

ALGORITMUL DE TRATAMENT CHIRURGICAL AL STRICTURILOR DOBÂNDITE DE URETRĂ

THE SURGICAL TREATMENT ALGORITHM OF THE ACQUIRED URETHRAL STRICTURES

Ghenadie Scutelnic

Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

Based on accessible literature data, as well as personal study of 562 cases of acquired urethral stricture patients I have developed a special algorithm of differential treatment, that demonstrates the medical management before the operation, helps in optimal surgery selection and describes postoperative management with special reference to recidives.

Introducere

Stricturile dobândite de uretră reprezintă o problemă importantă a urologiei moderne, în special la capitolul selecției metodei adecvate de tratament chirurgical și conduitei postoperatorii a pacienților [1]. Extrem de importantă este prevenirea recidivelor stricturilor uretrale, iar în caz de dezvoltare a lor – corectarea timpurie, respectând raportul optim cost/ beneficiu [2].

Obiectiv

Elaborarea algoritmului de management al stricturilor dobândite de uretră.

Material și metode

Experiența proprie în domeniu se bazează pe analiza celor 562 de cazuri de stricturi uretrale dobândite, operate în secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican între anii 1995-2006, precum și analiza datelor literaturii contemporane în domeniu au servit drept baza pentru elaborarea algoritmului de management secvențial al stricturilor uretrale dobândite non-neoplazice la bărbați.

Rezultate

În Tabelul 1 sunt sintetizate datele privind analiza comparativă a utilizării metodelor chirurgicale în corecția stricturii de uretră. Cercetarea științifică efectuată confirmă opinia unor autori privind influența semnificativă a etiologiei stricturii asupra tacticii chirurgicale selectate [1]. Prezența stricturilor posttraumatice deseori era asociată cu întreruperea completă a uretrei, dezaxarea segmentului proximal și distal de uretră, fiind necesară evacuarea urinei prin cistostomie. În astfel de cazuri este solicitată efectuarea intervențiilor chirurgicale deschise sau plastice (dacă defectul uretrei este prea mare și nu poate fi compensat prin extinderea fragmentelor existente). Aceeași atitudine recomandă și Santucci R. [2]. Dacă în stricturile postinflamatorii și în majoritatea stricturilor iatrogene se observă numai afectarea permeabilității în segmentul afectat, leziunile structurilor adiacente sunt minore. Astfel, fluxul urinar poate fi restabilit prin abordul endoscopic, ceea ce și a fost confirmat în studiul nostru [3]. Variantele de restabilire a urodinamicii

sunt diferite, dar posibilitatea de aplicare a lor depinde de capacitățile tehnice ale instituției medicale și de nivelul de antrenare a personalului medical [4]. Avantajul metodei endoscopice constă în traumatizarea minimă suplimentară a uretrei deja afectate, ceea ce o transformă într-un mijloc optim de rezolvare a stricturilor multiple de uretră. Evident, în caz de contopire a leziunilor uretrale cu formarea stricturii pe tot parcursul uretrei, aplicarea metodei endoscopice devine extrem de dificilă și poate fi solicitată intervenția chirurgicală deschisă sau plastia uretrei. Atât stricturile recidivante, cât și cele iatrogene reprezintă un grup aparte a stricturilor iatrogene: dacă stricturile de uretră sunt cauzate de manoperele urologice de diagnostic sau de tratament, este suficientă efectuarea uretrotomiei endoscopice; în stricturile iatrogene și recidivante deseori este solicitat tratamentul deschis, din cauza volumului sporit de țesut cicatricial și a deformării traectului uretral.

Evaluarea economică a metodei de tratament reprezintă un element important în formularea strategiei managementului la nivelul sistemului de sănătate [1]. Însă, în cazul stricturii de uretră analiza economică este o problemă dificilă: strictura uretrală este o maladie potențial curabilă, dar în același timp cu o rată sporită de recurențe. Ultimul fapt indică dependența semnificativă a rezultatelor analizei economice de durata supravegherii postoperatorii. Metodele miniinvasive transuretrale (bujare), după cum a demonstrat practica medicală zi de zi și mai multe studii științifice, pot fi aplicate chiar în condiții de ambulatoriu, dar se asociază cu o rată sporită de recidive [5]. Metodele deschise au cea mai joasă rată de recidive, dar durata spitalizării este cea mai lungă, ca și perioada de reabilitare, cheltuielile imediate fiind cele mai mari [6]. Totuși, materialul studiat, precum și datele literaturii contemporane indică utilitatea aplicării cât mai largi a diverselor variante de uretrotomie internă optică, care oferă posibilitatea de echilibrare a cheltuielilor imediate și la distanță [1,7].

