

- 5) **Rieger G.:** Atrophia gyrata chorioideae et retinae. Demonstration eines Falles. Österreichische Ophth. Gesellsch. 1971, 14, 187.
- 6) **Weber U., Henckes R.:** Retinopathia punctata albescens mit zentrales Pigmentepithelatrofie. Klin. Mbl. F. Augenheilk., 1984, 1, 51.
- 7) **Witner R.:** Differentialdiagnose der Uveitis. Endogene Augenentzündungen. F. Schiller Universita, Jena, 1985, 23.

Summary

ATROPHIA GYRATA CHOROIDEAE ET RETINAE ASSOCIATED WITH THE DETERIORATION OF MACULA LUTEA

The article discusses a case of the disease known as atrophie gyrata chorioideae et retinae in a patient aged 32 in whom it was associated with the degeneration of macula lutea and with a - 6.0 D myopia. It also gives the fluorescein angiographic changes in fundus oculi.

Résumé

L'ATROPHIE GYRATA DE LA CHOROÏDE ET DE LA RETINE ACCOMPAGNÉE D'UNE DÉGÉNÉRESCENCE DE LA MACULA

Dans cet article il est décrit un cas atteint d'atrophie gyrata de la choroïde et de la rétine accompagnée d'une dégénérescence de la macula. Le malade était âgé de 32 ans et présentait une myopie de 6 dioptries. L'auteur décrit aussi la fluoroscénographie du fond d'oeil.

DËMTIMI TRAUMATIK I MBYLLUR I URETERIT

— KSHM FLAMUR TARTARI — doc. SIMON ÇAPELI —

(Katedra e kirurgjisë speciale)

Dëmtimet e izoluara dhe të mbyllura të ureterit janë të rralla, por në praktikën e përditshme mjekësore këto hasen, sepse ureteri mbështetet në muskulin ileopsoas, i cili është i fortë. Gjatë aksidenteve të ndryshme, si goditje ose përplasje me objekte të forta mund të ndodhin këto dëmtime të mbyllura të ureterit. Ato paraqesin vështirësi të madhe në diagnostikimin dhe japin ndërlikime të shumta, të cilat mund të rrezikojnë edhe jetën e të dëmtuarit. Në klinikën urologjike kemi pasur një rast të tillë, i cili vlen të publikohet për arsye se mjekët në përgjithësi dhe kirurgët në veçanti duhet t'i njohin këto dëmtime, duke i diagnostikuar dhe mjekuar sa më shpejt, për të shmangur ndërlikime serioze të mundshme (2,4,6,12,13).

Rasti ynë: Fëmija L.XH., 5 vjeç, me nr. karte 4465, paraqitet në spitalin tonë më 23.8.1985, i transferuar nga spitali i një rrethi tjetër, ku ishte operuar. Diagnoza në shtrim ishte gjendje pas laparotomisë eksplorative për kontuzion abdominal, gjendje pas apendektomisë me temperaturë të lartë. Diagnoza e pranimit në spitalin tonë ishte status pas laparotomisë eksplorative me qelbëzim të plagës me gjendje toksike.

Në shtrim fëmija kishte këto ankesa; temperaturë të lartë, dhimbje barku dhe urinim me diegie. Nga të dhënat anamnestike, rezultoi se fëmija, më datë 7.8.1985, duke luajtur, rrëzohet dhe dëmtohet në regjionin inguinal të djathtë, por pa plagë ose dëmtime të lëkurës. Me që kishte të vjella të shoqëruara me dhimbje barku, 24 orë pas paraqitjes mjeku kirurg detyrohet të bëjë laparotomijë eksplorative, duke konstatuar dëmtime të muskujve oblikë të jashtëm e të brendshëm të anës së djathtë. Pas hapjes së peritoniumit, nuk u gjetën dëmtime të organeve të brendshme, por konstatuan shumë askaride dhe një apendiks më i gjatë se zakonisht, për këtë arsye iu bë apendektomia. U konstatuan dëmtimet e muskujve të sipërm dhe u drenua hematoma midis tyre. Hematomë retroperitoneale nuk kishte. Gjendja e fëmijës pas operimit nuk ishte e mirë, sepse ai vazhdoi të kishte temperaturë të lartë të shoqëruar me dhimbje barku të cilat e keqësonin situatën. Fëmija vazhdoi me një gjendje të rëndë toksiko-septike. Rasti konsultohet urgjent në Tiranë dhe hospitalizohet në Spitalin nr. 2, në të cilin iu fillua një terapi reanimatore intensive me antibiotikë (penicilinë kristalinë dhe gentalinë), vitaminëterapi, plazmë, serume dhe

