

- 2 pacienți (7%), intervenție chirurgicală - 2 (7%), alte motive, inclusiv financiare - 4 (14%).

Pacienții care au urmat tratamentul pe toată perioada au semnalat un efect favorabil, manifestat prin dispariția sau diminuarea polakiuriei nocturne, disuriei, chiar la un interval de o săptămână de la începerea tratamentului, ameliorarea calității vieții și a indexului IPSS. Datele subiective au fost confirmate și de rezultatele examinărilor paraclinice (Tabelul 1).

Menționăm, că în 3 cazuri după dispariția simptomatologiei iritative, preparatul Dalfaz a fost administrat în doză de 5 mg o dată pe zi, iar într-un caz o dată la 1-2 zile (posibil efect placebo)

Tabelul 1.

Caracteristica evoluției parametrilor clinici la pacienții tratați cu Dalfaz (n-23)

| Parametri | Nr. pacienți | Până la tratament | După tratament |
|--------------------------|--------------|-------------------|----------------|
| IPSS | 23 | 17,5 ± 4,1 | 8,4 ± 2,8 |
| Calitatea vieții | 23 | 4,1 ± 1,1 | 1,4 ± 0,6 |
| Polakiurie nocturnă | 23 | 4 ± 1,5 | 1,5 ± 0,5 |
| Volumul urinei reziduale | 23 | 70 ml ± 30 | 40 ± 20 |

Efecte adverse am semnalat la 9 pacienți (39%), care s-au manifestat în majoritatea cazurilor prin hipotensiune, în special ortostatică, tahicardie (6 pacienți), deasemenea am înregistrat grețuri, dispepsie, dureri epigastrale la 3 pacienți. Nici un pacient n-a notat scăderea libidoului.

Discuții, concluzii

Utilizarea α_1 -adrenoblocanților în urologie a început de circa 2 decenii, când Cane M.(1976) a arătat ameliorarea simptomatologiei prostatice la pacienții tratați cu α - blocante. Receptorii α - adrenergici sunt prezenți în capsula prostatică, precum și în țesutul adenomatos. Studiile ultimilor ani arată că dezvoltarea adenomului de prostată crește activitatea simpatică, care determină la rândul ei creșterea tonusului muscular a colului vezical, uretrei posterioare și prostatei. Mecanismul respectiv este cauza componentei dinamice a obstrucției infravezicale. Blocarea α - adrenoreceptorilor scade presiunea uretrală, volumul urinei reziduale, ameliorează senzațiile subiective.

Preparatul Dalfaz fiind un α - adrenoblocator selectiv poate fi cu succes utilizat în terapia medicamentoasă a adenomului de prostată.

Preparatul are o eficiență înaltă (93% în studiul nostru) în special la pacienții cu predominarea acuzelor iritative.

Efectele adverse semnalate în urma administrării preparatului Dalfaz sunt minore și în majoritate tranzitorii. Datorită faptului că provoacă o ușoară scădere a tensiunii arteriale poate fi utilizat ca monoterapie la pacienții cu HTA asociată.

Bibliografie

- 1.Cane M. α - adrenergic blockers for the treatment of prostatic hyperplasia. UrolClin.North A. 1990. 17: 641.
- 2.Лоран О.Б., Вишнеvский Е.А., Вишнеvский А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты α - адrenoблокаторами. М., 1998.
- 3.Chapple C. Selective α - adrenoreceptor antagonists in benign prostatic hyperplasia: rationale and clinical experience. Eur.Urol.1996; (29): 129-44.
4. Sinescu I. Urologie Clinică, Ed.medicală, București. 2000.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HIPERPLAZIEI PROSTATICE BENIGNE (HPB)

V.Ghicavăi, A.Tănase, I. Dumbrăveanu, M. Popov, E.Ceban, C. Lupașco, V.Platon, C. Spînu, O. Taranov, V. Gorbatovschii, I. Milici, I.Barsan, G. Tricholici, S. Pleșco
 Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N.Testemițanu"

Summary

The work is dedicated to comparative analysis of results of surgery treatment in patients with Benign Prostate Hyperplasia. The 543 patients with untreated prostate adenoma (exposed to

adenoma removal - 415 patients, and transurethral resection - 128 patients). The analysis of the results demonstrated, that the rate and the character of intra- and post- operation complications depends considerably on rational choice of surgical intervention method (transvesical or transurethral) and quality of its realization. In present TURP remains the main method in the treatment of BPH, possessing many advantages and at the same time presenting many possibilities of simultaneous treatment of other diseases, which accompany BPH. Transvesical adenomaectomy remains a method of BPH treatment, having more narrow concrete indications: adenoma of great size and its combination with great or multiple urinary bladder stones.

