

Metoda nu este mai puțin efektivă decât intervenția chirurgicală deschisă, având un șir de priorități, printre care: traumatizarea minimă a țesuturilor, posibilitatea repetării intervenției fără pericol major pentru pacient, reducerea timpului de recuperare, etc.. Studiul rezultatelor precoce și tardive au arătat, că această metodă provoacă și anumite complicații (hemoragii intra- și postoperatorii, sindromul – TUR, incontinența urinei, scleroza secundară a prostatei și a colului vezicii urinare, stricturile uretrei, ejaculare retrogradă, etc.). În prezent au apărut noi metode endoscopice de tratament a adenomului de prostată, care reduc la minimum complicațiile susnumite. Vaporizarea transuretrală a prostatei este una dintre aceste metode.

Scopul studiului

Evaluarea rezultatelor precoce și tardive a vaporizării transuretrale a adenomului de prostată.

Material și metode

Am efectuat vaporizarea transuretrală a adenomului de prostată la 38 de pacienți cu vârsta de la 44 până la 76 ani. Pentru stabilirea diagnosticului, a volumului și structurii prostatei, gradului obstrucției infravezicale, am efectuat ecografia transabdominală și transrectală, urografia i/v, investigații urodinamice și biumorale, inclusiv testul PSA.

Pentru vaporizare am utilizat resectoscopul standard 27 Ch, produs de firma "Wolf", cu electrozi speciali de diferite modificări. A fost folosit electrotomul "Autocon 27810", (regimul rezecției – 5, regimul coagulării – 2).

Esența metodei constă în vaporizarea țesuturilor cu ajutorul curentului de tensiune înaltă. Am utilizat 2 variante de vaporizare:

- În cazul adenoamelor de dimensiuni mici și medii (20-40 cm³) – vaporizare curată;
- În cazul adenoamelor de dimensiuni mari (40-102 cm³), am practicat inițial rezecția transuretrală a prostatei conform principiilor clasice (TURP), apoi electrovaporizarea.

Rezultate

Durata medie a intervenției chirurgicale a fost de 50 min, cu limite între 35–75 min. Durata medie de menținere a cateterului uretral a fost de 24-36 ore la 32 de pacienți, și 36 ore la 6 pacienți. După reluarea micțiilor toți pacienții au avut semne de dizurie timp de 2-5 zile. Toți pacienții au urmat un tratament antibacterian conform rezultatelor uroculturii, care a fost pozitivă în 22 cazuri. În majoritatea cazurilor perioada postoperatorie a decurs fără pusee febrile sau hematurie. Dintre complicațiile postoperatorii semnalăm: orhoepididimită – 1 pacient, hemoragie tardivă postoperatorie- 1 pacient, ejaculare retrogradă - 2 pacienți. Durata medie de spitalizare a fost de 2 – 5 zile.

Discuții, concluzii

Metoda electrovaporizării adenomului de prostată este descrisă pe larg în literatura de specialitate a ultimilor ani. (1, 2, 3) Sunt descrise indicațiile pentru EVAP, rezultatele obținute, se accentuează eficacitatea metodei, absența traumatismelor, reabilitarea precoce, etc.. Complicațiile pe care le-am semnalat, credem noi, au fost cauzate de experiența modestă pe care o posedăm în tehnica intervențiilor chirurgicale endoscopice. Orhoepididimita apărută postoperator a fost provocată, probabil, de lipsa rezecției ductului spermatic și apariția, ca urmare per continuitatem, a infecției din sectorul operat.

Bibliografie

1. Niculescu, D. Bazele chirurgiei endourologice. Timișoara, 1997.
2. Лоран, О.Б., Пушнар, Д.Ю., Раснер, А.И. Consilium medicum, 2000.
3. Лопаткин, Н.А. Урология. Том.III, 1998.

VALOAREA PSA-ULUI ÎN DEPISTAREA ȘI TERAPIA CANCERULUI DE PROSTATĂ

V. Platon, Elena Platon, C. Lupașco, C. Spânu, V. Ghicavâi, E. Ceban, A. Tănase
Clinica de Urologie, Spitalul Clinic Republican

Summary

The serum levels of the PSA were determined in 150 patients with signs and symptoms of the disease and the sensitivity of the PSA values was studied in the diagnosis of prostate cancer (PC). The

average age of the beginning of the disease was 68.2 ± 0.5 years. In 49 patients (32.7%) PC was detected. In 9 (18.4%) cases the results were false negative. The average level of PCA in PC was of 44.2 ng/ml vs 8.6 ng/ml in BPH, and in PC the level ranged from 1.2 to 161 ng/ml. The results demonstrate that the annual screening of men aged 45-50 years is necessary for early detection of PC.

