

UROGRAFIA INTRAVENOASA IN EXAMENUL TUMORILOR GENITALE FEMININE

A. Kertész, Șt. Darcas, Z. Szecsei, Maria Blau, Gr. Stanciu, I. Dávid

Radiologia căilor urinare se află din nou pe primul plan al preocupărilor de specialitate. Sînt reluate chiar și unele metode mai vechi (6, 9), considerate oarecum perimate, uilizîndu-se desigur o tehnică mai dezvoltată, la nivel mai înalt. O serie de noi procedee marchează progresul tehnic ce s-a realizat mai cu seamă prin amplificatorul de imagine, cinematografia funcțională și explorarea televizată. Succesul tuturor acestor investigații este însă condiționat de opaficierea căilor urinare cu ajutorul substanței de contrast.

Urografia intravenoasă, în forma ei devenită clasică, se aplică mai ales în cazul modificărilor renale funcționale. Opaficierea poate fi considerată chiar ca un test al funcției renale (19). Imaginea urografică intravenoasă permite, de exemplu, și determinarea deplasărilor renale. Metoda fiind accesibilă, netraumatizantă și lipsită practic de pericole, cunoaște o largă răspîndire. Substanța de contrast adecvată este Urombralul (21).

Pe de altă parte, urografia retrogradă necesită manopere urologice executabile doar în centrele mari. Urografia retrogradă permite identificarea detaliilor morfologice, însă este mai traumatizantă, producînd uneori complicații (20) și fiind o explorare nefiziologică.

Sînt și lucrări relativ recente (10), care preferă pielografia ascendentă pentru studiul morfologic al căilor urinare. În general însă, cele mai noi date din literatură pledează pentru marea valoare pe care o prezintă urografia intravenoasă, corect executată, ca metodă de investigație morfologică funcțională.

Se știe că noile substanțe de contrast organo-iodate avînd o concentrație superioară (de ex. seria Iodopac, Opagraf, produsă de tînăra noastră industrie de medicamente) lărgesc mult posibilitățile urografiei intravenoase, realizînd un contrast de multe ori cel puțin egal cu contrastul obținut prin investigațiile retrograde.

Urografia intravenoasă a devenit deci utilă și pentru precizarea detaliilor morfologice ale ureterelor și vezicii, prezentînd în plus și avantajul fluxului de sens fiziologic și al opafierii bilaterale printr-o singură examinare realizată cu prețul unui traumatism medical minor. Urografia intravenoasă rămîne suverană în privința detaliilor funcționale, fiind și singura metodă adecvată în cazurile în care căile urinare inferioare nu sînt accesibile investigației prin contrast retrograd (de ex. obstrucția lor parțială tumorală).

Urografia modernă permite și studiul funcționalității ureterelor. Executîndu-se clișee seriate, se determină în mod optim caracterul peristaltismului ureteral, limita porțiunilor rigide, detaliile stenozei, etc. În caz de ocizie pronunțată, aceste clișee se execută în ortostatism, la nevoie efectuînd manevra lui Valsalva (8).

Tehnica acestui examen se perfecționează zi de zi (23). Clișeele trebuie executate cu o compresie ureterală eficientă — compresie menținută și pe durata expunerii. De aceea s-au preconizat o serie de compresoare (14) radiotransparente în locul sacilor de nisip etc., utilizați pînă acum. În acest scop noi utilizăm, obținînd rezultate bune, un sistem compus din două feși-sul și două pachete de vată, nedesfăcute. Acestea sînt plasate pe porțiunea promontorială a ureterelor, sub banda de pînză ce servește la fixarea bolnavului pe masa de grafie TuR.

În cazuri de tumori genitale feminine, numai primul clișeu se execută de obicei cu compresie pusă. Al doilea clișeu, de ansamblu, se execută fără compresor.

Dacă apar semnele de stază în căile urinare superioare se procedează în consecință.

Pe de altă parte, literatura insistă din ce în ce mai mult asupra utilității investigației urografice în studiul afecțiunilor extrarenale, de cele mai multe ori tumorale (7). Înainte explorarea urografică semnala doar tumorile gigante suprarenale sau pe acelea ce produceau dislocarea evidentă a ureterelor.

