

Clinica Urologică (cond.: conf. dr. D. Nicolescu) din Tirgu-Mureș

**CONSIDERAȚII PE MARGINEA EXPERIENȚEI DE UN DECENIU
IN CHIRURGIA TRANSURETRALĂ**

D. Nicolescu, V. Oșan, I. Kész, I. Mártha, I. Bakos, R. Boja

Progresul cel mai semnificativ pe care l-a realizat urologia ultimelor 2 decenii se datorează endourologiei acelei chirurgii care se practică pe cale transuretrală sau percutanată lombară (1, 2, 18). Endourologia este în măsură să trateze, fără incizie operatorie deschisă, și o agresivitate mai redusă, majoritatea afecțiunilor aparatului urinar inferior dar și superior (10, 12, 13).

Lucrarea de față se ocupă exclusiv de chirurgia transuretrală (T.U.), și are scopul să analizeze principalele sale rezultate, bazate pe experiența unei practici de 10 ani.

Între anii 1979—1988 în Clinica Urologică din Tirgu-Mureș, s-au efectuat, pe un număr de 4255 bolnavi un total de 5166 intervenții transure-

Cazuistica
Tabelul nr. 1

OPERAȚII T.U. — 10 ANI

Natura operației	Nr. caz.	%	Nr. op.	%	Nr. OP. asoc.	%
TUR P (Adenom)	1269	29,82	1490	28,80	221	17,41
TUR. V	1398	32,85	1585	30,68	187	13,37
TUR. P (Cancer)	132	3,10	154	2,98	22	16,66
L.	333	7,82	448	8,67	115	34,53
U.I.	540	12,69	709	13,72	169	31,29
OP.T.U. Postadenomect. deschisă	90	2,11	222	4,29	132	146,66
OP. Post OP. T.U.	35	0,82	30	0,58	65	185,71
Scleroză de col. (primară)	22	0,51	22	0,42	—	—
Alte OP. T.U.	436	10,24	436	8,43	—	—
T O T A L :	4255	100,00	5166	100,00	911	21,20

L. = Litotritie
U.I. = Uretrotomie internă
OP.T.U. = Operații transuretrale

trale. Tabelul nr. 1 redă natura operațiilor, repartitia numerică a cazurilor cît și a operațiilor.

O primă observație de ordin general, desprinsă din acest tabel, este numărul relativ mare al operațiilor transuretrale asociate, care pot fi simultan efectuate și care se cifrează la 21, 20⁰ o.

Interpretarea datelor cît și discuțiile aferente lor vor fi făcute în continuare eșalonat pe grupe de operații T.U. 1. TUR. P. (Adenom). Tabelul nr. 2, ilustrează tipul de operație TUR. P. Acesta a fost de tip radi-

Tabelul nr. 2
TIPUL DE OPERAȚII TUR. P

TIP TUR. P	VARIANTA	Nr.	%,n
RADICAL	IGLESIAS	1120	88,25
	REUTER	72	5,70
	2 TIMPI	17	1,33
PARȚIAL	CONIZAȚIE	49	3,86
	HEMITUR	11	0,86
TOTAL:		1269	100,00

cal în peste 94⁰ o, realizîndu-se astfel dezideratul fundamental al TUR. P, și anume adenomectomia, denumită în cazul căii T.U. adenomectomie transuretrală (7, 22, 27).

Repartitia anuală numerică a TUR. P și a operațiilor deschise de adenom sint redată în tabelul nr. 3. Rezultă că numărul operațiilor TUR. P

Tabelul nr. 3
ADENOM PROSTATĂ, REPARTIȚIA ANUALĂ A TUR. P
ȘI OP. DESCHISE (10 ANI)

AN	TUR. P	OP. deschise	Total OP.	%,n TUR. P /OP. deschise
1979	6	135	141	4,25/95,74
1980	49	75	124	39,51/60,48
1981	96	79	175	54,85/45,14
1982	114	64	178	64,04/35,95
1983	152	46	198	76,76/23,23
1984	188	23	211	89,09/10,90
1985	201	31	232	86,63/13,36
1986	191	19	210	90,95/9,04
1987	151	46	197	76,64/23,35
1988	121	67	188	64,36/35,63
Total:	1269	585	1854	68,44/31,55

a putut depăși pe cel al adenomectomiei deschise doar după o experiență de 2 ani. După acest interval TUR. P reprezintă apoi peste 3/4 (76,40⁰ o) din totalul operațiilor de adenomectomie pentru acei membri ai colectivului clinicii angrenați în programul de operații T. U. (20).

