

4. 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.
5. 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.
6. LEVINE J., WESSELLS H., Comparison of open and endoscopic treatment of posttraumatic posterior urethral strictures // *World J. Surg.* 2001; 25:1597–1601.
7. KAWASHIMA ET AL., Imaging of urethral disease: a pictorial review // *Radiographics* 1994; 24:195–216.
8. RYU K., MR imaging of the male and female urethra // *Radiographics* 2001, 21:1169–1185.
9. GLUCK P. ET AL., Sonographic urethrogram. Comparison to roentgenographic techniques // *J. Urol* 1998; 140:1404–1408.
10. GUPTA A. ET AL., Sonourethrography in the evaluation of anterior urethral strictures: correlation with radiographic urethrography // *J. Clin. Ultrasound*, 1993; 21:231–239.
11. KIRSHY ET AL., Autourethrography // *Radiology* 1991; 180:443–445.
12. EATON N., RICHENBERG P., Imaging of the urethra // *Curr. Status. Imaging*, 2005, 17:139–149.

## CARACTERISTICA GENERALĂ ȘI MANAGEMENTUL PACIENȚILOR CU STRICTURI DOBÂNDITE DE URETRĂ

### GENERAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF THE PATIENTS WITH ACQUIRED URETHRAL STRICTURES

**Ghenadie Scutelnic**

*Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican*

#### Summary

The carried out analysis has shown that infectious inflammation is the most often cause of benign urethral strictures, being responsible for 48,4% of analyzed cases during 12 years-study. Trauma is the next by frequency cause of urethral strictures and were met in 34,2% cases. Iatrogenic strictures were the least often cause of benign urethral strictures, that were diagnosed in 17,4% of studied patients.

#### Introducere

Stricturile de uretră la momentul actual reprezintă o cauză în creștere a 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]. La momentul actual nu sunt lucrări de sinteză publicate, care evidențiază caracteristicile stricturilor uretrale dobândite în Republica Moldova.

#### Obiectiv

Prezentarea caracteristicii și managementului stricturilor dobândite de uretră la nivelul staționarului urologic specializat.

#### Material și metode

Am analizat particularitățile stricturilor dobândite de uretră la pacienții spitalizați în secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican între anii 1995-2006. Cercetarea științifică cuprinde evaluarea caracteristicilor vârstnice, etiologice și particularităților tratamentului chirurgical implementat. În analiză au fost incluși pacienții adulți de sexul masculin cu stricturi dobândite de uretră, confirmate clinico-paraclinic și supuse tratamentului chirurgical deschis, endoscopic sau bujării. Din

lotul examinat au fost excluși pacienții cu stricturi neoplazice, congenitale, cu patologie asociată gravă.

#### Rezultate

În perioada anilor 1995-2006 în secția Urologia IMSP Spitalul Clinic Republican 562 de bolnavi cu stricturi uretrale dobândite au fost supuși tratamentului chirurgical deschis, endoscopic și miniinvaziv. Ponderea pacienților cu stricturi a constituit 1,8% din numărul pacienților urologici spitalizați. Limitele de vârstă au fost cuprinse între 18 și 75 ani, vârsta medie a lotului studiat a constituit  $49,3 \pm 2,3$  ani.

Planul de examinare a pacienților cu stricturi uretrale la etapa inițială a inclus examenul clinic cu precizarea anamnezei, 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 uretrografia, 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 influențe 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 renou- rinar, a condiționat necesitatea unei examinări mai aprofundate la o parte din pacienți. În caz de suspecție a infecției acute sau cronice în acutizare a tractului urinar, au fost efectuate urocultura, analiza Neciporenko. Pacienților cu semne de insuficiență renală li s-a apreciat suplimentar filtrația glomerulară și proba Zimnițki, iar pacienților cu semne de afectare a structurilor anatomice proximale ale sistemului uropoietic – ecografia renală, urografia intravenoasă și renografia izotopică (sau scintigrafie 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 leucocituria persistentă, cauzată de cistostomie, care a fost rezistentă la tratamentul conservator aplicat.

Clasificarea etiopatogenetică împarte toți pacienți cu stricturi uretrale benigne în 3 grupuri: 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 272 de pacienți (48,4% din lotul general); cu vârstă cuprinsă între 17 și 66 de ani; vârsta medie fiind de 45,6±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 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 192 de pacienți (34,2% din lotul general), cu vârstă între 19 și 67 de ani; vârsta medie fiind 40,2±2,4 ani. Stricturile iatrogene sunt cauzate de sondajul uretral, alte manevre urologice diagnostice pe uretră sau de intervențiile chirurgicale endourologice pe prostată. Acest grup de pacienți a fost cel mai mic și a cuprins 98 de bolnavi (17,4% din lotul general cercetat). Vârsta bolnavilor a variat de la 32 până la 75 de ani, vârsta medie fiind 52,3±4,5 ani.

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 stricturile 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), urmați 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 apariției patologiei și, pentru a fi eliminată, necesită selectarea unui lot aparte de pacienți, ceea ce și a fost îndeplinit în studiul prospectiv. În concluzie, trebuie să subliniem necesitatea acordării unei atenții deosebite în special stricturilor posttraumatice și postinflamatorii de uretră, care condiționează dezvoltare a 4/5 din stricturile uretrale dobândite în staționarul urologic general.

