

**EXPERIENȚA DE UN DECENIU A CLINICII UROLOGICE DIN
TIRGU-MUREȘ, ÎN TUMORILE UROTELIALE SUPERIOARE (T.U.S.)**

D. Nicolescu, R. Boja, I. Mártha, I. Bakos, V. Oșan, I. Kész
L. Schwartz, D. Singeorzan, C. Cantâr, C. Catarig

Tumorile uroteliatate superioare reprezintă aproximativ 8 % din tumorile renale. Incidența lor a crescut în ultimele decenii, afectând mai frecvent vârstele tinere, sub 50 de ani. Evoluția lor este silențioasă, paucisimptomatică motiv pentru care sînt descoperite relativ tardiv, cu tot arsenalul metodelor moderne de investigație (ecotomografia, ureteroscoopia, tomografia computerizată, rezonanța nucleară magnetică). Gravitatea lor evolutivă este atestată prin faptul că 25% din bolnavi mor în primul an de la descoperirea tumorii (1).

Material și metodă

Într-o perioadă de 10 ani (1979—1988) au fost internați în clinică 29 de bolnavi cu tumori pielocaliceale și ureterale (22 bărbați și 7 femei), cu un interval de vîrstă cuprins între 27—82 ani. Vîrsta medie a fost de 66,3 ani. Decada a 5-a de vîrstă a fost cea mai afectată (9 bolnavi). Localizarea a fost unilaterală la toți bolnavii. 21 dintre bolnavi au avut tumori unice în timp ce la 8 bolnavi localizarea a fost multicentrică

Anamneza și examenul clinic oferă date sărace și mai puțin concludente. Semnalăm un singur bolnav în anamneza căruia am găsit un consum excesiv de analgetice și 2 care au fost expuși la noxe profesionale (industria vopselelor). La 22 dintre bolnavi hematuria izolată a fost singurul simptom iar hematuria asociată cu durere la 7 bolnavi, 2 bolnavi au fost internați pentru tumoare palpabilă în flanc.

Dintre investigațiile paraclinice, urografia (UIV) s-a efectuat la toți bolnavii. Ea a fost sugestivă la 6 bolnavi. În 12 cazuri a fost neconcludentă, decelând doar dilatații, amputație, dezorganizarea și umplerea incompletă a sistemului pielocaliceal, sugerând mai degrabă o tumoare renală. 11 bolnavi au avut rinichi mut urografic și pe clișeele tardive.

Examenul citologic din urina emisă spontan s-a efectuat la toți bolnavii, înaintea oricărei manevre endoscopice, cu rezultate fals-negative la toți bolnavii, chiar repetat.

Toți bolnavii au fost explorați cistoscopic. Nefroragia de aceeași parte cu leziunea a fost evidențiată la 13 bolnavi; la 5 cazuri tumorile au fost unice sau multiple concomitente; 2 bolnavi au avut tumori ureterale joase care prolăbău prin orificiul ureteral.

Ureteropielografia (UPR) s-a efectuat la 21 bolnavi. La 10 bolnavi ea a fost precedată de lavajul căilor excretorii cu ser fiziologic pentru examen citologic. UPR a fost concludentă, pledând pentru o tumoare pielocaliceală sau ureterală la 16 bolnavi, în 5 cazuri aspectul radiologic a pledat pentru o tumoare renală (Grawitz).

Examenul citologic după lavaj a fost pozitiv la 3/10 bolnavi. În alte 3 cazuri, periajul cu sonda brush a oferit două rezultate pozitive și unul fals-negativ.

Acolo unde UPR nu dă relații suficiente, sau nu poate fi practică din diverse motive, PUD prin puncție percutanată ecoghidată permite o bună opacifiere a sistemului pielocaliceal, oferind uneori aspecte mai clare, cu minim de risc pentru bolnav.

