

О.Д. Фофанов¹, В.О. Фофанов¹, Б.М. Зіняк², Б.Д. Баб'як²

Мініінвазивне лікування солітарних непаразитарних кіст паренхіматозних органів у дітей

¹Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

²Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.4(61):74-79; DOI 10.15574/PS.2018.61.74

Мета – вивчити клінічну ефективність пункційного склерозуючого лікування солітарних непаразитарних кіст паренхіматозних органів (ПО) – нирок, селезінки, печінки – у дітей.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати обстеження і лікування 72 дітей з простими кістами ПО віком від 1 місяця до 17 років. Серед них найбільш чисельну групу (53 хворих, 73,6%) склали хворі з кістами нирок, у 13 (18,1%) хворих були кісти селезінки, у 6 (8,3%) дітей – непаразитарні кісти печінки. У 22 дітей проведено лікування черезшкірними пункціями / катетеризаціями кіст зі склерозуванням 96° етиловим спиртом, охолодженим до -20°C, під ультрасонографічною навігацією (14 хворих з кістами нирки, 6 дітей з кістами селезінки і 2 дитини з кістами печінки).

Результати. Оцінку результатів проводили безпосередньо після проведеного лікування, через 6 місяців та один рік. Незадовільних результатів не було. Задовільний результат отримано у 14 (63,6%) дітей, з них у 8 хворих з кістами нирок, у 4 – з кістами селезінки, у 2 – з кістами печінки. Добрий результат лікування відмічено у 8 (36,4%) дітей (6 – кісти нирок, 2 – кісти селезінки). Найкращий ефект лікування спостерігався при простих кістах діаметром 5–7 см. Рецидивів кіст чи серйозних ускладнень (кровотеча, нагноєння, перитоніт) при застосуванні пункційного склерозуючого лікування не спостерігали. При складній локалізації кіст селезінки ефективною є лапароскопічна асистенція. Важливим у досягненні позитивного ефекту при пункційному склерозуючому лікуванні простих кіст ПО є забезпечення некрозу епітеліальної вистилки кісти без ушкодження оточуючих тканин.

Висновки. Ультразвукове дослідження дозволяє виявити солітарні кісти ПО на ранній стадії, до появи клінічних проявів, коли збережена більша частина паренхіми органа. Методика пункційного лікування солітарних кіст ПО з дренажуванням та етапним склерозуванням охолодженим 96° етиловим спиртом може бути реальною альтернативою хірургічному втручанню, а при кістах нирок – і методом вибору. Методика є високоефективною, доступною і мініінвазивною. Дотримання усіх технічних аспектів дозволяє уникнути рецидиву та інших ускладнень.

Ключові слова: непаразитарні кісти паренхіматозних органів, пункційне склерозуюче лікування, діти.

Mini-invasive treatment in solitary nonparasitic parenchymal organs in children

O.D. Fofanov¹, V.O. Fofanov¹, B.M. Ziniak², B.D. Babiak²

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

²CI «Ivano-Frankivsk Regional Children's Clinical Hospital», Ukraine

The purpose of the study is to investigate the clinical efficacy of puncture sclerosing treatment in solitary nonparasitic parenchymal organs (PO) cysts (kidneys, spleen, liver) in children.

Materials and methods. The basis of the work is the results of examination and treatment of 72 children with PO simple cysts from the age of 1 month to 17 years. Among them, the most numerous group (53 patients, 73.6%) were patients with cysts of the kidneys, 13 patients (18.1%) had spleen cysts, in 6 children (8.3%) were non parasitic liver cysts. 22 children underwent treatment with percutaneous puncture / catheterization of cysts with sclerosing by 96° ethyl alcohol, cooled down to -20° C under ultrasonographic navigation (14 patients with kidney cysts, 6 children with cysts of the spleen and 2 children with liver cysts).

