

Considerăm că prima etapă la acești pacienți poate fi efectuarea intervențiilor endoscopice, deoarece intervenția endoscopică,

în caz de insucces la ea, nu îngreuiază condițiile de executare ulterioară a tratamentului operativ de reconstruire deschisă.

#### Bibliografie

- Alwaal A., Blaschko S., McAninch J., Breyer B. et al. Epidemiology of urethral strictures. Department of Urology, University of California, San Francisco, CA 94143. USA. Mar. 19, 2014.
- Anger J., Santucci R., Grossberg A. et al. The morbidity of urethral stricture disease among male medicare beneficiaries. În: BMC Urol., 2010, 10:3.
- Barbagli G., Sansalone S., Djinovic R., Romano G. & Lazzeri M. Current controversies in reconstructive surgery of the anterior urethra: a clinical overview. În: Int. Braz. J. Urol., 2012, 38, p. 307-316.
- Blaschko S., McAninch J., Myers J., Schlomer B. & Breyer B. Repeat urethroplasty after failed urethral reconstruction: outcome analysis of 130 patients. În: J. Urol., 2012, 188, p. 2260-2264.
- Cooperberg M., McAninch J., Alsikafi N. & Elliott S. Urethral reconstruction for traumatic posterior urethral disruption: outcomes of a 25-year experience. În: J. Urol., 2007, 178, p. 2006-2010.
- Dubey D. The current role of direct vision internal urethrotomy and self-catheterization for anterior urethral strictures. În: Indian J. Urol., 2011, 27, p. 392.
- Fenton A., Morey A., Aviles R. et al. Anterior urethral strictures: etiology and characteristics. În: Urology. 2005, 65, p.1055-1058.
- Ghicavii Vitalii. Tratamentul endoscopic al stricturilor de uretră la bărbați. Buletinul AȘM, Științe medicale, revista științifico-practică, p. 407-413, 1(46)/2015.
- Heyns C., Steenkamp J., DeKock M. et al. Treatment of male urethral strictures: is repeated dilation or internal urethrotomy useful? În: J. Urol., 1998, 160, p. 356-358.
- Hjortrup A., Sorensen C., Sanders S., Moesgaard F. & Kirkegaard P. Strictures of the male urethra treated by the Otis method. În: J. Urol., 1983, 130, p. 903-904.
- Jordan G. & McCammon K. Surgery of the Penis and Urethra. În: Elsevier Saunders, Oxford, 2012, Vol. 1, p. 956-1000.
- Lauritzen M. et al. Intermittent self-dilatation after internal urethrotomy for primary urethral strictures: a case-control study. În: Scand. J. Urol. Nephrol., 2009, 43,p. 220-225.
- Leddy L., Voelzke B., Wessells H. Primary realignment of pelvic fracture urethral injuries. În: Urol. Clin. North Am., 2013, 40, p. 393-401.
- Lumen N., Hoebeke P., Willemsen P. et al. Etiology of urethral stricture disease in the 21st century. În: J. Urol., 2009, 182, p. 983-987.
- Mathur R., Aggarwal G., Satsangi B. et al. Comprehensive analysis of etiology on the prognosis of urethral strictures. În: Int. Braz. J. Urol., 2011, 37, p. 362-369; discussion p. 369-370.
- Mundy A. & Andrich D. Urethral strictures. În: BJU Int., 2011, 107, p. 6-26.
- Mundy A., Andrich D. Urethral Stricture Review Article Institute of Urology. London, UK. În: Br. J. Urol., 2012.
- Nuss G., Granieri M., Zhao L. et al. Presenting symptoms of anterior urethral stricture disease: a disease specific, patient reported questionnaire to measure outcomes. În: J. Urol., 2012, 187, p. 559-562.
- Palminteri E. et al. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. În: Urology. 2013, 81, p. 191-197.
- Santucci R., Joyce G., Wise M. Male urethral stricture disease. În: J.Urol., 2007, 177, p. 1667-1674.
- Santucci R. & Eisenberg L. Urethrotomy has a much lower success rate than previously reported. În: J. Urol., 2010, 183, p. 1859-1862.
- Singh B. P. et al. Impact of prior urethral manipulation on outcome of anastomotic urethroplasty for post-traumatic urethral stricture. În: Urology. 2010, 75, p. 179-182.
- Stein D., Thum D., Barbagli G. et al. A geographic analysis of male urethral stricture a etiology and location. În: BJU Int., 2013, 112, p. 830-834.
- Tunc M. et al. A prospective, randomized protocol to examine the efficacy of postinternal urethrotomy dilations for recurrent bulbomembranous urethral strictures. În: Urology. 2002, 60, p.239-244.
- Wong S., Narahari R., O'Riordan A. & Pickard R. Simple urethral dilatation, endoscopic urethrotomy, and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men. În: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD 006934, 2010.

