

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), urmași 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 contractării patologiei și, pentru a fi eliminată, necesita selectarea unui lot aparte de pacienți, ceea ce și a fost îndeplinit în studiul prospectiv. Este necesar de menționat, că stricturile de uretră posttraumatice și postinflamatorii, constituie circa 4/5 din toate stricturile uretrale dobândite în staționarul urologic general.

Tratamentul conservator aplicat a inclus antibioticoterapia, preparate antiinflamatoare, fitoterapie, α -adrenoblocante, fizioprocedurilor, iar la necesitate – bujarea uretrei.

În tratamentul pacienților cu stricturi de uretră dobândite au fost aplicate mai multe metode chirurgicale, inclusiv: deschise (operațiile Holțov-Marion și Solovov-Badenoc) și endourologice. Aceste metode sunt practicate pe larg în Republica Moldova și oferă posibilitatea de soluționare reușită a majorității stricturilor uretrale posttraumatice, postinflamatorii și iatrogene. Fiecare metodă 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 porțiunii proximale \rightarrow 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 porțiunii proximale a uretrei mai mică de 0,5 cm, ceea ce nu permite efectuarea anastomozei termino-terminale. 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 grupe de pacienți, ceea ce permite individualizarea abordării fiecărui caz.

Postoperatoriu 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 adresare 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 cauza a stricturilor uretrale dobândite benigne, fiind responsabilă la 49,13% din cazuri analizate pe parcursul a 10 ani. Traumatismele urmează inflamația infecțioasă printre cauzele stricturilor uretrale, fiind întâlnite la 36,85% din pacienți analizați. Ultimul loc ca frecvența ocupă stricturile iatrogene, care au fost diagnosticate la 18,8% pacienți.

Bibliografie

1. Alwaal A., Blaschko S., McAninch J., Breyer B. et al. Epidemiology of urethral strictures. Department of Urology, University of California, San Francisco, CA 94143. USA. Mar. 19, 2014.
2. Anger J., Santucci R., Grossberg A. et al. The morbidity of urethral stricture disease among male medicare beneficiaries. În: BMC Urol., 2010, 10:3.
3. Barbagli G., Sansalone S., Djinic R., Romano G. & Lazzeri M. Current controversies in reconstructive surgery of the anterior urethra: a clinical overview. În: Int. Braz. J. Urol., 2012, 38, p. 307-316.

EVALUAREA AVANTAJELOR ELECTROVAPORIZĂRII TRANSURETRALE A PROSTATEI COMPARATIV CU REZECȚIA TRANSURETRALĂ CLASICĂ

Alexei Pleșacov², Vitalie Ghicavii², Emil Ceban², Dorin Tănase², Andrei Gălescu², Constantin Guțu¹, Eduard Pleșca¹, Ion Nederița²

¹Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, IP USMF "Nicolae Testemițanu"

²Secția Urologie, IMSP Spitalul Clinic Republican

Rezumat

Electrovaporizarea transuretrală a prostatei reprezintă o varietate a rezecției transuretrale a prostatei cu o rată redusă a complicațiilor, în special hemoragice. Datorită unui șir întreg de beneficii vaporizarea transuretrală este pe larg utilizată în practica cotidiană. Conform literaturii de specialitate utilizarea vaporizării transuretrale permite reducerea ratei complicațiilor precoce și celor tardive, ameliorând calitatea vieții pacienților și micșorarea perioadei de reconvalență. Studiul efectuat relevă avantajele intraoperatorii a tehnicilor chirurgicale endourologice și rezultatele utilizării lor la distanță.

Summary**The evaluation of transurethral electrovaporisation of the prostate advantages vs classical transurethral resection**

Transurethral electrovaporization of prostate is one of the methods of transurethral resection of the prostate with a low rate of complications, especially bleeding. Due to a whole range of benefits, transurethral vaporization is widely used in everyday practice. According to the literature transurethral vaporization reduces the rate of early and late complications, improves the quality of life of patients and decreases the aftercare period. The study reveals intraoperative benefits of endourological surgical techniques and the long term results of their use.

Introducere

La momentul actual există o diversitate largă de metode de tratament endourologice a hiperplaziei benigne de prostată (HBP). În condițiile când standartul de aur în tratamentul HBP rămâne rezecția transuretrală a prostatei (TUR-P), tot mai multă atenție atrage vaporizarea transuretrală a prostatei. La ora actuală sunt disponibile câteva modalități de vaporizare transuretrală: electrovaporizare mono- și bipolară, laser vaporizare, vaporizare cu plasma sau combinarea vaporizării cu electrorezecția prostatei [1,2,4,6]. Aceste metode având un șir de avantaje, treptat intră în utilizare cotidiană largă. Una din cele mai accesibile din punct de vedere economic și simple în implimentare este electrovaporizarea transuretrală a prostatei, fiind una din modificări a TUR-P clasice. Sunt trei modalități de bază a electrovaporizării: monopolară bipolară și electrorezecția-vaporizare transuretrală a prostatei. Fiind metode diferite totuși prezintă același principiu de realizare [2,3].