Results. Evaluation of treatment results was performed immediately after treatment, after 6 months and 1 year. We did not receive any unsatisfactory results. A satisfactory result was obtained in 14 children (63.6%), among them 8 patients with cysts of the kidneys, 4 – with cysts of the spleen,

2 – with cysts of the liver. A good result of treatment was noted in 8 (36.4%) children (6 – kidney cysts, 2 – spleen cysts). We noted the best treatment effect in simple cysts with a diameter of 5-7 cm. We did not observe relapse of cysts or serious complications (bleeding, suppurations, peritonitis) with the use of puncture sclerosing treatment. When difficult localization of the splenic cyst, the laparoscopic assistance is effective. Important in achieving a positive effect in the puncture sclerosing treatment of PO simple cysts is to ensure necrosis of the epithelial lining of the cyst without damaging the surrounding tissues.

Key words: not parasitic cysts of parenchymal organs, puncture sclerosing treatment, children.

Миниинвазивное лечение солитарных непаразитарных кист паренхиматозных органов у детей

А.Д. Фофанов¹, В.А. Фофанов¹, Б.М. Зиняк², Б.Д. Бабьяк²

¹Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

²Ивано-Франковская областная детская клиническая больница, Украина

Цель исследования – изучить клиническую эффективность пункционного склерозирующего лечения солитарных непаразитарных кист паренхиматозных органов (ПО) – почек, селезенки, печени – у детей.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 72 детей с простыми кистами ПО в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Среди них наиболее многочисленную группу (53 больных, 73,6%) составили больные с кистами почек, у 13 (18,1%) больных были кисты селезенки, у 6 (8,3%) детей непаразитарные кисты печени. У 22 детей проведено лечение чрескожными пункциями / катетеризациями кист со склерозированием 96° этиловым спиртом, охлажденным до -20° С, под ультразвукографической навигацией (14 больных с кистами почки, 6 детей с кистами селезенки и 2 ребенка с кистами печени).

Результаты. Оценку результатов проводили непосредственно после лечения, через 6 месяцев и один год. Неудовлетворительных результатов не было. Удовлетворительный результат получен у 14 (63,6%) детей, среди них у 8 больных с кистами почек, у 4 – с кистами селезенки, у 2 – с кистами печени. Хороший результат лечения отмечен у 8 (36,4%) детей (6 – кисты почек, 2 – кисты селезенки). Лучший эффект лечения отмечали при простых кистах диаметром 5–7 см. Рецидивов кист или серьезных осложнений (кровотечение, нагноение, перитонит) при применении пункционного склерозирующего лечения не наблюдалось. При сложной локализации кист селезенки эффективна лапароскопическая ассистенция. Важным в достижении положительного эффекта при пункционном склерозирующем лечении простых кист ПО является обеспечение некроза эпителиальной выстилки кисты без повреждения окружающих тканей.

Выводы. Ультразвуковое исследование позволяет выявить солитарные кисты ПО на ранней стадии, до появления клинических проявлений, когда сохранена большая часть паренхимы органа. Методика пункционного лечения солитарных кист ПО с дренированием и этапным склерозированием охлажденным 96° этиловым спиртом может быть реальной альтернативой хирургическому вмешательству, а при кистах почек – и методом выбора. Методика является высокоэффективной, доступной и миниинвазивной. Соблюдение всех технических аспектов позволяет избежать рецидива и других осложнений.

Ключевые слова: непаразитарные кисты паренхиматозных органов, пункционное склерозирующее лечение, дети.

Вступ

До недавнього часу солітарні кісти нирок, печінки, селезінки у дітей вважалися рідкісною патологією, що зумовлено відсутністю їх клінічної маніфестації у більшості випадків. Так, кісти селезінки у пацієнтів різного віку зустрічаються з частотою від 0,5 до 2% від усіх захворювань органа. Прості кісти нирок становлять до 3% від усієї урологічної патології. Усі кісти паренхіматозних органів (ПО) поділяють на справжні (природжені) та несправжні (після перенесеної травми органа, інфаркту чи нагноєння). Головною відмінністю між ними, як вважають більшість авторів, є наявність епітеліальної вистилки при справжніх кистах та її відсутність – при несправжніх. Також кісти поділяють на паразитарні (альвеококові, цистицеркові, ехінококові) та непаразитарні [1,2,4,6].