Actualitatea

Actualmente unica metodă radicală și efectivă de tratare a HPB rămâne de a fi cea chirurgicală (1,2,8). Printre multitudinea procedeelelor chirurgicale, conform clasificării metodelor de tratament a HPB, accesului și volumului intervenției chirurgicale, cele mai efective și mai extinse sunt așa tipuri de intervenții ca: prostatectomia deschisă (1,7,8) și electrochirurgia transuretrală a prostatei (11,12).

Tratamentul radical al pacienților pe motiv de HPB este numai chirurgical prin adenomectomie (prostatectomie). Observații unice de recidive a HPB s-au constatat destul de rar (peste 20-30 ani după o astfel de operație). O altă metodă de tratament chirurgical destul de răspândită actualmente este rezecția transuretrală de prostată (TURP), care deseori este de asemenea considerată ca o intervenție radicală, însă TURP, repetat pe motiv de HPB, are loc mai des, chiar la 8-10 ani după cel inițial. Fiecare din aceste metode posedă indicațiile și contraindicațiile sale. Din acest motiv, intervențiile urologice aplicate (adenomectomia transvezicală sau rezecția transuretrală) prezintă uneori riscuri importante, chiar prohibitive.

Material și metode

Analizei retrospective au fost supuse fișele de observații spitalicești și de ambulator a pacienților cu adenom de prostată, cărora li s-a efectuat adenomectomia transvezicală (415 bolnavi) și TURP (128 bolnavi), efectuate pe parcursul a 2 ani (aprilie 1998-aprilie 2000; 543 bolnavi) în clinica urologică, numărul și repartitia cărora după vârsta și greutatea țesutului rezecat, sînt prezentate în tabela 1 și 2.

Tabela 1

Repartitia bolnavilor în conformitate cu tipul intervenției și vârsta (n=543)

| nr | Vîrstă (ani) | Nr. bolnavi TURP | % | Nr. operații deschise | % |
|-----------|--------------|------------------|-------|-----------------------|-------|
| 1. | 40 - 49 | 5 | 4 | 3 | 0,7 |
| 2. | 50 - 59 | 40 | 31,2 | 103 | 24,8 |
| 3. | 60 - 69 | 62 | 48,4 | 272 | 65,6 |
| 4. | 70 - 79 | 20 | 15,6 | 35 | 8,4 |
| 5. | > 80 | 1 | 0,8 | 2 | 0,6 |
| În total: | | 128 | 100,0 | 415 | 100,0 |

Tabela 2

Repartitia bolnavilor în conformitate cu tipul intervenției și greutatea țesutului rezecat (n=543)

| nr | Greutatea țesutului, g | Nr. bolnavi TURP | % | Nr. operații deschise | % |
|-----------|------------------------|------------------|-------|-----------------------|-------|
| 1. | <10 g | 39 | 30,5 | 2 | 0,5 |
| 2. | 10-15 g | 56 | 43,8 | 3 | 0,7 |
| 3. | 15 - 25 g | 19 | 14,8 | 12 | 2,9 |
| 4. | >25 g | 14 | 10,9 | 398 | 95,9 |
| În total: | | 128 | 100,0 | 415 | 100,0 |

Vârsta medie a pacienților operați chirurgical a fost de 68 ani (de la 45 pînă la 82 ani). În conformitate cu regulamentul clinicii de urologie și particularitățile intervențiilor chirurgicale efectuate toți pacienții operați au fost în evidență permanentă, începînd cu prima zi de la internare și pînă la însănătoșirea clinică. Operațiile adenomectomia transvezicală sau TURP s-au efectuat conform

metodelor clasice: după Freyr P. J. (1901) cea transvezicală, și după Alcock-Flocks și Barnes cea transuretrală cu rezectoscopul firmei ACMI CIRCON și KARL STORZ (teaca Nr-24 și 27 cu irigare permanentă).

Pacienții cu HPB, încadrați în studiu, au fost examinați în baza recomandărilor de investigare și tratare a pacienților cu simptom de dereglare a micției, elaborate la cea de-a IV întrunire internațională, consacrată hiperplaziei prostatei (Recomandările Comitetului Științific Internațional, 1998) și completate prin noi tehnologii.