## MANAGEMENTUL ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STRICTURILOR URETRALE COMPLICATE

Ghenadie Scutelnic<sup>1</sup>, Vitalii Ghicavii<sup>2</sup>, Adrian Tănase<sup>2</sup>, Constantin Lupașco<sup>1</sup>, Ion Dumbrăveanu<sup>2</sup>, Emil Ceban<sup>2</sup>, Dorin Tănase<sup>1</sup>, Andrei Galescu<sup>1</sup>, Andrei Bradu<sup>2</sup>, Boris Băluțel<sup>1</sup>, Pavel Banov<sup>2</sup>, Vasile Botnari<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IMSP Spitalul Clinic Republican

<sup>2</sup> Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, IP USMF "Nicolae Testemițanu"

#### Rezumat

O analiză actuală a confirmat că inflamațiile provocate de infecții sunt cauzele cele mai frecvente ale stricturilor uretrale, ce sunt responsabile de 49,13% din cazurile de stricturi analizate în timp de 10 ani. Traumatismele sunt a doua cauză frecventă a stricturilor uretrale și au fost întâlnite la 36,85% din pacienți. Stricturile iatrogene sunt plasate pe ultimul loc și au fost diagnosticate în 18,8% din lotul de pacienți studiați.

**Summary****The surgical management in the treatment of difficult urethral strictures**

Actual analysis has shown that infectious inflammation is the most often cause of benign urethral strictures, being responsible for 49,13% of analysed cases during 10 years-study. Trauma is the next by frequency cause of urethral strictures and were met in 36,85% cases. Iatrogenic strictures were the least often cause of benign urethral strictures, that were diagnosed in 18,8% of studied patients.

**Introducere**

Actualmente stricturile de uretră reprezintă procesele patologice ce sunt în permanentă creștere și au influență directă asupra morbidității urologice [1]. Rareori fiind cauza complicațiilor urologice grave, ele semnificativ scad calitatea vieții pacienților afectați. În același timp, particularitățile vârstnice și etiologice, precum și conduita terapeutică și chirurgicală a stricturilor uretrale diferă de la o clinică la altă [2].

**Material și metode**

Am analizat particularitățile stricturilor dobândite de uretră la pacienții spitalizați în secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican în perioada anilor 2004-2013. Cercetarea științifică cuprinde evaluarea caracteristicilor vârstnice, etiologice și particularitățile tratamentului chirurgical implementat. În studiu au fost incluși pacienții adulți de sex masculin cu stricturile de uretră dobândite, confirmate clinicoparaclic și supuse tratamentului chirurgical deschis, endoscopic sau bujării. Din lotul examinat au fost excluși pacienții cu stricturile neoplazice, congenitale, cu patologie asociată gravă.

**Rezultate**

În perioada anilor 2004-2013 în secția de Urologie a IMSP Spitalul Clinic Republican au fost supuși tratamentului chirurgical deschis, endoscopic și miniminvasiv 521 pacienți cu stricturi uretrale dobândite. Ponderele pacienților cu stricturi a constituit 1,9% din numărul total de pacienți urologici spitalizați în această perioadă. Limitele de vârstă au fost cuprinse între 18 și 75 ani, vârsta medie a lotului studiat a constituit  $49,3 \pm 2,3$  ani.

Examinarea pacienților cu stricturi uretrale la etapa inițială a inclus examenul clinic cu precizarea anamneșticului, evoluției maladiei, acuzelor, manifestărilor clinice și, în special, a statusului local. La consultația primară pacientul efectua analizele de bază: hemoleucograma desfășurată, sumarul de urină, determinarea nivelului creatininei și ureei în sânge. În continuare, pacienții au fost supuși examenului instrumental de bază, care a inclus urografia, uroflowmetria și ecografia organelor bazinului, inclusiv a vezicii urinare și prostatei. În caz de suspexie la o patologie asociată au fost efectuate probele biologice respective. Dacă aceasta era considerată severă sau în acutizare, pacientul era exclus din studiu, din cauza eventualei influenței a maladiilor concomitente asupra evoluției patologiei cercetate în timpul actului chirurgical, precum și din cauza imposibilității unei supravegheri adecvate la distanță.

Prezența complicațiilor locale, la nivelul aparatului renourinar, a condiționat necesitatea unei examinări mai aprofundate la o parte din pacienți. În caz de suspexie la o infecție a tractului urinar acută sau cronică în acutizare, au fost efectuate urocultura, analiza Neciporenko. Pacienților cu semne de insuficiență renală li s-a determinat suplimentar filtrația glomerulară, iar pacienților cu semne de afectare a structurilor anatomice proximale ale sistemului uropoietic – ecografia renală, urografia intravenoasă și renografia izotopică (sau scintigrafia renală dinamică). Patologia urogenitală în acutizare

inițial a fost supusă tratamentului conservator, iar operația de corecție a stricturii de uretră a fost efectuată doar în timpul remisiunii procesului infecțios și ameliorării evidente a stării pacientului. Este necesar de menționat că la unii pacienți a fost diagnosticată leucociturie persistentă, cauzată de cistostomie, care a fost rezistentă la tratamentul conservator aplicat.

