

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, necătînd 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 recomandată 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 atît de către medicul urolog cu experiență largă, cît 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.

Introducere

În pofida faptului că la etapa actuală sunt utilizate cele mai moderne metode de diagnostic și tratament a patologiilor obstetrico-ginecologice, mai persistă și în continuare diverse complicații poschirurgicale ce contribuie la consecințe extreme de grave. Printre ele pot fi enumerate și lezarea iatrogenă a ureterelor, mai răspândită sub denumirea de "ureter ginecologic". În conformitate cu unele date din literatura de specialitate, incidența leziunilor ureterale iatrogene este de la 0,1 la 30% în dependență de intervenția chirurgicală (O.Munteanu, 2012). Majoritatea autorilor, totuși, confirmă o incidență de circa 1-2% a leziunilor ureterale, atât în intervențiile ginecologice, cât și cele chirurgicale abdominale și pelvine. Astfel, din 4307 intervenții ginecologice laparoscopice efectuate, doar în 34 cazuri au fost detectate leziuni ureterale, ce constituie 0,78% (Yu-Feng Tian, MD, et al., 2007). Un alt studiu din SUA atestă o frecvență de 1% de astfel de leziuni (S.P.Vasavada et al., 2014). Jeong Hyun Park et al., (2012) de asemenea expune, că din 2927 intervenții ginecologice, în 5 ani au fost detectate 38 leziuni ureterale, sau 1,2%. Factorii de risc au fost: endometrioza, maladiile inflamatorii pelvice, chirurgia pelvică primară, radiații preexistente pelvice, anomalii congenitale. Din 2927 cazuri, 522 au fost predispuși la leziuni ureterale. În intervențiile laparoscopice incidența a fost de 1,1%, iar în laparotomie deschisă – 1,2%. Metodele de tratament în diverse leziuni ale ureterelor sunt descrise pe larg în literatura de specialitate și sunt utilizate în dependență de mai mulți factori, inclusiv funcția rinichilor, lungimea porțiunii ureterale afectate, etc. (7,8,9).

Scopul studiului constă în analiza rezultatelor de diagnostic și tratament aleziunilor ureterale la 10 pacienți în decurs de 5 ani, ca urmare a intervențiilor chirurgicale ginecologice (ureter ginecologic).

Scopul studiului a determinat următoarele **obiective**:

- 1) Diagnosticul precoce și tardiv al afecțiunilor ureterale de origine ginecologică;
- 2) Tactica de tratament în dependență de durata afecțiunii și funcția restantă a rinichiului obturat;
- 3) Selectarea metodelor de plastii uretero-vezicale și ureterale;
- 4) Analiza rezultatelor tratamentului chirurgical aplicat, inclusiv la distanță;
- 5) Recomandările de diagnostic și tratament în afecțiunile ureterale la femei.

Material și metode

În decurs de 5 ani sub evidență au fost 10 pacienți cu diverse afecțiuni ureterale - "uretere ginecologice", preponderent în 1/3 inferioară, provocate de ligaturarea, strangularea, lezarea ureterului. Într-un caz a fost diagnosticată fistulă uretero-vaginală. Vârsta pacientelor în limitele 21-47 ani. Pentru stabilirea diagnosticului corect au fost utilizate ecografia, urografia i/venoasă și anterogradă, tomografia computerizată urografică, RMN, scintigrafia statică și dinamică a rinichilor. Au fost analizate rezultatele intervențiilor chirurgicale efectuate în clinica de Urologie a SCR, etapele tratamentului aplicat, metodele plastiilor uretero-vezicale, termenii și tipul intervenției chirurgicale în dependență de funcția rinichiului obturat, starea anatomo-fiziologică a ureterului, procesele aderențiale preexistente și durata afectării ureterelor.

