

la $68,55 \pm 4,35$, la $31,72 \pm 4,27$ baluri ($p < 0,001$), peste 2 luni cu $64,7\%$ - de la $68,55 \pm 4,35$, la $24,18 \pm 4,20$ baluri ($p < 0,001$), calitatea vieții a crescut de 1,6 ori la finele primei luni - de la $52,25 \pm 4,31$, până la $83,99 \pm 4,12$ baluri ($p < 0,001$), iar peste 2 luni de 1,7 ori - de la $52,25 \pm 4,31$, până la $91,21 \pm 4,05$ baluri ($p < 0,001$) (Figura 2).

Reacțiile adverse înregistrate pe parcursul tratamentului cu Vezicare® sunt următoarele: 7 paciente au semnalat uscăciune în gură, 1 pacientă - meteorism. Aceste simptome au survenit în primele două săptămâni de tratament și au dispărut spre finele lui.

Discuții

Pe fondul tratamentului cu Vezicare® au fost observate schimbări esențiale în tabloul clinic al sindromului OAB. Astfel, în conformitate cu rezultatele înregistrate, deja la finele primei luni de tratament s-a observat o dinamică pozitivă a simptomelor bolii: frecvența polachiuriei și nicturiei s-a micșorat de 2 ori, chemărilor imperioase și episoadelor de IUI de 3 ori, cu

tendința ulterioară spre micșorare. Manifestarea simptomaticii sindromului OAB, conform chestionarului utilizat, s-a micșorat circa de 3 ori în timpul tratamentului, iar calitatea vieții pacientelor cu dereglări de micțiune a crescut practic de 2 ori. Însănătoșirea completă s-a înregistrat la 12 paciente (60%), parțială - la 8 paciente (40%), iar lipsa efectului nu a fost înregistrat.

Concluzii

1. Rezultatele înregistrate în urma utilizării preparatului Vezicare atestă o eficacitate statistic semnificativă destul de înaltă în tratamentul IUI la femei ($p < 0,001$).

2. Utilizarea preparatului Vezicare micșorează accentuarea manifestărilor sindromului OAB și contribuie la creșterea calității vieții pacientelor ($p < 0,001$).

3. Luând în considerație frecvența minimă a efectelor adverse înregistrate, Vezicare poate fi recomandat ca preparat de „elecție” în tratamentul OAB cu manifestări de IUI.

Bibliografie

1. BALMER P., ABRAMS P. The overactive bladder. Rev Contemp. Pharmacoth., 2000; 11:1-11.
2. CHESS-WILLIAMS., Potential therapeutic targets for the treatment of detrusor overactivity. Expert opinion on therapeutic targets. 2004; 8 (2): 95-106.
3. PAYNE C., STEWART W., HERZOG R., LIBERMAN J., WEIN A., HUNT T. Variation in prevalence of overactive bladder symptoms in a community sample: early results from the NOBLE. Informally discussed posters. ICS 2000.
4. ZINNER N., HARNETT M., SABAUNJIAN L. et al. The overactive bladder-symptom composite score: a composite symptom score of toilet voids, urgency severity and urge urinary incontinence in patients with overactive bladder. J Urol., 2005; 173: 1639-1643.
5. CARDOZO L., LISEC M., KUZMIN I. et al. Randomized, double-blind placebo controlled trial of the once daily antimuscarinic agent solifenacin succinate in patients with overactive bladder. J. Urol., 2004; 172 (5): 1919-1924.
6. CARDOZO L., NAGY G., KISS L., AL-SHUKRI S. Solifenacin in the treatment of urgency symptoms of overactive bladder in a flexible dose, placebo controlled trial (the SUNRISE study). Int Urogynecol J 2006; 17 (suppl. 2): S052.
7. ВИШНЕВСКИЙ Е.Л., ПУШКАРЬ Д.Ю., ЛОРАН О.Б., ВИШНЕВСКИЙ А.Е. Урофлоуметрия, Москва, Печатный проезд, 2004.

REZULTATELE INVESTIGAȚIILOR INSTRUMENTALE ÎN STRICTURILE DE URETRĂ

INSTRUMENTAL INVESTIGATIONS IN URETHRAL STRICTURE

Ghenadie Scutelnic¹, Adrian Bocancea², Adrian Tănase³, Emil Ceban³, Vitalie Ghicavii³, Dorin Tănase³

¹ Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

² Secția Imagistică IMSP Spitalul Clinic Republican

³ Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Contemporary imaging methods help to localize, to determine the severity and the length of urethral stricture. The precise information of these parameters contribute significantly to the treatment method selection assuring its optimal results. Such methods as intravenous urography, kidney and urine bladder echography, dynamic renal scintigraphy and radioisotope-based renography are necessary for exclusion or confirmation of the eventual urological complications of urethral stricture.