Tratamentul conservator subînțelege tratament medicamentos, inclusiv antibioterapie, antiinflamator, fitoterapie, uneori și administrarea  $\alpha$ -adrenoblocantelor, fizioprocedurilor, în caz de necesitate – bujarea uretrei. Preoperatoriu s-a efectuat coagulograma, s-a determinat grupa de sânge și nivelul de protrombină. Pacienții au fost consultați de anesteziolog (obligatoriu), precum și de alți specialiști (interniști, endocrinologi, cardiologi ș.a., în funcție de patologia asociată, suspectată sau depistată). Operațiile au fost efectuate sub anestezie epidurală.

În tratamentul pacienților cu stricturi dobândite de uretră au fost aplicate mai multe metode chirurgicale, inclusiv: deschise (operațiile Holțov-Marion și Solovov-Badenoc), endourologice și uretrotomia internă optică. Aceste metode sunt practicate pe larg în Republica Moldova și oferă posibilitatea de soluționare reușită a majorității stricturilor uretrale posttraumatice, postinflamatorii și iatrogene. Metodele mai sofisticate sau mai specifice sunt utilizate mult mai rar, deoarece la moment nu sunt disponibile și astfel nu pot fi utilizate într-un studiu comparativ suficient de amplu. Fiecare metoda 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 capătului proximal > 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 capătului proximal al uretrei mai mică de 0,5 cm, ceea ce împiedică evident efectuarea anastomozei termino-terminale. Această operație a fost efectuată preponderent la pacienți cu stricturi posttraumatice și postinflamatorii. 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 grupuri de pacienți, ceea ce permite individualizarea abordării fiecărui caz.

Tabelul 1

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

Vârsta, ani	In total		Stricturi postinfl- matorii		Stricturi posttrau- matice		Stricturi iatrogene	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 20	62	11,0	36	13,2	26	13,5	0	0
21-30	79	14,1	39	14,3	40	20,8	0	0
31-40	95	16,9	45	16,5	46	24,0	4	4,1
41-50	91	16,2	40	14,7	36	18,8	15	15,3
51-60	108	19,2	53	19,5	21	10,9	34	34,7
61-75	127	22,6	59	21,7	23	12,0	45	45,9
În total:	562	100,0	272	100,0	192	100,0	98	100,0

Postoperatorii 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 adrese de sinestătător 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 cauză a stricturilor uretrale dobândite, fiind responsabile în 48,4% din cazurile analizate pe parcursul a 12 ani. Traumatismele urmează inflamația infecțioasă printre cauzele stricturilor uretrale, fiind întâlnite la 34,2% din pacienții analizați. Ultimul loc ca frecvență ocupă stricturile iatrogene, care au fost diagnosticate la 17,4% pacienți.

---

### Bibliografie

1. BRANDES S., editor, Urethral reconstructive surgery // „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. ТРАПЕЗНИКОВА М., БАЗАЕВ В., УРЕНКОВ С., Сравнительный анализ исходов открытых и эндоскопических методов лечения стриктур задней уретры у мужчин // Урология, 2004 Янв.-Февр.;(1):47-54.
- 

## CAZ CLINIC: SINDROMUL MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, FORMA ATIPICĂ

### CLINICAL CASE: MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME, ATYPIC FORM

Lilia Chirița<sup>1</sup>, Sergiu Bejan<sup>2</sup>, Victor Bobu<sup>1</sup>, Constantin Guțu<sup>2</sup>, Vladimir Caraion<sup>1</sup>, M. Gaidău<sup>1</sup>, Eduard Pleșca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Secția Urologie IMSP SCM „Sf. Treime”

<sup>2</sup> Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N. Testemițanu”

### Summary

The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome is a rare anomaly in the prenatal development of the female genital tract. In this paper we report a clinical case of this syndrome observed in its atypical form with affected urogenital system, as well as uterine and renal agenesis. This case is interesting, as the patient did not receive any specific treatment associated with the syndrome until the age of 29. We provide a detailed description of the clinical case, its specifics and anamnesis. A literature review on the prenatal development of the female genital tract, urogenital system and the renal agenesis is also given.

---

### Introducere

Articolul prezintă un caz de anomalie de dezvoltare a aparatului urogenital feminin, sindromul Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (sindromul MRKH), care a fost descris prima dată în 1838 de Rokitansky. Se manifestă prin atrezia vaginului și a uterului, în asociere cu anomalii de structură, dislocăție a rinichilor [1, 2].

Asocierea cu dereglările scheletului (preponderent suferă schimbări regiunea lombară a coloanei vertebrale)

se întâlnește în sindromul MRKH aproximativ în 10-20 % cazuri [1, 3].

În majoritatea cazurilor malformația este diagnosticată la vârsta pubertară, când se manifestă amenoreea.

Tratamentul pacientelor cu sindromul MRKH urmărește scopul de a forma organele sexuale, ce i-ar permite să ducă viață sexuală și, dacă e posibil, de tratat infertilitatea, cauzată de malformația tractului genital [1, 4, 5].