

# RECIDIVELE STRICTURILOR DE URETRĂ

## URETHRAL STRICTURE RECIDIVES

**Ghenadie Scutelnic**

Secția Urologie, IMSP Spitalul Clinic Republican

### Summary

Urethral stricture recidive represents the main extended complication after corrective surgery, which develops during the first 4 years after endourological treatment and at more than 5 years distance in case of open surgery. Mean incidence rate of urethral strictures is 37%. Studied material showed that sequential algorithmic approach to the diagnosis and treatment of urethral strictures reduces the hospitalization time by 15-20%, decreases the risk of early complications from 15,6% 1995-1997 till 1,4% in 2004-2006 ( $p < 0,001$ ) as well as the incidence of recidives – from 53,8% in 2000 till 34,5% in 2003.

### Introducere

În Statele Unite ale Americii în fiecare an se înregistrează circa 5000 de internări și 200000 de consultații ambulatorii la pacienții cu stricturi de uretră, iar datele statistice demonstrează că 6 din 1000 bărbați suferă de această patologie. Un medic-urolog din SUA tratează pe parcursul anului de la 6 până la 20 pacienți cu stricturi uretrale [1, 2, 3]. În Republica Moldova în fiecare an se înregistrează aproximativ 100-120 de internări pentru tratamentul chirurgical condiționat de stricturi de uretră (circa 5-7% din bolnavii, care sunt spitalizați în staționarul urologic). Aceste date indică o morbiditate de 2 ori mai înaltă decât în SUA [4].

### Obiectiv

Determinarea incidenței și pattern-ului de dezvoltare a complicațiilor postoperatorii ale stricturilor uretrale.

### Material și metode

Studiul se bazează pe rezultatele tratamentului pacienților cu stricturi uretrale iatrogene, posttraumatice și postinflamatorii. Toți pacienții au fost inițial consultați, apoi tratați în Clinica de Urologie a IMSP Spitalul Clinic Republican în decurs de 12 ani (1995-2006). Analiza rezultatelor s-a efectuat în dinamică, cu evaluarea clinică a tratamentului indicat, metodei chirurgicale aplicate, complicațiilor și recidivelor survenite. Criteriile de includere au fost: sexul masculin, vârsta adultă ( $\geq 18$  ani), prezența stricturii de uretră dobândite, confirmată clinicoparaclinic, iar în caz de intervenție chirurgicală – radiologic intraoperator. Criteriile de excludere: stricturile congenitale de uretră, alte tipuri de stricturi de uretră dobândite (ex. neoplazică etc.), prezența patologiei asociate grave sau a stărilor critice care ar putea împiedica monitorizarea evolutivă a pacienților încadrați în studiu. Pe parcursul anilor 1995-2006 au fost tratați 562 bolnavi cu stricturi uretrale, ceea ce 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.

### Rezultate

Din numărul total al bolnavilor incluși în studiu ( $n = 562$ ), rata stricturilor recidivante a constituit 37,2% din numărul total al recidivilor înregistrate (210 cazuri), mai frecvente

