

ILEOPLASTIA DE SUBSTITUȚIE A VEZICII URINARE (PREZENTARE DE CAZ CLINIC)

BLADDER SUBSTITUTION ILEOPLASTY (CLINICAL CASE PRESENTATION)

Anatolie Mustea, Ghenadie Gorincioi, Corneliu Iurcu

Departamentul Urologie Oncologică, Institutului Oncologic RM

Summary

Ileal orthotopic bladder substitution type Studer was performed in cancer patient after radical cystectomy. Postoperation period was complicated with fistula at uretero-neovesical junction, which was managed conservatively. After 6 months the reservoir capacity reaches about 400ml. Diurnal and nocturnal continence were good. Performing orthotopic neobladder continence allows micturition after radical cystectomy and regards as an optimal method of urinary derivation.

Introducere

Derivația urinară este intervenția chirurgicală prin care se realizează devierea temporară sau definitivă a fluxului urinar de la uretere, provocată de leziuni morfologice (congenitale, tumori, infecții, traumatisme, iradiere) sau funcționale (neurologice) a căilor urinare inferioare. [1] În 80% cazuri derivația urinară este impusă de tumorile vezicii urinare cu indicații de cistectomie radicală. [2]. Cistectomia radicală la bărbat se definește prin înlăturarea vezicii urinare cu uraha, peritoneului pelvian, prostatei cu veziculele seminale, țesutului adipos ilio-pelvian [8]. La femei- uterul în bloc cu vezica urinară și peretele anterior a vaginului[3,4,6]. Odată cu extinderea indicațiilor pentru cistectomie radicală, realizarea derivațiilor urinare constituie una din principalele probleme ale chirurgiei tumorilor invazive a vezicii urinare.

Studer [5] în 1989 a prezentat rezultatele clinice (250 de cazuri) ale unei noi tehnici de realizare a neovezicii ileale ortotopice, confecționate din segment ileal de circa 60 cm, izolat la 25 cm de la valva Baughin (fig. 1 a,b,c). Rezervorul consta din segmentul cranial confecționat din 40- 45 cm de ileon detubulat și partea caudală din 14 cm de ileon ca conductă în care se implantează ambele uretere.

Caz clinic

Pacientul în vârstă de 54 de ani a fost internat în Secția Urologie Oncologică IOM la 13.04.09 cu diagnosticul: Cancer

al vezicii urinare T3 Nx Mo (clinic). Hematurie.

Diagnosticul a fost stabilit clinic, USG, R- logic. UIV 15.04.09. – Funcția renală nemodificată. Pe 22.04.09 a fost efectuată RTU biopsie (rezecția transuretrală a vezicii urinare), la care a fost depistată afectarea tumorală totală multicentrică a vezicii urinare (multiple tumori cu dimensiunea de la 4,5 x 5,0 până la 0,5 x 0,5 cm). Colul vezicii urinare și uretra prostatică erau intacte. Rezultatul histologic: Carcinom urotelial bine diferințiat , cu invazie în stratul muscular.

S-a practicat cistprostatactomia cu limfodesecrija bazinului mic (cistectomie radicală) cu păstrarea sfîncterului extern al uretrei și țesutului periuretral. S-a verificat lungimea mezoului, care permite a deplasa a doua ansă de la cec a ileonului în bazinul mic spre bontul uretrei membranoase și s-a luat decizia de a realiza ileoplastia de substituție a vezicii urinare după metoda Studer.

Tehnici:

I. Selectarea ansei. La aproximativ 25 cm de la joncțiunea ileo-cecală se izolează 60 cm de ileon, care ușor ajunge la bontul uretral. Între două arcade vasculare se formează două ferestre în mezenter: distală 10-12 cm și 5 cm proximală cu păstrarea vaselor segmentului izolat. Se incizează intestinul și se reface continența intestinală surget de PDS 3-0. Se închide breșa în mezenter surget de Vicryl 3-0. Capetele segmentului izolat se închid surget PDS 3-0 (Fig. 2 a,b,c)

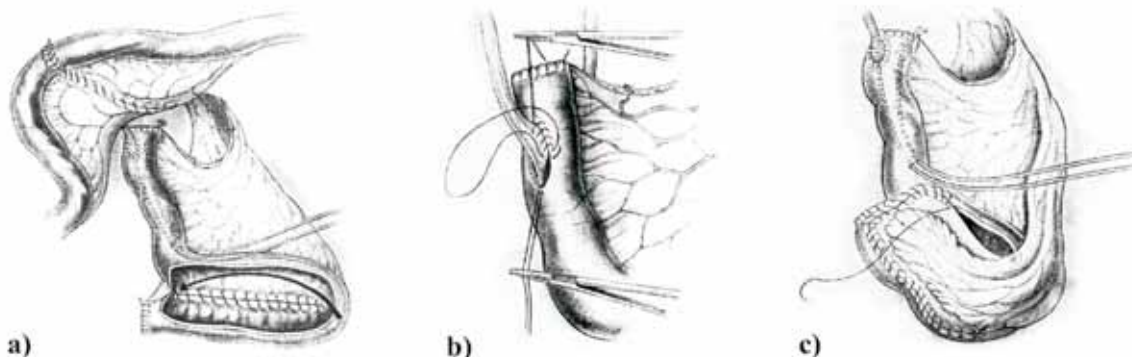


Figura 1. Procedul Studer.