Ecografia s-a practicat de rutină în ultimii 5 ani la 16 bolnavi. Ea a semnalat existența tumorii bazinetale la 3/16 din bolnavi, toți având tumori obstructive cu hidronefroza consecutivă. În schimb, la 3/5 dintre bolnavi cu UIV și/sau UPR sugestive pentru o tumoare renală, ecografia a infirmat diagnosticul orientându-se spre o tumoare pielocaliceală. Într-un caz diagnosticul a putut fi precizat numai prin examen CT. La 2 bolnavi ecografia a evidențiat prezența unei adenopatii perihilare renale.

Nu am avut bolnavi cu metastaze la distanță decelabile prin posibilitățile de investigație amintite.

La 4 din cei 9 bolnavi cu tumori ureterale, diagnosticul de certitudine s-a stabilit prin ureteroscopia retrogradă, sau anterogradă care permite vizualizarea directă a tumorii, sediul, dimensiunile și caracterul ei sesil sau pediculat. În plus, permite prelevarea de fragmente biotice la vedere.

Nefroscintigrafia efectuată la 3 dintre bolnavi nu ne-a furnizat date utile pentru stabilirea diagnosticului pozitiv.

A fost conservator la 4 cazuri. La 2 bolnavi care au prezentat tumoare ureterală cu localizare pelvină s-a realizat extirparea segmentară a ureterului cu reimplantare antireflux. La celelalte 2 cazuri cu tumoare ureterală localizată intramural (verificată ureteroscopic), s-a efectuat doar un TUR al segmentului afectat, cu aplicarea unei sonde autostatice tip pig-tail pentru 4 săptămâni. La 25 de bolnavi tratamentul a fost radical. Considerăm că nefroureterectomia totală (NUT) cu cistectomie perimeică rămîne și astăzi tratamentul de bază al TUS. Am folosit următoarele tehnici:

I. NUT cu dublă incizie parietală și extirparea coleretului vezical la 23 bolnavi.

Variante:

a) fie prin deschiderea vezicii la 14 bolnavi. Cornul vezical preparat în timpul disecției ureterale este secționat la 1—2 cm spre vezică, iar breșa vezicală se închide în 1—2 straturi cu fire resorbabile; sutura este facilitată prin aplicarea unor fire de reper pe versanții plăgii vezicale (3);

b) fie fără deschiderea vezicii la 4 bolnavi, care după opinia noastră este o tehnică simplă și elegantă. Pe cornul vezical tracționat se aplică o pensă în unghi drept (O'Shognessy); cornul vezical se secționează apoi deasupra sa. Sutura de închidere a vezicii se realizează pe pensă cu fir resorbabil tip Surget, după care pensa se retrage, iar sutura inițială va fi întărită prin alte câteva fire separate (3, 4);

c) Tehnica Howeston: ureterectomie pe cale intravezicală cu invaginația transmeică pe sondă Chevassu a bontului ureteral și electroresecția tumorilor vezicale coexistente (5 bolnavi) (5).

II. NUT cu o incizie parietală singulară după tehnica Abercrombie modificată (2 bolnavi). Extragerea bontului ureteral se face după tehnica Howeston, iar cornul vezical împreună cu ureterul este extirpat prin rezecție transuretrală. Sonda uretrovezicală a demure, menținută timp de 14 zile, a asigurat vindecarea breșei vezicale fără complicații (1, 5).

Rezultate

Evoluția postoperatorie imediată a fost favorabilă, nu am avut nici un deces.

21 de bolnavi au avut o tumoare unică, localizată în bazinet sau calice (12 cazuri) și în ureter la 9 bolnavi (ureterul superior 5 cazuri, și inferior 4 cazuri). 8 bolnavi au avut tumori cu localizări multiple: 3 cu tumori în bazinet și ureter; 4 bolnavi au avut tumori localizate în ureter și vezică; la un bolnav tumorile au fost localizate în bazinet și vezică. Postoperator stadierea a fost următoarea: $pT_1=6$, $pT_2=5$, $pT_3=16$, $pT_4=2$.

La 25 dintre bolnavi examenul histopatologic a evidențiat un carcinom tranzițional, în 4 cazuri am întâlnit un carcinom epidermoid. Gradualitatea histologică a tumorilor a fost $G_1=10$ bolnavi, $G_2=13$ bolnavi, $G_3=6$ bolnavi.