Introducere

Vizualizarea uretrei masculine în stricturile dobândite de uretră este realizată printr-un număr mare de modalități imagistice, inclusiv ultrasonografia, tomografia computerizată și urografia [1,2]. Cu toate că examenul ecografic și tomografia computerizată multislice sunt metodele cu sensibilitatea cea mai înaltă în precizarea localizării și caracteristicilor stricturilor uretrale, implementarea lor este asociată cu creșterea semnificativă a costului cazului tratat și solicită un personal special antrenat pentru realizarea completă a potențialului diagnostic [3-5]. Rolul cercetării imagistice ale compartimentelor sistemului uropoietic (rinichii, ureterele, vezica urinară) se limitează la evaluarea complicațiilor posibile și rezultă din implementarea metodelor diagnostice respective (ecografia renală și a vezicii urinare, tomografia computerizată, urografia intravenoasă, studii scintigrafice) [1].

Obiectiv

Analiza rezultatelor investigațiilor instrumentale ale stricturilor dobândite de uretră.

Material și metode

Studiul efectuat include 562 de pacienți cu stricturi postinflamatorii (272), posttraumatice (192) și iatrogene (98) de uretră. Vârsta pacienților a variat între 18 și 75 de ani, vârsta medie fiind de $49,3 \pm 2,3$ ani. Urografia retrogradă este cea mai informativă metodă de diagnostic în stricturile uretrei. De regulă, ea asigură o informație suficient de exactă privind schimbările anatomice ale uretrei. În calitate de substanță de contrast s-a folosit soluția de iod triatomar (urotrast, verografină, urografină) de 15-20%. Evaluarea ecografică a rinichilor și vezicii urinare s-a efectuat la aparatul PHILIPS HD-3 cu transductorul transrectal 7,5 MHz, abdominal 3,5 MHz și cel transliniar 7,5 MHz. Urografia intravenoasă este o metodă radiologică specială, care ajută la evaluarea complexă anatomic-funcțională a rinichilor și a căilor urinare. Calitatea imaginii urografice este condiționată de experiența medicului radiolog, pregătirea pacienților, caracteristicile aparatului imagistic și, nu în ultimul rând, de funcția renală.

Rezultate

170 pacienți (30,2%) au fost supuși ecografiei renovezicale în regim bidimensional. Regimul doppler s-a utilizat la câțiva pacienți, pentru a evalua dereglările urodinamice la nivelul segmentului stricturat, dar datorită reproductibilității reduse ale rezultatelor nu a fost implementat printre metodele diagnostice de bază a studiului efectuat. Ecografia renovezicală s-a recomandat pacienților cu simptomatologie caracteristică pentru afectarea căilor urinare superioare (ex. colică renală, sindrom algic lombar de altă natură, pielonefrită cronică), precum și în caz de infecție urinară asociată, pentru a exclude complicațiile locale. Această investigație a ajutat la depistarea hidronefrozei (32 pacienți - 5,7%), care se caracterizează prin dilatarea sistemului calice-bazinet, aplatizarea calicelor și subțierea progresivă a parenchimului renal. La majoritatea pacienților a fost determinată hidronefroza incipientă sau moderată: de gradul I - la 14 pacienți (43,8%), de gradul II - la 10 pacienți (31,2%), de gradul III - la 6 (18,8%) și de gradul IV - la 2 pacienți (6,2%). Este dificil de apreciat aportul modificărilor urodinamice la nivelul stricturii uretrale în dezvoltarea hidronefrozei, fiindcă

ultima a fost în 2/3 din cazuri asociată cu urolitiază. În acest context, devine clară importanța examenului ecografic în diagnosticarea urolitiazii la 26 pacienți (4,6%). În special, este valoros aportul lui în evidențierea calculilor radiotransparenți. Dimensiunile calculilor depistați au variat de la 7 mm până la 3 cm (într-un caz s-a depistat un calcul coraliform unilateral). Urolitiază bilaterală a fost constatată la 3 din 15 pacienți cu nefrolitiază (20%). Diagnosticarea pielonefritei cronice cu modificarea consecutivă a conduitei medico-chirurgicale a fost o altă aplicare de valoare a examenului ultrasonografic. Pielonefrita cronică s-a depistat la 57 pacienți (10,1%). Au fost depistați și 5 pacienți (0,9%) cu stricturi de uretră, inclusiv 2 pacienți cu calcul al vezicii urinare.

