

REZEȚIA ENDOSCOPICĂ A ADENOMULUI VOLUMINOS LA PACIENȚII CU ȘI FĂRĂ DRENAJ SUPRAPUBIAN

V.Ghicavii, E. Ceban, I. Dumbrăveanu, C.Guțu, C. Spînu, V. Platon,
I. Nicu, G. Tricolici, S. Pleșco

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu", Chișinău

Summary

Nowadays the transurethral resection is being often and best accomplished in the majority of the different volume BPH cases. We frequently find a growth of complications concerning urinary system at the patients, with large BPH, which increase the risk of the surgery treatment. Usually in these cases it is indicated urgent cystostomy, and afterwards to use the Reuter type resection. The objective of this publication is to enlarge the indication field of the TUR.P for patients who might have multiple complications.

Introducere. Actualmente rezeția transuretrală reprezintă operația de elecție aplicată majorității covârșitoare a adenomelor de prostată de diferit volum. La pacienții cu adenom de prostată voluminos se constată o creștere frecventă a complicațiilor atât a sistemului urinar (pielonefrită, IRC, retenție de urină ș.a.), cât și a altor sisteme (cardiovasculare, digestive, neurologice, etc.) ce măresc riscul tratamentului chirurgical (începând cu hemoragia imediată severă și terminând cu multiplele sechele de tip obstructiv). În majoritatea cazurilor de acest gen se indică instalarea cistostomei urgente și efectuarea rezeției tip Reuter ulterioare.

Scopul lucrării. Scopul lucrării este aprecierea valorii cistostomiei prelabile TUR P la bolnavii cu multipli factori de risc.

Material și metodă. Între anii 1998-2005 în centrul nostru au fost efectuate 507 rezeții transuretrale a prostatei (TURP). Din 153 (30%) pacienți operați cu adenom voluminos e" 60 gr, la 68 (44,4%) pacienți s-a efectuat rezeția endoscopică, cu instalarea preventivă a cistostomei (grupul I), iar în 85 (55,5%) cazuri rezeție fără instalarea drenajului suprapubian preventiv (grupul II). Vârsta medie a pacienților a fost de 62 ani. Cistostoma a fost înlăturată la a doua zi la toți pacienții. Menținerea sondei uretrale a constituit în medie 4-5 zile postoperatorii în ambele grupe.

Rezultate. Intervenția endoscopică pentru adenomul de prostată voluminos (cu și fără instalarea cistostomei) a fost

preconizată la 153 pacienți, cărora operația deschisă clasică le-a fost contraindicată din motive de risc înalt (patologii asociate cardiovasculare, IRC, diabet zaharat, etc.). Cu toate că timpul rezeției a fost mai mic în grupul bolnavilor cu cistostomă cu ~20 min., decât în al doilea grup, nu s-a depistat o deosebire relevantă în frecvența complicațiilor intraoperatorii: (sângerare masivă prin deschiderea de sinus venos (2,8 % față de 3,2%), perforația capsulei prostatice (2,5 % și 3,0%), sindromul TUR (3,3 % și 3,2%), precum și frecvența complicațiilor postoperatorii: (hemoragii tardive (2,4 % și 2,6 %), uretrite (2,2 % față de 2,8 %), stări febrile (12,8 % față de 18,1%).

Timpul rezeției în medie (70 min) a fost mai mic cu 22,3% în grupul I, iar volumul rezecat mai mare în grupul I corespunzător cu 10% decât în al II-lea grup. Această diferență a fost restabilită prin prelungirea rezeției în medie cu 15-20 min și cu obținerea volumuri de adenom identic. Această prelungire a timpului operator nu s-a reflectat asupra modificării numărului complicațiilor intra- și postoperatorii.

Concluzii

1. În cazul deținerii unui echipament endoscopic sofisticat și al respectării recomandărilor pentru rezeția adenomului voluminos prelungirea intervenției endoscopice cu 15-20 min nu influențează riscul și numărul complicațiilor intra- și postoperatorii.

2. Instalarea cistostomei nu este obligatorie în adenoamele voluminoase ca etapă de pregătire pentru TUR.P, cu excepția cazurilor de pielonefrite acute, IRC și a retenției de urină acută.

3. Pentru a obține rezultate operatorii considerabile în adenomul de prostată voluminos însoțit de riscuri operatorii, strategia operatorie trebuie stabilită în funcție de patologiile grave asociate și de existența sau de lipsa cistostomei instalate prealabil.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL STRICTURILOR URETRALE SURVENITE DUPĂ ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ ȘI TRANSURETRALĂ

V.Ghicavii, E. Ceban, M. Popov, C.Guțu, V. Gorbatovschii, G. Scutelnic, E. Pleșca, V.Tuchila
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu", Chișinău

Summary

Surgical treatment of the benign prostate hyperplasia (BPH) is nowadays realized through the transurethral (~70%), transvesical (~20%) approach and the minim invasive (~10%) methods. So

the open surgery as the endoscopic one in followed by a set of complications of an obstructive type, like: urethral stricture, sclerosis of the bladder neck, restant of the adenoma tissues. The aim of this work is to present the etiological incidence of the ure-

thral stricturers, a complication which appears after the surgical treatment of a BPH.