Clasificarea etiopatogenetică divizează toți pacienții cu stricturi uretrale în 3 grupe: posttraumatice, postinflamatorii și iatrogene (Tabelul 1). Stricturile postinflamatorii sunt de obicei cauzate de un proces inflamator local în cadrul unor maladii sexual transmisibile. Aceste stricturi, în majoritatea cazurilor, s-au dezvoltat în urma uretritelor postgonococice repetate, mai rar fiind provocate de altă floră nespecifică și extrem de rar – de lues sau de tuberculoza sistemului urogenital. În acest lot au fost incluși 256 de pacienți (49,13% din lotul general), cu vârstă cuprinsă între 17 și 66 de ani; vârsta medie fiind de  $45,6 \pm 2,9$  ani. Stricturile posttraumatice sunt provocate de traumatisme directe și indirecte ale uretrei, cel mai frecvent se dezvoltă simultan cu fracturile oaselor bazinului. La majoritatea pacienților, gravitatea leziunilor asociate a contribuit la o subapreciere inițială a afecțiunii uretrale, ceea ce și nu a permis corectarea ei imediată. Astfel, acest lot de pacienți a fost investigat și operat „la rece”, după câteva luni de la momentul traumatizării, când starea generală a pacientului s-a stabilizat. După traumatismul suportat, eliminarea urinei la o parte din pacienți a fost asigurată prin cistosotomie. Acest lot a inclus 174 de pacienți (36,85% din lotul general), cu vârstă între 19 și 67 de ani, vârsta medie fiind  $40,2 \pm 2,4$  ani.

Stricturile iatrogene sunt cauzate de sondajul uretral, alte manevre urologice diagnostice pe uretră sau de intervențiile chirurgicale endourologice pe prostată. Aceasta grupă de pacienți a fost cea mai mică și a cuprins 91 de bolnavi (18,8% din lotul general cercetat). Vârsta bolnavilor a variat de la 32 până la 75 de ani, vârsta medie fiind  $52,3 \pm 4,5$  ani.

**Tabelul 1**

Repartizarea pacienților cu strictură de uretră conform vârstei și tipului de strictură

Vârsta, ani	În total		Stricturi postinflamatorii		Stricturi posttraumatice		Stricturi iatrogene	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 20	56	10,7	33	12,9	23	13,2	0	0
21-30	73	14,01	36	14,1	37	21,3	0	0
31-40	88	16,9	42	16,4	43	24,7	3	3,3
41-50	84	16,1	38	14,8	33	18,9	13	14,3
51-60	101	19,4	51	19,9	18	10,3	32	35,2
61-75	119	22,8	56	21,9	20	14,5	42	47,3
<b>În total:</b>	<b>521</b>	<b>100,0</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

Analiza efectuată a ponderii diferitor factori etiologici în dezvoltarea stricturilor de uretră a demonstrat predominarea stricturilor uretrale posttraumatice și postinflamatorii printre variantele etiopatogenetice ale stricturilor dobândite de uretră. Împreună acestea constituie peste 80% din stricture tratate la

nivelul IMSP Spitalul Clinic Republican. Pacienții cu stricturi iatrogene au constituit circa 20%. Cei mai tineri au fost pacienții cu stricturi posttraumatice (vârsta medie 40,2±2,4 ani), urmași de pacienții cu stricturi postinflamatorii (vârsta medie 45,6±2,9 ani) ( $p<0,05$ ), apoi de cei cu stricturi iatrogene – cei mai în vârstă (vârsta medie 52,3±4,5 ani) ( $p<0,05$  vs lotul I și  $p<0,01$  vs lotul II). Diferența de vârstă este cauzată de condițiile esențial diferite ale contractării patologiei și, pentru a fi eliminată, necesita selectarea unui lot aparte de pacienți, ceea ce și a fost îndeplinit în studiul prospectiv. Este necesar de menționat, că stricturile de uretră posttraumatice și postinflamatorii, constituie circa 4/5 din toate stricturile uretrale dobândite în staționarul urologic general.

Tratamentul conservator aplicat a inclus antibioticoterapia, preparate antiinflamatoare, fitoterapie,  $\alpha$ -adrenoblocante, fizioprocedurilor, iar la necesitate – bujarea uretrei.