au fost cele de după intervențiile endoscopice – 42,1%, apoi recurențele după operațiile deschise – 33,9%, recidivele intervențiilor transuretrale (bujare, tunelizare) au avut o incidență relativ mai mică – 24%. În acest context, trebuie de menționat, că pacienții supuși bujării au avut cele mai ușoare forme de strictură, precum și rată redusă a infecției urinare asociate. În medie, recidivele în lotul studiat au survenit peste  $2,59 \pm 0,46$  ani, inclusiv: după bujare-tunelizare – peste  $1,3 \pm 0,25$  ani; după intervențiile endoscopice – peste  $2,89 \pm 0,86$  ani; după operațiile deschise – peste  $3,03 \pm 0,71$  ani. Astfel, recidivele după operațiile deschise sunt cele mai tardive, iar după bujare – cele mai precoce. În cadrul studiului am analizat evoluția stricturilor de uretră și a recidivelor survenite la pacienții operați între anii 2000 și 2003, pe parcursul a 3-6 ani (monitorizare în dinamică din 2000-2003 până în 2006). Am cercetat separat incidența recidivelor de stricturi uretrale apărute după plastia uretrei după metodele Holțov-Marion, Solovov-Badenoc și UIO. În perioada nominalizată, incidența recidivelor stricturilor uretrale la pacienții operați după Holțov-Marion a fost de 4 din 42 operații efectuate (9,52%), la bolnavii operați după Solovov-Badenoc – de 2 din 13 intervenții chirurgicale (15,38%) și după UIO – de 34 din 90 cazuri (37,8%). Durata medie de dezvoltare a recidivelor a constituit  $4,5 \pm 0,5$  ani pentru intervenția chirurgicală după Holțov-Marion,  $3,5 \pm 0,5$  ani pentru plastia uretrei după Solovov-Badenoc și  $2,58 \pm 0,32$  ani – după UIO. Este necesar de menționat că incidența recidivelor stricturilor uretrale după UIO s-a micșorat de la 53,8% la pacienții operați în anul 2000, până la 34,5% la cei operați în anul 2003, fapt ce demonstrează performanța tehnicii chirurgicale, precum și optimizarea conduitei post- și preoperatorie a pacientului. Însă persistarea în continuare a recidivelor postoperatorii denotă faptul, că patologia în cauză prezintă o problemă majoră, care trebuie studiată aprofundat și în dinamică (Tabelul 1).

Analizând dinamica dezvoltării recidivelor stricturilor uretrale la pacienții după UOI în perioada postoperatorie, observăm numărul maxim absolut și relativ (Figura 1) al recidivelor după 2-3 ani, cu diminuare în dinamică. De asemenea, observăm că la o parte din pacienții operați prin UOI, recidivele se pot dezvolta și pe parcursul primului an după operație. După operațiile deschise, recidivele se dezvoltă la o distanță mai mare, la 3-4 ani după operație. Pentru pacienții operați prin UIO este caracteristică o cumulare progresivă a numărului recidivilor

Tabelul 1

Dezvoltarea recidivelor stricturilor uretrale

Metoda de tratament	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Plastia uretrei după Holțov-Marion	42	12	11	8	11	-	-	-
Recidive	4	0	0	0	0	1	1	2
Plastia uretrei după Solovov-Badenoc	13	6	3	2	3	-	-	-
Recidive	2	0	0	0	1	0	1	0
Uretrotomie internă optică	90	13	22	26	29	-	-	-
Recidive	34	1	4	7	7	6	5	4

Tabelul 2

Probabilitatea apariției recidivelor în funcție de lungimea stricturii și intervenția chirurgicală efectuată

Intervenția chirurgicală	Lungimea stricturii (preoperatoriu)			Dezvoltarea recidivelor	
	≤ 1 cm	1-2 cm	> 2 cm	Cu recidive	Fără recidive
Plastia uretrei după Holțov-Marion	0	0,04 ± 0,10	0,24 ± 0,09**	0,10 ± 0,09	0,90 ± 0,15
Plastia uretrei după Solovov-Badenoc	0	0,11 ± 0,12	0,32 ± 0,24*	0,15 ± 0,14	0,85 ± 0,21
Uretrotomia internă optică	0,32 ± 0,07	0,65 ± 0,08**	Nu au fost incluși în studiu	0,54 ± 0,08##	0,46 ± 0,07

Notă: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$  vis-a-vis de valorile maxime/ minime ale variabilei studiate; # -  $p < 0,05$ ; ## -  $p < 0,01$ ; ### -  $p < 0,001$  între variabilele studiate.

