

## CE ESTE NOU ÎN CHIRURGIA ADENOMULUI DE PROSTATĂ

D. Nicolescu

Scopul chirurgiei adenomului de prostată de la descrierea primei adenomectomii transvezicale în anul 1888 și pînă în prezent este acela de a obține printr-o operație adecvată, urmată de o îngrijire și o suferință redusă, vindecarea cît mai rapidă și definitivă a bolnavului (3).

Vindecarea operatorie este condiționată în principal de posibilitatea respectării a celor două principii fundamentale ale chirurgiei adenomului de prostată. Aceste principii sînt: 1. — hemostaza sigură și 2. — evitarea infecției urinare (3).

Hemoragia este răspunzătoare de un accident dramatic imediat, șocul hemoragic, cît și de alte complicații ulterioare grave, ca anemia, hipovolemia, hipoproteinemia etc., acestea împreună sau izolat determinînd vindecarea tardivă și dificilă, sau chiar exitusul bolnavului (1).

Infecția, element aparent mai puțin periculos intraoperatoriu, generează trei categorii de complicații severe: 1. — generale: septicemie; 2. — renale: pielonefrita; și 3. — locale: sindromul obstructiv postoperatoriu, reprezentat de scleroza de col, neinvoluția sau fibroza de lojă, strictura de uretră (subprostatică sau întinsă), litiaza vezicală ș.a.m.d., în prezent fiind binecunoscut faptul că la originea acestui sindrom se plasează în prim plan factorul infecțios și numai în mod secundar tehnica operatorie. *Novak* demonstrează aceasta într-un studiu clinic, arătînd că sindromul obstructiv postoperatoriu are aceeași incidență după orice tehnică folosită, frecvența sa fiind însă mult diminuată în cazul în care infecția urinară nu este prezentă în momentul operației sau după intervenție (5, 6).

Din marea categorie a tehnicilor adresate stăpînirii hemoragiei, astăzi s-au impus în mod categoric tehnicile de excludere temporară a lojei (cerclajul colului vezical), în care hemostaza se realizează prin așa-numitul mecanism de „autotamponare“ (8). Literatura de specialitate de după anii 1960 abundă în variante de tehnici de acest gen, ca dovadă că hemostaza, această cerință obligatorie a chirurgiei adenomului de prostată, nu a putut fi integral rezolvată prin metodele de pînă atunci (hemostază cu fire separate, electrocauter, sondă cu balonet, închiderea parțială a lojei, retrigonizare etc.). Publicațiile recente arată încă și astăzi un procentaj ridicat de tamponamente hemostatice de lojă, dar care prin aceste noi tehnici de hemostază optimală a putut fi redus sub impresiionanta cifră de  $1^0_0$ , față de procentajul — la fel de impresionant — de peste  $40^0_0$  cit era prezent în tehnicile clasice (4).

Evitarea infecției urinare, cel de al doilea deziderat fundamental al adenomectomiei, poate fi realizat în prezent în cea mai mare măsură prin înlocuirea drenajului urinar transuretral (sondă uretrală) cu drenajul suprapubian al vezicii. Astăzi tot mai mulți autori recunosc faptul că infecția urinară din adenomul de prostată operat este cauzată în covârșitoarea sa majoritate de factori iatrogeni, și anume de folosirea sondei uretrale (7). *Hübner* reușește experimental să provoace pielonefrite hematogene cu punctul de plecare uretral (uretrita traumatică de sondă) dar nu și cînd originea infecției este vezicală (cistita traumatică cu drenaj suprapubian) (2). Infecția urinară spontană a bolnavilor cu adenom de prostată este evaluată în literatură a fi relativ mică ( $20-25^0_0$ ), iar flora microbiană mai puțin patogenă decît în infecțiile exogene, în primul rînd cele apărute în mediul spitalicesc (7). Astfel, infecția nu lipsește în adenomectomiile urmate de drenajul transuretral la peste  $80-90^0_0$  din cazuri, dar poate fi evitată într-un procentaj similar dacă drenajul urinelor este suprapubian. Acest mare avantaj oferit de drenajul suprapubian postoperatoriu este însă mult limitat încă în literatură de imposibilitatea evitării complete a sondei uretrale. Astfel, în toate tehnicile cunoscute pînă la ora actuală în care se folosește drenajul suprapubian (*Bergmann*, *Novak*) bolnavii necesită a fi sondați preoperatoriu în caz de retenție acută de urină, intraoperatoriu, pentru o mai ușoară descoperire a vezicii, și uneori și postoperatoriu, cînd după îndepărtarea drenajului suprapubian micțiunea nu se reia de la sine. Așa se face că *Novak* este obligat să sondeze postoperatoriu tot al 4-lea bolnav (6).