Repartiția bolnavilor în funcție de T și G este redată în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1

G	T				Total
	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	
G ₁	6	2	2	—	10
G ₂	—	3	10	—	13
G ₃	—	—	4	2	6
Total	6	5	16	2	29

Nu am făcut limfadenectomii terapeutice. La cei 2 bolnavi cu adenopatie perihilară evidențiată ecografic, examenul histopatologic al pieșei a evidențiat într-un caz invazia neoplazică, în celălalt o adenopatie inflamatorie reactivă. La primul bolnav s-a indicat radioterapie. Controlaile periodice s-au efectuat la 3 luni în primul an, la 6 luni în al doilea an și o dată pe an la bolnavii care au supraviețuit peste 3 ani. Bolnavii au fost investigați cistoscopic, ecografic și urografic. În pofida rezultatelor fals-negative la toți bolnavii noștri, nu am renunțat la ci-tologia exfoliativă nici în perioada postoperatorie.

În prezent deținem informații despre 16 dintre bolnavii operați. 13 bolnavi nu au răspuns la solicitările noastre fiind probabil decedați. Supraviețuirea celor 16 bolnavi este redată în tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2

1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani
4	6	3	1	2

Remarcăm că 6 din bolnavii care au supraviețuit la 3 și peste 3 ani, 5 au avut în momentul operației tumori în stadiul T₁₋₂ și G₁ iar unul, cu supraviețuire la 5 ani a avut o tumoare T₃G₂ cu adenopatie perihilară inflamatorie.

5 dintre bolnavii cu supraviețuire peste 1 an au dezvoltat ulterior tumori vezicale, descoperite la controalele endoscopice de rutină. Reținem că acești bolnavi au avut tumori uroteliale superioare intermediar sau slab diferențiate (G₂, G₃) în momentul intervenției. Tumorile au fost rezecate transuretral. La 2 bolnavi am administrat citostatice local, iar la ceilalți 3 bolnavi vaccin BCG. Am constatat apariția în timp a altor tumori vezicale la toți acești bolnavi.

Discuții

Diagnosticul pozitiv al tumorilor pielocaliceale și ureterale este dificil în fazele inițiale ale bolii, când se suprapune de fapt cu diagnosticul unei hematurii totale (1, 2). În această etapă, identificarea sediului hematuriei și a celulelor tumorale în urină au valoare orientativă certă, impunând investigații țintite (ureterosopia retrogradă, examenul CT sau

RMN), care pot surprinde tumori mici de obicei neidentificabile prin investigațiile de rutină (1, 7).

Din experiența noastră și din literatura de specialitate rezultă că diagnosticul pozitiv preoperator poate fi realizat în marea majoritate a cazurilor. Ori de câte ori UIV și ecografia nu sînt concludente considerăm oportună explorarea bolnavului prin UPR sau PUD, fiecare cu avantajele și dezavantajele sale. Biopsia brush țintită (din zona suspectă) este de asemenea o investigație de mare ajutor.

Ureterorenoscopia retrogradă sau anterogradă trebuie să facă parte din arsenalul actual al metodelor de investigație al TUS, dar rămîne o explorare de excepție. Ele nu sînt lipsite de riscuri, iar URSS nu este întotdeauna practicabilă. Avantajul metodelor endoscopice constă în vizualizarea directă a leziunii, cu posibilitatea prelevării unui fragment biptic.

În ceea ce privește ecografia, nu ne permitem să tragem concluzii, deoarece în clinica noastră ea este efectuată de către urolog și nu de către un specialist. În cazuistica noastră ea a fost sugestivă doar în tumorile bazinetale mari însoțite de stază și hidronefroză. În 2 cazuri ne-a fost de folos crearea unei staze artificiale cu destinderea cavităților excretorii prin administrare de Furosemid i.v. La fel, în experiența noastră, ecografia nu a putut decela decît mase ganglionare voluminoase.

Într-un număr foarte mic de cazuri, cu toate progresele imagisticii și a metodelor moderne de exploatare, diagnosticul pozitiv poate fi făcut numai intraoperator sau pe piesa operatorie.

