

în 40%, în 10% cazuri- hematoame cu lezări ale testicului, epididimului și funiculului spermatic, 2% - încarcerări de testicul ectopic, funiculocel, epiploon, epididimită tuberculoasă etc. În 60% cazuri s-a efectuat epididimotomia, iar în 45% - orhiectomia (necroze, distrucții purulente, epididimite repetate, infarct). În etiologia epididimitelor acute cel mai frecvent a fost diagnosticată flora gram- negativă -53%, chlamidia trahomatis - 22%, viruși -13%, micoze - 8%, tuberculoză - 0,8%. Factorii importanți care au influențat asupra patologiei au fost prostatitele cronice, stricturile de uretră, adenomul și cancerul de prostată, diverse anomalii sau traume. Complicații înregistrate în rezultatul tratamentului: 20% - abcese și atrofi

de testicul în infecții cu E.Coli; 1,6% - infertilitate la infecții cu chlamidii; trecere în epididimită cronică - 40%, cazuri unice cu infiltrate cronice caudale, formare de chisturi, fistule epididimo-scrotale, testiculo-algii cronice. Toți pacienții au necesitat o monitorizare strictă, repaos la pat, tratament antibacterian și antiinflamator. În cazurile de absență a efectului la tratament conservator în primele 3 zile, în 26% cazuri de epididimită acută s-a întreprins intervenția chirurgicală. Toate cazurile de traume ori de suspexie la torsiune a testicului, hidatidei, infarctul testicular, încarcerarea testicului în canalul inghinal, abcesul testicular și epididimal au necesitat intervenție chirurgicală de urgență.

VALOAREA URETROTOMIEI INTERNE OPTICE ÎN TRATAMENTUL STRICTURILOR URETRALE

Gh. Scutelnic, V. Ghicavii, C. Lupașco, M. Popov, E. Ceban, I. Dumbrăveanu, V. Tuchila, E. Pleșca, I. Draguță, I. Veveriță
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Recently the indications for internal optic uretrotomia are more limited by the high percentage of postoperative recidives. The incidence of urethral strictures diagnosed and treated in the urologic departments of Republic of Moldova consists 1-3% in the last 10 years. Surgical treatment of urethral strictures remains rather controversial. Our study reviews 562 patients with urethral strictures surgically treated by the 1995-2004 years. Gained results confirm the internal optic uretrotomia being the elective treatment for urethral strictures.

Actualitatea temei. Actualmente conform datelor din literatura de specialitate indicațiile către uretrotomia internă optică devin din ce în ce mai puțin frecvente, din cauza procentului înalt de recidive. Incidența stricturilor uretrale depistate și tratate în departamentele urologice din Republica Moldova în ultimii zece ani cuprind 1-3% dintre pacienți. În ultimii ani tratamentul chirurgical al stricturilor uretrale rămâne a fi o problemă cotraversată. În studiul nostru au fost investigați 562 de bolnavi pe parcursul anilor 1995-2004, tratați chirurgical cu stricturi uretrale. Rezultatele obținute ne relevă că uretrotomia internă optică rămâne metoda de elecție în tratamentul stricturilor uretrale, fiind miniminvasivă, iar tratamentul chirurgical este preferabil în rezolvarea stricturilor uretrale posttraumatice obliterate.

Scopul lucrării. Analiza comparativă a rezultatelor tratamentului chirurgical al stricturilor de uretră prin uretrotomie internă optică și prin operații deschise.

Materiale și metode. S-a efectuat analiza rezultatelor tratamentului chirurgical deschis și endoscopic la 562 pacienți cu stricturi uretrale de etiologie postinflamatorie și posttraumatică pe perioada anilor 1995-2004, ceea ce constituie 2,1% din numărul pacienților tratați cu patologii ale căilor urinare inferioare. Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 17-75 ani (vârsta medie - 45 ani).

Rezultate. Din 562 de pacienți internați au fost tratați chirurgical 463(82,4%) și conservativ - 99(17,6). Tratamentul conservativ a inclus administrarea de preparate antibacteriene,

antiinflamatorii, imunomodulatorii, bujarea uretrei, proceduri fizioterapeutice etc. Dintre cei tratați chirurgical, 278 (60,1%) bolnavi au fost tratați prin uretrotomie internă optică (UIO) și 185(39,9%) - prin operații clasice deschise. Operații deschise au fost efectuate preponderent în cazurile stricturilor posttraumatice, cu obliterarea lumenului uretrei, și anume: plastia uretrei după Holțov-Marion - 119 (64,3%), plastia uretrei după Solovov-Badenoc - 59 (31,9%) etc. (plasarea uretrei la perineu, meatotomie, cistostomie ș.a.). Rata recidivelor tardive ale stricturilor uretrale operate în clinică: după operațiile conform procedurii Holțov-Marion - 8,5%; după operațiile Solovov-Badenoc - 12%; după UIO - 13%.

Majoritatea recidivelor după operațiile Holțov-Marion au survenit peste 5-7 ani, după Solovov-Badenoc - peste 2-3 ani, după intervențiile endoscopice - peste 1 an. Durata medie de spitalizare a pacienților operați Holțov-Marion a fost de 16-18 zile, Solovov-Badenoc - 23-25 zile, endoscopice - 6-8 zile. Drenajul vezical după procedurii Holțov-Marion s-a menținut 10 zile, Solovov-Badenoc - 21 zile, UIO - 4-5 zile.

Concluzii

1. UIO este indicată atât în recidive după uretrotomie sau uretrotomie deschise, cât și în stricturile vechi, tratate prin dilatații uretrale.