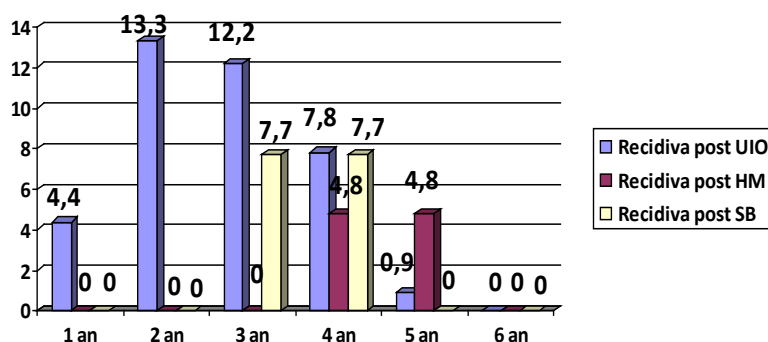


Figura 1. Dinamica dezvoltării recidivelor stricturilor uretrale (pondere relativă).

Notă: UIO – uretrotomie internă optică, HM – plastia uretrei după Holțov-Marion, SB – plastia uretrei după Solovov-Badenoc.

stricturilor uretrale pe parcursul primilor 4 ani după intervenția chirurgicală (Figura 1). După operațiile deschise recidivele stricturilor au o incidență mai mică, cu evoluție relativ stabilă a numărului de cazuri noi după o perioadă de peste 5 ani.

Astfel, analiza de durată a recidivelor stricturilor uretrale, începând cu anii 2000-2003 și până în anul 2006 (Tabelul 1, Figura 1) a permis de a obține o serie de indici extrem de importanți. În perioada nominalizată incidența recidivelor stricturilor la pacienții operați după Holțov-Marion a fost de 9,52%; la cei operați după metoda Solovov-Badenoc – de 15,38%, iar la cei operați după UIO – de 37,8%. În mediu, perioada de dezvoltare a recidivelor a fost de 4,5±0,5 ani pentru intervenția chirurgicală după Holțov-Marion, de 3,5±0,5 ani după operația Solovov-Badenoc și de 2,58±0,32 ani după UIO. Incidența recidivelor stricturilor uretrale după UIO s-a micșorat de la 53,8% în anul 2000, până la 34,5% în anul 2003. În unele cazuri, după UOI, recidivele se pot dezvolta și pe parcursul primului an după operație, iar după operațiile deschise se dezvoltă la o distanță mai mare, peste 3-4 ani.

Probabilitatea recidivelor după UIO a fost cea mai înaltă (0,54±0,08), în comparație cu intervențiile chirurgicale des-

chise, ca plastia uretrei după Holțov-Marion (0,10±0,09) și Solovov-Badenoc (0,15±0,14) ( $p < 0,01$ ) (Tabelul 2).

Lungimea preoperatorie a stricturii uretrale a influențat în mod direct reușita de durată a operației de corecție: lungimea sporită a segmentului afectat s-a asociat cu o rată înaltă de recidivare. Probabilitatea recidivei este de 2 ori mai mare după UIO la pacienții cu stricturi uretrale cu lungimea de 1-2 cm (0,65±0,08), în comparație cu stricturile uretrale < 1 cm (0,32±0,07) ( $p < 0,01$ ). Pacienții cu stricturi uretrale cu lungimea > 2 cm UIO nu au fost incluși în studiu.

O corelație similară se observă și după operațiile deschise: plastia uretrei după Holțov-Marion: strictura uretrei < 1 cm (probabilitatea recidivei este egală cu 0, conform datelor studiului efectuat) versus strictura uretrei cu lungimea de 1-2 cm (0,04±0,10) versus strictura uretrei cu lungimea > 2 cm (0,24±0,09), probabilitatea recidivei crește de 6 ori ( $p < 0,01$ ); plastia uretrei după Solovov-Badenoc: strictura uretrei < 1 cm (probabilitatea recidivei este egală cu 0 conform datelor studiului efectuat) versus strictura uretrei cu lungimea de 1-2 cm (0,11±0,12) versus strictura uretrei cu lungimea > 2 cm (0,32±0,24), probabilitatea recidivei crește de 3 ori ( $p < 0,05$ ).