Astăzi în centrul atenției stă una din tumorile cele mai frecvente — cancerul de col uterin. Numeroși autori (13, 1, 16) relevă necesitatea controlului urografic-intravenos în tratamentul cancerului genital feminin; se descriu modificările ureterale (3, 4, 12) și cele vezicale (2) produse de extensia tumorii precum și stenozele ureterale consecutive iradierii acestor tumori (17, 18). Metoda este utilă și pentru ghidarea și controlul intervențiilor urologice efectuate în aceste cazuri (15, 22).

Frecvența leziunilor urologice la femeile cu cancer genital este impresionantă. La un total de 54 de bolnave aflate în tratamentul nostru pentru astfel de tumori, ocluzia ureterală permanentă sau intermitentă a fost pusă în evidență într-un interval de 6 luni în 21 cazuri (38, 89%). Dată fiind importanța problemei, monografiile consacrate ei (5) sînt perfect justificate.

În ciuda celor expuse mai sus numai o mică parte a unităților medicale competente utilizează metoda modernă a urografiei intravenoase. Tocmai din această cauză scopul prezentei lucrări este de a demonstra utilitatea metodei urografice intravenoase pentru radiodiagnosticul tumorilor extrarenale, mai ales pentru precizarea extinderii cancerului din sfera genitală feminină.

Obs. 1. C. M., 32 de ani, suferă de cc. de col uterin st. II—III. (parametru stg.). Sub efectul unei iradieri masive apar perioade de dureri intermitente, cu caracter de colică ureterală stg. Perioadele de colică sînt consecutive iradierii cîmpurilor parametriane stîngi. Urografia intravenoasă seriată (fig. 1.) pune în evidență ocluzia supravezicală a ureterului stîng, cu o curbură congenitală ureterală supraiacentă (fig. 2.). Rinichiul stîng funcționează intens. Rezolvarea chirurgicală conservatoare s-a dovedit a fi posibilă.

Obs. 2. Bolnava T. M., de 51 de ani, prezintă de cîteva luni un cc. de col uterin st. III. Dureri lombare stîngi și suprasimfizare, necaracteristice, datînd de la „debutul“ bolii. Presupunînd o ocluzie ureterală stîngă „cronicizată“ se execută urografie intravenoasă. Clișeul de 30° (fig. 3.) vizualizează pe de o parte semnele unei hidronefroze de gr. II. în stînga cu excreția parțial menținută, iar pe de altă parte localizarea substanței opace numai în 1/3 dreaptă a vezicii. Clișeul centrat pe vezică în OAS (fig. 4) pune în evidență compresia acesteia dinspre stînga și centru-dinapoi, vezica avînd forma unui corn, prezentînd și un diverticol pe extremitatea dreaptă. Contururile sînt însă nete, fapt care pledează contra invadării vezicii astfel comprimate.

Obs. 3. D. E., 36 de ani, este ținută sub observație cu un adenocarcinom ovarian drept operat, cu 3 ani în urmă. De cîteva săptămîni are dureri lombare în dreapta, fără a avea caracter de colică. La urografie (fig. 5.) se vede o lacună tumorală cu limita anfractuoză ocupînd cele 2/3 drepte ale opacifierii vezicale și în același timp staza din căile urinare superioare drepte, consecința ocluziei parțiale provocate de formația tumorală la nivelul orificiului.

Concluzii

Din cazurile prezentate reiese că procedeul este foarte util pentru punerea în evidență a stricturilor ureterale tumorale și a proceselor tumorale interesînd vezica, mai ales cînd, în acest ultim caz investigațiile retrograde nu pot fi practicate.

Cazurile prezentate au vizualizat și detalii surprinzătoare. Astfel am văzut și c curbură ureterală congenitală (obs. 1), o compresie vezicală de grad maxim (obs.



Fig. nr. 1. Observația 1. Clișeu de ansamblu fără compresie, la 15 minute după administrarea a 20 ml de iodopac 3.