Rezecția s-a efectuat cu un rezectoscop de tip Iglesias, care are față de rezectoscopul convențional două avantaje (9, 11, 15): 1. restrânge rata sindromului TUR (hiperhidratare hiponatremică) prin condițiile presionale fiziologice pe care le asigură în timpul rezecției și 2. fluxul continuu de irigare scurtează timpul operator, eliminând inevitabilele pauze necesare evacuării repetate a lichidului de spălare din vezică (14, 15).

Tehnica de rezecție adoptată de noi este o combinație a tehnicilor de bază ale rezecției descrise de *Nesbit, Barnes, Alcock și Flocks, Blandy, Mauermayer, Green și Segura* (1, 2, 7, 10, 19, 24). Tehnica noastră nu poate fi denumită originală decât în măsura în care orice chirurg aduce unei tehnici practicate îndelungat o serie de ameliorări sesizabile doar de alții (17). După opinia noastră, referitor la tehnica operațiilor TUR — ca și în orice chirurgice — este importantă însușirea unei tehnici individuale standardizate, care, în mâna operatorului respectiv, să fie eficientă și grevată de accidente și complicații cât mai puține.

Tabelul nr. 4 redă operațiile asociate efectuate simultan cu TUR. P.

Tabelul nr. 4

COMPLICAȚII POSTOPERATORII SERVIRE PRECOCE 1032 TUR. P

Operație asociată	Nr.	0/0
U.I.	140	11,03
L.	23	1,81
TUR. V	19	1,49
U.I. + L.	25	1,97
U.I. + TUR. V	14	1,10
T O T A L :	221	17,40

U.I. = Uretrotomie internă

L. = Litotritia

În statistica noastră procentajul acestora se cifrează la 17,40%, uretrotomia internă plasându-se pe primul loc. La fel se remarcă că numărul operațiilor asociate poate fi uneori multiplu, de exemplu TUR + U.I. + L.

Complicațiile intraoperatorii ale TUR. P. sînt reduse. Ele sînt sintetizate în tabelul nr. 5.

Tabelul nr. 5

COMPLICAȚII INTRAOPERATORII

COMPLICAȚII INTRAOPERATORII		1012 bolnavi	1032 TUR. P
	Nr. bolnavi	0/0	
PERFORAȚII CAPSULARE	12	1,2	
DESIDERII DE SINUS VENOS	3	0,3	
SINDROM TUR	4	0,4	
HEMORAGII (care au necesitat transfuzii)	19	1,9	

Tabelul nr. 6, arată complicațiile postoperatorii severe precoce. Din-
tre acestea starea toxico-septică, alături de șocul toxico-septic sînt cele mai
redutabile.

Tabelul nr. 6

COMPLICAȚII POSTOPERATORII SEVERE PRECOCE 1032 TUR. P

	Nr. bolnavi	%
HEMORAGIE DIGESTIVA PRIN GAS- TRITA, ULCERUL DE STRES	11	1,04
EMBOLIE PULMONARA	3	0,3
INFARCT MIOCARDIC	4	0,4
TROMBOZA PERIFERICA	3	0,3
PIELONEFRITA ACUTA	8	0,8
STARE TOXICO-SEPTICA	4	0,4

Complicațiile postoperatorii ușoare rezultă din tabelul nr. 7.