a) Formarea rezervorului din partea distală a segmentului ileonului detubulat. b). Uretero- ileo anastomoza. c) Închiderea rezervorului

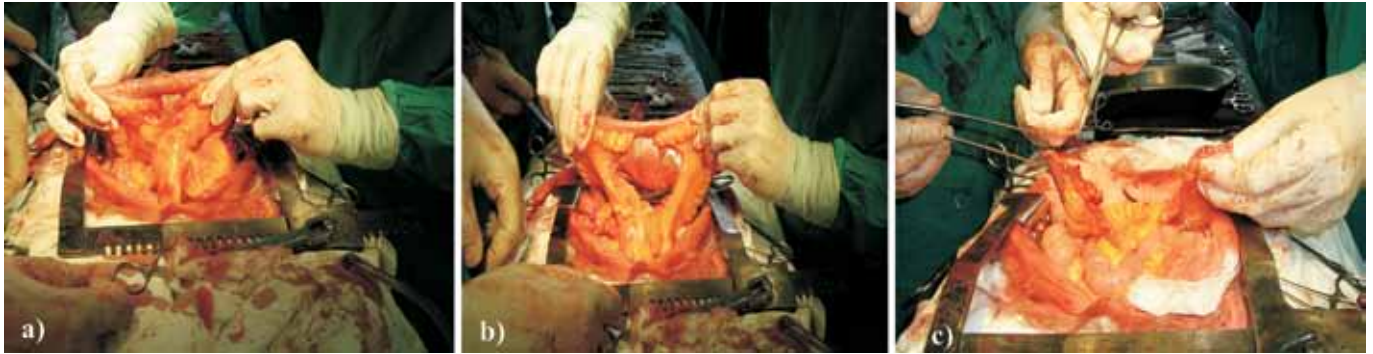


Fig.2. Selectarea ansei: a) fereastra mezenterică distală, b) fereastra proximală, c) închiderea capetelor

II. Confecționarea rezorvului

Partea distală a segmentului de intestin (44 cm) se pune în „U” și se detubează pe marginea antimezenterică. Marginile mediale se suturează cu PDS II 3-0 și se obține placa intestinală. (Fig. 3)

III. Porțiunea distală a „U”- lui se plicaturează perpendicular pe prima sutură, ca rezultat primind un rezorv sferic. Jumătatea dreaptă a rezorvului se suturează cu PDS II 3-0. (Fig. 3)

IV. Ureterele se anastomozează în partea caudală a rezorvului segmentului intestinal proximal, nedetubulat de circa 17 cm lungime pe linia antimezenterică în maniera descrisă de noi în *Arta Medica* N5 p24-27 pe stenturi Ch 8, care sunt scoase prin mici orificii făcute cu pensa Mosquito în partea mezenterică a rezorvului, bursate cu suturi Vicril Rapid 3,0.

V. Prin perforarea peretelui anterior a rezorvului cu dispozitivul Cistofix în lumenul cranial se introduce drenul de evacuare, care este fixat de peretele intestinal în bursă cu Vicril Rapid 3,0.

VI. Se practică o incizie de 1 cm în partea declivă, găsită cu indexul și se realizează anastomoza cu uretra (6 fire de Vicril 3,0 înserate de bontul uretral) după închiderea (PDS II 3,0) părții stângi a rezorvului și montării sondei uretrale. (Fig. 4 a, b, c)

VII. Se verifică capacitatea și ermetismul rezorvului cu er fiziologic. Se instalează doua drenuri la nivelul anastomozei iliouretrale și ileouretrale. Laparorafie.

Evoluția postoperatorie

Îngrijirea postoperatorie constă în restabilirea balanței fluidelor și electroliților, nutriția parenterală (5 zile), restabilirea pasajului intestinal, administrarea antibioticilor. Cu scop de profilaxie a ileusului paralic se aplică sonda nazo-gastrală. Rezorvul se spală cu ser fiziologic fiecare 4 ore prin sonda uretrală pentru evacuarea mucusului intestinal.

Drenul din rezorv se înlătură la a 5-a zi. Stenturile ureterale - la a 12 zi.

Pacientul a avut necesitate de drenaj urinar prelungit pe motiv de fistulă la nivelul joncțiunii uretro-intestinale, care s-a închis spontan la a 16 zi postoperatorie, pe sonda uretro-neovezică (verificat R- logic). Sonda uretro-neovezică s-a înlăturat la a 28 zi.