hemotransfuzion. Fëmija kishte një hiperleukocitozë (24.600), me një azotome 56 mg/l⁰/₀ dhe një kretinemi 3.2 mg/l⁰/₀, të shoqëruar me ndryshimet të elektroliteve. Me gjithë terapinë reanimatore, gjendja e fëmijës vazhdon të jetë shumë e rëndë, me temperaturë të lartë, dhimbje barku, bark meteorik, me shpeshtësi të frymëmarrjes dhe me një puls të shpejtë, por jo të mbushur mirë. Duke u nisur nga këto të dhëna, me të drejtë u vendos të bëhet ndërhyrje kirurgjikale, e cila kryhet me anestezi të përgjithshme endotrakeale. Bëhet prerje transrektale e majtë dhe, pasi hapet muskuli *rectus abdominis*, del qelb i trashë në sasi të madhe. Hapet zgavra peritoneale, prej të cilës del lëng seroz në sasi të madhe, rreth dy litra e gjysmë. Kontrollohen organet abdominale dhe nuk konstatohet gjë, përveç hipercisë dhe inflamacioneve të jashtëm të zorrëve. Bëhet lavazhi i zgavrës abdominale dhe i organeve nga jashtë me tretësirë fiziologjike të vakët. Lihet dren gome në kanal in anësor të majtë dhe një dren tjetër në Douglas, plaga qepet në shtresa me shumë vështirësi, për arsye se gjithë peritoneumi dhe muskujt mbi të paraqesin inflamim të shprehur. Gjatë ndërhyrjes kirurgjikale, fëmija mori penicilinë kristalinë 1.5 milion unite. Pas operimit u trajtua me një terapi të kujdesshme reanimatore të shoqëruar me antibiotikë, plazmë, gjak etj. Me gjithë kurimin që iu bë dhe ndërhyrjen kirurgjikale, gjendja e fëmijës rëndohet shumë ditët e para dhe pastaj përmirësohet, ndërsa pas 10 ditësh, kur gjendja e fëmijës ishte relativisht e mirë, përveç një temperature nënethore, nga vendi i drenit të Douglasit filloi të rrjedhë një lëng i verdhë i turbullt, që dyshohet për urinë. Krahës kësaj rrjedhjeje, të nesërmen fëmijës iu ngrit temperatura në shifra të larta deri në 40°C. Duke parë këtë gjendje, më datë 7.9.1985 rasti konsultohet me kirurgët urologë dhe iu bë urografia intravenoze urgjente. Nga urografia rezultoi se veshkat janë në madhësi normale me një zmadhim më të lehtë të veshkës së djathtë, por të dyja e eliminonin mirë kontrastin. Ureteri i majtë zbrit normalisht në fshikzën urinare, ndërsa i djathti në 1/3-ën e poshtme të tij ndërpritet dhe është pak i zgjeruar në pjesën e mësipërme. Fshikëza urinare mbushet mirë, ka madhësi dhe formë normale, nuk vërehet dalje e lëndës së kontrastit jashtë saj. Me këtë urografi u dyshua menjëherë për dëmtim të ureterit të djathtë në 1/3-ën e poshtme të tij dhe, për këtë arsye, u vendos të bëhet pielografia retrograde me narkozë të përgjithshme halota + oksigjen. Pas bërjes konstatohet; kateteri ureteral nr. 4 Ch. futet në ostiumin e ureterit t ë djathtë 3-4 cm dhe pastaj ka ndërprerje të kalueshmërisë së tij, gjë që shihet pas futjes së lëndës së kontrastit. Ky i fundit nuk do të kalojë në ureter më sipër dhe më pas në veshkë, por do të derdhet si pellg në hapësirën retroperitoneale të anës së djathtë. Kjo flet për një dëmtim të plotë të ureterit të djathtë në 1/3-ën e poshtme të tij. Nga kateteri ureteral filloi të rrjedhë me shumicë urinë e turbullt (gjë që, pa dyshim është urina e grumbulluar në hapësirat retroperitoneale).

Diagnoza tani ishte më se e qartë. U vendos që fëmija të reanimohet dhe të bëhet ndërhyrje kirurgjikale për drenazhimin e urinës, rekonstrukcionin e ureterit, në qoftë se ka mundësi të bëhet, drenazhimin e flegmonës urinare të formuar prej disa kohësh, duke synuar shpëtimin e jetës së fëmijës (1,14). Fëmija operohet më datë 9.9.1985, d.m.th. një muaj pas traumës së ureterit. Ndërhyrja është bërë me anestezi të për-

