

# RECANALIZAREA ENDOSCOPICĂ ÎN STRICTURI ȘI OBLITERAȚII URETRALE

Vitalii Ghicavii

Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

## Rezumat

Tratamentul stricturilor și obliterațiilor uretrei la bărbați continuă să rămână dificil și ca o problemă a urologiei contemporane definitiv încă nerezolvată. Această circumstanță, condiționată de rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului pacienților, diminuează calitatea vieții lor, aducându-i la invaliditate are o importanță semnificativă social-economică. În clinica de urologie pentru pacienții cu obstrucția uretrei s-a implementat o nouă intervenție – recanalizarea endoscopică a uretrei. E de menționat, că obstrucția uretrei în majoritatea cazurilor (51,8%) era cauzată de diverse traume. Analiza rezultatelor tratamentului pacienților cu obstrucții ale uretrei, care au suportat recanalizarea endoscopică, a demonstrat o eficacitate a metodei date în 80,6% în obstrucții cu lungimea nu mai mult de 3 cm.

## Summary

### Treatment of urethral strictures and obliteration

Treatment of urethral strictures and obliterations remains a difficult and still definitely unsolved problem in modern urology. This circumstance, conditioned by unsatisfactory results of treatment the patients reduces their quality of life, bringing them the disability has a social and economic significance. In our urology department for patients with obstruction of the urethra were implemented a new intervention - endoscopic recanalization of the urethra. It's worth noting that the obstruction of the urethra in most cases (51.8%) was due to various injuries. Analysis of results of patients treatment with obstruction of the urethra which have undergone endoscopic recanalization has shown efficacy of the method given in 80.6% just in the obstruction of a length of not more than 3 cm.

## Material și metode

În clinica de urologie și nefrologie chirurgicală din 2007 pentru pacienții cu obstrucția uretrei s-a implementat o nouă intervenție – recanalizarea endoscopică a uretrei. Această intervenție a fost efectuată în perioada 2007-2015 la 85 pacienți în vârstă de la 18 până la 70 de ani, în medie constituia – 43,0 ani, cu diferit grad de dereglare înfravezicală obstructivă. Datele anamnezei și examinărilor preoperatorii sunt prezentate în tabelul 1.

### Tabelul 1

Datele anamnezei și rezultatele examinării preoperatorii a pacienților cu obliterația uretrei

Parametrii	Numărul pacienților (n = 85)	
	Abs.	%
<b>Vârsta:</b>		
11-13 ani	5	5,9%
20-50 ani	43	50,5%
mai mare de 50 ani	37	43,5%
<b>Extinderea obturației</b>		
1-2 cm	59	69,4%
2,5-4 cm	19	22,3%
mai mare de 4 cm	7	8,2%
<b>Localizarea obturației:</b>		
porțiunea peniană	19	22,3%
porțiunea bulbară	27	31,8%
porțiunea prostatică	39	45,9%
<b>Etiologia obstrucției:</b>		
postraumatică	44	51,8%
postoperatorie	41	48,2%

Sensul intervenției consta în disecția consecventă a segmentului obliterat al uretrei. Reperul de baza pentru chirurg în timpul intervenției servește bujiul metalic, introdus antegrad în uretră sau/și retrograd până la obliterație și degetul chirurgului, introdus în rectul bolnavului.

## Rezultate

Recanalizația optică, efectuată la 85 de pacienți cu obturația uretrei, în 81 cazuri a contribuit la restabilirea penetrării uretrei. La 4 pacienți recanalizarea a fost fără succes. La 70 (82,3%) din pacienții aceștia, tratamentul sa finalizat cu restabilirea permeabilității uretrei și micțiunii adecvate. E de menționat, că numai la 11 (12,9%) pacienți după recanalizarea endoscopică a uretrei cu succes, ulterior s-a efectuat intervenție chirurgicală deschisă din motivul apariției recidivei a obliterației. Lungimea uretrei obliterare la diferiți pacienți era de la 0,5 până la 5 cm.

E de menționat, că obturația uretrei în majoritatea cazurilor (51,8%) era cauzată de diverse traume ale uretrei. Așa la 44 (51,8%) pacienți recanalizarea endoscopică a uretrei s-a efectuat din cauza obliterației uretrei apărute în rezultatul traumelor (auto, în producție etc.), inclusiv și cu ruptura uretrei, fractura oaselor bazinului. Succesul tratamentului endoscopic în această grupă de pacienți a constituit 86,3%. La 6 (13,6%) pacienți ulterior s-a efectuat diverse intervenții chirurgicale din motivul apariției recidivei obliterante.

