

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.GLUC – 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 Fimale 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.

Introducere

Cancerul de prostată (CP) constituie o problemă de sănătate publică, reprezentând 11% din tumorile maligne și determinând 9% din decesele prin cancer în rândul bărbaților din Uniunea Europeană. Cancerul de prostată afectează în special bărbații în vârstă, fiind o problemă de sănătate în țările dezvoltate, unde 15% din cancerele bărbaților sunt reprezentate de CP, spre deosebire de țările în curs de dezvoltare, unde doar 4% din cancerele bărbatului este CP. În China și Japonia se înregistrează cea mai mică incidență 4/100.000 populație masculină, pe când în SUA acest indice este de 124/100.000. În fostele republici ale Uniunii Sovietice ca: Rusia acest indice este de 15,6/100.000 iar în Belarusia de 22,3/100.000 populație.

Conform datelor Cancer Regstru al Institutului Oncologic din Republica Moldova în ultimii zece ani, au fost înregistrați următorii indici ai morbidității Figura 1.

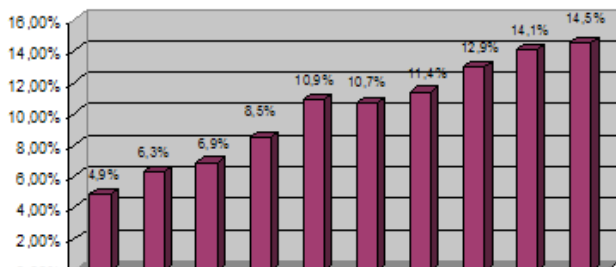


Figura 1. Morbiditatea prin cancer de prostată conform Cancer Regstru al Institutului Oncologic din Republica Moldova

Din diagrama de mai sus, se poate constata că pe parcursul acestor ani, morbiditatea cancerului de prostată a crescut vădit, de la 4,9 ‰ în 2000, până la 14,5 ‰ în anul 2009. Această creștere este determinată de mai mulți factori și, nu în ultimul rând, monitorizarea markerului PSA în țara noastră în ultimii ani.

Obiective

Aprecierea indicilor morbidității și mortalității prin cancer de prostată în ultimii zece ani în RM și optimizarea metodelor de diagnostic precoce.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat conform datelor Cancer Regstru al Institutului Oncologic din Republica Moldova, pe parcursul anilor 2000-2009. În anul 2000, au fost înregistrate 85 de cazuri noi de cancer de prostată. În anul 2007 au fost înregistrate 222 de cazuri noi (Figura 2).

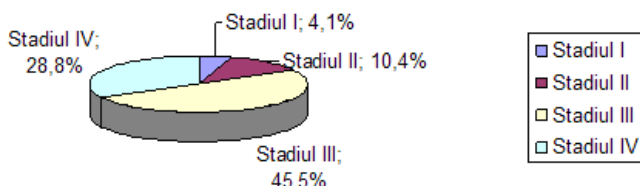


Figura 2. Cazurile noi de cancer de prostată înregistrate în 2007

Din schema de mai sus se constată că în st.I au fost depistați 4,1%; st.II-10,4%; st.III-45,5%; st.IV-28,8%. În anul 2008, au fost înregistrate 242 de cazuri noi de cancer de prostată, dintre care repartizarea pe stadii este următoarea: st.I-0,8%; st.II-10,7%; st.III-49,6%; st.IV-31,1% (Figura 3).

Iar în anul 2009, au fost înregistrați 249 de cazuri noi de cancer de prostată, repartizarea pe stadii este astfel: st.I-5,6%; st.II-9,2%; st.III-48,2%; st.IV-31,7%. (Figura 4)