gjithshme endotrakeale, me halotan dhe oksigjen. Bëhet prerje lumbare e djathtë e zgatur poshtë nën prerjen e operimit të parë. Hapet shtresë pas shtrese retroperitonealisht dhe në 1/3-ën e poshtme të ureterit të djathtë konstatohen disa xhepa të mbushur me urinë të turbullt të qelbëzuar, të cilët menjëherë hapen dhe drenohen mirë. Duken dhe koagula të vjetra gjaku të qelbëzuara. Pastrohet vendi me kujdes dhe shikohet që ureteri është i dëmtuar në gjatësi, në formë spirale në madhësi 3-4 cm në të dyja anët e tij. Për këtë arsye, ai nuk ka asnjë mundësi të riparohet, sidomos në këto kushte të një infeksioni të madh nga flegmona urinare, si edhe në gjendjen e rëndë toksiko-septike të fëmijës dhe të ndryshimeve inflamatore të vetë paretit të ureterit. Për këtë arsye, vendoset që të bëhet heqja e veshkës dhe ureterit. Bëhet nefroureteroektomia e djathtë, duke pasur parasysh që veshka tjetër është normale.

Gjatë manipulimeve, u hap pak edhe peritoneumi dhe u pa që në zgavrën abdominale nuk ka urinë, megjithatë, për dy-tri ditë, u la një dren i hollë polietileni në Douglas. Gjithashtu, lihet një dren në llozhën retroperitoneale poshtëpelvike në vendin e flegmonës urinare dhe një dren tjetër në llozhën e veshkës lart. Plaga operatore qepet sipas shtresave. Pas operimit fëmija u trajtua me ceporinë, gentalinë, gjak, plazmë vitaminë, serume të ndryshme dhe dietoterapi. Ecuria pasoperatore e fëmijës është e mirë, pa temperaturë, me një diurezë të mirë dhe plaga operatore iu mbyll *per primam*. Fëmija e mori veten mirë dhe del i shëruar plotësisht më 15 tetor 1985. Është paraqitur për kontroll në muajin shkurt të vitit 1986 dhe rezultoi me një gjendje të mirë me një peshë të shtuar 6-7 kg dhe me një diurezë normale gjatë 24 orëve. Cikatrice e operimit është e mirë.

Diskutimi i rastit

Siç e theksuam më sipër, dëmtimet ureterale janë të rralla. Natyrisht, trajtimi sa më korrekt i këtyre dëmtimeve varet në një shkallë të madhe nga diagnostikimi i tyre sa më i shpejtë. Autorë të ndryshëm sjellin shifra nga më të ndryshme nga literatura dhe nga përvoja e tyre lidhur me këto dëmtime të ureterit. P.sh. një autor (6) paraqet 4 raste të dëmtimeve ureterale gjatë 10 vjetëve, ndërsa disa autorë të tjerë (12) në 307 raste me dëmtime të aparatit urogenital 0.3% e tyre janë dëmtime ureterale etj. Sipas llojit të dëmtimit të uretereve do të bëhet dhe kurimi i tyre, në raste se këto dëmtime do të shoqërohen edhe me dëmtime të organeve të tjera, atëherë mjekimi do të jetë i kombinuar. Diagnoza e dëmtimeve të uretereve do të bëhet në bazë të të dhënave anamnesticke, klinikës, si edhe ekzaminimeve të ndryshme urologjike dhe ekografisë të barkut, të veshkave dhe të rrugëve urinare (3,5,7,8,9,10).

Një autor (6), nga përvoja e tij shumëvjeçare lidhur me këto dëmtime të aparatit urogenital në përgjithësi dhe ato ureterale në veçanti, flet se pothuajse në të gjitha rastet diagnoza është e vendosur më vonë, pas disa ditësh, javësh dhe një muaji. Prandaj nga ana mjekut kërkohet një observim i vazhdueshëm dhe kryerja sa më shpejt e ekzaminimeve të mësipërme. Nga të dhënat e ekografisë i.v., në dëmti-

met urorale do të kemi gjithmonë një stazë të veshkës dhe të ureterit të dëmtuar, i cili do të jetë pak më i zgjeruar dhe do të kemi dalje të lëndës së kontrastit në formë të pellgjeve në mënyrë të rregullt në hapësirën retroperitoneale. Një gjë e tillë do të shikohet edhe në rastin e futjes së kateterit ureteral në mënyrë retrograde me anën e cistoskopisë. (6,11,12).

