

zarea rinichiului. În comparație cu chirurgia clasică are unele avantaje indiscutabile:

- Morbiditate mică
- Spitalizare redusă
- Cost redus
- Se poate efectua sub anestezie locală
- Evită operațiile mari

Evoluția cazurilor tratate prin angioplastia transluminală a fost favorabilă pe tot parcursul spitalizării.

### **Concluzii**

1. Angioplastia transluminală a stenozelor arteriale se profilează ca o alternativă foarte promițătoare pentru revascularizarea rinichiului. Procedeu este indicat mai ales la pacienții cu rinichi unic, atunci când tratamentul medical rămâne ineficient și operația de revascularizare este prea riscantă
2. Problema principală constă în indicația corectă a dilatației transluminale. Succesul dilatației depinde în egală măsură de perfecțiunea execuției tehnice, cât și de indicația corectă în care se include alegerea nu numai a bolii, dar și a bolnavului.
3. Chirurgia endovasculară reprezintă intervenția de elecție în tratamentul patologiei vasculare pe rinichiul unic. Această intervenție este bine tolerată, ușor acceptabilă de pacienți și poate determina radicalitatea, fără să se impună măsuri chirurgicale mutilante. Durata de spitalizare este scurtă, convalescența este redusă și facilă, agresivitatea actului operator mult diminuată.

### **Bibliografie**

1. Bush R.L, Martin L.G.: Endovascular revascularization of renal artery stenosis in the solitary functioning kidney, *Ann. Vasc. Surg.*, 15(1), 60-6, 2001
2. Tyagi S, Raul A.: Percutaneous Transluminal angioplasty for renovascular Hypertension. *Pediatric* 99(1), 44-49, 1997
3. Tykorsky A, Reid J.: Percutaneous transluminal renal angioplasty in the management of hypertension and renal artery stenosis. *J. Hum. hypertens.*, 7, 5, 491, 1993

## **EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STRICTURILOR DE URETRĂ**

**C. Lupașco, I. Dumbrăveanu, V. Ghicavâi, Gh. Scutelnic, Z. Bianov**  
*Clinica de Urologie, SCR*

### **Summary**

*During last ten years the incidence of urethral strictures in urology departments from Moldova is 1-2% of patients. In this time the surgical treatment remains one of controversial problems in treatment of urethral strictures. In this research were investigated 332 (1,8%) patients in department of urology from Republican Hospital during 7 years (1995-2001). The results show that optic uretrotomy is a choice method in treatment of all urethral strictures but open surgery is preferable in treatment of obliterational posttraumatic strictures.*

### **Actualitatea temei**

Incidența stricturilor de uretră pe parcursul ultimilor decenii este constantă și constituie circa 1-2 % din pacienții staționarilor urologice (2,3) În același timp tratamentul chirurgical al acestora rămâne o problemă controversată. Utilizarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune, a materialului de sutură contemporan, apariția tehnicilor endoscopice a permis revizuirea conduitei terapeutice și folosirea pe larg a diverselor tehnici chirurgicale. Tratamentul chirurgical al structurilor de uretră are drept scop nu doar rezolvarea procesului stenozant uretral ci și a leziunilor periuretrale. Conduita terapeutică, alegerea tipului de intervenție chirurgicală este determinată în primul rând de tipul stricturii (posttraumatică sau postinflamatorie) precum și de localizarea acesteia(1).

### **Scopul lucrării**

Scopul lucrării constă în analiza rezultatelor tratamentului chirurgical al stricturilor uretrale, efectuate pe parcursul ultimilor 7 ani (1995-2001).

### **Material și metode**

Pe parcursul anilor 1995-2001 în Clinica de Urologie a SCR au fost tratați 332 bolnavi cu stricturi

uretrale, ceea ce constituie 1,8% din pacienții spitalizați. Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 17-75 ani (vârsta medie 40-45 ani) (Tabelul 1).

Tabelul 1

**Reparația pacienților cu structuri de uretră conform vârstei și tipului de strictură (n=332)**

Vârsta	Nr. pacienți	%	Stricturi posttraumatice	%	Stricturi postinflamatorii	%
până la 20 ani	14	4,2	12	3,6	2	1,6
21-30	49	14,8	36	10,8	13	4,0
31-40	61	18,4	42	12,6	16	4,9
41-50	56	16,9	45	13,5	11	3,3
51-60	63	18,9	43	12,9	20	6,1
61-75	89	26,8	62	18,6	27	8,1
<b>Total:</b>	<b>332</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>72</b>	<b>92</b>	<b>28</b>

Conform repartiției după vârstă se observă o predominare netă a pacienților cu vârsta peste 50 ani, atât cu structuri posttraumatice cât și postinflamatorii. Din 332 pacienți spitalizați, 240 (72%) au fost cu stricturi posttraumatice și 92 (28%) cu stricturi postinflamatorii.

Pentru concretizarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice ulterioare toți pacienții au fost supuși protocolului obligator de examinare adoptat în clinică, care a inclus: hemoleucograma, sumar urină, urocultura, glucoza sanguină, ureea, creatinina, bilirubina, ALAT, ASAT, coagulograma, ECG, ecografia transabdominală, și opțional transrectală, renografia cu izotopi, uretrografia retrogradă, etc.

