

## ЛАПАРОСКОПСКА ТРАНСПЕРИТОНЕАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА БЪБРЕЧНА КИСТА – ПЪРВИ ПЕТ СЛУЧАЯ В НАШАТА ПРАКТИКА

Цв. Генадиев, Д. Гайдаров, В. Велева и П. Петров

Клиника по урология  
Университетска болница "Лозенец" – София

## LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL EXCISION OF RENAL CYST – FIRST FIVE CASES IN OUR PRACTICE

Tsv. Genadiev, D. Gaydarov, V. Veleva and P. Petrov

Clinic of Urology  
University Hospital "Lozenets" – Sofia

**Резюме:** Кортикалните или парапелвикалните бъбречни кисти са често срещана патология в урологичната практика. Решението за тяхното лечение е пункция на кистата със склерозираща терапия, лумботомия с ексцизия на кистата или лапароскопска ексцизия. Представяме нашите първи пет случая на лапароскопска ексцизия на бъбречна киста. Пациентите са четири жени и един мъж. Средната им възраст е 52 години. Средният размер на кистите е 5 см. Оперативното време е средно 150 min. Не е прилагано кръвопреливане. Следоперативната болка е била незначителна. Средният болничен престой е 3 дни. Лапароскопската ексцизия на солитарна бъбречна киста е метод на избор при това заболяване.

**Ключови думи:** бъбречна киста, лапароскопска ексцизия

**Адрес за кореспонденция:** Д-р Цветин Генадиев, Клиника по урология, Университетска болница „Лозенец“, ул. „Козяк“ № 1, 1407 София, тел.: 9607669, e-mail: genadievi@abv.bg

**Summary:** Cortical or parapelvic renal cysts are frequently found in urological practice. The curative methods of choice are percutaneous puncture with sclerotic therapy, open surgery or laparoscopic excision. We present our first five cases of laparoscopic transperitoneal excision of renal solitary cyst. The patients were four women and one man. Mean age was 52 years. Mean size of the cyst was 5 cm. Mean operative time was 150 min. No hemotransfusion was performed. No serious postoperative pain was registered. Mean hospital stay was 3 days. It is concluded that the laparoscopic excision of renal cyst is a method of choice for management of this pathology.

**Key words:** renal cyst, laparoscopic excision

**Address for correspondence:** Tsvetin Genadiev, MD, Clinic of Urology, University Hospital "Lozenets", 1 Kozyak str., Bg – 1407 Sofia, tel.: 9607669, e-mail: genadievi@abv.bg

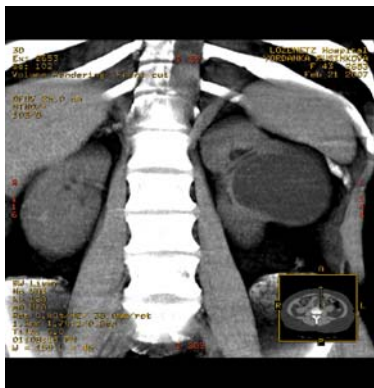
### УВОД

Кистите на бъбрека са често срещано заболяване. Откриват се при ехографски преглед по повод на тежест в подребрието, високо кръвно налягане или бъбречнокаменна болест. Произхождат най-често от бъбречния паренхим и са кортикално разположени. Срещат се и парапелвикални кисти. Изборът на лечение е труден поради факта, че те най-често не увреждат здравето на пациента. Класическата отворена ексцизия на бъбречна киста с лумботомия се прилага все по-рядко. Усъвършенстването на лапароскопската оперативна техника и прило-

жението ° в урологията доведе до по-лесно решение на проблема със солитарните бъбречни кисти.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

През 2007 г. в нашата клиника извършихме първите пет лапароскопски ексцизии на бъбречна киста. Пациентите бяха четири жени на възраст от 44 до 65 години и един мъж на 62 години. Средният размер на бъбречните кисти беше 5 см. Болните бяха изследвани с ехография, компютърна томография и интравенозна урография – снимка 1.



**Снимка 1.** Компютърна томография – солитарна бъбречна кортикална киста в средната трета на левия бъбрек

При трима от пациентите повод за диагностицирането беше болка в подребрието и поясната област. При една от пациентките беше правена пункция в друга клиника.

Болните бяха подложени на трансперитонеална лапароскопия. При трима от тях се поставиха 4 троакара – два от 10 mm и два от 5 mm. При двама пациенти се поставиха един троакар от 10 mm и два от 5 mm. При два от случаите използвахме ултразвукова ножица.

Започнахме с отпрепарирание на flexura coli hepatica или lienalis и достигане до мастната капсула на бъбрека. Тя се отпрепарира и се откри бъбречната киста – снимки 2 и 3.