În caz de intervenții chirurgicale deschise, recidivele sunt relativ mai rare și se dezvoltă după o perioadă mai mare de timp, de obicei peste 3-5 ani. Cel mai rapid stricturile recidivează după aplicarea tratamentului transuretral, demonstrând caracterul temporar al ameliorării urodinamicii la acești pacienți. Metodele endourologice ocupă o poziție intermediară la

Tabelul 1

Analiza comparativă a metodelor chirurgicale
 de tratament în stricturile de uretră

Indicii	Operații deschise (ex. Holțov-Marion, Solovov-Badenoc)	Intervenții chirurgicale miniinvazive (ex. bujare)	Intervenții chirurgicale endouroligice (ex. uretrotomie internă optică)
Tipul stricturilor	Stricturile uretrale posttraumatice, mai rar postinflamatorii, în special proximale	Stricturile uretrale postinflamatorii și iatrogene cu dereglări ușoare/ moderate ale urodinamicii; profilaxia recidivelor	Stricturile uretrale postinflamatorii și postchirurgicale, inclusiv multiple; stricturile recidivante
Durata spitalizării și peri-oadei post- operatorii	Cea mai lungă	Minimă, pot fi efectuate ambulatoriu	Medie
Recidive	Rare, după un interval mare de timp	Frecvente, cu acțiune de scurtă durată	Relativ frecvente, se dezvoltă în primii ani după intervenția chirurgicală
Alte complicații	Frecvente	Extrem de rare	Relativ rare