До 70% хворих з простими кистами паренхіматозних органів не мають клінічних проявів, кісти виявляють у них випадково при ультразвуковому обстеженні. Інколи кісти паренхіматозних органів виявляють при їх ускладненнях (нагноєння, розрив, крововилив у порожнину кісти, перитоніт, кровотеча). Зі збільшенням розмірів кіст підвищується частота клінічних проявів (дискомфорт та біль у животі чи у поперековій ділянці, поява об'ємного утворення, яке пальпується, наявність сечового син-

дрому при кистах нирок). З удосконаленням інформативності променеви методів досліджень у дітей частота даної патології збільшилась [2,3,7,10].

Раніше основним методом лікування було хірургічне втручання – енуклеція кісти або резекція частини органа з кістою. Нерідко хірургічні втручання супроводжувалися кровотечею, закінчувались спленектомією (при кистах селезінки) та навіть нефректомією. Згодом більш популярними серед хірургів стали мініінвазивні лапароскопічні втручання. Ще менш інвазивним і органозберігаючим лікуванням простих кіст нирок, селезінки і печінки є пункційний метод. Вперше пункційне лікування кіст селезінки зі склерозуванням 96° етиловим спиртом описав J. Kawamura, відмічаючи високий відсоток частоти рецидивів кіст. Недостатню ефективність такого лікування автори пояснювали неповною обробкою епітеліальної вистилки кісти [3,5,8,9,10].

Ефективність пункційного склерозуючого лікування кіст паренхіматозних органів суттєво зросла останніми роками з появою ультразвукових апаратів та датчиків для ультразвукової навігації з високою роздільною здатністю і можливістю 3-мірної візуалізації та сучасних катетерів для черешкірного дренивання порожнин тіла. Також ефективність склерозуючого лікування кіст покращилася при за-

Оригінальні дослідження. Абдомінальна хірургія

стосуванні охолодженого до -20°C етилового спирту [1,2,3,6,7,9].

Незважаючи на покращення діагностики та лікування дітей із солітарними кістами паренхіматозних органів, залишається багато невирішених і дискусійних питань стосовно показань до хірургічного лікування, вибору його тактики. Зокрема чітко не визначені показання до хірургічного лікування кіст взагалі та показання до пункційного склерозуючого лікування, вибору склерозанта та його об'єму, застосування повторних пункцій чи дренивання кіст катетером [1,2,4,6,8].

Мета дослідження – вивчити клінічну ефективність пункційного склерозуючого лікування солітарних непаразитарних кіст паренхіматозних органів (нирок, селезінки, печінки) у дітей.

Матеріал і методи дослідження

В основу роботи покладено результати обстеження і лікування 72 дітей з простими кістами ПО віком від 1 місяця до 17 років. Серед них найбільш чисельну групу (53 хворих, 73,6%) склали хворі з кістами нирок, у 13 (18,1%) хворих були кісти селезінки, у 6 (8,3%) дітей непаразитарні кісти печінки. Серед дітей з кістами нирок розподіл за статтю був рівномірним (28 хлопчиків і 25 дівчат). Найчастіше кісту нирки виявляли у віці 11–18 років (62,3% хворих), 30,0% дітей були у віці 3–10 років і 7,5% дітей – до трьох років. У 30 (56,6%) хворих була кіста правої нирки, у 22 (41,5%) дітей – лівої і у однієї дитини були солітарні кісти обох нирок. Локалізація кіст була у більшості хворих у верхньому полюсі нирки (28 дітей, 52,8%), у 13 хворих – у нижньому полюсі (25,5%), у решти 12 дітей – у середній третині нирки, у тому числі у двох хворих – у ділянці воріт нирки. Об'єм кіст нирок коливався від 15 до 215 cm^3 . У двох дітей кіста нирки була ускладнена нагноєнням.

Кісти селезінки було діагностовано у 13 хворих (9 хлопчиків і 4 дівчат). Частіше виявляли кісти у дітей старшого шкільного віку (8 хворих), у однієї дитини була вроджена кіста селезінки, діагностована антенатально. Об'єм кіст був від 24 до 400 cm^3 . У 5 дітей кіста була розташована у верхньому полюсі селезінки, у 3 – в нижньому, у двох дітей у середній третині, у трьох дітей були кісти великих розмірів, які охоплювали майже весь орган. У однієї дитини була посттравматична кіста селезінки.