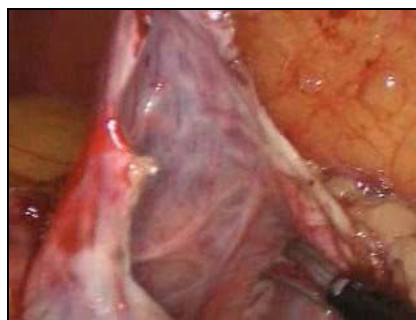


**Снимки 2 и 3.** Отпрепарирание на кистата от околната мастна тъкан

При два от случаите попаднахме върху кистата, без да отпрепарираме колона. Освободихме кистата от околната мастна тъкан до откриване на границата с бъбречния паренхим. Пунктирахме кистата и взехме материал за microbiologically investigation. Ексцизирахме стената на кистата

тата по възможност на границата с бъбречния паренхим и го коагулирахме с моно- или биполярен ток против рецидив – снимки 4 и 5.

Кистата се отстранява през троакар и се фиксира във формалин за траен препарат – снимка 6.



**Снимки 4 и 5.** Ексцизия на стената на кистата до паренхима на бъбрека



**Снимка 6.** Отстраняване на стената на кистата през 10-милиметров троакар

Извършва се оглед на ложето на кистата и в него се поставя мастна тъкан. Прави се тръбен дренаж – снимка 7.



Снимка 7. Тръбен дренаж в ложето на кистата

### РЕЗУЛТАТИ

За първите две операции оперативното време се задържаше около два часа. За следващите случаи оперативното време намаля до 45-50 min. Кръвозагуба почти липсваше и разлика в нивото на хемоглобина от кръвната картина преди и след операцията не се установи. Пациентите бяха раздвижени и приемаха течности в деня на операцията. Двама не бяха обезболявани, трима бяха обезболявани еднократно инжекционно и перорално в деня на операцията. Извършена беше антибиотична профилактика еднократно интравенозно в началото на операцията. Тръбният дренаж се свали на първия следоперативен ден при четирима от пациентите, а при един – на втория следоперативен ден. При хистологичното изследване не се установиха данни за малигнен процес. При един от случаите се откри част от бъбречен паренхим на границите на кистата. Всички пациенти бяха изписани от клиниката в добро общо състояние. Не сме наблюдавали инфектиране на троакарните отвори. На контролните прегледи не установихме рецидивирание на кистите.

### ОБСЪЖДАНЕ

През 1992 г. С. Jr. Morgan и D. Rader съобщават за случай на лапароскопско лечение на солитарна кортикална бъбречна киста [18]. Авторите описват случая и изтъкват предимствата му пред класическата оперативна техника. G. Guazzoni и сътр. правят подобно съобщение през 1994 г. [11]. Лапароскопската бъбречна кистектомия започва да се прилага все по-широко [7, 8, 10, 12, 15, 16, 25]. Интерес предизвиква мнението на S. A. Kattan, който описва случай на бързо ранно рецидивирание на голяма бъбречна киста след лапароскопска ексцизия и поставя на обсъждане предимствата на този метод [14].

Според A. Rapé лапароскопската ексцизия на бъбречна киста е подходящ метод при кисти над 6 cm, докато при по-малките е възможно да се извърши само пункция [23]. A. Okumura и сътр. приемат лапароскопията като сигурен и ефикасен метод при двустранни перипелвикални бъбречни кисти [20]. W. W. Roberts и сътр. подкрепят това мнение [24]. Според A. H. Samargo и сътр. лапароскопската аблация на перипелвикалните кисти е значително по-трудна и изисква повече умения, отколкото кортикалната бъбречна киста. Усложненията при перипелвикалните кисти са повече [4]. При абдоминалните лапароскопски операции, каквато е и лапароскопската ексцизия на бъбречните кисти, усложненията са предимно малко и рядко се налага конверсия [22].

Редица автори подкрепят и изтъкват предимствата на пункцията и склерозиращата терапия на бъбречните кисти [1, 2, 5, 6, 9, 17, 19, 21].

Според S. Arisan и сътр. при 71% от пациентите след пункция и склеротерапия болката се възвръща и кистите рецидивират. Авторите изтъкват предимства на лапароскопската техника пред склеротерапията [3].

Y. Kang, C. Noble и M. Gupta описват перкутанна транспаренхимна ендодистолиза на бъбречна киста като първи избор [13].

При прегледа на световната научна литература се открояват два основни метода за лечение на бъбречните солитарни кортикални или перипелвикални кисти. Това са перкутанната пункция със склерозираща терапия и лапароскопската бъбречна ексцизия. И двата метода претърпяват развитие и различни модификации. Отворената хирургична техника е почти изоставена. Поради развитието на лапароскопската оперативна техника методът според редица автори е най-подходящ за дефинитивно лечение на кистите. Единственото становище за бърз ранен рецидив поставя под съмнение описания казус и не отрича предимствата на лапароскопския метод.

### ИЗВОДИ

Съвременното лечение на бъбречните кисти е предимно неоперативно или лапароскопско. Двамата метода се прилагат широко в урологичната практика. Свързани са най-често с незначителни усложнения. При лапароскопската техника рецидивите са по-редки. Методът е свързан с ниска кръвозагуба, незначителна следоперативна болка и кратък болничен престой.

