

3. Adenoprosin este efectiv și poate fi pe larg utilizat în tratament atât sub formă de monoterapie, cât și ca element al tratamentului complex.

4. Conform datelor clinice, preparatul este mai efectiv la pacienții cu HBP de gradului II-III, în structura căruia predomină țesutul epitelial și componenta mecanică a obstrucției infravezicale și este destul de efectiv sub formă de supozitorii.

## UROFLOWMETRIA IN DIAGNOSTICUL OBSTRUCȚIEI INFRAVEZICALE

G.Scutelnic, C.Lupasco, A. Ieșeanu, V. Ghicavii, V. Ternovschii,

A.Oprea, V. Tuchila, M. Popov, A.Tănase

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N.Testemițanu”, IMSP SCR, Chișinău

### Summary

In this article we analysed the role and utility of Uroflowmetry for the patients with infravesical obstruction in the diagnosis and after the surgery.

**Scopul lucrării.** Aprecierea rolului și a valorii Uroflowmetriei la pacienții cu obstrucție infravezicală.

**Material și metode.** Studiul a fost realizat pe un lot de 140 bolnavi (68 pacienți cu adenom de prostată, 32 cu adenocarcinom confirmat histologic, 42 pacienți cu strictură de uretră), efectuat la aparatul „Mediwatch”.

**Rezultate.** Datele preliminare au confirmat cert prezența obstrucției infravezicale, prin scăderea  $Q \max < 10,6 \pm 1,1$  ml/s la pacienții cu adenocarcinom,  $Q \max < 9,7 \pm 0,9$  ml/s la bolnavii cu strictură postinflamatorie și  $Q \max < 9,1 \pm 0,54$  ml/s la subiecții cu adenom de prostată. În toate 3 loturile s-a stabilit mărirea timpului micțional. La pacienții cu urină reziduală mai mult de  $160 \pm 39,5$  ml (76 pacienți), forma „dîntată” a curbei a determinat participarea la micție și a

mușchilor abdominali. Rezultatele postoperatorii ale uroflowmetriei la 6 luni și la 1 an au confirmat lipsa obstrucției infravezicale la bolnavii operați chirurgical deschis (adenom de prostată, plastia uretrei) și apariția recidivelor la pacienții operați endoscopic (stricturi la uretră, adenocarcinom).

**Discuții.** La pacienții supravegheați în dinamică se înregistrează scăderea severă a  $Q \max$ , deseori cu apariția curbei „dîntate”, fapt ce caracterizează „vezica de luptă” și gradul decompensării detruzorului. Uroflowmetria confirmă obstrucția infravezicală și este o metodă de evaluare a pacientului postoperator, dar nu stabilește cauza obstrucției.

### Concluzii:

1. Uroflowmetria confirmă prezența obstrucției infravezicale și gradul de decompensare a detruzorului.

2. Uroflowmetria permite în mod inofensiv a evalua postoperator pacientul și a diagnostica precoce recidivele.

## COMPLICAȚIILE PUNCȚIEI BIOPSIEI PROSTATICE (Studii preliminare)

V.Platon

Secția Urologie IMSP, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

### Summary

Prostatic biopsy (PB) is carried out after the determination of the prostatic specific antigen (PSA) and the digital rectal examination (DRE). PB provides important additional information and the treatment decision depends exclusively on taking into consideration the results of the cytopathologic examination of PB. Within the period of 3 years (2003-2005) complications of PB in 95 patients were studied. The complications were observed in 28 (29%) patients and they were the following: fever in 9 (9,5%); hematurie in 10 (10,5%), hemospermia 5 (5,3%), rectal hemorrhage in 23 (24,2%); dysurie in 7 (7,4%) cases. In order to prevent the above mentioned complications one should ensure antibacterial protection and an adequate anesthesia.

**Introducere.** Carcinomul de prostata (CP) este în multe țări tumora malignă cea mai frecventă la bărbați și a două cauză de deces prin cancer după carcinomul bronșic. După determinarea

antigenului specific prostatic (PSA) și a tușeului rectal (TR), urmează puncția biopsia prostatică (PBP). PBP oferă importante informații suplimentare și decizia terapeutică poate fi lăsată exclusiv în seama examinării citopatologice. Este necesar ca pacientul să fie prevenit asupra posibilității apariției febrei, frisonului, hematuriei, hemospermiei, rectoragiei sau a disuriei. Pacientul trebuie informat amănunțit, cel mai bine prin intermediul unor broșuri, iar consimțământul în scris al pacientului este obligatoriu. Discuția medic-pacient trebuie să elucideze și urmările posibile ale puncției.

**Obiective.** Ne-am propus să studiem complicațiile, după PBP la pacienții cu suspjecție de CP internați în Clinica de Urologie.

**Materiale și metode.** În perioada 01.01.2003 - 31.12.2005 au fost efectuată PBP la 95 pacienți. Vârsta medie a constituit

67 ± 0,5 ani. BPP a fost efectuată transrectal sub ghidaj digital, cu recoltare țintită și sistematică de țesut din diferite zone suspecte anatomice ale prostatei: (a bazei mijlocului, apexului, precum și a lobilor laterali). Pentru profilaxia infecțiilor a fost efectuată o protecție antibiotică cu un agent inhibitor al girazei bacteriene (**chinolone**) timp de 1-3 zile. De asemeni au fost efectuate obligatoriu clisme evacuatoare. Poziția preferată pentru efectuarea PBP a fost cea de litotomie. Pentru atenuarea durerii a fost utilizat un gel anestezic (Lidochlor Gel). PBP a fost efectuată după două tehnici:

- Tehnică double-glove von Beudinger;
- Tehnica Fernandez de introducere a acului cu teacă de protecție a acestuia.

Au fost folosite ace de puncție Tru Cut.

**Rezultate.** La 95 pacienți, după PBP, s-au atestat 28 (29,4%) complicații, rata lor fiind următoarea: febră - 9 (9,5%), hematurie - 10 (10,5%), hemospermie - 5 (5,3%), rectoragie - 23 (24,2%), disurie 7 (7,4%). Valoarea PSA a fost cuprinsă între 1,4 ng/ml și 260,0 ng/ml. Valoarea medie a PSA a fost 74,0 ng/ml.

#### **Concluzii**

1. Pentru prevenirea complicațiilor infecțioase trebuie asigurată o protecție antibiotică, precum și o analgezie suficientă.
2. Sângerările rectale moderate pot fi tratate prin compresiune digitală de scurtă durată sau prin introducerea tamponelor de tifon.
3. Dacă sângerarea persistă mai mult de o oră, se impune hemostază prin sutură transrectală.