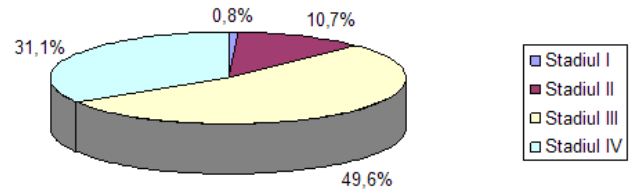


Figura 3. Cazurile noi de cancer de prostată înregistrate în 2008

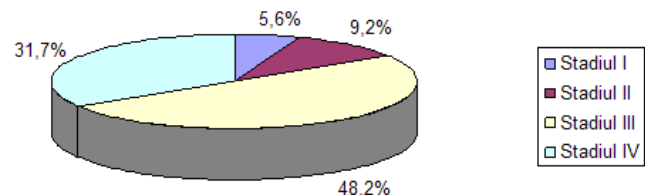


Figura 4. Cazurile noi de cancer de prostată înregistrate în 2009

După cum este prezentat mai sus, se apreciază o prevalență a cazurilor de cancer de prostată în stadiile avansate ale bolii, ceea ce determină și o creștere a mortalității populației masculine prin această boală de la 4,1‰ în 2000, până la 8,1‰ în anul 2009.

Discuții

În ultimii ani putem confirma o creștere a incidenței prin cancer de prostată în stadii incipiente a bolii (st.I-II), care se datorează determinării în țară a markerului PSA.

1. PSA este o glicoproteină cu activitate de serin proteaza produsă în principal de celulele epiteliale situate de-a lungul acinilor și ductelor glandei prostatice. Raportat pentru prima dată în 1979, PSA a revoluționat diagnosticul CP [5]. În 1986, FDA a aprobat în SUA, folosirea acestui test în monitorizarea pacienților diagnosticați cu cancer de prostată, iar din 1994 folosirea lui ca metodă de diagnostic al CP la bărbații peste 50 de ani [5]. Utilizarea PSA s-a extins pe scară largă în anii '90 [10]. O valoare a PSA de peste 4 ng/ml necesită investigații suplimentare. În studiile pe pacienți cu CP, aproape 75% au nivelul PSA peste 4 ng/ml. Aceasta înseamnă că 20 - 30% dintre tumori nu vor fi diagnosticate atunci când PSA este singurul marker folosit. Valoarea PSA între 4 și 10 ng/ml, denumită și zona "gri", este asociată cu o creștere a riscului de CP localizat de 1,5 până la 3 ori și a celui extracapsular de 3 până la 5 ori. [5] Aproximativ 50% din CP asociate cu PSA între aceste valori nu sunt limitate la organ. Nivelurile PSA de peste 10 ng/ml sporesc riscul de tumoare extracapsulară.

2. Tușeul Rectal (TR). Majoritatea CP sunt localizate în zona periferică a glandei și pot fi detectate prin TR când volumul leziunii este de peste 0,2 ml. [7]. Riscul că o leziune depistată la TR să fie CP este dependent și de nivelul PSA. În studiile populaționale cu participarea voluntarilor, TR are o valoare predictivă pozitivă între 15 și 29% și o rată de detecție a CP între 1,5 și 2,2%. [9]. În pofida existenței limitărilor TR, acest test poate detecta cancer apărute la indivizi cu valori normale ale PSA-ului. În era pre-PSA, aproximativ 40% dintre bărbații cu probabilitate de CP la TR aveau diagnosticul confirmat în urma examenului histopatologic. [9]

3. Ecografia transrectală este o investigație utilă în diagnosticul precoce al CP, completând determinarea nivelului seric al PSA și tușeul rectal. Ecografia transrectală este în general rezervată examinărilor ulterioare la pacienții cu rezultate anormale ale PSA-ului sau la cei cu leziuni suspecte la tușeul

rectal și în realizarea biopsiilor prostatice. Imaginea clasică a nodulului hipocogen situat în zona periferică a prostatei nu este întotdeauna prezentă [9]. Ellis și colaboratorii au observat că 37,6% din cancerele diagnosticate de ei apăreau ecografic ca zone izocogene. De asemenea, ea determină simetria, volumul prostatic cu mai multă precizie, fiind utilă în modularea tratamentului.

ACS (American Cancer Society) și AUA (American Urological Association) recomandă utilizarea PSA și TR anual, la bărbații cu vârsta de peste 50 de ani și cu speranța de viață de minimum 10 ani. Bărbații cu risc crescut, cum ar fi cei de rasă neagră și cei cu rude de gradul întâi cu CP, ar trebui monitorizați de la 45 de ani. Cei cu risc și mai mare (care au mai multe rude de gradul întâi diagnosticate cu CP până la vârsta de 65 de ani) ar putea fi monitorizați de la 40 de ani.

