

Clinica pediatrică din Iași (cond.: prof. E. Hurmuzache)

ASUPRA UNOR MALFORMAȚII CONGENITALE ALE CAILOR URINARE LA COPIL*

E. Hurmuzache, R. Bărbută, M. Haimovici, Tili Wexler

Pediatrii acordă o atenție deosebită problemei piuriei acute; în schimb infecțiile urinare cronice, cu variatele aspecte pe care le îmbracă, fiindu-le mai puțin familiare sînt urmărite cu mai puțină perseverență și rămîn deseori ignorate. Astfel, apreciiad insuficient gravitatea infecțiilor urinare cronice, ei perseverează într-un tratament medical prelungit, apelează tardiv la urolog, cînd deficiența funcțională renală a ajuns la un stadiu ireversibil.

În ultimii 4 ani, am urmărit în clinica noastră un număr de 11 copii cu infecții urinare cronice, din care prezentăm numai 5 cazuri, cu particularități vrednice de remarcat.

Obs. 1. Copilul A. I. de 3 ani, este transferat în serviciul nostru cu diagnosticul de pielonefrită rezistentă la tratament.

Din primul an de viață a prezentat tulburări în micțiune, motiv pentru care a fost internat într-un spital, timp de doua săptămîni. În al doilea an de viață a prezentat aceleași fenomene și este din nou internat timp de 3 săptămîni. Se pune în evidență o piurie cu colibacili și cu o tensiune arterială mărită. În urmă cu 2 luni copilul a avut din nou dureri la micțiune, prezentînd și oligurie, iar după un tratament de 6 săptămîni cu antibiotice, este transferat în clinică.

La internare copilul este palid, astenic, cu țesutul celular subcutanat redus. Nimic deosebit din partea aparatelor respirator, cardiac și digestiv. Aparatul uro-genital: micțiuni normale, lojele renale libere, golirea vezicii se face normal. Sistemul nervos normal.

Examele de laborator: Hemograma: Hb. 51%; gl. roșii 4.900.000 mm^3 ; gl. albe 12.200/ mm^3 ; VSH 25 mm/h . Ureca: 0,24 g $_{100}$. Repetate analize de urină arată: albumină în urme fine, sediment depozit leucocitar. Urocultura: bacili gram-negativi, sensibili la aureomicină și neomicina.

Tensiunea arterială 9/6 cmHg . Clearance-ul creatininei endogene 37 cm/min .

Radiografia renală simplă este normală. *Urografia i. v.* arată umbra rinichiului drept cu caractere normale, cel stîng nu se opacifiză. Substanța opacă introdusă în cantitate mică nu opacifiză căile urinare din dreapta. *Pielografia transparentală bilaterală*: se constată la stînga o hidronefroză pielocalicilară enormă cu dilatația concomitentă a ureterului stîng. De asemenea se constată o dublă curdură ureterală stîngă (fig. 1).

Obs. 2. Boilava P. M. în vîrstă de 13 ani se internează pentru anemie gravă, epistaxis, incontinență de urină.

Boilava a prezentat la 10 ani un enurezis pentru care a fost internată într-un serviciu de specialitate. Se găsește o spină bifidă și se intervine chirurgical. După operație se instalează o incontinență urinară. Treptat apare anemie, epistaxis, dureri abdominale, astenie. La vîrstă de 12 ani se internează într-un serviciu de pediatrie unde se notează paloarea accentuată a tegumentelor și mucoaselor, febră, impotență funcțională parțială a membrelor inferioare, cu atrofie musculară, incontinență de urină. La acea dată, analizele de laborator au arătat: Hb. 36%; gl. roșii 1.900.000/ mm^3 . Repetate examene de urină: albumină urme perceptibile, sediment depozit de leucocite.

*) Comunicare susținută la Consfătuirea interreg. de pediatrie din Tg. Mureș, noiembrie 1962.

Bolnava pleacă acasă cu diagnosticul de anemie gravă. După 6 luni se internează în clinica noastră.

Fetița este palidă, țesutul celular subcutanat redus, nimic deosebit la aparatul respirator, cardiac și digestiv. Incontinența de urină. Sistemul nervos: parapareză spastică a membrilor inferioare cu atrofie musculară la membrul inferior stâng.