Urografia intravenoasă, suplimentată cu un clișeu micțional, a fost efectuată la 28 pacienți (5%). Această investigație s-a utilizat în special pentru confirmarea diagnosticului de urolitiază asociată, determinat inițial cu ajutorul ecografiei renovezicale (26 de cazuri). Această metodă imagistică a fost solicitată și în cazul macrohematuriei, având drept scop efectuarea diagnosticului diferențial. Nu trebuie subestimat nici aportul acestui examen în depistarea pielonefritei cronice, în excluderea anomaliilor asociate ale sistemului uropoietic și refluxului vezico-ureteral. Implementarea urografiei intravenoase a oferit posibilitatea de a diagnostica sau de a exclude atât complicațiile stricturii de uretră, cât și eventualele patologii asociate.

Renografia cu izotopi și scintigrafia renală dinamică au fost efectuate la 282 pacienți (50,2%). Din 282 de investigații izotopice, în 179 cazuri (63,5%) studiul scintigrafic a fost în limitele normei, iar în 103 cazuri (36,5%) s-au determinat dereglări de evacuare: pe stânga - 11 (3,9%), pe dreapta - 60 (21,3%) și bilateral - 32 pacienți (11,3%). De asemenea, studiul scintigrafic a confirmat prezența pielonefritei cronice la 57 pacienți (10,1%). Această complicație a dereglărilor distale de urodinamică s-a manifestat prin repartizarea inegală a preparatului radiofarmaceutic la nivelul parenchimului renal, prin dilatarea și reținerea de contrast la nivelul bazinetului, deformarea lui. În unele cazuri de hidronefroza (19 din 32) s-a depistat prezența refluxului vezico-ureteral. La pacienții cu insuficiență renală cronică (4) a fost apreciată funcția renală de filtrație și de secreție. Pentru acești pacienți era caracteristică acumularea extrarenală a preparatului radiofarmaceutic.

Uretroscopia s-a aplicat în cadrul tratamentului endourolologic al stricturilor de uretră (226 de cazuri). Porțiunea stricturată a fost vizualizată înainte de operație, inclusiv traiectul uretrei, gradul de obliterare a lumenului uretral, numărul de stricturi; s-au determinat dimensiunile porțiunii cicatrizate și alte caracteristici macroscopice, prezența complicațiilor locale. De asemenea, efectuarea intervenției chirurgicale a fost direct ghidată uretroscopic.

Urografia reprezintă o metodă imagistică importantă, care oferă posibilitatea de diagnosticare a localizării, numărului și lungimii stricturilor de uretră. De asemenea, este posibilă o apreciere preventivă a eventualelor dificultăți asociate de actul chirurgical. Examenul radiografic a oferit posibilitatea de a evalua suplimentar caracterul traumatismului, ceea ce, în unele cazuri, a influențat și selectarea abordului chirurgical, iar uneori și a metodei chirurgicale de corecție a stricturii de uretră. Pacienților încadrați în studiu li s-au efectuat 486 urografii retrograde (86,5%), 48 urografii antegrade (8,5%) și 28 urografii micționale (4,98%).

Din 243 de uretrografii posterioare efectuate, s-au depistat stricturi localizate în:

- regiunea meatului – 5 (2,1% ± 6,4%)
- regiunea peniană – 82 (33,7 ± 4,8%)
- partea membranoasă – 68 (27,9 ± 5,4%);
- partea prostatică – 32 (13,2 ± 5,9%);
- stricturi multiple – 42 (17,3 ± 5,8%);
- pe tot parcursul uretrei – 5 (2,1 ± 6,4%).