Rezultate

Toate pacientele cu diverse afecțiuni ale ureterului și adresat în Clinica de Urologie a SCR în termenii de la 1 lună și până la 3 ani după complicațiile depistate. În majoritatea cazurilor, acuzele principale au fost dureri în regiunea lombară pe partea afectată, periodic febră, disurii. Doar într-un singur caz, peste 20 zile după ligaturare în porțiunea distală a ureterului sa reușit de a înlătura ligatura de pe ureter (material de sutură sintetic nerezorabil) cu restabilirea pasajului urinar. Ulterior nu sa dezvoltat strictură în regiunea ureterului pelvin. În 5 cazuri, pacientele sau adresat în primele 1-2 luni după accident, fapt ce ne-a permis să aplicăm de urgență nefrostoma percutanată ecoghidată. Indicațiile pentru nefrostomie percutanată au fost prezența funcției renale pe partea afectată, diagnosticată prin intermediul scintigrafiei renale. Intervenția chirurgicală radicală – neoureterocistoanastomoza a fost recomandată doar peste 1,5-2 luni după aplicarea nefrostomei. Pentru decizia de selectare a metodei de plastie, sa indicat efectuarea tomografiei computerizate urografice sau urografia anterogradă prin nefrostomă. Aceasta ne-a permis de a stabili nivelul și porțiunea ureterului afectat, distanța până la vezica urinară. În unele cazuri sa întreprins cateterismul ureterului pentru a stabili distanța de la partea i/murală a ureterului până la porțiunea obturată. Toate aceste procedee au o importanță decisivă în selectarea metodei de plastie ulterioară.

În 2 din 3 cazuri, sa întreprins revizia deschisă a ureterului pelvin peste 5-6 luni după ligaturare, însă din cauza proceselor aderențiale și inflamatorii ureterul nu a fost posibil de mobilizat, ultimul fiind neviabil. Ulterior sa efectuat nefrectomia pe partea afectată. Într-un caz, peste 3 ani după ligaturarea ureterului, a fost stabilită lipsa funcției rinichiului și ca consecință a fost înlăturat.

Într-un singur caz, peste 2,5 luni după aplicarea nefrostomiei percutanate și restabilirea funcției rinichiului, a fost efectuată rezecarea porțiunii ureterului ligurat (la circa 10 cm de la vezica urinară), cu neouretero-ureteroanastomoză termino-terminală.

În 5 cazuri sa întreprins neouretero-cistoanastomoza, procedeele Gregoire sau Politano. Din 5 cazuri, 4 au fost cu aplicarea preventivă a nefrostomiilor percutanate și 1 caz fără nefrostomie (fistulă uretero-vaginală). Toate anastomozele au fost viabile, fără complicații majore și o restabilire bună a funcției renale excretorii. Selectarea tipului de anastomoză a depins de lungimea porțiunii distale a ureterului până la vezica urinară. Ambele metode utilizate – Gregoire și Politano, permit de a crea un segment "antireflux", ce va asigura o bună funcție ulterioară. Materialul de sutură preferat în aceste cazuri este Vicril, 4 sau 5/0.

Tabela 1

Metodele chirurgicale de tratament aplicate

Nr	Denumirea intervenției chirurgicale	Nr. cazuri
1	Nefrostomii percutanate ecoghidate	5
2	Înlăturarea ligaturii ureterale fără plastie	1
3	Neouretero-ureteroanastomoză în 1/3 inferioară	1
4	Neouretero-cistoanastomoză Gregoire, Politano	5
5	Revizia regiunii ureterului pelvin	2
6	Nefrectomia (peste 0,5 - 3 ani după afectarea ureterului)	3

Discuții

Cazuistica prezentată a leziunilor ureterale de origine ginecologică, nu sugerează o statistică anumită a complicațiilor descrise, de oarece în clinica noastră sunt spitalizate paciente cu procese obturative ureterale tardive. Evident, că o parte din afecțiuni sunt rezolvate fără a fi spitalizate ulterior în clinici urologice specializate. Dacă în primele zile după accident unele din paciente sunt reoperate și se înlătură cauza, funcția renală nu suferă și nu vor fi diagnosticate complicații urologice. Însă a parte din cazuri decurg mai lent și din diverse motive sunt diagnosticate mai tardiv. De obicei, acestea sunt cazurile după ligaturarea sau strangularea incompletă a ureterelor. Important sunt totuși următorii indici:

1. Cu cât timp în urmă a fost efectuată intervenția ginecologică.
2. Prezența sau absența funcției restante a rinichiului obturat.
3. Distanța porțiunii ureterului ligaturat pînă la vezica urinară.
4. Prezența sau absența vascularizării în porțiunea ureterului afectat.