4. Examenul histopatologic. Diagnosticul cu certitudine rămâne examenul histopatologic, care pune în evidență prezența leziunilor tumorale maligne în fragmentele de țesut prostatic obținute intraoperator sau prin biopsie prostatică. Puncția

biopsie prostatică ecoghidată transrectal a devenit modalitatea standard de obținere a materialului pentru examenul histopatologic [5]. Pot fi prelevate fragmente multiple cu risc redus de complicații septice dacă folosim profilaxia cu antibiotice. Numărul de fragmente necesare pentru detecția optimă a CP este încă un subiect în discuție, dar se consideră că fragmentele obținute prin tehnica biopsiei sextante sunt suficiente pentru diagnostic, iar în situațiile incerte se recoltează de la 6 până la 10 sau mai multe fragmente.[10]

Concluzii

Principalele metode pentru diagnosticul și monitorizarea cancerului de prostată sunt: antigenul specific prostatic (PSA), tușeul rectal (TR), completate cu ecografia sistemului urinar și biopsia prostatei pentru confirmarea histopatologică. Odată cu implementarea pe scară largă a determinării PSA, se înregistrează o creștere a morbidității prin cancer de prostată, de asemenea și o creștere în țara noastră a numărului de bolnavi diagnosticați în stadii incipiente ale bolii.

Bibliografie

1. CRÎȘAN N, COMAN I, /Beneficiile adevărate ale screeningului pentru cancer prostatic/ Revista Română de Urologie, vol 6, nr 4, 2007, pag.60-62
2. GEOVLETE P, CAUNIV, MUȘESCU R, coat./Valoarea ecografiei cu reconstrucție tridimensională în diagnosticul cancerului de prostată/ Revista Română de Urologie, vol 8, 2009, pag.35-39
3. HEIDENREICH A, AUS G, ABBOU CC et al.:Guidelines on prostate cancer.în EUA guidelines board European Association of Urology guidelines 2008;Arnhem:Drukkerij Gelderland ,2008.p1-114
4. SINESCU I, coat. / Urologie clinică / București 2003, pag.255-265
5. HUGGINS C, HODGES C. / Studies on prostatic cancer./ Cancer Research 1;1941 pag.242
6. БУХАРКИН Б. В. / Рак предстательной железы. / Материалы научно-практической конференции, Москва 2003.
7. ВОРОБЬЕВ Н. В., Алексеев Б. Я. соавт. / Комплексный анализ факторов прогноза у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы. / Онкоурология №1, 2009, стр. 56 – 62.
8. ВОРОБЬЕВ Н. В. / Скрининг мужского населения, стандартное обследование пациентов, классификация рака предстательной железы. / Практическая онкология №2 (6), 2001, стр.8-15.
9. МАТВЕЕВ Б. П., БУХАРКИН Б. В. соавт. / Рак предстательной железы. / Москва, 1999. стр.7-9,стр.11-13,стр.53-55.

SEMNIFICAȚIA SCORULUI INTERNATIONAL SIMPTOMATIC AL PROSTATEI (IPSS) ȘI CALITĂȚII VIEȚII (QOL) ÎN OBSERVAREA PACIENȚILOR CU HIPERPLAZIE BENIGNĂ DE PROSTATĂ

SIGNIFICATION OF THE INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE (IPSS) AND QUALITY OF LIFE (QOL) IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BPH

Chirill Golovco, Pavel Banov, Andrei Oprea, Sergiu Pleșco¹, Ghenadie Tricolici²

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „N.Testemițanu”

Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

¹ - Spitalul Raional Cahul, ² - Spitalul Raional Drochia

Summary

The objective of this study was to determine signification of the International Prostate Symptom Score (IPSS) in management of patients with Benign Prostatic Hyperplasia. 90 patients with enlarged prostate and LUTS were evaluated by the International Prostate Symptom Score (IPSS) and urodynamics before and after surgical treatment. There was significant correlation of the IPSS and Uroflowmetry results. IPSS test is useful in the estimation of disease severity and results of surgical therapy in BPH patients.