У 6 дітей були діагностовані непаразитарні кісти печінки (5 хлопчиків і 1 дівчинка). У 5 випадках вік хворих становив від 11 до 18 років. В усіх хворих локалізація кіст була у правій частці печінки. В одного хворого була вроджена кіста гігантських розмірів



Рис. 1. Ультрасонограма дитини із солітарною кістою селезінки

(12x8x7 см). У однієї дитини була посттравматична кіста печінки.

В усіх хворих застосовано загальноклінічні дослідження (збір анамнезу, об'єктивне обстеження), загальноприйняті лабораторні (загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові) та променеві методи досліджень (ультрасонографія з доплерівським скануванням, комп'ютерна томографія з контрастуванням, екскреторна урографія, мікційна цистографія, сцинтиграфія нирок).

Отримані результати дослідження аналізували із застосуванням методів біостатистики на персональному комп'ютері за допомогою програмного забезпечення AtteStat Microsoft Excel 2007. Застосовували методи описової статистики з оцінкою середнього значення показників (M), величини середньої стандартної похибки (m), t-критерію Стьюдента.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) всіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

У 37,7% хворих з кістами нирок клінічний перебіг був безсимптомним, патологія була виявлена при ультразвуковому дослідженні. У 43,4% дітей були скарги на біль у поперековій ділянці, у 18,9% хворих спостерігали збільшення ураженої нирки, дизуричні прояви та зміни у загальному аналізі сечі. При розмірах кіст менше 3 см у діаметрі клінічних проявів не було. У 46,2% дітей з кістами селезінки приводом до звернення по медичну допомогу був абдомінальний біль, у 30,8% дітей при огляді було виявлено збільшену селезінку або наявність об'ємного утворення в черевній порожнині. У трьох

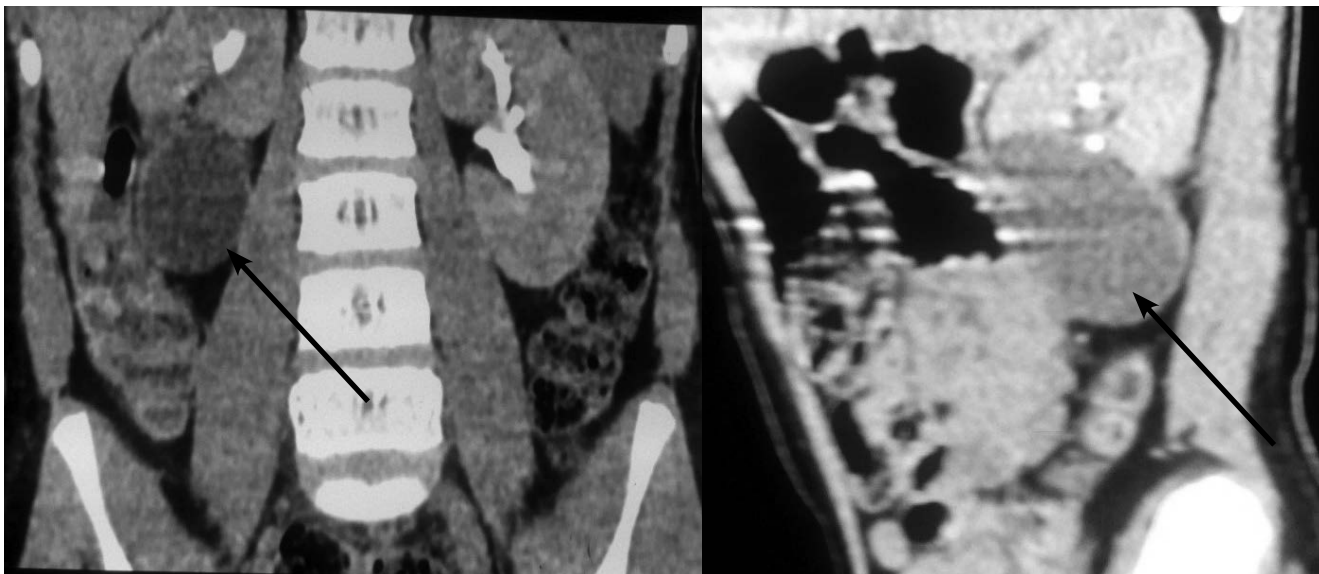


Рис. 2. Комп'ютерна томографія з контрастуванням. Кіста нижнього полюсу правої нирки (вказана стрілкою)