Pregătirea preoperatorie a inclus în mod obligator preparate antibacteriene și uroantiseptice, conform antibiogramelor. În cazul stricturilor posttraumatice intervenția chirurgicală radicală a fost îndeplinită peste 4-6 luni după traumă.

**Rezultate și discuții**

Din 332 pacienți internați, au fost tratați chirurgical 270 (81%) și conservativ 62 pacienți (19%). Conduita terapeutică a pacienților tratați conservativ a inclus: bujarea uretrei, administrarea de preparate antiinflamatorii și imunomodulatoare, proceduri fizioterapeutice. Tratamentul chirurgical a fost aplicat la 270 pacienți: 144 intervenții chirurgicale deschise (53%) și 126 uretrotomii optice interne (47%). Menționăm că operațiile endoscopice în clinică se efectuează din anul 1998. Începând cu anul 1998 ponderea operațiilor endoscopice este de 4:1. Operațiile deschise au fost efectuate preponderent în cazurile stricturilor posttraumatice cu obliterarea lumenului uretrei. Am practicat următoarele tipuri de intervenții deschise:

- plastia uretrei după Holțov-Marion -75 pacienți;
- plastia uretrei după Solovov -16 pacienți;
- cistostomii - 27;
- plasarea uretrei în perineu - 4;
- meatotomii - 16.

Plastia uretrei după Solovov a fost efectuată pacienților în cazurile de localizare a stricturii în porțiunea posterioară a uretrei cu lungimea capătului central sub 1,0 cm. În perioada postoperatorie am înregistrat următoarele complicații (Tabela 2):

Tabelul 2

**Structura complicațiilor postoperatorii după intervenții chirurgicale deschise (n=144)**

Complicații	Nr	%
Fistule perineale	9	6%
Supurarea plăgii postoperatorii	12	8%
Hematom perineal	4	3%
Recidiv precoce	3	2%

- Rata recidivelor tardive a stricturilor uretrale operate în clinica de urologie a fost:
- după intervențiile clasice conform procedurii Holțov - 8,5%,
  - după intervențiile conform procedurii Solovov - 12%,
  - după uretrotomia optică internă 16%.

Majoritatea recidivelor după intervenția chirurgicală după Holțov au apărut peste 5-7 ani, după Solovov la 2-3 ani, după intervenții endoscopice peste 1 an.

Durata medie de spitalizare a plagiilor uretrale după Holțov a fost de 17-18 zile, după Solovov 24-25 zile, după cele endoscopice 7-8 zile. Am menținut drenajul uretral după procedura Holțov-10 zile, după procedura Solovov – 21 zile, după operațiile endoscopice 4-5 zile.

Tratamentul stricturilor posttraumatice constituie una din cele mai complexe probleme urologice, în special a celor cu o lungime mai mare de 3 cm. Datorită pericolului de căi false, a hemoragiei intraoperatorii și a recidivelor frecvente, utilizarea uretrotomiei optice în situația dată este abandonată de majoritatea urologilor. Sunt propuse variante de recanalizare a uretrei în 2 etape, recanalizarea sub control ecografic, utilizarea laserului, dar care se află în stadiu experimental cu rezultate tardive discutabile. Locul intervențiilor descrise rămâne valabil. În general sînt folosite câteva variante de conduită. Majoritatea autorilor consideră că cel mai corect este practicarea unei cistostomii suprapubiene, ulterior se va tenta practicarea unei uretrotomii interne optice (3,4,5). Dacă zona stricturată nu poate fi depășită, este necesară menținerea cistostomei în decurs de 3-6 luni cu refacerea chirurgicală a uretrei.

Tratamentul endoscopic este adresat la ora actuală în primul rînd stricturilor uretrale postinflamatorii. Problema majoră a diverselor metode de tratament chirurgical o constituie cea a recidivelor postoperatorii. Intervențiile clasice conform operației Holțov-Marion au o rată a recidivelor de 16,5%, cele după Solovov pînă la 37%. După uretrotomia optică internă rata recidivelor ajunge pînă la 15-20%.

### **Concluzii**

- 1.Tratamentul de elecție al stricturilor uretrale postinflamatorii este uretrotomia optică internă.
- 2.Structurile posttraumatice cu obliterarea lumenului uretral se tratează preponderent prin operații deschise (Holțov-Marion, Solovov etc..)
- 3.Rata recidivelor după operațiile deschise este de 8-12%, după operațiile endoscopice-16%.
- 4.Rata de recidive este mai mică după operațiile conform procedurii Holțov.
- 5.Durata medie de spitalizare după operațiile endoscopice este de 7-8 zile, după operațiile deschise de la 17 pînă la 25 zile.

### **Bibliografie**

1. Geavlete P., Traumatismele aparatului urinar în tratat de patologie chirurgicală, București, 2001, pag. 2811-2823.
2. Трапезникова М.Ф., Лечение облитерации задней уретры, Урология и нефрология, 1996, №6, стр.28.
3. Ioanid P.C., Chirurgia uretrei, București, 1981.
4. Русаков В.И., Хирургия мочеиспускательного канала, Ростов на Дону, 1991.