Noi, în noua noastră atitudine, am reușit să înlăturăm complet folosirea sondei înainte de operație, practicînd în retenția de urină a cistostomie prin trocardizare, după cum suntem în măsură să o înlăturăm aproape integral și în faza postoperatorie printr-o modificare adusă drenajului suprapubian clasic (4).

Bazați pe aceste considerente obiective ale existenței a două principii fundamentale ale chirurgiei adenomului de prostată, noi clasificăm tehnicile de adenomectomie transvezicală în raport cu obiectivul pe care îl vizează: asigurarea hemostazei, sau evitarea infecției, în tehnici „hemostatice“ și tehnici „aseptice“ (3).

Critica majoră care poate fi adusă tuturor tehnicilor existente este însă faptul că ele sînt destinate rezolvării numai unuia din aceste două

deziderate și anume fie numai al dominării hemoragiei sau numai al infecției, dar nu concomitent ambelor. Astfel, toate tehnicile de excludere hemostatică a lojei folosesc un drenaj urinar transuretral, de unde numai o hemostază sigură, dar nu și uroculturi sterile, în schimb, tehnicile cu drenaj urinar suprapubian practică o hemostază de tip clasic, avînd ca rezultat doar limitarea infecției, fără înlăturarea concomitentă a riscului hemoragic (3) (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

Tehnici	Dezavantaje	Avantaje
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sonda uretrală</li> <li>● Excluderea lojei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Risc infecțios</li> <li>● _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● _____</li> <li>● Hemostază bună</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fără sonda</li> <li>● Hemostaza clasică</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● _____</li> <li>● Risc hemoragic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Limitarea inf.</li> <li>● _____</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fără sonda</li> <li>● Excluderea lojei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● _____</li> <li>● _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemostază bună</li> <li>● Limitarea inf.</li> </ul>

Pornind de la aceste realități teoretice și practice, a lipsei pînă în prezent în literatură a unei tehnici de adenomectomie transvezicală care să satisfacă simultan ambele principii fundamentale ale chirurgiei adenomului de prostată, cele două mari categorii de tehnici existente oferind doar avantaje parțiale și purtînd în același timp amprenta dezavantajului celeilalte categorii (hemostază bună-infecție, sau infecție limitată — cu risc hemoragic), noi am conceput și realizat o nouă tehnică de adenomectomie transvezicală care a reușit să înmănușeze avantajele singulare din tehnicile existente, eliminînd dezavantajele lor conjugate.

În lucrarea de față, scopul nostru a fost doar acela de a scoate în relief unele din cele mai actuale aspecte ale chirurgiei adenomului de prostată, de a arăta care este baza lor teoretică și de a contura contribuția noastră principală la această problemă, considerată de maximă importanță în urologie, urmînd ca alte lucrări să releve în mod practic tehnica noastră cit și rezultatele obținute cu ajutorul ei.

Sosit la redacție: 27 mai 1978.

#### Bibliografie

1. Erdmann T., Richter E., Günther M., Pietruschka U.: Z. Urol. Leipzig (1975), 68, 719; 2. Hübner G.: Z. Urol. Leipzig (1970), 63, 576; 3. Nicolescu D., Boja R.: Z. Urol. Leipzig (1977), 70, 181; 4. Nicolescu D. Ioanid Cl., Boja R.: Viața medicală (1976), XXIII, 12, 375; 5. Novak R.: J. Urol. Paris (1974), 3, 277; 6. Novak R., Mariez Z.: Urol. intern. (1966), 21, 68; 7. Proca E., Neagoe M., Persu S.: Chirurgia (1976), XXV, 5, 357; 8. Thiel K., Braun P.: Z. Urol. Leipzig, (1975), 68, 87.