La baza metodei stă principiul biofizic similar, care consta în aplicarea unui curent de intensitate înalta la un strat celular. Datorită formei sferice a electrodului se obține distribuția maximă a curentului electric la stratul celular. Sub acțiunea lui stratul celular subiacent se supune unei încălziri rapide în urma cărei celula explodează fără afectarea stratului celular inferior și cu eliminarea caldurii în lichidul de lavaj. Prin explozia celulară se evită rezecția țesutului prostatic, ce are un șir de avantaje și dezavantaje: lipsa hemoragiei intraoperatorii, lipsa țesutului biptic, durata mai lungă a intervenției. [3,5,6]

Conform datelor din literatura de specialitate utilizarea TUR electrovaporizării are un șir de avantaje cu aspect medical și economic. Astfel, are loc reducerea perioadei de spitalizare cu aproximativ 23%. La fel se reduce durata plasării cateterului uretral cu aproximativ 47% și a hematuriei de trei ori. În asemenea condiții necesitatea de a efectua hemotransfuzie se exclude. Rata apariției ejaculării retrograde scade cu 11% [5,7,8]. Se observă creșterea ratei de incontinență urinară cu aproximativ 6% și a disfuncției erectile cu 5%. [7,8]

Scopul lucrării. Evaluarea comparativă a electrovaporizării transuretrale a prostatei cu rezecția transuretrala clasica a prostatei in aspect medical și economic.

Material și metode. În perioada ianuarie 2009 – ianuarie 2013 în clinica Urologie a Spitalului Clinic Republican au fost investigați 86 pacienți cu BPH mic-mediu, care au fost tratați prin TUR-P monopolară și electrovaporizare transuretrală (TUR-Vap). Pacienții au fost monitorizați timp de 1 an postoperator. Intervențiile au fost efectuate cu echipamentul endourologic produs de „CARL STORZ”. În lotul TUR-P au fost investigați 53 pacienți, iar în lotul TUR-Vap – 33 pacienți. Pentru a exclude din studiu pacienții cu cancer de prostată, în special în grupul TUR Vap, preoperator pacienții s-au investigat mai profund prin PSA, DRE și ultrasonografie transrectală. În cazurile suspecte pacienții au fost excluși din studiu. Au fost efectuate câteva rezecții consecutive cu scopul obținerii materialului biptic

necesar pentru control histologic. Din start putem menționa o diferență în timpul operator mediu de 45 min pentru TUR-Vap și 32 min pentru TUR-P. Acest lucru e cauzat de utilizarea în tratament diferitor procese electrochirurgicale – vaporizare și rezecție. Vaporizarea unei unități de țesut adenomatos necesită mai mult timp, comparativ cu rezecția aceluiași volum. Cu toate acestea vaporizarea are și alte priorități, cum ar fi timpul cateterizării vezicii urinare, durata spitalizării și pierderi sangvine reduse, comparativ cu TUR-P (Tabelul 1).

Media de menținere a cateterului în vezica urinară a fost mai mică la pacienții din lotul TUR-Vap (48 ore) comparativ cu 72 ore la cei care au suportat TUR-P. Același lucru s-a observat și la timpul de spitalizare care a fost mai redus - 3 zile post TUR-Vap, comparativ cu 5 zile post TUR-P (Tabelul 1).

Simptomele iritative posoperatorii sunt mai pronunțate la pacienții operați prin TUR-Vap în 27% cazuri din pacienți, comparativ cu 22% după TUR-P. E de menționat că aceste simptome iritative nu au fost de lungă durată (2-3 săptămâni) și s-au redus de sinestatător sau cu suport medicamentos (Tabelul 1).

Tabelul 1

Evaluarea comparativă a loturilor de pacienți

Indicii	TUR -Vap	TUR-P
Nr. pacienți	33	53
Volumul prostatei, cm3	46	44
Zile, spitalizare	3	5
Cateterizare, ore	48	72
Transfuzii, pacienți	0	3
Timp operatoriu, min.	45	32
Simptome iritative postoperatorii precoce	9 (27%)	12 (22%)

La investigarea pacienților la un an după tratament s-a apreciat o scădere eficientă în scorul simptomelor IPSS și o creștere pronunțată a Qmax. Aceste semnificații au fost menționate și de alți autori care au efectuat studii comparative între rezecția și vaporizarea electrochirurgicală aplicată în HBP [7,8] (Tabelul 2)

Tabelul 2

Valorile medii ale parametrilor de control pre- și postoperator (1 an) la pacienții supuși TUR-P și TUR-Vap.

Metoda	Nr. Pacienți	Scorul IPSS		Qmax (ml/s)	
		Preoperator	Postoperator	Preoperator	Postoperator
TUR Vap	33	25,3	4,8	8,2	19,3
TURP	53	26,0	3,7	6,8	20,2

Doi pacienți din lotul TUR-Vap și doar unul din lotul TUR-P au prezentat o incontinență de urină tranzitorie de stres

care s-a menținut pe o perioadă de 2 săptămâni postoperator. Incidența postoperatorie a stricturilor de uretră și sclerozei de col pe parcursul unui an de investigație este prezentată în Tabelul 3.