Examele de laborator: Hb. 42%; gl. roșii: 2.100.000/mm³; gl. albe: 19.000/mm³ (N68%), plachete 280.000/mm³. Timpul de sîngerare și coagularea normal. Medulozitatea normală; hemocultura negativă. Ureea, 1,10g%. În urina sondată albumina în urme nedozabile, sediment depozit de leucocite. Urocultura: floră microbiană gram-negativă.

Radiografia renală simplă este normală. *Cistoscopia* arată un intens edem bulos al mucoasei vezicale, și de aceea orificiile ureterale nu se pot vedea bine. *La cateterismul ureteral* drept se scurge o urină limpede ca la o hidronefroză de dimensiuni moderate. *Pielografia* ascendentă arată la dreapta o distensie accentuată a calicilor și rotația imaginii în jurul unui ax longitudinal. Bazinetul ușor mărit. Ureterul larg în porțiunea superioară, face o curbură în L (fig. 2). *Cistografia* arată o vezică ovalară cu contur ușor festonat, cu mic diverticul la ora 8.30. Reflux masiv vezico-ureteral stîng. Ureterul drept de grosimea unui police cu alungire și sinuozitate în 1/3 inferioară (fig. 3).

Paloarea și subfebrilitatea se mențin, ureea crește la 2 g%, R. A. scade la 10 vol. CO₂%, Cl. globular 2,4 g%, Cl. plasmatic 3,5 g%. Copila este transferată într-un serviciu de urologie.

Obs. 3. Copila S. V. de 5 ani se internează pentru nefrită.

Fetița a prezentat amigdalite repetate. În urmă cu 3 ani face scarlatină, urmată de o nefropatie care durează 4 luni. În urmă cu 3 săptămîni devine febrilă, prezintă dureri în gît. Controlul urinei arată leucociturie, motiv pentru care se internează.

La internare bolnava este palidă, cu tensiune arterială de 8/5 cm Hg, lojele lombare libere, micțiunile normale. Nimic deosebit la restul aparatelor și sistemelor.

Examele de laborator: Hb 66%; gl. roșii 3.700.000/mm³; gl. albe 13.000/mm³; VSH 80 mm/h; ureea 0,26 g%. Urina: albumină în urme fine; sediment frecvente leucocite. Addis: hematii 13.000, leucocite 10.400/min. O primă urocultura: coci gram-pozitivi; o a doua urocultură: proteus. Clearance-ul creatininei endogene 83 cm/min.

Radiografia renală simplă normală. *Urografia i. v.* arată o hidronefroză bilaterală accentuată, astfel că imaginile pielocaliciale nu pot fi desenate decît ca umbre vagi. Ambele uretere prezintă o dilatație enormă, atingînd dimensiunile intestinului subțire (fig. 4). Eliminarea vezicală normală.

Obs. 4. Bolnava C. V. în vîrstă de 8 ani este transferată în clinică cu diagnosticul de pielocistită cronică.

Bolnava a fost internată la vîrstă de 2 ani într-o clinică chirurgicală pentru tratamentul unei luxații congenitale de șold. La vîrstă de 6 ani apare o piurie cu micțiuni frecvente și dureroase. Este tratată cu antibiotice într-un serviciu de pediatrie. Puseele se repetă la vîrstă de 7½ ani și 8 ani și este trimisă în clinică.

La internare se constată că este vorba de un copil cu starea generală bună, palid. Țesutul celular subcutanat redus. Nimic deosebit din partea aparatelor respirator, cardiovascular și digestiv. Aparatul uro-genital: micțiunile sînt dureroase și frecvente.

Examele de laborator: Hb. 78%; gl. roșii: 4.000.000/mm³; gl. albe: 4.000/mm³; VSH 30 mm/h; ureea 0,44 g%. În urină albumină urme fine sediment frecvente leucocite. Addis: hematii 170/min și leucocite 2280/min.