Obiective. Tratamentul chirurgical al adenomului de prostată se realizează actualmente pe cale transuretrală (~70%), transvezicală (~20%) și miniminvasivă (~10%). Indicațiile intervenției deschise au devenit bine codificate și se efectuează în adenoamele mari, iar indicațiile către tratamentul endoscopic se largesc considerabil. Atât operația deschisă, cât și cea transuretrală sunt grevate de o serie de complicații sechelare de tip obstructiv: strictura uretrei, scleroza de col vezical, țesut adenomatos restant.

Scopul lucrării este de a releva incidența stricturii de uretră, survenită după tratamentul chirurgical al adenomului de prostată.

Material și metodă. Într-o perioadă de 7 ani (1998-2005) în clinica noastră au fost operați pentru adenom de prostată 2371 pacienți. La 507 (21,3%) bolnavi s-a efectuat rezecția transuretrală, iar la 1864 (78,7%) adenomectomia clasică deschisă. Media vârstei în ambele grupe a fost de 58 ani (48-69 ani). Timpul de cateterizare postoperatorie a constituit în medie 9 zile la bolnavii operați deschis și 3 zile la cei operați endoscopic. La 98 pacienți operați din ambele grupe (28,5% pacienți post-adenomectomie și 71,4% post TUR) au apărut fenomene obstructive și acuze de dizurie manifestate prin strangurie, iar investigațiile clinice și paraclinice punând în evidență prezența unei stricturi uretrale. Acești bolnavi au fost examinați radiologic (uretografie) și urodinamic de la 3 săptămâni după operație și până la 3 ani postoperator. În unele cazuri incerte s-a efectuat uretoscopia. Tratamentul efectuat la pacienții cu strictură de uretră a fost pe cale endoscopică în 86 (87,7%) și în 12 (12,2%) cazuri a fost pe cale chirurgicală clasică. La 64 (65,3%) bolnavi s-a efectuat o singură uretrotomie internă optică, iar la 22 (22,4%) au fost necesare intervenții multiple (metrotomie + sfincterotomie; uretrotomie

+ rezecție de țesut restant; uretrotomie + litotritie).

Rezultate. Dintre factorii etiologici ai stricturilor de uretră putem menționa: infecția specifică și nespecifică a uretrei, lubrifierea neadecvată a uretrei și menținerea sondelor uretrale timp mai îndelungat. Din datele obținute de noi se observă o incidență variabilă a stricturilor de uretră față de factorii etiologici numiți mai sus. Această variație se datorează și diferenței între diametrul uretrei și al tecii rezectoscopului. Nu au existat diferențe semnificative între grupele de vârstă, timpul de cateterizare postoperatorie și greutatea țesutului adenomatos înlăturat. Incidența stricturilor s-a stabilit la 28 pacienți după operația deschisă și la 70 bolnavi după rezecția transuretrală, reprezentând 28,5% și 71,4% din totalul pacienților cu strictură de uretră. O frecvență crescută a acestei complicații s-a depistat în primii 3 ani, când ea a reprezentat 51,5% din numărul total de cazuri (62% post TUR și 41% post intervenție deschisă). Acest aspect statistic și preponderența stricturilor după operațiile endoscopice au ridicat problema unor deficiențe de tehnică chirurgicală (traumatism mecanic și electric al uretrei un timp mai îndelungat).

Concluzii

1. Incidența stricturii de uretră a survenit preponderent după operația endoscopică și, mai rar, după operație deschisă.
2. Printre factorii etiologici siguri s-a plasat traumatismul mecanic și cel electric produs prin electrorezecția îndelungată și excesivă a uretrei. Nu putem exclude și rolul infecției urinare prezente.
3. Nu s-a identificat o corelație semnificativă cu vârsta, timpul operator și durata drenajului uretral.
4. Operația endoscopică oferă multiple avantaje: execuție facilă, complicații reduse, rezultate bune și posibilitatea rezolvării simultane a altor afecțiuni concomitente sechelare ale adenomectomiei (scleroză de col vezical, țesut adenomatos restant, litiază vezicală).

OPTIMIZAREA METODELOR DE HEMOSTAZĂ ȘI A DRENĂRII VEZICII URINARE ÎN ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ. ASPECT ECONOMIC

V.Bobu, B.Ipatii

Clinica Urologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

Due to the appearance of a space for drainage between Foley's catheter, tubs and urethra the proposed method of adenomectomy operation permits a better and adequate drainage of the bladder adenoma's site. By this the post-surgical hospital treatment decreased considerably.

Introducere. Hemostaza intraoperatorie și drenarea căilor urinare este un moment principal, cu posibile consecințe în perioada postoperatorie imediată și în cea tardivă: hemoragii întra- și postoperatorii, apariția stricturilor uretrale, volumul medicației aplicate și durata aflării pacientului în staționar.

Material și metodă. Metoda pentru hemostază, drenarea

vezicii urinare (VU) și a lojei adenomului de prostată (AP), a fost propusă pe 23.01.2001 de medicul B.Ipatii (inovația Nr. 695/15). Studiul de evaluare a metodei a fost realizat pe un lot de 200 pacienți cu adenom de prostată, tratați în Clinica Urologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău. Din numărul total de pacienți, 100 au fost operați prin metoda clasică, iar 100 prin procedeul propus de noi. Metoda constă în următoarele: după enucleerea bimanuală a adenomului și hemostază corespunzătoare, se perfectează revizia lojei pentru înlăturarea țesutului restant. Porțiunile abundente sângărânde se suturează cu catgut. Dacă loja este de dimensiuni mari, se suturează cu