Tabelul 3

## Probabilitatea apariției recidivelor în funcție de intervenția chirurgicală în perioada postoperatorie

Intervenția chirurgicală	Durata perioadei postoperatorii					Dezvoltarea recidivelor	
	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani	Cu recidive	Fără recidive
Plastia uretrei după Holțov-Marion	0	0	0	0,05 ± 0,11	0,05 ± 0,11	0,10 ± 0,09	0,90 ± 0,15
Plastia uretrei după Solovov-Badenoc	0	0	0,08 ± 0,16*	0,08 ± 0,16*	0	0,15 ± 0,14	0,85 ± 0,21
UIO	0,04 ± 0,12	0,13 ± 0,10*#	0,12 ± 0,10*#	0,08 ± 0,11	0,01 ± 0,05	0,54 ± 0,08	0,46 ± 0,07

**Notă:** \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$  vis-a-vis de valorile maxime/ minime ale variabilei studiate; # -  $p < 0,05$ ; ## -  $p < 0,01$ ; ### -  $p < 0,001$  între variabilele studiate.

Lipsa recidivelor în stricturile uretrale cu lungimea mai mică de 1 cm după operațiile deschise, se explică, probabil, prin numărul redus al recidivelor postoperatorii ale stricturii de uretră: 4 recidive după plastia uretrei după Holțov-Marion și 2 recidive după plastia uretrei după Solovov-Badenoc.

Analiza probabilității dezvoltării recidivelor stricturilor uretrale după operațiile închise și deschise demonstrează o dinamică diferită în perioada postoperatorie. Pentru metodele deschise este caracteristică apariția recidivelor după perioadă mai mare după intervenția chirurgicală, comparativ cu uretrotomia internă optică (Tabelul 3). Diferența între distribuția temporală a dezvoltării recidivelor postoperatorii a stricturilor de uretră la pacienți cu operații deschise și închise este confirmată și de analiza statistică (Tabelul 3) ( $p < 0,05$ ).

Riscul dezvoltării recidivelor stricturilor uretrale după operațiile deschise apare peste 3-4 ani și în continuare rămâne relativ stabil. Riscul dezvoltării recidivei după UIO este maxim peste 2-4 ani și scade în dinamică. Recidiva stricturii uretrale

după o operație închisă poate să se dezvolte chiar și în primul an după intervenția chirurgicală de corecție (Tabelul 3).

### Concluzii

Frecvența complicațiilor postoperatorii precoce după intervențiile chirurgicale deschise a fost în medie de  $11,7 \pm 1,97\%$  cazuri (supurarea plăgii, fistule perineale, etc.), fiind mai mică la pacienții tratați endourolitic. Recidiva reprezintă principala complicație postoperatorie la distanță, care se dezvoltă în primii 4 ani în caz de tratament endourolitic, și după 4-5 ani de la tratamentul deschis, având incidența medie în lotul studiat de 37%. În baza materialului propriu a fost confirmată eficiența abordării secvențiale algoritmizate a procesului de diagnostic și tratament al stricturilor uretrale, reflectată în micșorarea timpului de spitalizare a pacienților operați cu 15-20%, reducerea riscului complicațiilor precoce (supurarea plăgii, fistule perineale etc.) de la 15,6% în anii 1995-1997, până la 1,4% în anii 2004-2006 ( $p < 0,001$ ) și a recidivelor – de la 53,8% în anul 2000, până la 34,5% în anul 2003.

### Bibliografie

- BRANDES S., editor, Urethral reconstructive surgery. In „Current clinical urology” series, Humana press, USA, 2008, 357 pp.
- SANTUCCI R., JOYCE G., WISE M., Male urethral stricture disease. In J. Urol. 2007; 177:1667–1674.
- KOCHAKARN W., MUANGMAN V., VISESHSINDH V. ET AL. Stricture of the male urethra: 29 years experience of 323 cases. J Med Assoc Thai. 2001 Jan;84(1):6-11.
- AL-QUDAH H., SANTUCCI R., Extended complications of urethroplasty. In Int. Braz. J. Urol. 2005 Jul-Aug;31(4):315-23; discussion 324-5.