Rezultate

Frecvența complicațiilor intraoperatorii, postoperatorii precoce și tardive în dependență de modul intervenției chirurgicale este prezentat în tabelul 3. La efectuarea TURP au avut loc o serie de complicații intraoperatorii, printre care: perforația capsulară (2,3%), deschideri de sinus venos (1,6%), hemoragia masivă (3,1%), aritmii cardiace (1,5%). Complicațiile postoperatorii imediate sunt în relații directe cu mărimea adenomului, timpului necesar pentru rezecție și tehnica propriu-zisă. Frecvența complicațiilor după TURP a fost apreciată în jur de 16%. Mortalitatea pacienților - 0,8%. Mortalitatea și rata complicațiilor sunt mai mari la pacienții peste 80 de ani, fiind provocate de coexistențe morbide, în special cardiovasculare.

Incidența "sindromului post-TURP" a fost de circa 3,1%. Alte complicații imediate după TURP au fost: hemoragiile postoperatorii (3%), retențiile de urină prin cheaguri (1,6%) și infecțiile urinare (4,7%). Complicațiile infecțioase-inflamatoare au apărut, de obicei, pe parcursul a câteva zile-săptămâni după TURP, sub formă de pielonefrită acută, uretrită, orhiepididimită și altele la 24% pacienți. Complicațiile tardive post TURP sunt reprezentate de: incontinență urinară (1,6%), stricturi uretrale (3,1%) și sclerozele cervico-prostatice (2,3%). Disuria, deseori în asocieră cu polachiuria nocturnă și altele, așa numite simptome iritative, care nu se supun tratamentului conservativ și necesită re-TURP, au fost diagnosticate la 2-10% pacienți cu HPB supuși TURP.

Tabela 3

Rata complicațiilor intraoperatorii și postoperatorii precoce și tardive raportate la tipul intervenției chirurgicale (n=543)

| nr | Complicații | Post TURP (n=128) | | Postadenomectomia deschisă (nă-415) | |
|---|---------------------------|-------------------|-----|-------------------------------------|------|
| | | Nr. bolnavi | % | Nr. bolnavi | % |
| a) Intraoperatorii | | | | | |
| 1. | Hemoragii | 4 | 3.1 | 32 | 7.7 |
| 2. | Aritmii cardiace | 2 | 1.5 | 24 | 5.8 |
| 3. | Perforații capsulare | 3 | 2.3 | 3 | 0.7 |
| În total: | | 7 | 6.9 | 59 | 14.2 |
| b) postoperatorii severe precoce | | | | | |
| 1. | Hemoragii | 4 | 3.1 | 2 | 0.5 |
| 2. | Stare toxico-septică | 2 | 1.6 | 12 | 2.9 |
| 3. | Embolia arterei pulmonare | 1 | 0.8 | 6 | 1.4 |
| 4. | Infarct miocardic | 1 | 0.8 | 4 | 1 |
| 5. | Pielonefrită acută | 4 | 3.1 | 21 | 5.0 |
| În total: | | 12 | 9.5 | 45 | 10.8 |
| c) Postoperatorii tardive | | | | | |
| 1. | Infecții persistente | 7 | 5.4 | 32 | 7.7 |
| 2. | Scleroză de col vezical | 3 | 2.3 | 11 | 2.7 |
| 3. | Strictură de uretră | 4 | 3.1 | 8 | 1.9 |
| 4. | Liliază vezicală | 2 | 1.6 | 6 | 1.4 |
| 5. | Țesut adenomatos restant | 2 | 1.6 | 6 | 1.4 |
| 6. | Hemoragii tardive | 2 | 1.6 | 21 | 5.1 |

| | | | | |
|-----------|----|------|----|------|
| În total: | 20 | 15.6 | 84 | 20.2 |
|-----------|----|------|----|------|

Evaluarea ulterioară la intervale mai mari de timp după TURP constată remisia tulburărilor de micțiune la 80-90% de pacienți la 1 an postoperator, deși acest procentaj scade la 60-75% pînă la 5 ani. Aproximativ 2-3% din pacienți necesită repetarea rezecției endoscopice (re-TURP) în primii 5 ani de la procedura inițială.