În tratamentul pacienților cu stricturi de uretră dobândite au fost aplicate mai multe metode chirurgicale, inclusiv: deschise (operațiile Holțov-Marion și Solovov-Badenoc) și endourologice. Aceste metode sunt practicate pe larg în Republica Moldova și oferă posibilitatea de soluționare reușită a majorității stricturilor uretrale posttraumatice, postinflamatorii și iatrogene. Fiecare metodă chirurgicală are indicațiile ei specifice. Operația Holțov-Marion (anastomoza termino-terminală) este indicată mai ales în caz de stricturi bulbare și stricturi uretrale în partea membranoasă (fracturile bazinului prin compresiune) cu lungimea porțiunii proximale  $\rightarrow$  0,5 cm. Aceste stricturi au fost preponderent posttraumatice și postinflamatorii. Operația Solovov-Badenoc (invaginarea uretrei în vezică urinară) reprezintă o opțiune chirurgicală de preferință în cazuri de obliterare completă a colului vezicii

urinare și uretrei posterioare cu lungimea porțiunii proximale a uretrei mai mică de 0,5 cm, ceea ce nu permite efectuarea anastomozei termino-terminale. Uretrotomia internă optică a fost aplicată în stricturile uretrale bulbare ischemice scurte, postinflamatorii (unice sau multiple), în stricturile lungi pe tot parcursul uretrei, atunci când operațiile deschise sunt imposibile și în stricturile recidivante după operațiile deschise.

Aceste indicații au fost selectate în conformitate cu datele literaturii de specialitate, inclusiv sursele de informație cele mai prestigioase în domeniu [1,2,3], care fundamentează aplicarea lor selectivă la diferite grupe de pacienți, ceea ce permite individualizarea abordării fiecărui caz.

Postoperatoriu pacienții au fost supravegheați în staționar, cu monitorizarea zilnică a stării generale și locale, cu repetarea probelor biologice și a unor examinări imagistice funcționale, ca uroflowmetria. În continuare, pacienții au fost chemați activ la examinare timp de 3 luni după operație, iar apoi – o dată în an timp îndelungat (până la 6 ani în studiu prospectiv efectuat). În caz de adresare în legătură cu complicațiile precoce sau la distanță după corecția chirurgicală a stricturii de uretră, pacientul a fost supus examenului clinico-paraclinic în momentul adresării.

#### Concluzie

Conform studiului efectuat inflamația infecțioasă reprezintă cea mai frecventă cauza a stricturilor uretrale dobândite benigne, fiind responsabilă la 49,13% din cazuri analizate pe parcursul a 10 ani. Traumatismele urmează inflamația infecțioasă printre cauzele stricturilor uretrale, fiind întâlnite la 36,85% din pacienți analizați. Ultimul loc ca frecvența ocupă stricturile iatrogene, care au fost diagnosticate la 18,8% pacienți.

#### Bibliografie

1. Alwaal A., Blaschko S., McAninch J., Breyer B. et al. Epidemiology of urethral strictures. Department of Urology, University of California, San Francisco, CA 94143. USA. Mar. 19, 2014.
2. Anger J., Santucci R., Grossberg A. et al. The morbidity of urethral stricture disease among male medicare beneficiaries. În: BMC Urol., 2010, 10:3.
3. Barbagli G., Sansalone S., Djinic R., Romano G. & Lazzeri M. Current controversies in reconstructive surgery of the anterior urethra: a clinical overview. În: Int. Braz. J. Urol., 2012, 38, p. 307-316.

## EVALUAREA AVANTAJELOR ELECTROVAPORIZĂRII TRANSURETRALE A PROSTATEI COMPARATIV CU REZECȚIA TRANSURETRALĂ CLASICĂ

Alexei Pleșacov<sup>2</sup>, Vitalie Ghicavii<sup>2</sup>, Emil Ceban<sup>2</sup>, Dorin Tănase<sup>2</sup>, Andrei Gălescu<sup>2</sup>, Constantin Guțu<sup>1</sup>, Eduard Pleșca<sup>1</sup>, Ion Nederița<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, IP USMF "Nicolae Testemițanu"

<sup>2</sup>Secția Urologie, IMSP Spitalul Clinic Republican

#### Rezumat

Electrovaporizarea transuretrală a prostatei reprezintă o varietate a rezecției transuretrale a prostatei cu o rată redusă a complicațiilor, în special hemoragice. Datorită unui șir întreg de beneficii vaporizarea transuretrală este pe larg utilizată în practica cotidiană. Conform literaturii de specialitate utilizarea vaporizării transuretrale permite reducerea ratei complicațiilor precoce și celor tardive, ameliorând calitatea vieții pacienților și micșorarea perioadei de reconvalență. Studiul efectuat relevă avantajele intraoperatorii a tehnicilor chirurgicale endourologice și rezultatele utilizării lor la distanță.