Tabelul nr. 7

**COMPLICAȚII POSTOPERATORII UȘOARE SURVENITE
PÎNĂ LA EXTERNARE (1032 TUR. P)**

	Nr. bolnavi	%
STĂRI FEBRILE PESTE 38,5°C	75	7,1
TAMPONADĂ VEZICALĂ PRIN CHEAGURI (reintervenție)	11	1,1
URETRITĂ PURULENȚĂ	34	3,4
EPIDIDIMITĂ ACUTA	21	2,1
DECOMPENSARE CEREBRALĂ TRANZITORIE	19	1,9

Mortalitatea prin TUR. P a fost de 0,8⁰%, cifră care este mult infe-
rioară mortalității din adenomectomia deschisă (tabelul nr. 8).

Tabelul nr. 8

MORTALITATEA PRIN TUR. P (1032 TUR. P)

	Nr. bolnavi	%
Sindrom TUR + Rinichi de șoc	3	0,2
Șoc toxico-septic	3	0,4
Infarct miocardic	1	0,1
Embolie pulmonară	1	0,1

Complicațiile tardive figurează în tabelul nr. 9. Se remarcă frecvența relativ mare a infecțiilor, sclerozei de col și a stricturilor uretrale.

Tabelul nr. 9

COMPLICAȚII TARDIVE DUPĂ TUR. P	(1032 TUR. P)	
	Nr. bolnavi	%
Infecții persistente	75	7,5
Hemoragii digestive	20	2,0
Epididimite	14	1,4
Incontinență de stres temporară	12	1,2
Incontinență totală de urină	1	0,5
Strictură uretrală	38	3,8
Stenoză de meat	27	2,7
Scleroză de col	28	2,8
Litiază vezicală	29	2,9
Evacuarea insuficientă a vezicii cu necesitatea sondei permanente	6	0,6

2. TUR. P (Cancer). S-au efectuat 132 rezecții de deblocare pentru cancer de prostată, iar numărul de operații asociate acestora a fost de 154 (vezi tabelul nr. 1).

3. TUR. V (Tumori vezicale). S-au practicat 1398 de rezecții pentru tumori vezicale. TUR. V a fost radical în 72% iar paliativ în 28% (tabelul nr. 10).

Tabelul nr. 10

TUR. V

Tip operație	Nr.	%
TUR. V radical	997	72,00
TUR. V paliativ	401	28,00
TOTAL:	1398	100,00

Stadialitatea histologică (pT) pentru TUR. V radical este redată în tabelul nr. 11.

Tabelul nr. 11

STADIALITATEA PT IN TUR. V RADICAL

pT	Nr.	%
pT ₀	471	47,24
pT ₁	467	46,84
pT ₂	47	4,70
pT ₃	12	1,22
TOTAL:	997	100,00

Se remarcă că o dată cu creșterea stadialității scade șansa radicalității. TUR. V paliativ s-a practicat îndeosebi la bolnavii virstnici cu o stadialitate tumorală avansată, avînd o contraindicație pentru operația deschisă sau prezintă o metastază la distanță (M⁺) (tabelul nr. 12).

Tabelul nr. 12
TUR. V PALIATIV (N: 401)

pT	Nr.	N + M.
pT ₂	23	7
pT ₃	109	29
pT ₄	269	112
TOTAL:	401	148

S-au practicat 187 operații asociate cu TUR. V (13, 35). Acestea au fost: uretrotomia internă, litotriția sau TUR. P (tabelul nr. 13).

Tabelul nr. 13
OPERAȚII ASOCIATE CU TUR. V (N: 1398)

OPERAȚIE ASOCIATĂ	Nr.	%
U.I.	110	7,86
L.	19	1,35
TUR. P.	58	4,14
TOTAL:	187	13,35

U.I. = Uretrotomie internă
L. = Litotriție

Tabelul nr. 14
COMPLICAȚII TUR. (N: 1398)

NATURA COMPLICAȚIEI	Nr.	%
HEMORAGII CU NECESIT.:	18	1,28
REOP. T.U.	17	1,21
REOP. DESCHISĂ	1	0,07
TUR. V + operație deschisă imediată	23	1,64
PERFORAȚII:	63	4,50
INTRAPERITONEAL	6	0,42
EXTRAPERITONEAL	57	4,08
Stări febrile	51	3,64
Peritonită (operație deschisă)	3	0,21
Tromboflebită	17	1,21
TOTAL:	175	12,51

Complicațiile TUR. V sînt cuprinse în tabelul nr. 14. Unele complicații sînt redutabile. Ele sînt dependente de tehnica deficitară, a nerecunoașterii lor imediate și tratării lor necorespunzătoare (10, 26). Respectarea acestor măsuri face ca mortalitatea în TUR. V să atingă cifra incomparabil mai mici decît în operațiile deschise (tabelul nr. 15.)