Din practica noastră, cazurile de uretere ginecologice diagnosticate tardiv (mai mult de 4-5 luni) sunt complicate cu lipsa funcției renale pe partea afectată, fapt ce nu mai pot fi reabilite și necesită doar nefrectomia. În majoritatea cazurilor, un diagnostic efectuat în prima lună după accident, necesită în mod obligator instalarea nefrostomiei percutanate cu restabilirea funcției renale în decurs de 1,5-2 luni, iar ulterior intervenția radicală cu formarea unei noi anastomoze. În acest răstimp procesele inflamatorii în porțiunea bazinului regresează iar accesul pentru mobilizarea ureterului depinde doar de sechelele postinflamatorii.

Tipul și gradul afectării ureterelor are o importanță majoră în selectarea metodei chirurgicale și a plastiei indicate. Astfel, clasificarea leziunilor ureterale după American Association for the Surgery of Trauma [6], are următoarea gradație (tab.2):

Tabela 2

Gradul	Descrierea leziunii
I	Contuzie ureterală
II	Secțiune parțială < 50%
III	Secțiune parțială > 50%
IV	Secțiune totală
V	Secțiune totală cu devitalizare extensivă

Cazurile de uretere ginecologie, mai frecvent, sunt în urma ligaturării ureterelor, mai rar secționări, fapt ce duce la o diagnosticare mai tardivă cu diminuarea treptată a funcției rinichiului pe partea afectată. În baza datelor din literatură de specialitate, precum și practica urologică, se pot distinge următoarele metode de tratament în leziunile ureterale inferioare:

1. Cateterismul ureteral (stendare);
2. Nefrostoma percutanată sau deschisă;
3. Neo-uretero-cistoanastomoza procedeul GRÉGOIRE;
4. Neo-uretero-cistoanastomoza procedeul POLITANO
5. Ureterocistostoma Boari
6. Ureterocistostoma "Psoas Hitch"
7. Autotransplantul renal
8. Nefrectomia

Concluzii

1. În practica urologică, destul de frecvent cazurile de "uretere ginecologice" sunt diagnosticate și tratate în perioade tardive, peste 1 lună și mai mult după lezarea (strangularea) ureterelor, cu semne ce sugerează obturația rinichiului pe partea afectată.

2. Metodele de diagnostic indicate în leziunile iatrogene ale urerului la femei sunt cateterismul ureteral, ecografia, urografia i/v excretorie, tomografia computerizată, pielografia anterogradă și scintigrafia renală.

3. Dacă nu sa reușit refacerea căilor urinare în primele 2-3 săptămîni după afectarea ureterelor, ulterior tratamentul chirurgical se recomandă de efectuat în 2 etape: I – instalarea nefrostomiei percutanate ecoghidate; II – formarea unei noi anastomoze ureterale peste circa 1,5- 2 luni după instalarea nefrostomei și normalizarea funcției rinichiului pe partea afectată;

4. Postoperator, pacientele cu neoanastomoze ureterale (ureterovezicale) necesită o monitorizare permanentă a funcției renale și o profilaxie strictă a infecției urinare, care periodic mai persistă în unele cazuri.

Bibliografie

1. ZanoschiCh., Anatomia ureterului pelvin la femeie. Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2005, Vol.1, Nr. 1, pag.103-112.
2. MUNTEANUO., Strategies of preventing ureteral iatrogenic injures in obstetrics-gynecology. Journal of medicine and life, 2012.
3. TIAN Yu-Feng et al., Major complications of operative gynecologic laparoscopy in Southern Taiwan: A followUp study. J.minimally Invasive Gynecology. 2007.
4. VASAVADAS.P. et.al., Ureteral Injury During Gynecology Surgery, 2014, SUA.
5. MAHONEYJ.E., Iatrogenic ureteric injures: Approaches to etiology and management. Ottawa, Canada, 1997.
6. PARKJeong Hyun et.al., Ureteral Injury in Gynecologic Surgery: A 5-Year Review in a Community Hospital, KJU, 2012.
7. BEST C. -Traumatic ureteral injures: A single institution experience validating theAmerican Association for the Surgery of Trauma – organ injury grading scale. TheJournal of Urology, vol.173, Issue 4, April 2005, p.1202-1205.
8. GLUCK G., SINESCU I., Traumatismele iatrogene ale ureterului., Revista română de Urologie, București, 2008, Nr.1.
9. МАНАГАДЗЕ Л.Г., ЛОПАТКИН Н.А., ЛОРАНО.Б. и др., Оперативная Урология. Классика и инновации: Руководство для врачей., М.: Медицина, 2003, 740 с.