La 41 pacienți (48,2%) obturația uretrei s-a dezvoltat după intervențiile chirurgicale suportate. Caracterul intervențiilor operatorii care au provocat apariția obturației sunt prezentate în tabelul 2. Recanalizarea endoscopică la acești bolnavi s-a efectuat în perioada de la 3 luni până la 1,5 ani după exercitarea operațiilor deschise indicate.

**Tabelul 2**

Caracterul intervențiilor chirurgicale care au provocat apariția obturației în perioada postoperatorie

Intervențiile suportate	Numărul pacienților
Adenomectomia transvezicală	19 (22,3%)
Operația după Solovov	12 (14,1%)
Operația după Holțov	8(9,4%)
TUR prostată	2 (2,3%)
<b>Total</b>	<b>41 (48,2%)</b>

Motivul obturației în segmentul prostatic al uretrei a fost operația deschisă – adenomectomia transvezicală – 19 cazuri și rezecția transuretrală a prostatei în HBP – 2. Spre deosebire de stricturile uretrei, care mai frecvent erau localizate în partea peniană a uretrei, obturația mai des se depista în segmentul prostatic al uretrei. Succesul tratamentului endoscopic în această grupă de pacienți a constituit 87,8%. La 5 (12,2%) pacienți ulterior s-a efectuat intervenții chirurgicale repetate (UOI sau deschisă).

Conform datelor lui B.B. Базаев și С.Б. Иренков (2007) frecvența recidivelor depinde de lungimea obstrucției cicatriceale. În obliterația aproximativ de 5 cm – frecvența recidivelor obstrucției infravezicale în perioada postoperatorie de la 1 până la 6 ani constituie 50%, iar la lungimea de până la 1 cm – 8,2%. În majoritatea cazurilor recidivele se înlătură prin intervenții endoscopice repetate.

Analiza rezultatelor tratamentului pacienților cu obliterații ale uretrei, care au suportat recanalizarea endoscopică, a demonstrat o eficacitate a metodei date în 80,6% cazuri în obliterații cu lungimea nu mai mult de 3 cm, deși, la pacienții cu obliterații ale uretrei în urma fracturii oaselor bazinului și ruptura uretrei, intervenția endoscopică este însoțită de dificultăți din cauza divergenței în plan a porțiunilor distale și proximale ale uretrei. Ultima circumstanță mai des este motivul insucceselor în utilizarea metodei date. Deși, după recanalizarea endoscopică frecvența recidivelor afecțiunii a fost mică, formarea stricturii la locul intervenției chirurgicale totuși a constituit 12,9%. În legătură cu aceasta a fost elaborată și implementată profilaxia medicamentoasă a complicațiilor postoperatorii, care au permis la diminuarea apariției lor, ceea ce au confirmat și Борискин А.А. și coaut. (2012); Корниенко С.И. și coaut. (2012); Назаров Т.Н. și coaut. (2012); Черных С.В., Мадькин Ю.Ю. (2012).

Ținând cont de vârsta relativ tânără a majorității pacienților cu obliterația uretrei, problema disfuncțiilor erectile, care au loc destul de frecvent la această categorie de pacienți, indiscutabil are o importanță socială mare. E de menționat, că la pacienții cu funcția sexuală păstrată recanalizarea endoscopică nu a dus nici într-un caz la provocarea disfuncțiilor erectile. În legătură cu aceasta, metoda dată de tratament posedă avantaje indiscutabile comparativ cu metodele deschise tradiționale. Mai mult ca atât, recanalizarea endoscopică nu complică efectuarea ulterioară la acești pacienți a intervențiilor chirurgicale de restabilire a funcției sexuale.

Derând cu avantajele pur clinice, metodele tratamentului endoscopic comparativ cu metodele chirurgicale tradiționale posedă și eficacitate economică datorită micșorării timpului de reabilitare a bolnavilor și reducerii duratei spitalizării (zile/pat). Ziua/pat în medie după recanalizarea endoscopică

constituie 7-10 zile ( $p < 0,05$ ). Aceste micșorări în durata spitalizării sunt condiționate în primul rând de investigația prealabilă a pacienților la etapa de ambulator, tratamentul infecțiilor urinare înainte de spitalizare, optimizarea tehnicii chirurgicale aplicate, precum și conduitei pacientului pre-, intra- și postoperatoriu cu reducerea considerabilă a incidenței complicațiilor postoperatorii precoce. Micșorarea timpului de aflare postoperatorie în staționar la fel a contribuit la reducerea duratei totale de spitalizare. Diminuarea considerabilă a duratei spitalizării (zi/pat) postoperatorie în primul rând se datorează traumatizării minime a intervenției și posibilității de activizare a pacientului deja la următoarea zi după operație. Această tendință a fost condiționată de perfecționarea tehnicii operatorii și asigurarea cu instrumentar chirurgical mai avansat, în special în cadrul intervențiilor chirurgicale endourologice.