Първите случаи на лапароскопска бъбречна кистектомия за нашата клиника определяме като успешни. За утвърждаване на метода е необходимо увеличаване броя на интервенциите, както и проследяване на следоперативните резултати.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

1. Agostini, S. et al. Percutaneous treatment of simple renal cysts with sclerotherapy and extended drainage. – Radiol. Med. (Torino), **108**, 2004, № 5-6, 522-529.
2. Akinçi, D. et al. Long-term results of single-session percutaneous drainage and ethanol sclerotherapy in simple renal cysts. – Eur. J. Radiol., **54**, 2005, № 2, 298-302.
3. Arisan, S. et al. Laparoscopic unroofing and aspiration-sclerotherapy in the management of symptomatic simple renal cysts. – Sci. World J., **19**, 2006, № 6, 2296-2301.
4. Camargo, A. H. et al. Laparoscopic management of peripelvic renal cysts: University of California, San Francisco, experience and review of literature. – Urology, **65**, 2005, № 5, 882-887.
5. Consonni, P. et al. Percutaneous echo-guided drainage and sclerotherapy of symptomatic renal cysts: critical comparison with laparoscopic treatment. – Arch. Ital. Urol. Androl., **68**, 1996, № 5, Suppl. 5, 27-30.
6. Delakas, D. et al. Long-term results after percutaneous minimally invasive procedure treatment of symptomatic simple renal cysts. – Int. Urol. Nephrol., **32**, 2001, № 3, 321-326.
7. Doumas, K., K. Skrepetis et M. Lykourinas. Laparoscopic ablation of symptomatic peripelvic renal cysts. – J. Endourol., **18**, 2004, № 1, 45-48.
8. Dunn, M. D. et R. V. Clayman. Laparoscopic management of renal cystic disease. – World J. Urol., **18**, 2000, № 4, 272-277.
9. Falcí-Júnior, R. et al. Treatment of simple renal cysts with single-session percutaneous ethanol sclerotherapy without drainage of the sclerosing agent. – J. Endourol., **19**, 2005, № 7, 834-838.
10. Ferzli, G. S. et al. A three-troacar technique for limited laparoscopic renal surgery. – Surg. Endosc., **11**, 1997, № 6, 693-695.
11. Guazzoni, G. et al. Laparoscopic unroofing of simple renal cysts. – Urology, **43**, 1994, № 2, 154-159.
12. Hemal, A. K. Laparoscopic management of renal cystic disease. – Urol. Clin. North Am., **28**, 2001, № 1, 115-126.
13. Kang, Y., C. Noble et M. Gupta. Percutaneous resection of renal cysts. – J. Endourol., **15**, 2001, № 7, 735-738.
14. Kattan, S. A. Immediate recurrence of simple renal cyst after laparoscopic unroofing. – Scand. J. Urol. Nephrol., **30**, 1996, № 5, 415-418.
15. McNally, M. L. et al. Laparoscopic cyst decortication using the harmonic scalpel for symptomatic autosomal dominant polycystic kidney disease. – J. Endourol., **15**, 2001, № 6, 597-599.
16. Mimita, H. et al. Three approaches for laparoscopic unroofing of simple and complicated renal cysts. – Int. J. Urol., **4**, 1997, № 2, 212-217.
17. Mohsen, T. et M. A. Gomha. Treatment of symptomatic simple renal cysts by percutaneous aspiration and ethanol sclerotherapy. – BJU Int., **96**, 2005, № 9, 1369-1372.
18. Morgan, C. Jr. et D. Rader. Laparoscopic unroofing of a renal cyst. – J. Urol., **148**, 1992, № 6, 1835-1836.
19. Okeke, A. A. et al. A comparison of aspiration and sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts. – BJU Int., **92**, 2003, № 6, 610-613.
20. Okumura, A. et al. Laparoscopic ablation of peripelvic renal cysts. – Int. Urol. Nephrol., **35**, 2003, № 3, 307-310.
21. Pananen, I. et al. Treatment of renal cysts with single-session percutaneous drainage and ethanol sclerotherapy: long-term outcome. – Urology, **57**, 2001, № 1, 30-33.
22. Parsons, J. K. et al. Complications of abdominal urologic laparoscopy: longitudinal five-year analysis. – Urology, **63**, 2004, № 1, 27-32.
23. Rané, A. Laparoscopic management of symptomatic simple renal cysts. – Int. Urol. Nephrol., **36**, 2004, № 1, 5-9.
24. Roberts, W. W. et al. Laparoscopic ablation of symptomatic parenchymal and peripelvic renal cysts. – Urology, **58**, 2001, № 2, 165-169.
25. Rubenstein, S. C. et al. Laparoscopic ablation of symptomatic renal cysts. – J. Urol., **150**, 1993, № 4, 1103-1106.

Постъпила – 14 януари 2008 г.