Ejacularea retrogradă este una din cele mai dese complicații TUR în HPB (50-80% pacienți). Cauzele acesteia servesc atât modificările morfologice (lezarea sfîncterului intern), cît și cele funcționale, apărute după TUR în anastomoza vezico-uretrală și a uretrei posterioare. Pînă în prezent nu există o metodă utilizată și efectivă pentru a înlătura această complicație (4,7%).

Impotența post TUR.P este citată într-o proporție 4,5-30%. Mecanismele etiologice sunt variabile și pot include una sau mai multe din următoarele cauze: fibroza sau tromboza arterelor cavernoase, leziuni ale nervilor cavernoși, fibroza corpilor cavernoși, fistule cu pierderi venoase, etc. Stresul provocat de operație și pierderea ejaculării anterograde sunt factori suplimentari care contribuie la impotența organică.

Strictura uretrei și scleroza colului vezicii urinare-complicații stabile ale perioadei tardive apărute la 5-6% pacienți care au suportat TUR prostatei. Incontinența de urină temporară (de stres) apare la 1,6 % de pacienți. Durata spitalizării pentru pacienții cu prostatectomia deschisă a constituit 7-14 zile, pentru TURP – 4-5 zile.

Discuții

Rezultatele postoperatorii ale prostatectomiei deschise sunt în mare măsură analogice celor după TURP (1,2). Conform datelor din literatură, 80% din numărul total de intervenții pentru adenomul de prostată este reprezentat de operațiile endoscopice (TURP și I.T.U.P), iar calea chirurgicală deschisă are indicații restrînse, fiind utilizată în principiu în tratamentul adenomelor mari (5,7,8).

Astfel în baza analizei comparative a rezultatelor adenomectomiei deschise și rezecției transuretrale la pacienții netratați conservativ, în ansamblu putem conchide – fără pericolul de a greși – că operațiile transuretrale constituie la ora actuală o practică de rutină a tuturor serviciilor de urologie care doresc să ofere bolnavilor șanse mărite și mai puțin periculoase de tratament și vindecare, iar din punct de vedere al eficienței economice să corespundă cerințelor asistenței medicale actuale (4,6,12). În mare măsură acestea se confirmă prin rezultatele și complicațiile utilizării TUR în comparație cu cele mai răspîndite intervenții operatorii în HPB – prostatectomia deschisă (adenomectomia și incizia prostatei), existente în literatura în domeniu. Așa, din tabelul 4 rezultă, că complicațiile după TURP evoluează aproximativ la 15% din pacienți și pot apărea peste cîteva săptămîni după intervenție.

La ele se referă hemoragiile (5-10%), infecțiile postoperatorii ale tractului urinar, capabile să provoace stricturi de uretră (3-5%), precum și stenoza colului vezicii urinare. Riscul afecțiunilor permanente ale sfîncterului cu incontinență de urină e mai puțin de 1%. Frecvența dereglărilor erecției după TURP e greu de determinat (probabil 0-20%), însă riscul ejaculării este destul de înalt (aproximativ 70%). Necesitatea de a efectua intervenția repetată este joasă (mai puțin de 10% cazuri).

Rezecția transuretrală a prostatei (TURP) s-a impus față de chirurgia deschisă în primul rînd datorită rezultatelor sale superioare (4,12) și este procedeul cel mai pe larg utilizat în HPB. Totodată specialiștii în domeniu menționează, că TURP este una din cele mai complicate și fine intervenții endochirurgicale transuretrale care necesită posedarea cunoștințelor înalte ale anatomiei endoscopice instrumentale (6). Perfecționarea tehnicii și acumularea experienței endochirurgiei transuretrale contribuie semnificativ la lărgirea indicațiilor pentru TURP în HPB

Indicația cea mai frecventă pentru TURP a inclus pacienții cu adenom prostatic în faza de prostatism (mai mult din 90% din cazuri). Alte indicații sunt furnizate de combinarea prostatismului cu alte semne și simptome: prostatism plus reziduu vezical (100%), prostatism complicat cu retenție completă de urină (16%), prostatism plus reziduu vezical la care temporizarea duce la retenție completă de urină (16%).