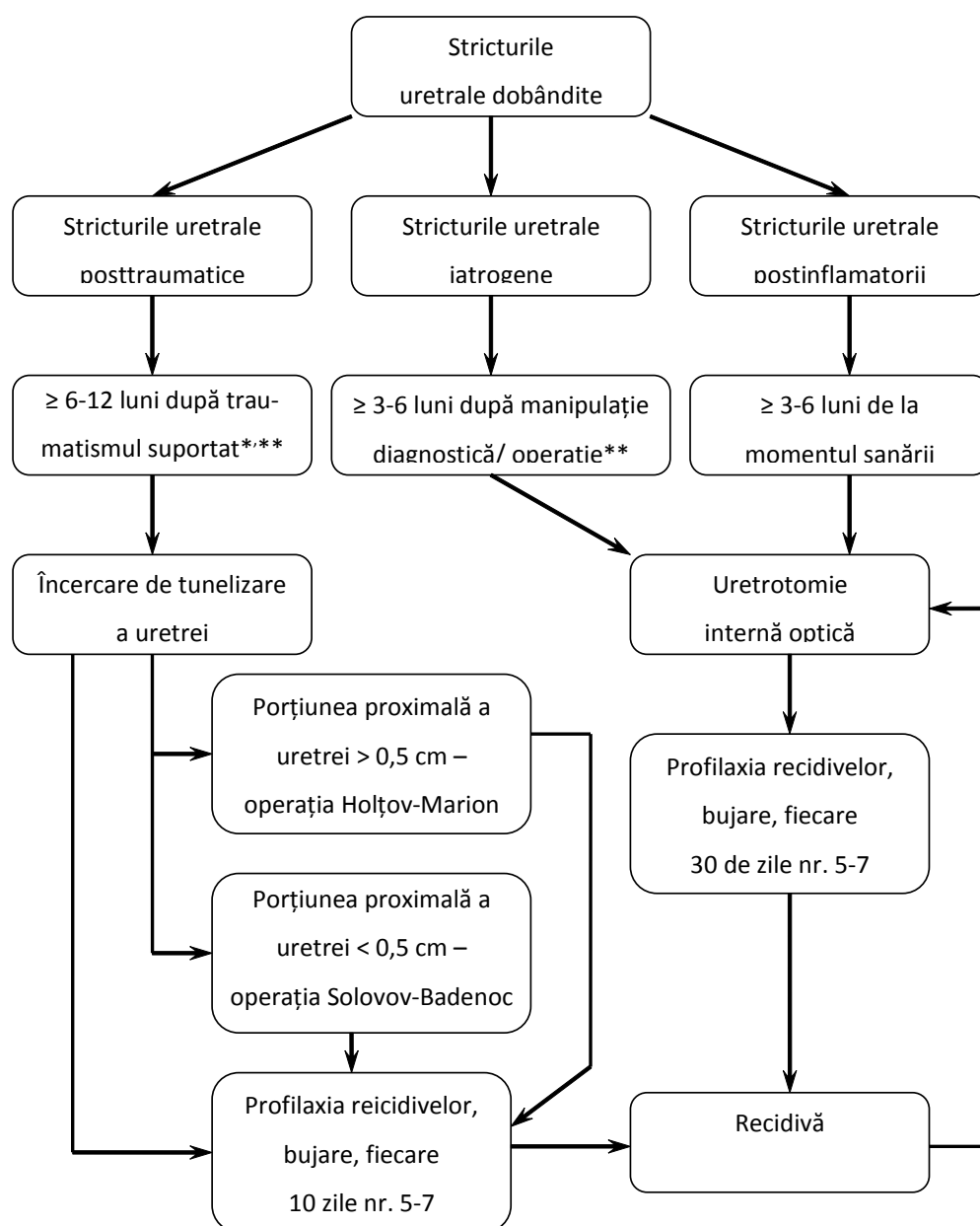


Figura 1. Algoritmul secvențial de tratament al stricturilor uretrale dobândite

Notă: * Dacă nu a fost efectuată corecția chirurgicală în scurt timp după traumatismul suportat. ** În lipsa infecției urinare asociate. *** La pacienții cu surse de infecție urinară cronică (ex. stent, cistostomie) prezența leucocituriei nu servește drept contraindicație pentru intervenția chirurgicală de corecție.

acest capitol, cu incidența recidivelor mai înaltă în comparație cu metodele chirurgicale deschise, dar mai redusă vis-a-vis de metodele miniinvasive transuretrale [1,5, 6, 8].

Referitor la alte complicații postoperatorii, decât recurența stricturii uretrale, situația este cu totul diferită. Pacienții după operații deschise sunt cel mai frecvent afectați de consecințele inacurateții actului chirurgical, pe primul plan fiind complicațiile infecțioase. Metodele endourologice rareori se asociază cu complicații locale. În privința metodelor miniinvasive transuretrale, rata complicațiilor se schimbă în funcție de modalitatea de aplicare. Pentru a minimaliza riscul complicațiilor, metodele transuretrale trebuie aplicate după schema graduală, evitând forțarea procesului de dilatare a uretrei. Aplicarea bujării forțate se poate complica cu ruptura uretrei sau formarea fistulelor [7, 8].

Scopul studiului actual empiric al 562 de pacienți cu stricturi uretrale dobândite a fost îmbinarea rezultatelor practice ale tratamentului lor chirurgical cu conceptualizarea datelor teoretice accesibile în literatură de specialitate (Figura 1). Un număr extrem de mare de metode posibile de tratament, precum și varietatea semnificativă a caracteristicilor stricturilor uretrale complică și mai mult încercările întreprinse. Am limitat cercetarea științifică a stricturilor dobândite la cele non-neoplazice la bărbați.

Examenul histopatologic, evaluarea clinico-paraclinică ad hoc și în dinamică, în cadrul unui studiu prospectiv, a contribuit la elaborarea unui algoritm consecutiv de tratament diferențiat. Caracteristicile clinico-morfologice ale stricturilor posttraumatice cu întreruperea laminei proprii a mucoasei, cicatrizare masivă, răspândirea procesului patologic în țesutul periuretral, precum și dezaxarea segmentelor uretrale proximale și distale, obligă o abordare diferențiată în comparație cu stricturile iatrogene și postinflamatorii. Se recomandă ca operația să fie efectuată după 6-12 luni de la traumă, când procesul patologic este deja finalizat. Inițial se încearcă tunelizarea uretrei. Dacă aceasta manoperă a fost nereușită, atunci se efectuează operația Holțov-Marion sau operația Solovov-Badenoc, în funcție de caracteristicile stricturii de uretră. Profilaxia recidivelor

