

## NEFROPEXIA CU HAMAC DE MATERIAL PLASTIC\*

Z. Millea, M. Anghel

Ptozele viscerale se împart din punct de vedere clinic în nemanifeste (compensate), manifeste (activate, decompensate) și complicate.

Dacă primele două categorii sînt de domeniul medicinei interne, cea de a treia reclamă de regulă redresarea chirurgicală, pexia organului ptozat. Este cazul nefroptozei complicate cu stază urinară și infecție pielo-renală consecutivă.

Ineficacitatea procedeelor clasice de nefropexie (recidive numeroase, perinefrita sclero-lipomatoasă consecutivă decapsulării) a orientat căutările spre utilizarea materialelor plastice.

În acest sens, s-au imaginat multiple metode, de la simple însăllări cu fire de nylon (*Uebermuth, Tachot, Haase*), pînă la veritabile plase-hamac care imbracă rinichiul ptozat ancorîndu-l de ultimele două coaste sau spații intercostale (*Müller, Schönlebe, Kneise, Murvanidze* etc.).

Cercetările experimentale efectuate de către *Murvanidze* au demonstrat perfectă tolerare a plasei de plastic atît din partea rinichiului cît și din cea a țesuturilor perirenale (4).

Același autor publică rezultate bune după 52 intervenții efectuate la om (o singură recidivă și două fistule care se închid spontan).

\* Prezentată la ședința de comunicări din 22 IX 1966, a subfilialei U.S.S.M. Aiud.

Promovarea și perfecționarea metodei de nefropexie cu plasă-hamac din material plastic este legată și de numele chirurgului român Dan E. *Moucha* (Brașov), care în 1965 publică 3 cazuri operate după acest procedeu, cu o modificare în ceea ce privește tipul de suspensie, modificare menită să asigure rinichiului o poziție perfect anatomică (1). Cazurile urmărite post-operator între 2—4 ani, evoluează fără nici o tulburare în sfera renală sau semne de intoleranță locală.

Procedeu folosit de *Moucha* l-am aplicat și noi în cazul nostru și-l vom expune mai detaliat cu ocazia prezentării lui.

Obs.: Bolnavul S. M. de 39 ani (F.O. nr. 11/66) se internează în serviciul nostru la data de 5 I 1966 cu fenomene de pielo-nefrită dreaptă. Boala evoluează de mai mulți ani, cu pusee repetate care răspund greu la tratamentul medicamentos și cu perioade de acalmie în care persistă însă dureri în lomba dreaptă, accentuate de efortul fizic.

Clinic, pe lângă semnele bolii pentru care se internează, constatăm o ptoză renală dreaptă destul de accentuată.

După tratarea pielo-nefritei facem o urografie care ne confirmă ptoza și evidențiază o cudură ureterală consecutivă.

Considerăm cazul ca o formă dureroasă de nefroptoză, cu stază urinară și pielo-nefrită recidivantă consecutivă și decidem intervenția de nefropexie

Prot. op. (nr. 35/66): Rahianestezie completată cu infiltrație retroperitoneală de Novocaină 0,5%. Lombotomie dreaptă, extinsă cranial pînă deasupra coastei XI și caudal pînă sub spina iliacă antero-superioară. Găsim un rinichi ușor mărit de volum și ptozat iliac. Prin disocierea planurilor refacem loja renală și atragem rinichiul în plagă. În continuare îmbrăcăm rinichiul într-un săculeț confecționat din plasă de relon (grosimea firului: nr. 7) cu ochiuri de 1 cm. Sacul, care acoperă rinichiul pînă la hil, se fixează la acest nivel de capsula renală cu fire atraumatice. Se mai aplică cîteva fire similare în diferite puncte ale plasei pentru consolidarea contactului cu capsula. În continuare, ancorăm sacul cu 4 fire de suspensie, de aceeași grosime cu cele folosite la confecționarea plasei, repartizate median două cîte două pe fața anterioară și posterioară a rinichiului în apropierea polilor, simetrice între ele în ambele sensuri, suprapunîndu-se etajat pe un plan sagital ipotetic. Cu un ac Reverdin scoatem firele superioare deasupra coastei XI și cele inferioare deasupra coastei XII și prin tracționarea lor gradată ridicăm rinichiul în poziția lui anatomică. Legăm firele între ele sub controlul orientării în spațiu a organului (deviațiile fiziologice în plan frontal și sagital), și după ce în prealabil ne-am convins că elementele hilului renal nu sînt sub tensiune (fig. 1—2). Suturăm capsula grăsoasă perirenală la nivelul polului inferior. Antibiotice locale. Refacerea planurilor anatomice fără drenaj.

Pos-operator repaus la pat 10 zile cu mobilizare progresivă. Evoluție fără nici o complicație, plaga operatorie se vindecă „per primam“.

Externăm bolnavul la 20 zile de la intervenție, vindecat.

Urografia efectuată la două luni de la intervenție arată un aspect morfologic normal.

După 8 luni de la intervenție situația se menține bună. În tot acest interval bolnavul n-a mai avut nici o acuză dureroasă sau de altă natură în sfera pielo-renală. Cicatricea operatorie este suplă, loja renală liberă.

Desigur că un singur caz operat și urmărit abia 8 luni nu ne permite să tragem concluzii personale asupra eficacității acestui procedeu. Nici nu am intenționat aceasta și considerăm că nici n-ar mai fi necesar.