Alt grup de indicații pentru TURP a cuprins pacienții cu creșterea semnificativă a urinei reziduale mai mult de 900ml (30%), cu infecții urinare persistente (50%), cu hematurie macroscopică (10%), insuficiență renală (2,3%), calculi vezicali (4%), simptome obstructive pronunțate dependente de lobul mediu. Pentru rezecția endoscopică au fost indicați pacienții cu adenom mai mic de 60 de grame, aceasta fiind efectuată sub anestezie regională (rahiianestezie sau anestezie peridurală). Indicație pentru TURP a fost și HPB simptomatică de orice grad și orice mărime cu jet urinar aptologic slab (mai puțin de 10 ml/s), ca dovadă a obstrucției moderate, cînd prostatectomia deschisă este periculoasă sau contraindicată.

Majoritatea autorilor (9,11) recomandă în procesul de elecție a indicațiilor pentru TURP de a ține cont de experiența chirurgului și consideră această operație argumentată atunci cînd ea poate fi realizată timp de o oră.

Cît privește eficiența economică a operațiilor transuretrale, statisticile importante (3,5,10) arată, că în TURP relația cost-eficiență este mult superioară față de cea a operațiilor clasice. Aceasta se referă la scăderea prestației medicale, a reducerii zilelor de spitalizare și scurtarea incapacității temporare de muncă.

Tabela 4

Rezultatele și complicațiile tratamentului chirurgical a HBP

(* - Lepor H., American Urological Association, Orlando, 1996;

** - rezultatele grupei de experți: Kirby R.S. și al., Oxford, 1996)

| Nr | Rezultate | TURP | Adenomectomia deschisă | ITUP |
|-----|---|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| 1. | Posibilitatea ameliorării simptomelor postoperatorii | * 75-96% | 94-99,8% | 78,83% |
| 2. | Ameliorarea simptomelor postoperatorii (micșorarea parametrilor IPSS) | * 85% ** 85% | 80% 79% | 73% 73% |
| 3. | Viteza maximă a jetului urinar pînă la operație (ml/s, mediu) | ** 8 | 8 | 8 |
| 4. | După operație | ** 18 | 23 | 15 |
| 5. | Complicații totale | * 5,2-30,7% ... 15,6% | 6,98-42,7% ... 20,2% | 2,2-33,3% |
| 6. | Mortalitatea | * 0,53-3,31% ** < 1% ... 0,8% | 0,99-4,56% < 2,5% 3% | 0,2-1,5% < 1% |
| 7. | Incontinență de urină | * 0,68-1,4% ** 1% | 0,34-0,74% 1% | 0,06-1,1% 0,1% |
| 8. | Ejaculare retrogradă | * 25-99% ** 70% | 36-95% 70% | 6-55% 10% |
| 9. | Posibilitatea impotenței | * 33,3-34,8% | 4,7-39,3% | 3,9-24,5% |
| 10. | Necesitatea intervenției repetate pe parcurs de 5 ani | ** 3-8% * 0,65-10,1% | < 1% 0,6-14,1% | 8% 1,34-2,65% |
| 11. | Zile-pat | * 3-5 ** 4 ... 4-5 | 5-10 7-14 12-27 | 1-3 2-3 |

Concluzii

Așadar, experiența de utilizare a TURP confirmă un șir de avantaje evidente față de prostatectomia (adenomectomia) deschisă tradițională: reducerea factorului traumatizant al intervenției și numărul complicațiilor, micșorarea termenului de spitalizare a pacienților și a perioadei de reabilitare, posibilitatea de restabilire a micției la pacienții cu afecțiuni intercurrente pronunțate, repetarea intervenției fără de creșterea riscului, reducerea invalidității pacienților, efect cosmetic bun ș.a. Rezecția transuretrală este apreciată ca cea mai bună metodă de tratare a HPB cu indicațiile respective. Aceasta fiind bine codificată s-a impus și față de chirurgia deschisă în primul rînd datorită rezultatelor sale superioare. Este o intervenție incomparabilă, mai puțin agresivă, iar suferința bolnavului mult mai redusă. Pe de altă parte, este preferată și pe motive financiare. Costul operației și tratamentul este cu peste 50% mai redus, față de adenomectomia deschisă.