se efectuează prin bujare, după fiecare 10 zile, până la 5-7 proceduri. În caz de recidivă, se recomandă recurgerea la metodele endourologice pentru recanalizarea uretrei stricturate. În stricturile iatrogene și postinflamatorii volumul țesutului cicatriceal este comparativ mai mic, iar pe primul plan sunt modificările patologice, secundare fie infecției, fie manoperei medicale cauzale. Histopatologic, o importanță majoră are puseul de inflamație acută, care, la majoritatea pacienților, trece din faza exsudativă în cea proliferativă timp de 3-6 luni după acțiunea factorului patologic. Afectarea țesutului periuretral este mai puțin pronunțată, relativ mai rar se întâlnește infiltratul inflamator cronic. Modificările locale la nivelul stricturii sunt relativ mai reduse vis-a-vis de cele demonstrate de studiul morfopatologic în caz de stricturi posttraumatice de uretră. Astfel, în majoritatea cazurilor, problema poate fi rezolvată cu ajutorul metodelor endourologice: de exemplu, prin uretrotomie internă optică. Profilaxia se efectuează la fel prin bujare, care se aplică o dată în 30 de zile, în total până la 5-7 proceduri. În caz de recidivă, tratamentul endourologic se repetă. Prin urmare, putem concluziona, că metodele deschise sunt recomandate în caz de întrerupere a uretrei, cu dezaxarea fragmentelor ei, prezența modificărilor patologice locale pronunțate (cicatrizare masivă, prezența microabceselor, fistulelor etc.), iar metodele endourologice sunt de prima intenție în cazul stricturilor postinflamatorii, în special cu leziuni minore ale uretrei și fără întreruperea integrității tunicilor uretrei, precum și în cadrul tratamentului recidivelor stricturilor de uretră, indiferent de etiologia lor. Stricturile multiple pot fi tratate endourologic sau prin intermediul diferitor metode plastice.

Concluzie

În baza literaturii de specialitate studiate, precum și a rezultatelor studiului propriu a 562 de pacienți cu stricturi dobândite de uretră, a fost elaborat un algoritm secvențial de tratament diferențiat, care vizează conduita medicului-urolog în perioada preoperatorie, ajută în selectarea metodei optime de tratament chirurgical și descrie managementul postoperatoriu cu referințe speciale la cazurile de recidivă.

Bibliografie

1. BRANDES S., editor, Urethral reconstructive surgery // In „Current clinical urology” series, Humana press, USA, 2008, 357 pp.
2. SANTUCCI R., JOYCE G., WISE M., Male urethral stricture disease // J. Urol., 2007; 177:1667–1674.
3. AL-ALI M., AL-SHUKRY M., Endoscopic repair in 154 cases of urethral occlusion: the promise of guided optical urethral reconstruction // J. Urol. 1997. 157:129–131.
4. BECKER H., MILLER J., NOSKE H., KLASK J., WEIDNER W., Transurethral Laser urethrotomy with Argon-Laser—experience with 900 urethrotomies in 450 patients from 1978 to 1993 // Urol. Int. 1995; 55:150–153.
5. EL-ABD S., Endoscopic treatment of posttraumatic urethral obliteration: Experience in 396 patients // J. Urol., 1995; 153:67–71.
6. HEYNS C., MARAIS D., Prospective evaluation of the American Urological Association symptom index and peak urinary flow rate for the followup of men with known urethral stricture disease // J. Urol., 2002. 168:2051–2054.
7. ВОЗИАНОВ А., ПАСЕЧНИКОВ С., АНДРЕЕВ А., Хирургическое лечение стриктур уретры // Журн. АМН України, 1997. Т.3, №4. – С.567-581.
8. JEPSON B., BOULLIER J., MOORE R., PARRA R., Traumatic posterior urethral injury and early primary endoscopic realignment: evaluation of long-term follow-up // Urology, 1999 Jun;53(6):1205-10.