Tabelul nr. 15

MORTALITATEA ÎN TUR. V (N: 1398)

C A U Z A	Nr.	0 _n
EMBOLIE PULMONARA	3	0,21
INFARCT MIOCARDIC	7	0,50
PERITONITA	1	0,07
PIELONEFRITĂ AC. + IRA	3	0,21
ȘOC TOXICO-SEPTIC	2	0,14
T O T A L :	16	1,13

4. Uretrotomia internă (U.I.). Am inclus în studiul nostru doar acele U.I. care s-au efectuat pentru stricturile care constituie entități morbide de sine stătătoare, deoarece practicăm în prezent o uretrotomie Otis în aproape toate intervențiile transuretrale la care calibrul meatului și al uretrei nu permite trecerea corespunzătoare a instrumentului operator. Din tabelul nr. 16, se desprind următoarele constatări: 1. uretrotomia Sachse este metoda cvasiconstant aplicată de noi (72, 64⁰₀); 2. uretrotomia clasică poate fi considerată în continuare o metodă utilă dacă are o indicație corectă; 3. uretrotomia Otis se practică pentru stenoză de meat și stricturile anterioare; 4. uneori este necesar să se practice în aceeași ședință mai multe tehnici de uretrotomie internă.

Tabelul nr. 16

URETROTOMIA INTERNĂ

T E H N I C A					
SINGULARA	Nr.	0 _n	COMBINATĂ	Nr.	0 _n
U.C.	38	8,92	—	—	—
U.S.	310	72,76	U.S.+U.O.	91	79,82
U.O.	78	18,30	U.O.+U.S.	23	20,17
TOTAL:	426	100,00	TOTAL:	114	100,00

U.C. = Uretrotomie clasică
 U.S. = Uretrotomie Sachse
 U.O. = Uretrotomie Otis

Tabelul nr. 17

URETROTOMIA INTERNĂ ASOCIATĂ CU ALTE OP. T.U.

OPERAȚIE ASOCIATĂ	Nr.	0/0
TUR. P (Adenom)	51	30,17
L.	87	51,47
TUR. V	19	11,24
TUR. P (Cancer)	12	7,10
T O T A L :	169	100,00

Tabelul nr. 17, arată genul operațiilor transuretrale efectuate în asociație cu U.I.

5. Litotriția vezicală. A fost practică la 333 de cazuri (tabelul nr. 18). Utilizăm la marea majoritate a cazurilor litotriția Punch, aceasta fiind, după experiența noastră, tehnica cea mai eficientă și lipsită de riscuri (16). La 33,92% din cazuri litotriția Punch a trebuit combinată cu o altă tehnică, fie cu litotriția clasică (3,9%) sau cu litotriția electrohidraulică (6%).



SINGULARĂ	Nr.	0/0	COMBINATĂ	Nr.	0/0
L.P.	201	60,36	L.P.+L.C.	13	3,90
L.C.	7	2,10	L.E.H.+L.P.	80	24,02
D.E.H.	12	3,60	L.E.H.+L.C.	20	6,00
TOTAL:	220	66,06	TOTAL:	113	33,92

L.P. = Litotriție Punch

L.C. = Litotriție clasică

L.E.H. = Litotriție electrohidraulică

La fel subliniem numărul relativ mare (34,52%) în care litotriția a fost asociată cu alte operații transuretrale (tabelul nr. 19), 6. Datorită numărului mare de operații transuretrale care s-au executat pentru diferite sechele survenite după adenomectomia transvezicală sau transuretrală, considerăm util să redăm experiența noastră și în acest sens. Pe un lot de 967 adenomectomii deschise, incluse în acest studiu, a trebuit practică o intervenție transuretrală la 90 de bolnavi, ceea ce reprezintă 9,30% respectiv 13,65%, dacă ne referim la totalul operațiilor (tabelul nr. 20).