Actualitatea

Adenocarcinomul de prostată este cea mai frecventă boală neoplazică a tractului genitourinar, și cea de-a doua cauză de deces neoplazic la bărbați, reprezentând o problemă importantă de sănătate publică. Vârsta medie a bolnavilor cu cancer de prostată (CP) este de 66-74 ani (2, 4, 7).

Luând în considerație tendința generală mondială spre creșterea longevității vieții se prevede creșterea morbidității și mortalității din cauza CP (4).

În Europa incidența CP este de aproximativ 30 la 100.000 bărbați, în timp ce în SUA se apreciază 178 la 100.000 (1), rata depistării CP a crescut după introducerea testului PSA. Ca urmare a utilizării PSA ca test – screening pentru diagnosticul CP, în SUA a fost consemnată pentru prima dată scăderea mortalității indusă de această afecțiune (10).

Stadilizarea corectă a CP este necesară pentru alegerea celei mai potrivite alternative de tratament. Totuși mai mult de 40% din bolnavi sunt substadilizați (1).

PSA este o glucoproteină specifică epiteliului prostatic ce a fost descoperită în 1979 fiind folosită în clinică din 1987 și rămâne până în prezent cel mai important marker seric în managementul CP.

PSA-ul este un lanț mic glicoproteic din 237 de aminoacizi (93%) și hidrați de carbon. Gena care controlează sinteza de PSA este localizată la nivelul cromosomului 19 alături de cele ale kallikreinei glandulare prostatice (hk_2 sau hGk_1). PSA-ul și hk_2 sunt secretate sub dependență androgenică funcționând la maximum la dozele fiziologice de testosteron, neputând fi influențate prin administrare exogenă de androgeni. Sinteza lor are loc prevalent la nivelul glandelor prostatice, dar în cantități nesemnificative pot fi găsite și extraprostatic în pancreas, glandele salivare, glandele mucoasei anale și glandele mamare la femeile tratate cu anticoncepționale. Sintetizată în glandele prostatice PSA-ul este excretat în lichidul seminal unde realizează concentrații mari de 0.5-5.0 ng/ml și secretată în sânge unde concentrațiile sunt mult mai mici (0.0-4.0 ng/ml). PSA-ul se prezintă sub două forme moleculare:

- una activă numită și PSA liber, cu activitate proteolitică chymotripsin like și;

- una inactivă, realizată fie prin clivarea lanțului unic glicoproteic în 2 lanțuri mai mici fie prin realizarea unor complexe cu alfa 1-antichimotripsină (PSA-ACT) și alfa 2-macroglobulină (PSA-AMG.)

Celulele canceroase prostatice produc mult mai multă ACT și AMG decât cele ale prostatei sănătoase sau din HBP formându-se mult mai multă formă inactivă de PSA. Acest lucru stă la baza folosirii determinării concentrației PSA-ului în serul sanguin în scopul depistării precoce a CP (3). Depistarea precoce în stadii intraglandulare poate fi vindecată prin mijloacele terapeutice actuale dintre care prostatectomia radicală efectuată prin chirurgie clasică sau celioscopică este cel de bază. În stadiile precoce boala fiind asimptomatică nu poate fi depistată decât prin supraveghere anuală a întregii populații masculine trecută de 50 de ani, prin tușeu rectal (TR), ecografie și dozarea PSA-ului seric. Aceasta din urmă, este de mare utilitate diagnostică dar în timp s-a dovedit a fi un marker "imperfect" din următoarele motive:

- suferă modificări fiziologice legate de micțiune și ejaculare;
- crește peste limita superioară a normalului și în alte condiții decât CP, retenție acută de urină (RAU), prostatită acută, TR, puncție, biopsie prostatică (PBP), cateterism uretro-vezical;
- 25-30% din HBP au PSA-ul crescut;
- 20% din CP au valori normale ale PSA-ului (3,5);

Următoarele date sunt astăzi unanim acceptate despre PSA (3,5):

- valorile normale sunt situate între 0.0-4.0 ng/ml;
- la PSA > 10 ng/ml riscul existenței CP depășește 50%, fapt pentru care se impune PBP la toți acești pacienți;
- la PSA situat între 4.0-10.0 ng/ml CP poate fi identificat histologic numai la 20% din bolnavi datorită acestei suspiciuni; această zonă se mai numește și "zona gri";

Deoarece prostata crește odată cu vârsta și fiecare gram de țesut prostatic realizează o creștere a PSA-ului total (cel normal și adenomatos cu 0.3 ng/ml iar cel neoplazic cu 3.5 ng/ml), 80% din urologi de azi apreciază valoarea normală a PSA-ului în raport cu vârsta și rasa pacientului.