дітей був безсимптомний перебіг кісти селезінки, діагностовано патологію при ультразвукографії. У хворих з кістами печінки найчастіше спостерігали біль у правому підребер'ї (66,7% дітей), у однієї дитини було збільшення печінки.

Скринінговим методом діагностики солітарних кіст була ультразвукографія, яка дозволяла встановити розміри і локалізацію кісти, а також уточнити можливість пункційного лікування (рис. 1).

Для виявлення порушень гемомікроциркуляції органа, викликаних кістою, обов'язково проводили доплерографію. Виявлені зміни враховували при встановленні показань до хірургічного лікування. Для більш точної візуалізації кісти та визначення її взаємовідношення із сусідніми органами застосовували комп'ютерну томографію з контрастуванням, яка була виконана у 12 хворих (рис. 2).

У 10 хворих з кістами нирок проводилася екскреторна урографія для диференційної діагностики з гідронефрозом та чашечковим дивертикулом, у 3 хворих проведена мікційна урографія для виключення міхурово-сечовідного рефлюксу. У двох дітей з кістами нирок проводилася сцинтиграфія нирок. В обох випадках виявлено зниження функції нирки.

Вибір методу лікування солітарних непаразитарних кіст залежав від розмірів кісти, наявності її клінічної маніфестації, локалізації кісти, наявності порушення функції органу чи гемоциркуляторних порушень, темпів росту кісти. Показаннями до хірургічного лікування, включаючи мініінвазивне пункційне лікування, вважали наступні симптоми:

- наявність солітарної кісти максимальним розміром ≥ 3 см;



Рис. 3. Гігантська кіста селезінки у дитини. Інтраопераційне фото

- наявність больового синдрому;
- швидкий ріст кісти;
- порушення гемодинаміки паренхіми органа;
- нагноєння кісти.

При кістах нирок додатковими показаннями були: обструкція колекторної системи нирки кістою, інфікування сечових шляхів, артеріальна гіпертензія, гематурія.

У випадку неускладненої кісти розміром менше 3 см без клінічних проявів і ознак порушення гемодинаміки паренхіми органа проводили спостереження за дитиною з обов'язковим ультразвукографічним моніторингом. Серед обстежених хворих під спостереженням знаходились 39 дітей з кістами нирок, 2 дітей з кістами селезінки і 2 дітей з кістами печінки.

Відкрите хірургічне втручання проведене у п'ятьох дітей з кістами селезінки та двох хворих з

Оригінальні дослідження. Абдомінальна хірургія

кістами печінки. При кістах селезінки у трьох дітей проведена цистектомія або резекція частини селезінки з кістою, у двох випадках проведена спленектомія при тотальному ураженні органа (рис. 3).

Двом дітям з кістами печінки проведено операції енуклеації кист.

У 22 дітей проведено черезшкірну пункцію / катетеризацію кісти зі склерозуванням під ультрасонографічною навігацією (14 хворих з кістами нирки, 6 дітей з кістами селезінки і 2 дитини з кістами печінки).

Техніка проведення склерозуючого лікування кісти. Під загальним наркозом та ультразвуковою навігацією проводили пункцію і катетеризацію кісти у місці, максимально наближеному до черевної стінки, катетером типу pig tail. Після аспірації кістозного вмісту у порожнину кісти вводили $\frac{1}{2}$ об'єму 96° етилового спирту, охолодженого до -20°C . Експозиція 10 хвилин, після цього склерозант аспірували. Через 24–48 годин склерозування повторювали. Загалом кожному хворому проводили по 2–3 склерозування. Кількість процедур залежала від динаміки скорочення об'єму порожнини кісти за даними ультрасонографії. Вважаємо, що найголовнішим у досягненні позитивного ефекту при пункційному склерозуючому лікуванні простих кіст ПО є забезпечення некрозу усїєї епітеліальної вистилки кісти без ушкодження оточуючих тканин. У цьому аспекті ефективним є застосування саме охолодженого до -20°C склерозанта. При потраплянні його у порожнину кісти при температурі тіла відбувається швидке випаровування склерозанта, що забезпечує максимальне охоплення поверхні епітелію кісти. Крім того, кровоплив додатково сприяє некрозу епітелію кісти.