Referitor la diagnosticul citologic, adoptarea unei metodologii adecvate de către histopatolog ar fi în măsură să ducă la îmbunătățirea rezultatelor acestei metode deosebit de utilă în alte centre.

Evoluția rapidă, cu invazia printr-un perete ureteral sau bazinetal mult mai subțire decît cel vezical, reclamă un diagnostic în fază precoce și instituirea promptă a tratamentului medical. Fiind vorba de o carcinogeneză multicentrică, de o adevărată diateză neoplazică policronotropă, devine necesară o urmărire cit mai riguroasă a bolnavilor în perioada postoperatorie, cunoscută fiind ineficiența radioterapiei și chimioterapiei în aceste tumori. Surprinderea în faza precoce a tumorilor de apariție ulterioară este un deziderat major avînd în vedere agresivitatea crescută a acestora față de cele descoperite inițial.

Tratamentul TUS rămîne și în continuare cel chirurgical radical: NUT cu cistectomia perimeatică (1, 2, 3, 6). Un progres tehnic, cu avantaje certe pentru bolnav o constituie posibilitatea de realizare a acestei intervenții cu o singură incizie lombară, bontul ureteral putînd fi extirpat endoscopic. Tehnica lui Howeston pare a fi o variantă bună atunci cînd sînt prezente tumori vezicale concomitente, care pot fi rezecate transvezical o dată cu extirparea bontului ureteral, sau permite efectuarea unor intervenții vezicale de mai mare anvergură: cistectomie parțială sau totală.

Tumorile vezicale apărute după NUT au fost rezolvate transuretral la toți bolnavii. Remarcăm o incidență la fel de crescută de tumori vezicale recidivate în pofida tratamentului topic cu citostatice sau BCG. Nici unul din bolnavii noștri nu a necesitat cistectomia totală.

Linfadenectomia s-a practicat exclusiv în scop diagnostic.

Considerăm oportun tratamentul chirurgical conservator doar în tumorile pielocaliceale și ureterale papilare, pediculate, cînd tumoarea poate fi rezolvată fie deschis, fie pe cale endoscopică. Atitudinea conservatoare poate fi impusă de necesitate; în cazul bolnavilor cu TUS pe rinichi unic chirurgical, congenital sau funcțional.

Pentru tumorile ureterale cu localizare intramurală, cu condiția absenței altor localizări, verificată prin toate metodele chiar prin ureteroscopie, rezecția transuretrală cu protezare temporară pielovezicală este o metodă fiabilă.

Concluzii

1. În fazele precoce diagnosticul pozitiv al tumorilor uroteliale superioare este dificil.
2. Tratamentul radical vizează îndepărtarea radicală a uroteliului de partea afectată fiind vorba de o carcinogeneză multicentrică.
3. Radioterapia și chimioterapia sînt metode terapeutice mai puțin eficiente în tumorile uroteliale superioare.
4. Supraviețuirea bolnavului depinde de stadiul și de gradualitatea tumorii inițiale.
5. Tumorile de apariție ulterioară sînt în general mai agresive față de cele inițiale, printr-un grad mai ridicat de anaplazie.

Bibliografie

1. Proca E.: *Tratat de patologie chirurgicală*, Editura Medicală, București, 1985, vol. VIII; 2. Campbell R. B.: *Urology*. Ed. Saunders, 1978; 3. Archimbaud J. P., Vignier M., Paulhac J. P.: *Encicl. Med.-Chir.* (Paris), 41120, 6, 1989, 1—8; 4. Hetherington J. W., Ewing R., Philip N. H.: *Br. J. Urol.* (1986), 53, 368; 5. Howeston L. W., Lich R. Jr., Goode L. S., Amin M.: *J. Urol.* (1970), 104, 817; 6. Abercrombie C. F., Bardley I., Payne S. R., Walmsley B. H., Vinricombe J.: *Brit. J. Urol.* (1988), 61, 198; 7. Von Vahlensieck W. Jr.: *Z. Urol. Nephrol.* (1989), 82, 181.