În urma celor cunoscute astăzi despre PSA se acceptă că deși este un marker imperfect are o mare utilitate atât în diagnosticul cât și în tratamentul CP (3).

De menționat că 3% din bărbați decedați prin CP au avut în evoluția acestei leziuni un moment în care printr-un diagnostic corect ar fi putut fi tratați curativ (10). Utilizarea PSA-ului ca metodă de

screening în diagnosticul CP intracapsular – în stadiu curabil – poate reduce drastic morbiditatea și mortalitatea înregistrate în această afecțiune.

Ne-am propus să studiem sensibilitatea și valoarea PSA-ului în diagnosticul primar al CP la pacienții simptomatici internați în Clinica de Urologie.

Material și metodă

În perioada 01.06.2001 – 31.05.2002 a fost determinat nivelul seric al PSA la 150 pacienți simptomatici și a fost studiată sensibilitatea valorilor PSA în diagnosticul CP.

Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 49-81 ani. Vârsta medie de debut a bolii a fost de 68.2 ± 0.5 ani.

Toate cazurile analizate au fost confirmate histologic prin puncție biopsie a prostatei și pe piese operatorii acolo unde s-a intervenit chirurgical.

Rezultate

Din totalul bolnavilor internați în clinică ($n = 150$), distribuția pe vârste a fost următoarea: < 60 ani au fost 20 (13.3%) și > 60 ani au fost 130 (86.7%) pacienți (Figura 1) ($P < 0.001$).

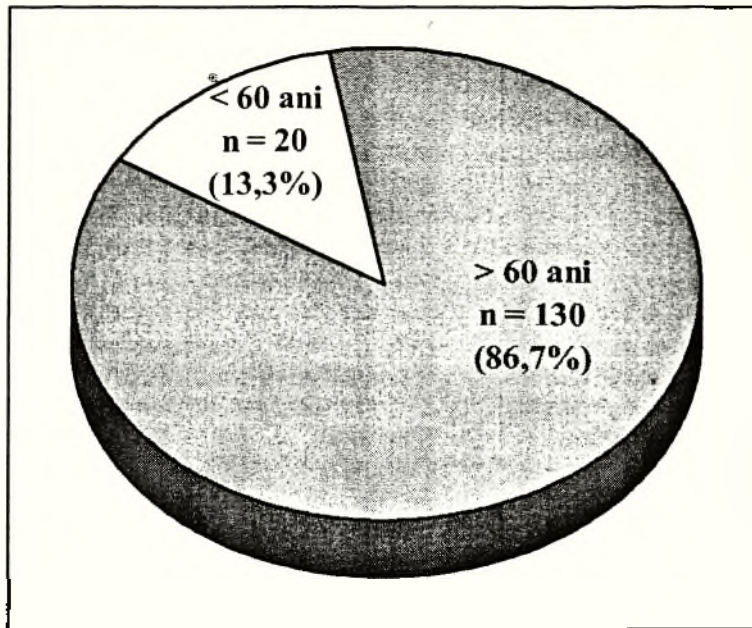


Figura 1. Distribuția pe vârste la pacienții studiați ($n = 150$)

Distribuția pe decade de vârste la întregul lot arată ca majoritatea pacienților sunt cuprinși între 61 și 80 ani (86.7%). Vârsta medie de debut a bolii la întregul lot a fost de 68.2 ± 0.5 ani; fiind în HBP de 68.6 ± 0.3 ani, iar în CP 67.3 ± 0.8 ani ($P > 0.001$).

Sensibilitatea PSA-ului la pacienții studiați la întregul lot ($n = 150$) a fost următoarea (Tabelul 1).

Tabelul 1

Sensibilitatea PSA-lui la pacienții studiați ($n = 150$)

	PSA < 4 ng/ml		PSA > 4 ng/ml		Total	
	n	%	n	%	n	%
CP	9	18.4	40	81.6	49	32.7
HBP	48	47.5	53	52.5	101	67.3
Total	57	38	93	62	150	100

În studiul nostru la întregul lot nivelul seric al PSA < 4 ng/ml au avut 57 (38%) vs nivelul seric al PSA > 4 ng/ml au avut 93 (62%) pacienți ($P < 0.001$). Este o diferență semnificativ statistică. Cu CP au fost depistați 49 (32.7%) pacienți. În HBP rezultate fals pozitive au fost obținute la 53 (52.5%) pacienți; iar

în CP la 9 (18.4%) pacienți au fost obținute rezultate fals negative. Rezultate fals pozitive a PSA-ului în HBP au fost modificate de tușeul rectal (TR) retenție acută de urină, prostatită acută, cateterismul uretero vezical, etc.