Протипоказаннями до такого лікування вважали анатомічно складну локалізацію та розрив кісти. Однак у двох хворих з кістами селезінки складної локалізації (поблизу воріт селезінки) ми провели катетеризацію кіст з лапароскопічною асистенцією.

Оцінку результатів лікування проводили безпосередньо після проведеного лікування, через 6 місяців та один рік. При цьому оцінювали наявність ускладнень, динаміку скорочення кістозної порожнини і стан паренхіми органа. Результат вважали добрим, коли кістозна порожнина не визначалася через рік за відсутності ускладнень. Задовільним вважали результат за відсутності ускладнень, коли спостерігали скорочення розмірів кістозної порожнини у два і більше разів, діаметр залишкової порожнини не перевищував 1,5 см, за відсутності росту кісти і будь-яких клінічних проявів. За наявності

ускладнень лікування та коли кістозна порожнина зберігала розміри чи збільшувалася через рік, результат лікування вважали незадовільним.

Незадовільних результатів нами не отримано. Задовільний результат отримано у 14 (63,6%) дітей, серед них у 8 хворих з кістами нирок, у 4 – з кістами селезінки, у 2 – з кістами печінки. Добрий результат лікування нами відмічено у 8 (36,4%) дітей (6 – кісти нирок, 2 – кісти селезінки).

Слід зауважити, що найкращий ефект лікування ми відмічали при простих кістах діаметром 5–7 см. При цьому не спостерігали суттєвих порушень функції та гемодинаміки уражених органів, водночас розміри кіст дозволяли без утруднень провести їх дренивання. Отже, для досягнення кращих результатів лікування кіст ПО важливою є рання діагностика.

Рецидивів кіст при застосуванні пункційного склерозуючого лікування ми не спостерігали. Серйозних ускладнень (кровотеча, нагноєння, перитоніт) при застосуванні даного лікування також не спостерігалось. При складній локалізації кіст селезінки ефективною є лапароскопічна асистенція.

Висновки

Ультразвукове дослідження дозволяє виявити солітарні кісти ПО на ранній стадії, до появи клінічних проявів, коли збережена більша частина паренхіми органа.

Методика пункційного лікування солітарних кіст ПО з дрениванням та етапним склерозуванням охолодженим 96% етиловим спиртом може бути реальною альтернативою хірургічному втручанню, а при кістах нирок – і методом вибору.

Методика є високоефективною, доступною і мініінвазивною. Дотримання усіх технічних аспектів дозволяє уникнути рецидиву та інших ускладнень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Беляева АВ, Поляев АЮ, Розинов ВМ (2016). Непаразитарные кисты селезенки у детей (этиология, классификация, органосохраняющее лечение). Рос. вестник дет. хирургии, анестезиологии, реаниматологии. 6(3):102–9.
2. Врублевская ЕН, Коварский СЛ, Врублевский СГ, Феоктистова ЕВ, Гуревич АИ, Поддубный ГС (2010). Современные представления об этиопатогенезе, клинике, диагностике и методах лечения солитарной кисты почки у детей. Детская хирургия. 2:39–42.
3. Поляев ЮА, Исаева МВ, Степанов АЭ, Фокин НВ, Ашманов КЮ, Мызин АВ, Гарбузов РВ, Каримов ИВ. (2009). Малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист селезенки у детей. Детская хирургия. 3:13–16.