În baza analizei retrospective a selecției adecvate a variantei operatorii s-a conchis, că deseori bolnavului i se efectua intervenția chirurgicală nu cea optimă în situația concretă, dar cea mai bine posedată de chirurg. E de menționat, că aceste rezultate sunt primele modeste încercări de implementare a endoscopiei în clinica urologică a SCR cu unele mari rezerve în această tranziție spre TUR. Totodată, rezultatele comparative, mărturisesc despre TURP ca o intervenție chirurgicală mult mai avantajoasă, ceea ce va contribui la revizuirea esențială în selectarea modalității endoscopice în HBP. În scopul individualizării asistenței pacienților cu HBP, în clinica noastră s-au elaborat anumite principii ale tratamentului chirurgical a afecțiunii în cauză:

- Pacienților cu HBP de gr. I și II cu masa nodulilor adenomatoase pînă la 60 g se efectuează rezecția transuretrală.
- Pacienților cu HBP gr. II și III cu masa nodulilor de la 60 și mai mare, cu sau fără dereglări ale funcției vezicii urinare și căilor urinare superioare, precum și pacienților cu contraindicație la TURP-adenomectomia transvezicală unimomentană sau după cistostomie.
- La determinarea indicațiilor pentru intervenția respectivă se iau în considerație următorii factori: gradul afecțiunii, forma de creștere și dimensiunile adenomului, particularitățile constituționale ale pacientului.

Rezultatele obținute demonstrează, că frecvența și caracterul complicațiilor intra- și postoperatorii în această afecțiune depind de selectarea rațională a modului de intervenții chirurgicale (transvezicală sau transuretrală) și calitatea efectuării ei.

Bibliografie

1. Bruskewitz R. Management of Symptomatic BPH in the US: Who is treated and How? J. Eur. Urol. 1999; 36 (suppl. 3): 7-13.
2. Debruyne F.M.J., Kortmann B.B.M. Benign Prostatic Hyperplasia: Diagnosis and Treatment modalities. // ESU Course, Odessa.- 1999.
3. Guess H.A.: Population based studies of benign prostatic hyperplasia // In: Textbook of benign prostatic hyperplasia I.S.I.S. Medical Media. Oxford, 1996. - P. 117-125.
4. Holtgrewe H.L., Valk W.L. Factors influencing the mortality and morbidity of transurethral prostatectomy: a study of 2.015 cases. // J. Urol. 1962- 87- 450-459.
5. Kirby R.S., McConnell J.D. // Benign Prostatic Hyperplasia. - Oxford, 1996. - P. 24-30.
6. Kirby R.S., McConnell J.D. Surgical management of BPH. // In: Benign Prostatic Hyperplasia. Oxford: Health Press- 1995: 31-37
7. Lepor H. // International Consultation on BPH, 3-rd: Proceedings. - Monaco, 1995. - P. 531-537.
8. Mearini E. Open prostatectomy in BPH: 10-year experience in Italy. // Eur. Urol. Today, Volume 9, №. 3, September 1999.
9. Nielsen K.K. and Nordling J.: Urethral strictures following transurethral prostatectomy. // Urology -35: 18, 1990.
10. Nicolescu D., Oșan V., Bakos I., Martha I. Analiza statistică a 2054 de rezecții transuretrale pentru adenom de prostată (TUR.P) UMF Târgu-Mureș, 1991, Primul simpozion național de Endourologie. Târgu-Mureș, 26-27.IV.1991.
11. Weis N., Jorgensen P.E., Brunn E. "TUR Syndrome", after Transurethral Resection of the Prostate Using Suprapubic Drainage. // International Urology and Nephrology 19 (2) pp. 165-169, 1987.
12. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. - Москва. - Триада X. - 1997.

CONTINENT URINARY DIVERSION WITH PARIETAL STOMA OF INDIANA TYPE

G. Glück

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: The indications of performing a continent urinary diversion are the followings: - radical cystectomy for infiltrative bladder tumour on females or males patients to whom the urethral anastomosed reservoir cannot be used; - defunctionalized urinary bladder : bladder extrophy, small neurologic, tuberculoses or irradiated bladder, interstitial cystitis.

Materials and methods: The operative technique consists in the isolation of 10 cm ileum and 30 cm of caecum & ascendent colon followed by the restoring of the ileum-colic continuity. The isolated segment of the colon is detubulized, the ureters are implanted using an anti-reflux technique, then the reservoir is closed, a continence mechanism is created (ileum-caecal valve, ileum plicature and the anti-peristaltic positioning of ileum), and the stoma is positioned.

Results: The results are shown (clinical, radiological and urodynamical) on the continent urinary diversion with parietal stoma. We have 4 cases with this type of diversion: 2 cases in patients with infiltrative bladder tumours and radical cystectomy, 1 case in a female pa-