Nivelul seric al PSA în CP a fost cuprins între 1.2-161 ng/ml vs în HBP a fost cuprins între 1.8-34.0 ng/ml. Nivelul mediu al PSA în CP a fost de 44.2 ng/ml vs în HBP 8.6 ng/ml ($P < 0.001$). Distribuția nivelului seric al PSA la pacienții cu CP și HBP a fost următoarea (Tabelul 2).

Tabelul 2

Distribuția nivelului seric al PSA la pacienții cu CP și HBP (n = 150)

PSA (ng/ml)	CP		HBP		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-4.0	12	24.5	46	45.6	58	38.6
4.1-10.0	5	10.2	35	34.6	40	26.7
10.1-20.0	5	10.2	11	10.9	16	10.7
20.1-100.0	23	46.9	9	8.9	32	21.3
>100.0	4	8.2	-	-	4	2.7
Total	49	100	101	100	150	100

În studiul nostru toți pacienții cu CP (n = 49) au fost depistați în stadiile avansate - C și D.

Discuții

Vârsta medie a pacienților cu CP este cuprinsă între 66-74 ani (2, 4, 7). În studiul nostru vârsta medie a fost 68.2 ani. Specificitatea valorilor PSA în diagnosticul CP este limitată de creșteri ale acestuia în afecțiuni prostatice benigne (adenom de prostată, prostatită, etc) (3, 9).

În studiul nostru PSA a fost crescut peste limita superioară a normalului în HBP la 53 (52.5%) pacienți, fiind indus de afecțiuni prostatice benigne, luând în considerație studiul efectuat pe pacienți simptomatici, la o vârstă medie de debut a bolii de 68.2 ± 0.5 ani.

În testele de screeningul CP, frecvența rezultatelor fals pozitive induse de afecțiunile prostatice benigne pot fi în 25-65% și fals negative în 20-27% (3, 5).

În studiul nostru rezultate fals pozitive în HBP au fost obținute la 53 (52.5%) pacienți; și în CP la 9 (18.4%) pacienți au fost obținute rezultate fals negative. Nivelul mediu al PSA în CP este cuprins între 17.8-37 ng/ml (1 caz - 2100 ng/ml și 2 cazuri - 750 ng/ml), (5, 6, 8).

În studiul nostru nivelul mediu al PSA în CP a fost de 44.2 ng/ml vs în HBP 8.6 ng/ml, și a fost cuprins în CP între 1.2-161 ng/ml. Se estimează că aproximativ 74% din CP diagnosticate, atunci când valorile PSA sunt cuprinse între 4 și 10 ng/ml sunt intracapsulare și deci potențial curabile (9).

În studiul nostru în CP nivelul PSA între 4 și 10 ng/ml au avut 5 (10.2%) pacienți, dar în toate cazurile CP a fost extracapsular.

De subliniat că între 20-25% și 38-51% din pacienți cu CP se prezintă cu tumori și stadiul local avansat sau cu metastaze la distanță (9). În studiul nostru toți pacienții (n = 49) au fost depistați în stadii avansate, - C și D.

Concluzii

1. În studiul nostru (n = 150) cazuri, CP a fost depistat la 49 (32.7%) pacienți, rezultate fals negative au avut 9 (18.4%) pacienți;
2. Nivelul seric al PSA în CP a fost cuprins între 1.2- 161 ng/ml, nivelul mediu al PSA în CP fiind de 44.2 ng/ml vs 8.6 ng/ml în HBP.
3. Rezultatele obținute demonstrează necesitatea utilizării PSA-ului în stabilirea diagnosticului precoce al CP, și ca metodă de screening anuală este deosebit de utilă la pacienții mai tineri (de la 45-50 ani) iar la bărbații cu antecedente familiale de la 35 ani, completat prin tușeu rectal și ecografie anuală.

Bibliografie

1. Akdas A., Tarcan T., Turkeri L. et al. The impact of prostate specific antigen density in pre-disting prostate cancer when serum prostate specific antigen levels are less than 10 ng/ml. Eur.Urol. 1996; 29:189-192.
2. Durkan G.C., Sheikh N., Johnson P. et al. Improving prostate cancer detection with an extended core transrectal ultrasonography guided prostate biopsy protocol. BJU International, 2002;89:33-39.