Tabelul 3

Incidența complicațiilor precoce și tardive postoperatorii la pacienți tratați prin TUR-P și TUR-Vap

Intervenția	Incontinența de stres	Stricturi uretrale	Scleroza colului vezicii urinare
TUR-Vap	2 (6%)	0	1(3%)
TUR-P	1 (2%)	1(2)%	1 (2%)

Doar un pacient (2%) a prezentat acuze caracteristice stricturii de uretră după TUR-P și nici unul după TUR-Vap. Incidența sclerozei de col însă a fost comparabilă între pacienții supuși vaporizării – 1 pacient (3%) și celor supuși rezecției transuretrale – 1 pacient (2%). Toți pacienții cu aceste complicații au fost reoperați endoscopic. Date obținute în cursul studiului sunt comparabile cu date din literatura de specialitate [7,8].

Totuși, necătând la unele priorități menționate ale TUR-Vap, față de TUR-P, durata intervenției în primul caz este mai mare cu aproximativ 15-20 min. Din aceste considerente, este recomandă efectuarea intervenției, în special, în adenoamele mici sau medii. Cu toate acestea, modernizarea echipamentului și apariția tehnologiilor noi (laser, plasma, etc.) permit utilizarea vaporizării și în adenoamele voluminoase.

Concluzii

Studiul comparativ efectuat a demonstrat, că implementarea electrovaporizării transuretrale a prostatei în HBP aduce beneficii medicale, prin reducerea duratei de spitalizare și perioada de recuperare, precum și a complicațiilor intra- și postoperatorii. Dezavantajul principal este lipsa materialului bioptic prelevat intraoperator, ce poate fi compensat prin combinarea electrovaporizării transuretrale cu rezecție transuretrală clasică a prostatei.

Electrovaporizarea transuretrală a prostatei poate fi utilizată atât de către medicul urolog cu experiență largă, cât și în procesul de pregătire a medicilor urologi, fiind procedeu chirurgical cu un risc redus de apariție a complicațiilor intra- și postoperatorii.

Bibliografie:

1. M. Y. Hammadeh , T. Philp. Transurethral electrovaporization of the prostate (TUVAP) is effective, safe and durable. Prostate Cancer and Prostatic Diseases (2003) 6, 121–126.
2. Bush IM, Malters E, Bush J. Transurethral vaporisation of the prostate (TVP): new horizons. Soc Minimally Invasive Ther 1993; 2: 98
3. Kaplan SA, Te AE. Transurethral electrovaporisation of the prostate (TVP): a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia. Urology 1995; 45: 566–573.
4. Tewari A, Narayan P. Electro vaporisation of the prostate. Br J Urol 1996;78: 667–676.
5. Te AE, Kaplan SA. Transurethral electrovaporisation of the prostate: the year in review. Curr Opin Urol 1997; 7: 25–36.
6. Patel A, Fuches GJ, Gutierrez-Aceves J, Ryan TP. Prostate heating patterns comparing electrosurgical transurethral resection and vaporization: a prospective randomised study. J Urol 1997; 157: 169–172.
7. Cetinkaya M, Ulusoy E, Ozturk B et al. Transurethral resection or electrovaporisation in the treatment of BPH. Br J Urol 1992; 81: 652–654.
8. Hammadeh MY, Madaan S, Singh M, Philp T. A 3-year follow up of a prospective randomised trial comparing transurethral electrovaporisation of the prostate to standard TURP. BJU Int 2000; 86: 648–651.

URETERUL GINECOLOGIC. ASPECTE DIAGNOSTICE ȘI CHIRURGICALE

Prof. Adrian Tănase

USMF "Nicolae Testemițanu", Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, Clinica Urologie IMSP SCR

Rezumat

Au fost analizate rezultatele tratamentului chirurgical a leziunilor ureterale (ureterul ginecologic) la 10 pacienți în Clinica de Urologie a IMSP SCR în decurs de 5 ani. Toate afecțiunile ureterale au survenit în urma intervențiilor legate de patologia ginecologică. S-au studiat metodele de diagnostic utilizate în dependență de durata afecțiunilor, funcția rinichilor pe partea afectată, metodele de tratament indicate, tipul de plastii efectuate. A fost determinată importanța aplicării nefrostomiei percutanate ecoghidate, ca o metodă inevitabilă ce permite restabilirea funcției rinichiului obturat. Clinic și funcțional s-au apreciat perioadele cele mai favorabile pentru efectuarea neoanastomozelor ureterale și restabilirea funcției aparatului renourinar.

Summary

"Gynecological ureter". Diagnostic and surgical aspects

The results of surgical treatment of ureteral injuries (gynecological ureter) were analyzed taken from 10 patients in the Urological Department of Republican Clinical Hospital during 5 years. All the ureteral lesions appeared after interventions related to gynecological disorders. Were researched the methods of diagnosis according to the duration of the pathology, the function of the affected kidney, the indicated methods of treatment, types of plasty. It was established the importance of percutaneous nephrostomy with ultrasound guidance as an unavoidable method which allows restoring the function of the blocked kidney. Clinically and functionally were determined the most adequate periods to effectuate ureteral new anastomoses and reestablish the function of urinary tract.