Așa dar, implementarea metodei noi endoscopice de tratament a obliterației uretrei, perfecționarea uretrotomiei optice și folosirea ei în tratamentul stricturilor extinse ale uretrei, prezintă o nouă etapă în tratamentul endoscopic a acestor afecțiuni urologice complicate (dificile). În plan tehnic aceste operații sunt mult mai complicate și necesită de la chirurgul-endoscopist o experiență înaltă. Totodată, indiscutabil, este că fiecare metodă trebuie să posedă indicațiile și contraindicațiile sale. Numai în aceste condiții metodele noi de tratament pot poseda rezultate pozitive și vor permite de a se ocroti de discreditare.

Analiza rezultatelor obținute a tratamentului endoscopic a pacienților cu stricturi extinse și obliterații ale uretrei a permis să determinăm indicațiile și contraindicațiile pentru efectuarea lor. Indicații pentru uretrotomia internă sunt stricturile extinse, stricturile cu orice extindere și localizare, permeabile pentru cateterul uretral. Excepție constituie stricturile recidivante. Indicație pentru recanalizarea uretrei este obliterația uretrei extinsă până la 3 cm. Contraindicații pentru recanalizarea optică a uretrei sunt prezența fragmentelor osoase în proiecția uretrei, îndepărtarea în plan a capetelor uretrei în zona obstrucției și afecțiunile inflamatoare acute a căilor urinare inferioare. Așa dar, la pacienții cu obliterația uretrei, după părerea noastră, pe primul plan, datorită felului său puțin traumatic, derând cu alte metode de tratament, trebuie să stea recanalizarea endoscopică a uretrei (desigur în lipsa contraindicațiilor), deoarece chiar în insuccesul intervenției endoscopice nu se complica situația de a efectua ulterior intervenția chirurgicală deschisă.

### Concluzii

Tratamentul pacienților cu stricturi extinse a uretrei, care au suportat uretrotomia optică internă, demonstrează eficacitatea înaltă a ei. Însă succesul intervenției endoscopice, după cum se vede din rezultatele menționate mai sus, nu atât este legat de lungimea stricturii, cât de cauza ei. Rezultate bune ale uretrotomiei interne au fost obținute la pacienții cu așa numitele stricturi "de cateter" a uretrei, necătând că în acestea este lezată practic toată porțiunea peniană a uretrei. La pacienții cu stricturi postinflamatoare s-a constatat cea mai mare frecvență de recidivare a afecțiunii, ceea ce este legat mai des de uretrita specifică cronică cu evoluție lentă.

Așa dar, perfecționarea și implementarea metodelor noi endoscopice de tratare, analiza rezultatelor obținute au permis de a revedea atitudinea tradițională în tratamentul afecțiunilor urologice grave – stricturile extinse și obliterațiile uretrei și de a extinde indicațiile pentru tratamentul endoscopic a lor

Considerăm că prima etapă la acești pacienți poate fi efectuarea intervențiilor endoscopice, deoarece intervenția endoscopică,

în caz de insucces la ea, nu îngreuează condițiile de executare ulterioară a tratamentului operativ de reconstruire deschisă.

