit să fixăm o indicație operatorie co-

rectă și să obținem la cele 34 cazuri operate un procentaj favorabil de peste 90%.

Concluzii

1. Datorită unor investigații noi, de mare finețe și fiabilitate, se conferă astăzi posibilitatea identificării a două categorii distincte de ptoze renale: „medicale” și „chirurgicale” și de fixare a unei indicații terapeutice adecvate.

2. Numărul mare de tehnici de nefropexie existente, traduce — după opinia noastră — mai puțin deficiența lor intrinsecă, cât mai ales lipsa unei indicații operatorii corecte, deoarece, cu diferențe mai mult sau mai puțin semnificative rezultatul operator depinde nu atât de tehnica aplicată cât mai ales de o judicioasă indicație.

3. Dacă ptoza este „chirurgicală”, este preferabil să se practice — așa cum am procedat și noi — o tehnică chirurgicală cât mai simplă și rapidă (nefropexia cu Histoacryl), care nu alterează parenchimul, nu decapsulează rinichiul, și nu perforează pleura, are rezultate durabile și în fine permite efectuarea unor noi intervenții pe rinichiul ptozat.

Bibliografie

1. Björk L., Fagerberg S.: Acta Radiol. (1966), 4, 508; 2. Gill W. M., Meaney T. F.: Radiology (1969), 92, 861; 3. Mc. Donald J. S., Mc. Millan M. B., Path D.: Clin. Radiol. (1963), 14, 392; 4. Mc. Kelvie A. A.: Brit. J. of Urol. (1963), 36, 28; 5. Nicolescu D.: Hipertensiunea reno-vasculară prin leziuni congenitale și dobândite ale arterei renale. Teză de doctorat. I.M.F. București, 1968; 6. Nicolescu D., Duvan S.: Nefropexia cu Histoacryl. Lucrare comunicată la U.S.S.M. București, febr. 1977; 7. Nicolescu D., Pop T.: Stadiul actual al tratamentului chirurgical în ptoza renală. Lucrare comunicată la U.S.S.M. București, mai 1976; 8. Petit R., Delvigne J.: Acta Urol. Belgica (1973), 41, 386; 9. Reamthor W.: Zschr. Urol. (1971), 64, 809.

Sosit la redacție: 15 iulie 1982

D. Nicolescu, R. Boja, V. Oșan, V. Hilma

OUR DIAGNOSTICAL AND THERAPEUTICAL ATTITUDE IN RENAL PTOSIS

Based on our own experience and on the latest data in literature, we have revised and discussed a series of issues regarding diagnosis and therapeutical attitude in renal ptosis. The introduction of certain new methods in exploring this disease (isotopic nephrogram, arteriography a.s.o.) enabled us to have more accurate knowledge about the morphological and functional modifications of the kidneys, as well as to include more adequately the cases of ptosis in two clear-cut categories: "medical ptosis" and "surgical ptosis".

Thus, we have succeeded in establishing the correct surgical indication in 34 of the 76 cases studied and in obtaining favourable operative results in over 90%.