2. Tratamentul de elecție al stricturilor uretrale este uretrotomia internă optică.

3. UIO are prioritate în cazul bărbaților tineri care doresc să-și păstreze potența și fertilitatea.

4. Stricturile posttraumatice cu obliterarea lumenului uretral se tratează preponderent prin operații deschise (Holțov-Marion, Solovov-Badenoc, etc.).

5. Cu toate că rata recidivelor stricturilor uretrale după operațiile deschise este de 12%, iar după operațiile endoscopice este de 16%, spitalizarea pentru o durată scurtă, cheltueli și traumatism minim ridică semnificativ efectul terapeutic al operațiilor endoscopice.

Vârsta (ani)	Nr. pacienților	%	Strictură posttraumatică	%	Strictură postinflamatorie	%
20	63	11,2	26	8,9	36	13,2
21-30	81	14,4	40	13,8	39	14,3
31-40	92	16,4	50	17,2	45	16,5
41-50	90	16,0	51	17,6	40	14,7
51-60	109	19,4	55	19,0	53	19,5
61-75	127	22,6	68	23,5	59	21,7
Total:	562	100,0	290	100,0	272	100,0

CISTITA NECROTICĂ – DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

V.Oșan, R.Boja, L.Schwartz, C.Catarig, O.Golea,
Carmen Simion, Martha Orsolya, S.Nedelcu, L.Vass
Clinica de Urologie Târgu-Mureș, România

Abstract

Necrotic cystitis, also called incrustation cystitis, raises etiopathological and therapeutical problems, with relapse of the necrosis after removal of pathological tissue. Between 01.01.1999 and 31.12.2005 there have been 55 patients institutionalized in our Clinic, presenting lower urinary tract symptoms (LUTS). Instrumental investigations have demonstrated the thickening of the bladder wall, more frequently in the trigonum area. Ultrasound examination and cystography couldn't exclude an infiltrative bladder tumor. Cystoscopy which showed necrotic bladder tissue, with calcareous incrustations, followed by the resection of the pathologic tissue. In 45 cases the histopathological result was necrotic cystitis and in 10 cases infiltrative urothelial bladder tumor or epidermoid metaplasia. In order to clarify the etiology of the necrosis an investigation protocol have been used, consisting of laboratory tests for autoimmune diseases, vascular or local causes that initiate the necrosis (previous surgery in the area, endoscopic interventions). In 5 cases with autoimmune disease, the treatment was transurethral resection and plasmapheresis. The evolution was favorable in 4 cases. Failure: 1 patient. In 12 cases the cause of the necrosis appears to be a diabetic vasculitis, judging by the deep necrosis, dispersed over several small areas. The posttherapeutic evolution depends on the correct treatment of diabetes. In 10 patients with previous endoscopic surgery, the necrosis has been induced by inadequate electrical currents or mechanical lesions. In 18 patients the causing factor remained unknown. The limited necrosis of the bladder can be caused by autoimmune diseases, vascular diseases (diabetes) and endo-urethral maneuvers. The endoscopic resection of the necrotic bladder wall to the healthy, well vascularised tissue beneath is an important therapeutic procedure. The treatment of the causing factors (autoimmune, vascular) will consolidate the healing. Not knowing the other causes will lead to failure, and repeated endoscopic treatment will result in short term ameliorations.

Introducere. Cistita necrotică, denumită în literatură și "cistita de incrustație", ridică probleme de etiopatogenie, prezentând dificultăți terapeutice, cu recidiva necrozei după îndepărtarea țesuturilor patologice.

Materiale și metode. Între 01.01.1999-31.12.2005 au fost internați în clinica noastră 55 de pacienți cu fenomene urinare joase de tip iritativ. Investigațiile paraclinice au pus în evidență peretele vezical îngroșat, situație frecventă în trigon. Ecografia și cistografia nu puteau exclude aspectul unei tumori vezicale infiltrative. Cistoscopia a evidențiat un țesut vezical necrozat, cu incrustații calcare, fiind urmată de rezecția țesutului patologic. La 45 de pacienți rezultatul histopatologic a fost de cistită necrotică, iar la 10 bolnavi s-a depistat tumoră vezicală urotelială infiltrativă sau metaplasie epidermoidă. Pentru a elucida etiopatogenia necrozei, s-a aplicat un protocol de investigare care include teste de laborator pentru depistarea unui proces autoimun, a unor cauze vasculare sau a unor cauze locale de declanșare a necrozei (intervenții în antecedente, manevre endoscopice, etc.).

Rezultate și discuții. La 5 bolnavi cu proces autoimun, tratamentul a constat din rezecție transuretrală și din plasmafereză. Evoluție favorabilă, cu vindecare - la 4 bolnavi. Eșec: 1 pacientă. La 12 bolnavi cauza necrozei este sugerată a fi o vasculită diabetică, după aspectul profund al necrozei în puncte dispersate, evoluția postterapeutică este influențată de tratamentul corect al diabetului. La 10 pacienți cu manevre chirurgicale endoscopice în antecedente, inducția procesului necrotic a fost provocat de curenți electrice inadecuați sau de leziuni mecanice. La 18 bolnavi cauza a fost necunoscută.

Concluzii. Necroza limitată a vezicii urinare poate avea cauze autoimune, vasculare (diabet), manevre endouretale. Rezecția endoscopică a peretelui vezical necrozat până în țesut bine vascularizat este un gest terapeutic important. Tratamentul cauzal (autoimun, vascular, etc.) consolidează vindecarea. Necunoașterea și a altor cauze duce la eșec, iar tratamentul endoscopic repetat - la ameliorări pasagere.