Radiografia renală simplă e normală. *Urografia i. v.* la dreapta: caliciele sînt dilatate mai ales cele superioare și mijlocii. Imaginea rinichiului drept pare micșorată în comparație cu imaginea rinichiului stîng care este mult mai mare și al cărui pol inferior se află la un nivel mai coborît. Ureterul prezintă în 1/3 sa inferioară o dilatație chistică adiacentă vezicii. În stînga rinichiul prezintă o rotație în jurul axului său longitudinal de aproximativ 90°, astfel încît calicele și bazinetul acestuia se află în plan sagital. Ureterului prezintă în porțiunea sa inițială o curbură.

Obs. 5. Copila I. G. în vîrstă de 9 ani se internează pentru oligurie și hematurie. De la 5 ani, copila prezintă repetate amigdalite și stări febrile. La 6 ani a fost internată pentru o suferință renală într-un serviciu de pediatrie. În urmă cu o lună c.

E. HURMUZACHE ȘI COLAB.: ASUPRA UNOR MALFORMAȚII CONGENITALE ...



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.

avut febra, oligurie, hematurie. Este tratată într-un spital raional, 3 săptămâni cu regim și antibiotice. Fenomenele nu cedează și este transferată în clinică.

La internare bolnava are starea generală bună. Nimic deosebit la aparatele respirator, cardiac și digestiv, cu excepția unor amigdale hipertrofice și congestive. La aparatul urogenital se notează oligurie, urini hematurice.

Examine de laborator: Hb. 74%; gl. roși 4.300.000/mm³; gl. albe 5.300/mm³; proteine 72 g%; colesterol 2 g%; ASLO 100 U; ureea 0,17 g%. Urina: albumina absentă; sediment 2-3 hematii pe câmp. Addis: hematii 3456; leucocite 5900/min. Tensiunea arterială 9,5/5 cmHg.

Radiografia renală simplă arată prezența de calculi opaci în bazinet și calculul mijlociu. *Urografia i. v.*: dilatația accentuată a calculilor principale și secundare din grupele superior și mijlociu ale rinichiului drept și o ușoară dilatare a calculilor inferioare. În bazinetul care este de volum mic se constată prezența unui calcul stratificat de mărimea unei măslâne. Un calcul asemănător dar mai mic, se găsește în calculul mijlociu (fig. 5). După evacuarea cavităților urinare formațiile calculoase descrise rămân bine vizibile. Ureterul drept este ușor dilatat (hipoton?).

Se face pielotomie, se extrag calculii. Se constată totodată o discretă stenoza a joncțiunii uretero-bazinetale.

Discuții. Este de remarcat că 4 din cazurile noastre au trecut prin diferite servicii spitalicești, unde infecția urinară a fost tratată medical, în repetate rânduri, uneori ani de zile, fără a se face investigațiile urologice necesare pentru depistarea eventualelor malformații congenitale ale căilor urinare sau vreo altă cauză răspunzătoare de cronicizarea acestor infecții.

Se impune ca pediatrii să se familiarizeze cu aceste infecții urinare cronice și cu investigațiile urologice necesare.

Studiul cazurilor noastre arată că sîntem în fața a 5 cazuri de piurie cronică, cauzate de diverse malformații congenitale ale căilor urinare.

În obs. 1. dat fiind că urografia i. v. a opacificat numai rinichiul drept, lăsînd să se înțeleagă o gravă deficiență funcțională a rinichiului stîng și cum pielografia ascendentă a fost greu de realizat la vîrsta de 3 ani, s-a recurs la pielografia transparietală cu injectarea substanței de contrast direct în bazinetul dilatat, după extragerea unei cantități de 30 cm³ urină. S-a pus în evidență o dilatare ureterală cu dublă curură, cu o hidronefroză enormă a rinichiului stîng. Eliminarea normală a vezicii cu absența unui obstacol subvezical, impune admiterea unei stenoze la nivelul meatului ureteral. Subliniem în acest caz rezultatele bune pe care ni le-a dat tehnica pielografiei transparietale, tehnică rar menționată în literatură.

În obs. 2 se pare că ne aflăm în fața unei vezice neurologice cu spină bifidă și leziuni medulare, iar pareza acestei vezice ar fi dat un reflux vezico-ureteral cu dilatarea căilor urinare superioare, stază și pielonefrită ascendentă.