Prezentînd cazul am dorit în primul rînd să atragem atenția asupra acestui procedeu care, în ciuda superiorității sale indiscutabile asupra celor clasice, este privit încă cu multă neîncredere de marea majoritate a chirurgilor. (Nu întîmplător, în literatura noastră de specialitate găsim un singur articol (2) care expune 7 cazuri de nefropexie cu plasă de relon, fiind vorba însă de o simplă bandă și

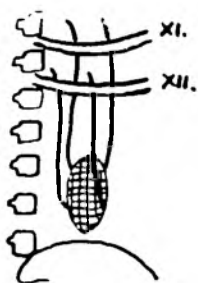


Fig. nr. 1.: Schema rinichiului îmbrăcat în plasă, cu cele 4 fire de suspensie, prin a căror tracționare și innodare se va efectua nefropexia (Reprodus după Moucha).

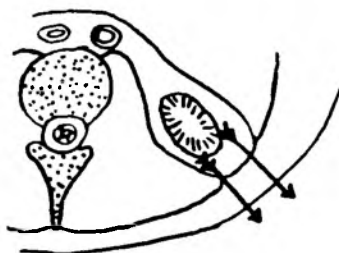
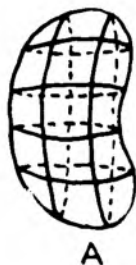


Fig. nr. 2.: Sensul în care se exercită tracțiunea firelor de suspensie asupra rinichiului, permițând o fixare în poziție anatomică. (Respectarea unghiurilor pe care organul le face cu planul frontal și cel sagital).



A

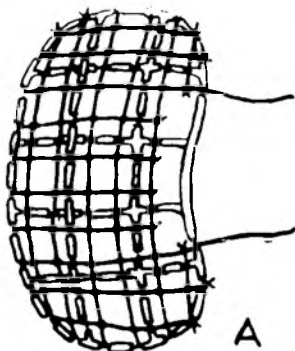


B

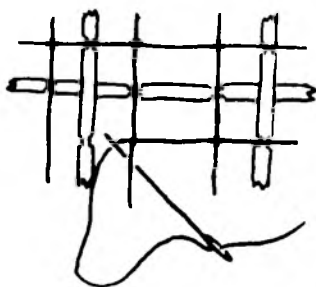


C

Fig. nr. 3: Scheletul de sirmă: A: din față; B: din profil. C: modul de articulare și fixare



A



B

Fig. nr. 4: Scheletul de sirmă după excizia învelișului izolator (la dist. de 1 cm) și confecționarea plasei (schema reprezintă o singură față a montajului). A: De remarcat firele libere, ce urmează a fi innodate doar după îmbrăcarea rinichiului. B: modul de efectuare a nodului după transfixie.

Z. MILLEA. M. ANGHEL: NEFROPEXIA CU HAMAC DE MATERIAL PLASTIC



Fig nr. 5.



Fig. nr. 6

nu de un sac-hamac propriu-zis). În al doilea rând, ținând cont că în prezent singura dificultate de ordin tehnic pe care o ridică această intervenție este problema confecționării plasei-hamac, am ținut să expunem metoda pe care am utilizat-o în acest scop, metodă la îndemina oricărui chirurg.

Autorii citați au folosit plase croșetate. În această eventualitate, pe lângă necesitatea unei persoane calificate, mai apar și dificultăți în ceea ce privește respectarea unei rinichiului. Din aceste motive am preferat metoda improvizată pe care vom încerca s-o expunem în câteva cuvinte, metodă ce reclamă un efort în plus dar dă satisfacție deplină furnizând plase-hamac perfect dimensionate.

Am folosit pentru confecționarea sacului un schelet rigid de sirmă izolată, de forma și mărimea rinichiului (fig. 3). Pe acest schelet, excizind învelișul izolator la distanțe de 1 cm (ochiurile plasei), în ambele sensuri, am putut aplica firele longitudinale fixate prin innodare la unul din poli și în continuare cele transversale, trecute prin transfixie cu un ac de cusut (prin cele longitudinale) și consolidate cu cite un nod, respectiv cu două la marginea hilară a plasei. Firele terminale ale marginii concave, supra- și subhilar se lasă libere pentru a fi innodate între ele abia după ce rinichiul a fost îmbrăcat (fig. nr. 4).

Utilizând schelete de diferite mărimi se pot „țese“ plase de dimensiuni variabile, necesare pentru acomodarea la volumul rinichiului ptizat. (Scheletul poate fi înlocuit cu succes printr-un mular de lemn cu șanțuri longitudinale și transversale.)

Evident că soluția ideală ar fi fabricarea industrială a acestor plase-hamac și aprovizionarea centralizată a serviciilor de chirurgie. Pentru aceasta însă se pare că va trebui să așteptăm pînă cînd procedeul de nefropexie descris va deveni de uz curent și pînă atunci metodele improvizate sînt binevenite.

*Sosit la redacție: 13 decembrie 1966.*

#### *Bibliografie*

1. DAN E. MOUCHA, REMUS D. MOUCHA: Journal de Chirurgie (Paris), (1965), 90, 1—2, 91; 2. GOZNER A., SZERÉMY L.: Chirurgia (1964), 13, 6, 827; 3. PĂUNESCU-PODEANU A., BĂLTĂCEANU O.: Viața Medicală (1964), 11, 14, 971; 4. MURVANIDZE D. D.: Urologiya (Moscova), (1962), 5, 29; 5. BURGHELE TH., GOLDSTEIN I.: Viața Medicală (1954), 7, 1, 19; 6. CIBERT J., PERRIN J.: L'Urologie Chirurgicala (Paris), (1958), 275; 7. KNEISE G.: Zbl. Chir. (1953), 26, 1081; 8. HAASE H.: Zbl. Chir. (1961), 21, 3, 107.