Fig. nr. 3. Observația 2. Clișeu de ansamblu, fără compresie, la 20 de minute după administrarea a 20 ml iodopac 3.



Fig. nr. 2. Observația 1. Fragment din seria pîntîită în ortostatism, la 40 de minute după injecție: A) Segmentul ureteral prestenotic supravезical. Sub cercul distinctivului apare stenoza; B) Segmentul ureteral-lombar - de uadură (în partea superioară a porțiunii comprimate)



Fig. nr. 4. Observația 2. Vezica în O.A.S. la 40 de minute după injecție



Fig. nr. 5. Observația 3. Clișeu de ansamblu fără compresie, la 15 minute după administrarea a 20 ml iodopac 3.

2), juxtaexistentă ocuziei ureterale prin compresie tumorală. În obs. 3 urografia a precizat că ocuzia ureterală parțială este cauzată de invazia metastatică extinsă de la nivelul vezicii.

Aceste investigații trebuie efectuate cu o tehnică adecvată. Primul clișeu, executat cu compresie ureterală, asigură opacifierea optimă a ambelor părți, independent de eventuala ocuzie tumorală. Radiografia standard „de ansamblu” trebuie completată prin clișee relativ tardive. În cazuri de tulburări ale tranzitului ureteral se vor executa în ortostatism radiografii seriate tardive. Pentru vezică se execută, tot tardiv, o radiografie axială, completată cu tomografii sau cu poligrafie micțională.

Sosit la redacție: 10 octombrie 1963.

Bibliografie

1. BRIUKNER L. și colab.: Vopr. onkologii (1961), 7, 1, 25; BRUKNER L.: Csl. Rentgenol (1960), 6, 390; 3. CUKIER D. S., EPSTEIN B. S.: Radiology (Syr.) (1962), 78, 1, 68; 4. EVSEIENKO L. S.: Vopr. onkologii (1958), IV, 4, 478; 5. EVSEIENKO L. S.: Izmenenia v mocevoi sisteme pri rake Ńeiki Moskova, Medghiz (1961), 163; 6. GHINZBURG L. A.: Renghenoskopia pocek i mocetocinikov, Leningrad, Medghiz (1961), 97; 7. GONDOS B.: Radiology (Syr.) (1962), 78, 2, 180; 8. HAJÓŠ E.: Magyar Radiologia XIII, (1961), 3—4, 195; 9. IDELSON L. A.: Vestnik Rentghenol i Radiol. (1955), 30, 1, 56; 10. IOACHIM H.: în vol. „Probleme de Oncologie”, E. S. București (1953), 305—340; 11. KERTÉŠZ A., DARVAS ŃT., DÁVID I.: I.M.F. Tg.-Mureș, A IV-a Ses. Științifică (1962), Secția Oncologică, p. 14—15; 12. LANGE F.: J. Urol. Nephrol. (Paris) (1961), 67, 3, 203; 13. NEGRU D.: Radiodiagnostic Clinic, H. Welther, Sibiu (1944), 612; 14. POULIQUEN N.: J. Radiol. Electrol. (1957), 38, 7—8, 793; 15. PUȘCARIU V.: Oncol. și Radiol. (1962), 1, 5, 461; 16. RHAMY R. K. și colab.: Amer. J. Roentgenol (1962), 87, 1, 41; 17. ROESSLER R.: Polski Przegląd Radiol. i Med. Nukl. (1962), XXVI, 2, 165; 18. SARAFOV P., PAVLOV K.: Vop. Pediat. (Sofia) (1960), 6, 58; 19. SIGGERS R. L.: Radiology (Syr.) (1961), 77, 3, 452; 20. SMOLEAK L. G.: Vestnik Rentghenol. i Radiol. (1957), 32, 1, 67; 21. STREJA M.: Medicamentele noastre (1953), 1, 40; 22. SZENDI B.: Magyar Onkologia (1958), 2, 2, 72; 23. TIKTINSKI O. L.: Vestnik Rentghenol i Radiol. (1962), 37, 4, 70.