Examenul cistografic ca și pielografia retrogadă pledează însă pentru existența concomitentă a unor malformații congenitale deosebite — megaureter congenital neobstructiv, unilateral stîng, cu reflux vezico-ureteral. Dilatarea ureterală fiind unilaterală, nu poate fi explicată numai prin prezența vezicii neurologice, care ar fi trebuit să dea o dilatare bilaterală.

Megaureterul pe care-l prezintă copilul nostru este neobstructiv și trebuie diferențiat de megaureterul obstructiv secundar unei obstrucții congenitale a căilor urinare, numit de unii autori hidroureter. În timp ce hidroureterul este foarte frecvent și aproape banal, megaureterul adevărat neobstructiv este foarte rar. Campbell, publicînd o statistică foarte importantă, n-a constatat decît două cazuri de megaureter neobstructiv.

Diferențierea acestor două feluri de megaureter pe bază de reflux vezico-ureteral pe care o fac unii, nu este justificată, căci megaureterul obstructiv secundar unui obstacol subvezical sau chiar unele cistite pot prezenta adeseori reflux vezico-ureteral. Singurul criteriu de diferențiere a acestor două feluri de dilatații ureterale rămîne prezența sau absența unui obstacol pe căile urinare.

Patogenia acestui megaureter este inspirată după concepția lui *Swenson* privind patogenia megavezicii, adică a vezicii aganglionare.

Examele urologice mai relevă o curdă în L. a ureterului drept și un diverticol congenital al vezicii urinare.

Toate aceste malformații congenitale polimorfe ale căilor urinare, alături de malformația medulo-vertebrală, dau un aspect cu totul deosebit acestui caz, aspect rar descris în literatura urologică.

În obs. 3 absența unui obstacol subvezical ne permite să afirmăm că hidronefroza bilaterală cu dilatarea ureterelor este datorită unui obstacol la nivelul meatului ureteral. Relevăm aici dimensiunile enorme ale ureterelor care au putut atinge, la compresiune, dimensiunile intestinului subțire.

În obs. 4 dilatarea chistică prevezicală a ureterului drept pare mai curînd congenitală decît secundară unei stenoze a meatului ureteral, care ar fi dat o dilatare omogenă a întregului ureter. În acest caz infecția căilor urinare drepte a dus la o nefrită ascendentă cu diminuarea parenchimului renal, vizibilă radiografic în comparație cu imaginea rinichiului stîng. Rotarea rinichiului stîng cu devierea porțiunii inițiale a ureterului stîng nu pare să fi determinat tulburări în scurgerea urinei și nici vreo infecție concomitentă.

În obs. 5 nu putem afirma cu siguranță că sîntem în fața unei litiaze primitive care ar fi putut obstrua gîtul ureterului și să cauzeze o dilatare pielocalicală. Sîntem înclinați mai degrabă să credem că este vorba de o stenoză a gîtului ureterului, cu hidronefroza secundară infectată și cu precipitare de calciu de fosfați de calciu. Opacitatea intensă la radiografie simplă, analiza chimică a calculilor extrași și ușoara stenoză la joncțiunea pielocalicală găsită la intervenție confirmă această supoziție.

Concluzii

1. Dintr-un număr de 11 copii cu infecții urinare cronice, internați în serviciul nostru în ultimii 4 ani, prezentăm 5 cazuri care pun în evidență diverse malformații congenitale ale căilor urinare vrednice a fi subliniate.

2. Unele anomalii, ca megaureter unilateral neobstructiv asociat malformațiilor vertebro-medulare, megauretere bilaterale enorme, dilatări chistice parțiale ale ureterului sînt aspecte care merită a fi relevate.

3. Se subliniază valoarea tehnicii moderne de investigație a căilor urinare prin urografie transparietală.

4. Depistarea precoce a infecțiilor urinare cronice la copii prin investigații urologice trebuie să constituie o grijă deosebită a pediatriilor.

Sosit la redacție: 26 februarie 1963.

Bibliografia la autori