Se observă o predominanță relativă a stricturilor uretrei anterioare, localizate în regiunea peniană (35,8%) și a meatului (2,1%), ceea ce se explică prin spectrul etiologic al stricturilor uretrale studiate, cu ponderea crescută a stricturilor postinflamatorii. În caz de etiologie postinflamatorie, de asemenea a fost caracteristică formarea stricturilor multiple, uneori localizate pe tot parcursul uretrei, cu dimensiuni ce variază între 3 mm și 3,0 cm. Stricturile multiple au fost de asemenea frecvente în cazul evoluției recidivante. În stricturile localizate pe tot parcursul uretrei a fost necesară deplasarea ei la perineu. În 13,2% din cazuri, stricturile erau localizate în partea prostatică a uretrei. În majoritatea cazurilor aceste stricturi erau iatrogene, cauzate de TUR-P sau dezvoltate în urma prostatectomiei transvezicale. O bună parte a stricturilor din partea membranoasă au fost cauzate de traumatismul pelvian suportat anterior.

Lungimea stricturii în funcție de regiunea uretrei afectate (M ± m):

- regiunea meatului – 0,99 ± 0,09 cm;
- regiunea peniană – 0,94 ± 0,023 cm;
- regiunea bulbomembranoasă – 1,5 ± 0,1 cm;
- regiunea prostatică – 2,02 ± 0,1 cm;
- stricturi multiple – 2,36 ± 0,13 cm (lungimea totală).

Stricturile aveau lungimea în caz de localizare în regiunea prostatică statistic veridic mai mare (2,02 ± 0,1 cm) decât cele din regiunea meatului (0,99 ± 0,09 cm) și din regiunea peniană (0,94 ± 0,023 cm) (p<0,01). Acest fapt depinde de mecanismul diferit de dezvoltare al acestor stricturi: postchirurgical – în

primul caz; postinflamator – în ultimele. Stricturile complete au fost rare, în majoritatea cazurilor – posttraumatice, cu întreruperea completă a uretrei și necesitatea instalării epicistostomei. Stricturarea pe tot parcursul uretrei (5 cazuri) a fost provocată de infecțiile urogenitale repetate.

În Figura 1. este prezentat un exemplu de uretrografie retrogradă cu indicarea porțiunii stricturate.

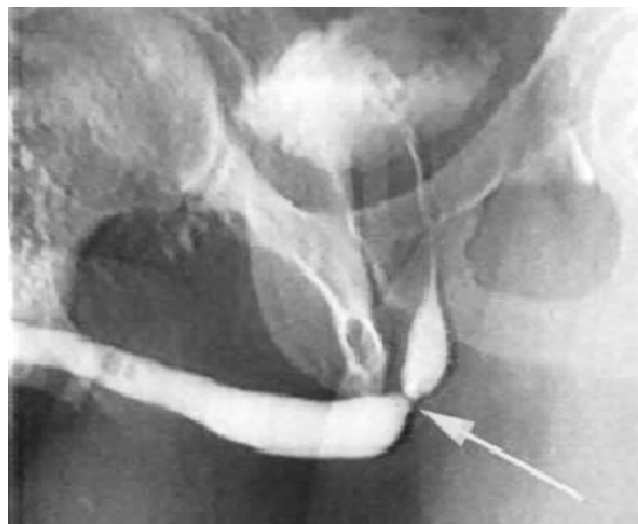


Figura 1. Uretrografie retrogradă.

Concluzii

Metodele imagistice contemporane permit a stabili localizarea, severitatea și lungimea stricturii uretrale. Datele precise la aceste capitole contribuie la alegerea metodei optime de tratament. Astfel de metode ca urografia intravenoasă, ecografia renovezicală, scintigrafia renală dinamică și renografia cu izotopi sunt necesare pentru excluderea sau confirmarea eventualelor complicații ale stricturii uretrale la nivelul sistemului uropoietic.

Bibliografie

1. GALLENTINE C., MOREY F., Imaging of the male urethra for stricture disease // Urol. Clin. N. Am., 2002; 29:361–372.
2. KAWASHIMA ET AL., Imaging of urethral disease: a pictorial review // Radiographics 1994; 24:195–216.
3. ZHANG X., HU W., HE H. ET AL., Diagnosis of male posterior urethral stricture: comparison of 64-MDCT urethrography vs. standard urethrography // Abdom. Imaging, 2010 Dec 17.
4. MOREY A., MCANINCH J., Ultrasound evaluation of the male urethra for assessment of urethral stricture // J. Clin. Ultrasound., 1996 Oct; 24(8):473-9.
5. ARDA K., BASAR M., DENIZ E., YILDIZ S., AKPINAR L., OLCER T. Sonourethrography anterior urethral stricture: comparison to radiographic urethrography. Arch Ital Urol Androl. 1995 Sep; 67(4):249-54.