3. Ioiart I. Valoarea PSA-ului în depistarea și terapia cancerului prostatic. *Prostata*, 2001, 1; 2:18-24.
4. Kolesnicov G.P., Rusakov I.G., Șaplăgin L.V. et.al. Primenenie Diferelina pri pervicino- vâivlennom mestnorasprostranennom i generalizovannom rache predstatelinoi gelezâ. *Urologia*, 2001; 6:17-19.
5. Miclea F., Raica M., Drăgan P. Cancerul prostatei. Ed. Almanahul Banatului, Timișoara, 1996.
6. Parkin J., Keeley F.X., Timoney A.G. Laparoscopic lymph node sampling in locally advanced prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:14-18.
7. Petrovich Z., Leiskovsky G., Stein J.P. et.al. Comparison of surgery alone with surgery and adjuvant radiotherapy for pT₃ N₀ prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:604-611.
8. Shirley S.E., Escoffery C.T., Sargeant L.A. et.al. Clinicopathological features of prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:390-395.
9. Sinescu I. Cancerul prostatei. în: "Urologie Clinică". Ed. I. Sinescu. Ed. Medicală AMALTEA. București 1998:255-269.
10. Sinescu I. PSA. *Prostata*, 2001; vol. 1; 2:13.

TUMORA WILMS LA ADULȚI

(caz clinic)

E. Pleșca, C. Guțu, A. Doljenco, P. Bujor
Spitalul Central Feroviar, sectia urologie

Summary

Wilms' Tumor is a highly malignant embryonic growth at children. For practitioners this case is of substantial interest not only as an age aspect casuistry (21 year) but also as a new growth that cannot be regarded as a pattern in the study of children oncology problems on the whole. Consideration must be also given to difficulties of pre-surgical and differential diagnostics at adults in choosing the necessary and the optimal level of medical treatment as Wilms' Tumor simulates cysts in the liver.

Actualitatea

Nefroblastomul este o tumoră malignă embrionară. Este una din cele mai des întâlnite formațiuni maligne ale sistemului urogenital al copilului și are o incidență 7,8 cazuri la 1 mln. copii de vârstă de până la 14 ani (N. A. Kraevski, 1993). Varianta determinată genetic a tumorii Wilms se întâlnește la aproximativ 1/3 dintre copiii bolnavi. Cazuri familiale de tumoră Wilms au fost întâlnite destul de rar, ele constituind 1-3% (L.A. Durnov, 2001). Deseori, nefroblastomul se însoțește cu alte anomalii înnașcute, dar frecvența cazurilor asociate cu alte anomalii de dezvoltare nu a fost încă stabilită, de vreme ce multe sarcini în care fătul este afectat de aceste anomalii se soldează cu avorturi spontane, iar copiii la care respectivele anomalii au caracter pronunțat decedează, fără a ajunge la vârsta când se pot depista simptomele clinice ale nefroblastomului (Leek, 1977).

Rareori nefroblastomul se întâlnește și la adulți.

Macroscopic, nefroblastomul se prezintă, de regulă, ca o tumoră solitară, bine izolată de țesuturile rinichiului normal. Ea poate fi atestată în orice segment al organului afectat. În cazul volumului sporit provoacă deformarea cavității renale. Într-o serie de cazuri este încapsulată și în ea se pot depista zone de necroză în care s-au format cavități, uneori cu hemoragii masive. În cazul așa-ziselor forme multichistice de nefroblastom, la suprafața inciziei se atestă numeroase chisturi cu pereți groși. E posibilă invadarea țesuturilor ce înconjoară tumora - vena renală, vena cava inferioară, ganglionii limfatici regionali și chiar a bazinetului și ureterului (Ritchey et al., 1988; E.B. Marinbah, 1975). Metastazează rapid. Cel mai frecvent, metastazele hematogene se dezvoltă în plămâni, rinichi, mai rar în oase și în celulele SNC. Din punct de vedere morfologic, nefroblastomul reprezintă un amestec, în proporții diferite, de elemente epiteliale și stromale (Banadoi et al., 1983). Tabloul histologic este diferit, dar întotdeauna sunt prezente două tipuri de celule: celulele epiteliale și celulele-ligament ale țesuturilor.

Prezența nefroblastomului ca o formațiune de dimensiuni mari, palpabilă și vizualizată în cavitatea abdominală nu crează probleme de diagnostic la vârsta mică.

Scopul studiului nostru este atenționarea medicilor practicieni asupra eventualității prezenței tumorii Wilms la vârsta adultă și la problemele de diagnostic ce derivă din aceasta.

Material și metode

Prezentăm în continuare un caz clinic al unui pacient adult cu tumoră Wilms.