Оригінальні дослідження. Абдомінальна хірургія

- Hodge MG, Ricketts RR, Simoneaux SF, Abramowsky CR. (2012). Splenic Cysts in the Pediatric Population: A Report of 21 Cases with Review of the Literature. Fetal and pediatric pathology. 31(2):54–62.
- Kawamura J., Hiura M., Ueda M., Higashi Y., Yoshida O., Kuwahara C, Ueda M. (1984). Ultrasound splenic cyst puncture and 95% ethanol injection. Ann. Surg. 30(3):287–94.
- Koh C, Cserni T, Hawkes R, Dickson AP, Hennayake S, Keene DJB. (2018). The management of symptomatic simple renal cysts in children. Journal of Pediatric Surgery Case Reports. 28:21–29.
- Koutlidis N, Joyeux L, Méjean N, Sapin E. (2015). Management of simple renal cyst in children: French multicenter experience of 36 cases and review of the literature. J Pediatr Urol. 11(3):113–7.
- Moir C, Guttmann F, Jerquer S et al. (1989). Splenic cysts: aspiration, sclerosis or resection. J Pediatric Surg. 24(7):646–8.
- Morandi E., Castoldi M., Merlini D.A. et al. (2012). Is there a role of percutaneous drainage in non-parasitic splenic cysts? Case report. Journal of Surgery. 33(10):343–5.
- Pegios A, Chaidos C, Klokkaris A, Tsikopoulos G. (2014). Non-parasitic cysts in children – peculiarities in surgical management – report of three cases. Hellenic Journal of Surgery. 86(4):238–43.

Відомості про авторів:

Фофанов Олександр Дмитрович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії Івано-Франківського національного медичного університету. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел./факс (0342) 525649.

Фофанов Вячеслав Олександрович – лікар-хірург дитячий Івано-Франківської обласної клінічної дитячої лікарні, асистент кафедри дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії Івано-Франківського національного медичного університету. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.

Зіняк Богдан Михайлович – лікар-уролог дитячий, Івано-Франківська обласна клінічна дитяча лікарня. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Є. Коновальця, 132.

Баб'як Богдан Дмитрович – лікар-уролог дитячий, Івано-Франківська обласна клінічна дитяча лікарня. Адреса: 76006, м. Івано-Франківськ, вул. Є. Коновальця, 132.

Стаття надійшла до редакції 07.08.2018 г.; прийнята до друку 11.12.2018 р.

30th Congress of the ESPU

April 24-27th, 2019
Lyon, France

Dear Colleagues and Friends,

The European Society for Paediatric Urologists (ESPU) will celebrate its 30th anniversary in the International Congress Center of Lyon on April 24-27, 2019.

From a small gathering of friends in Rotterdam in 1989 to the largest world society of Paediatric Urology in 2019, a lot of work and energy have been spent by many experts from all around the world. This 30th anniversary will be a nice opportunity to thank the numerous contributors of this success story. This meeting will cover all fields of Paediatric Urology and we are expecting a strong attendance of experts from all the world including some famous stars of our specialty like Paul Mitrofanoff and Robert Whitaker who will receive the Honory Membership medal on that occasion.

Lyon is a great Roman city to stay and visit. It is the world capital of gastronomy and is wonderfully located between the Beaujolais and Burgundy in the North, and the Rhône Valley in the South. It was the capital of Gaule (27 BC) and is a UNESCO world heritage city. Walking through the middle age part is a delight with wonderful food, books and art markets, museums and shops. Lyon has a strong medical history with leading Hospitals and Universities. It is where the International Agency for Research on Cancer is. Lyon is close to the mountains and the sea. Its access is very easy by plane, train or car.

It is a pleasure and an honour for me to welcome you all as the local organizer of this meeting. It has a very special meaning for me as I was one of the co-founders of this Society 30 years ago, along with Roelof Scholmeijer, Rien Nijman, Jos de Vries and Patrick Duffy. The local organization is lead by Claude-Bernard University Congress Center and the overall organization is supervised by the ESPU team. Enjoy Lyon and its area and enjoy the scientific content of the 30th ESPU meeting.

Pierre Mouriquand, MD, FRCS(Eng), FEAPU

Professor and head of the Department of Paediatric Urology
Université Claude-Bernard – Hospices Civils de Lyon

More information: <https://congress2019.espu.org/>