Dalja e urinës dhe grumbullimi i saj në hapësirën retroperitoneale në rastin tonë dhanë ndërlikime të mëdha, që e rrezikuan seriozisht jetën e fëmijës. Flegmona urinare, e cila solli një gjendje septike-toksike të fëmijës, formoi edhe retroperitonitin me abscese të shumta, të cilat u drenuan dhe u mjekuan gjatë operimit. Konkretisht në rastin tonë fëmija u operua tri herë. Kjo u shkaktua nga vendosja e vonshme e diagnozës, e cila, po të tregohej një kujdes më i madh dhe po të vlerësoheshin të dhënat anamnestike, mund të vendosej më herët, duke bërë qysh në fillim ekzaminimet urologjike, kështu do të shmangejshin të gjitha ndërlikimet e mëvonshme, që do të sillte edhe një taktikë tjetër mjekimi (ndoshta, mund të bëhej rekonstrukcioni i ureterit të dëmtuar).

Mjekimi i dëmtimeve të ureterit është i ndryshëm. Ai, në radhë të parë, do të varet nga koha e dëmtimit, koha e paraqitjes tek mjeku gjendja lokale, vendi i dëmtimit të ureterit, si edhe gjendja e përgjithshme e të dëmtuarit. Për këtë sot ekzistojnë metoda të ndryshme operatore, të cilat do të varen nga të dhënat e mësipërme, si edhe nga të dhënat radiologjike në të cilat do të shohim praninë e dy veshkave dhe uretereve, funksionin e tyre. Duke u bazuar në këto të dhëna, mjeku do të kryejë ndërhyrjen kirurgjikale me metoda të ndryshme, si p.sh. qepja e thjeshtë e ureterit, qepja e dy cungjeve të uretereve të dëmtuara (uretero-ureteroanastomozë). Në rastet të tjera mund të bëjmë qepjen e ureterit të dëmtuar në ureterin e veshkës tjetër të padëmtuar ureterocistostomisë me metoda të ndryshme, lidhjen e ureterit me fshikzën urinare sipas Boarit, ndërsa ka raste kur mund të bëhet nxjerrja e ureterit në lëkurë (ureterostomia kutane). Më në fund mund të bëhet edhe heqja e veshkës bashkë me ureterin.

Në rastin tonë, mendojmë se heqja e veshkës së bashku me ureterin e dëmtuar rreth 3-4 cm në një terren të një flegmone të abseduar urinare retroperitoneale me një gjendje të kompromentuar toksiko-septike e fëmijës ishte më së e drejtë, sepse kjo gjë na solli edhe shpëtimin e jetës së fëmijës.

Dorëzuar në redaksi më 8.9.1986

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bean A.: Traitement chirurgical des traumatismes graves de l'appareil urinaire supérieur. Ann. chir. inf., 1966, 67, 231.
- 2) Bruziere J., Vincens L.: Les contusions du rein chez l'enfant Ann. urol., 1977, 105, 335.
- 3) Carabona P., Delmas M., Bonnes F.: Rupture de l'uretère lombaire par contusion abdominale. Ureterographie. Mem. Ac. Chir., 1972, 98, 421.

- 4) Carlton C.E., Scott R., Guthrie A.G.: The initial management of ureteral injuries. J. urol., 1971, 105, 336.
- 5) Campbell M.F.: Urogenital injuries. Në: «Urology», 1970, 2, 1890.
- 6) Dufour B.: L'obstruction des contusions abdomino-lombaire, J. urol. et nephrol., 1973, 67, 191.
- 7) Javadpour N., Guinan P., Bush I.M.: Renal trauma in children. Surg. gynec. obst., 1973, 136, 237.
- 8) Joung J.D.: Trauma to the kidney and ureter. Në: «Levis, Practice in surgery», 1972, 2, 40.
- 9) Kelalis P.P., King L.R.: clinical pediatric urology; Genitourinary trauma, 1976, 2, 1029.
- 10) Morse T.S., Smith J.P., Howard W.H., Rowe I.: Kidney injuries in children. Journal of urology, 1977, 98, 539.
- 11) Rusche C., Morrow J.W.: Injury to the ureter. Në: «Urology», 1970, I, 811.
- 12) Persky L., Hoch W.H.: Jatrogenic ureteral and vesical injuries. Në: «Levis, Practice of surgery», 1974, 2, 60.
- 13) Waterhouse K.: Injuries to the urinary tract in children. Në: «Reviews in pediatric urology», 1974, 241.
- 14) Wemear C.L., Mezeman E.: Evolution spontanée d'une rupture traumatique de l'uretère. J. urol. et nephrol., 1967, 73, 291.

Summary

A CLOSED TRAUMATIC INJURY OF THE URETER

A case very difficult to diagnose is described of a traumatic injury of the ureter together with its complications in a small child. The child was operated three times and was finally cured.

Résumé

LE TRAUMATISME FERME DE L'URETÈRE

Les auteurs de cet article décrivent le cas d'un petit enfant présentant un traumatisme de l'urétére dont le diagnostic était très difficile. Après trois opérations le malade a été guéri.