Tabelul nr. 19

LITOTRIȚIA ASOCIATĂ CU ALTE OP. T.U. (N: 333)

OPERAȚII ASOCIATE	Nr.	0 ₀
L.+TUR. P	37	11,11
L.+TUR. V	16	4,80
L.+U.I.	57	17,11
L.+S.I.	5	1,50
TOTAL:	115	34,52

L. = Litotriție
 U.I. = Uretrotomie internă
 S.I. = Sfincterotomie internă

Tabelul nr. 20

OP. T.U. DUPĂ ADENOMECTOMIE DESCHISĂ (Nr. 967)

OP. SINGULARĂ	Nr.	0 ₀	OP. multiple	Nr.	0 ₀
U.I.	22	2,27	U.I.+L.	64	6,61
L.	37	3,82	U.I.+S.I.	11	1,13
S.I.	19	1,96	U.I.+A.R.	9	0,93
A.R.	12	1,24	L.+S.I.	11	1,13
			L.+A.R.	37	3,82
TOTAL:	90	9,30	TOTAL:	132	13,65
TOTAL: 90+132 = 222/22,95					

U.I. = Uretrotomie internă
 L. = Litotriție

S.I. = Sfincterotomie internă
 A.R. = Adenom restant

În schimb, pentru un lot de 1032 bolnavi, supuși anterior unui TUR. P, obligativitatea unei operații ulterioare T.U. a fost doar de 3,39% respectiv 6,29% (tabelul nr. 21).

Tabelul nr. 21

OP. T.U. după TUR. P (Nr. 1032)

OP. singulară	Nr.	0 ₀	OP. multiple	Nr.	0 ₀
U.I.	18	1,74	U.I.+L.	12	1,16
S.I.	8	0,71	U.I. repetată	32	3,10
L.	9	0,87	U.I.+L.	11	1,06
			S.I.+L.	10	0,96
TOTAL:	35	3,39	TOTAL:	65	6,29

U.I. = Uretrotomie internă

S.I. = Sfincterotomie internă

L. = Litotriție

7. În continuare redăm în tabelul nr 22, o serie de operații transuretrale care s-au efectuat pentru alte afecțiuni urinare decât cele de mai sus.

Din acest tabel rezultă paleta foarte extinsă pe care o oferă calea transuretrală în tratamentul multor afecțiuni vezicale și ale aparatului urinar superior.

Tabelul nr. 22

ALTE OPERAȚII T.U. PENTRU DIVERSE AFECȚIUNI

URETEROCEL	25
URETEROCEL + CALCUL	31
SONDA ZEISS	142
HIPERTROFIE COL. VEZICAL LA FEMEIE	3
ULCER VEZICAL	
— FULGURĂȚIE	47
— INJ. PEROXINORM	127
SONDA URETERALA AUTOSTATICA	23
URETEROSCOPIE	
— DIAGNOSTICA	27
— TERAPEUTICA (CALCUL)	11
T O T A L :	436

Chirurgia transuretrală s-a impus față de chirurgia deschisă în primul rind datorită rezultatelor sale superioare (2, 23, 27).

1. În adenomul de prostată TUR. P trebuie să se îndepărteze pînă la capsulă întregul țesut adenomatos. De aceea alegerea căii transuretrale de abord este dependentă în primul rind de greutatea adenomului (6, 21). Un operator versat poate rezeca un gram/minut (10). Operația TUR. P trebuie să respecte următorul principiu de bază: timpul de rezecție să nu depășească o perioadă de peste 60 de min., prelungirea excesivă a operației fiind cauza majoră a instalării sindromului TUR, a pierderilor exagerate de sînge și a stricturilor uretrale (2, 7, 10).