Rezultate

Inițial capacitatea postoperatorie a rezorvului varia între 150- 250 ml, ajungând peste 6 luni până la 450 ml. Continența diurnă și nocturnă este bună. Complicații bio-umorale (acidoza hipercloremică) nu s-au constatat.

Discuții

Din 2001 până în prezent în Secția de Urologie a Institutului Oncologic din Moldova au fost efectuate circa 70 de



Fig.3. a),b),c). Detubularea părții distale a segmentului și confecționarea plăcii intestinale



Fig.4 a), b), c) Confecționarea rezorvului, închiderea lui și anastomoza la uretra

cistectomii pe motiv de tumori vezicale cu derivație cutanată mediată prin conduct intestinal (segment intestinal exclus, operația Bricker.). Experiența teoretică și practică acumulată pe parcursul acestor ani în secție ne permite să afirmăm că metoda implementată în clinică, este simplă de realizat și oferă o serie de avantaje:

1. izoperistaltismul segmentului izolat intestinal este un mecanism ideal antireflux, ce permite protejarea rinichii de infecția ascendentă.
2. metoda este grevată de un număr redus de complicații intra- și postoperatorii imediate.
3. un singur orificiu al ileostomei este mai ușor de îngrijit și este mai puțin predispus stenozării decât doua ureterocutaneostome.

Cu toate acestea, metoda are și o serie de neajunsuri:

1. prezența stomei umede (depresivă pentru pacient)
2. necesitatea aplicării dispozitivelor de continență (Coloplast)

Astfel, după părerea noastră , realizarea derivațiilor continente ortotopice de substituție a vezicii urinare, este o perspectivă în urologia modernă, care oferă următoarele avantaje:

1. capacitatea de stocare și golire (controlabilă de pacient)

2. menținerea continenței
3. absența stomei cutanate

Vascularizarea bună a ileonului, mobilitatea și flora microbiană redusă a impus atenției noastre această metodă de ilioplastie de substituție a vezicii urinare. Cistoplastia de substituție Studer asociază rezervorul de joasă presiune cu sistemul antireflux de protejare a aparatului urinar superior – ansa intestinală de 17 cm montată izoperistaltic. Excluderea din circuitul digestiv a circa 60 cm de ileon nu are consecințe digestive sau metabolice asupra pacientului.

Concluzii

Principalele condiții care trebuie respectate pentru confecționarea vezicii urinare ortotopice sunt:

- Respectarea principiilor chirurgiei oncologice. Prezența carcinomului în uretra posterioară reprezintă contraindicația majoră a realizării neovezicii ortotopice.

- Păstrarea sfincterului uretral extern determină gradul de continență.

- Mobilizarea adecvată a segmentului intestinal și ureterelor, evită tensionarea anastomozelor uretero-intestinale și uretro-intestinale. Astfel se reduce riscul apariției fistulelor anastomozale.

Bibliografie

1. WILLEY JOHN – The Cochrane Library , Issue 1 , 2004..104.p 27-30.
 2. SINESCU, G.G.LUC – Derivații Urinare, București. Editura Enciclopedică 2004,Cap.II. p 24
 3. WITHMORE W.H. JR. ,MARSHALL V. F.-Radical Total Cystectomy for Cancer of the Bladder; 230 Consecutives Cases Five Years Later , Journal of Urology, iunie 1962 vol.87, nr.6, p 519-520
 4. SKINNER D.G.- Technique of Radical Cystectomy, Radical Cystectomy Urology Clinics of North America iunie 1981.,vol.8,nr.2, p. 67.
 5. STUDER, U.E. Surgical Atlas: Orthotopic ileal neobladder / U.E. Studer, C. Varol, H. Danuser // BJU Int. – 2004. – Vol. 93, № 2. – P. 183 – 193.
 6. FRAY F, MARSHALL N,BRENT F, TREIGER G- Radical Cystectomy (Anterior Exenteration) in the Female Patients, Clinics of North America 38 noembrie, vol.18 1991, nr.4, p.35
 7. BRICKER E –Bladder substitution after pelvic evisceration, J Urol, 1950, p.1511-1531.
 8. HINMAN F Jr.-Atlas of Urologic Surgery ,Ed.1989,W.B.Saunders Company p. 443-447
-

UNELE ASPECTE DE DIAGNOSTIC PRECOCE ÎN CANCERUL DE PROSTATĂ

SOME ASPECTS OF EARLY DIAGNOSIS IN PROSTATE CANCER

Corneliu Iurcu , Anatol Mustea , Ghenadie Gorincioi

Departamentul Urologie Oncologică, Institutul Oncologic RM

Summary

The use of early diagnostic methods/screening for prostate cancer would lead to the increase in the number of patients with radical treatment indication. Survivor when tumor is diagnosed in its early phase is significantly superior to cases diagnosed in late stages. The main methods for diagnosis and monitoring of prostate cancer are: 1. prostatic specific antigen (PSA), 2. digital rectal examination(DRE) 3. transrectal ultrasound 4. transrectal prostate biopsy.