#### Bibliografie

- 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.
- Anger J., Santucci R., Grossberg A. et al. The morbidity of urethral stricture disease among male medicare beneficiaries. În: BMC Urol., 2010, 10:3.
- Barbagli G., Sansalone S., Djinovic 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.
- Blaschko S., McAninch J., Myers J., Schlomer B. & Breyer B. Repeat urethroplasty after failed urethral reconstruction: outcome analysis of 130 patients. În: J. Urol., 2012, 188, p. 2260-2264.
- Cooperberg M., McAninch J., Alsikafi N. & Elliott S. Urethral reconstruction for traumatic posterior urethral disruption: outcomes of a 25-year experience. În: J. Urol., 2007, 178, p. 2006-2010.
- Dubey D. The current role of direct vision internal urethrotomy and self-catheterization for anterior urethral strictures. În: Indian J. Urol., 2011, 27, p. 392.
- Fenton A., Morey A., Aviles R. et al. Anterior urethral strictures: etiology and characteristics. În: Urology. 2005, 65, p.1055-1058.
- Ghicavii Vitalii. Tratamentul endoscopic al stricturilor de uretră la bărbați. Buletinul AȘM, Științe medicale, revista științifico-practică, p. 407-413, 1(46)/2015.
- Heyns C., Steenkamp J., DeKock M. et al. Treatment of male urethral strictures: is repeated dilation or internal urethrotomy useful? În: J. Urol., 1998, 160, p. 356-358.
- Hjortrup A., Sorensen C., Sanders S., Moesgaard F. & Kirkegaard P. Strictures of the male urethra treated by the Otis method. În: J. Urol., 1983, 130, p. 903-904.
- Jordan G. & McCammon K. Surgery of the Penis and Urethra. În: Elsevier Saunders, Oxford, 2012, Vol. 1, p. 956-1000.
- Lauritzen M. et al. Intermittent self-dilatation after internal urethrotomy for primary urethral strictures: a case-control study. În: Scand. J. Urol. Nephrol., 2009, 43,p. 220-225.
- Leddy L., Voelzke B., Wessells H. Primary realignment of pelvic fracture urethral injuries. În: Urol. Clin. North Am., 2013, 40, p. 393-401.
- Lumen N., Hoebeke P., Willemsen P. et al. Etiology of urethral stricture disease in the 21st century. În: J. Urol., 2009, 182, p. 983-987.
- Mathur R., Aggarwal G., Satsangi B. et al. Comprehensive analysis of etiology on the prognosis of urethral strictures. În: Int. Braz. J. Urol., 2011, 37, p. 362-369; discussion p. 369-370.
- Mundy A. & Andrich D. Urethral strictures. În: BJU Int., 2011, 107, p. 6-26.
- Mundy A., Andrich D. Urethral Stricture Review Article Institute of Urology. London, UK. În: Br. J. Urol., 2012.
- Nuss G., Granieri M., Zhao L. et al. Presenting symptoms of anterior urethral stricture disease: a disease specific, patient reported questionnaire to measure outcomes. În: J. Urol., 2012, 187, p. 559-562.
- Palminteri E. et al. Contemporary urethral stricture characteristics in the developed world. În: Urology. 2013, 81, p. 191-197.
- Santucci R., Joyce G., Wise M. Male urethral stricture disease. În: J.Urol., 2007, 177, p. 1667-1674.
- Santucci R. & Eisenberg L. Urethrotomy has a much lower success rate than previously reported. În: J. Urol., 2010, 183, p. 1859-1862.
- Singh B. P. et al. Impact of prior urethral manipulation on outcome of anastomotic urethroplasty for post-traumatic urethral stricture. În: Urology. 2010, 75, p. 179-182.
- Stein D., Thum D., Barbagli G. et al. A geographic analysis of male urethral stricture a etiology and location. În: BJU Int., 2013, 112, p. 830-834.
- Tunc M. et al. A prospective, randomized protocol to examine the efficacy of postinternal urethrotomy dilations for recurrent bulbomembranous urethral strictures. În: Urology. 2002, 60, p.239-244.
- Wong S., Narahari R., O'Riordan A. & Pickard R. Simple urethral dilatation, endoscopic urethrotomy, and urethroplasty for urethral stricture disease in adult men. În: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD 006934, 2010.

## MANAGEMENTUL ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STRICTURILOR URETRALE COMPLICATE

Ghenadie Scutelnic<sup>1</sup>, Vitalii Ghicavii<sup>2</sup>, Adrian Tănase<sup>2</sup>, Constantin Lupașco<sup>1</sup>, Ion Dumbrăveanu<sup>2</sup>, Emil Ceban<sup>2</sup>, Dorin Tănase<sup>1</sup>, Andrei Galescu<sup>1</sup>, Andrei Bradu<sup>2</sup>, Boris Băluțel<sup>1</sup>, Pavel Banov<sup>2</sup>, Vasile Botnari<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IMSP Spitalul Clinic Republican

<sup>2</sup> Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, IP USMF "Nicolae Testemițanu"

#### Rezumat

O analiză actuală a confirmat că inflamațiile provocate de infecții sunt cauzele cele mai frecvente ale stricturilor uretrale, ce sunt responsabile de 49,13% din cazurile de stricturi analizate în timp de 10 ani. Traumatismele sunt a doua cauză frecventă a stricturilor uretrale și au fost întâlnite la 36,85% din pacienți. Stricturile iatrogene sunt plasate pe ultimul loc și au fost diagnosticate în 18,8% din lotul de pacienți studiați.