Rezultă că TUR. P se practică în cazul unui adenom mic și mediu, iar adenomul mare are indicație operatorie deschisă. Rezultatele TUR. P parțial le considerăm drept necorespunzătoare (20). El trebuie executat doar de necesitate. La fel credem inoportună realizarea unei operații TUR. P în doi timpi. Aceasta pretinde o spitalizare mai lungă chiar decât o operație deschisă și poate fi grevată de complicații infecțioase severe. De aceea recomandăm, ca la început, să se opereze T.U. doar adenomul de dimensiuni medii, știut fiind faptul că atît adenomul mic cît și cel mare este mai greu de rezecat, fie pentru pericolul perforației, în cazul adenomului mic (lipsa unei capsule bine formate), fie al hemoragiei în cazul adenomului mare. Rezectoscopul cu flux continuu oferă certe avan-

taje față de rezeptoscopul clasic doar atit timp cît asigură circuitul de întorcere a lichidului de irigare (10,20). Întreruperea circuitului apare atunci cînd lichidul de irigare devine foarte sanguinolent și conține cheaguri. Consecința va fi creșterea presiunii intravezicale mult peste valorile admise, situație în care survine inundația hidrică. Hemostaza din timpul rezeceției trebuie să fie, și din acest motiv, foarte riguroasă și continuă. Nu avem o experiență suficientă a TUR. P de tip Reuter. L-am practicat doar în cazurile în care bolnavul era purtătorul unei cistostomii prealabile. Nici în literatura de specialitate nu sint foarte mulți adepți ai acestei tehnici considerîndu-se în general că un operator antrenat poate obține rezultate similare fără obligația de a efectua operații suplimentare (cistostomia) (10).

Creдем important în continuare ca în timpul operației TUR. P uretra să fie menajată la maxim. De aceea se va practica o U.I. ori de cîte ori rezeptoscopul nu are mobilitate corespunzătoare, iar lubrifierea uretrei să se facă cu multă conștiinciozitate (7, 10, 20). Adenomul și calculoza vezicală pot fi concomitent operate. Dacă litotriția este însă dificilă și prelungită rezeceția adenomului se va face într-un timp ulterior (8,20). Nu opinăm pentru operația deschisă în asociația litiază vezicală multiplă — adnom mic, deoarece acesta nu poate fi corect enucleat. Considerăm mai oportun să se opereze în doi timpi: cistostomie iar apoi TUR. P. Adenomul mare asociat cu litiază are indicație de operație deschisă.

Perforațiile capsulare și deschiderile de sinusuri venoase mari impun întreruperea operației sau terminarea sa rapidă (20). O sondă cu balon bine plasat va fi de obicei suficient pentru a stăpîni hemoragia venoasă și inundația hidrică (sindrom TUR). Hemoragia arterială care persistă după terminarea operației necesită un second loock imediat. După TUR. P, bolnavul trebuie să părăsească masa de operație cu urină limpede sau doar ușor sanguinolentă (roșu deschis și transparent) (10). Transfuzia de sînge a fost rar necesară (1,9%^o). Necesitatea sa traduce de obicei o tehnică defectuoasă de rezeceție. Pielonefrita acută și starea toxico-septică este greu de tratat. Ea poate fi mai degrabă prevenită. Profilaxia cea mai corectă constă în asigurarea condițiilor de sterilitate intra- și postoperatorii, a antibioterapiei țintite, dar mai ales a îngrijirii foarte corecte a sondei și sistemului colector de urină (drenaj în circuit închis) (26). Tratamentul antibiotic este obligatoriu și de durată pentru bolnavii infectați, iar la cei cu urine sterile perioperator, de durată scurtă (8,27).

Hemoragiile masive postoperatorii precoce pot fi rezolvate foarte corect tot pe cale transuretrală. Decaiotarea vezicii, realizată în condiții de sală de operație, se efectuează cu ajutorul rezeptoscopului, care permite apoi, de o manieră elegantă, facilă și exactă, hemostaza țintită. Mortalitatea în TUR. P este redusă. Cauzele sale sint în principal nonurologice (infarct miocardic, embolia pulmonară etc.) și doar mai rar urologice (sindromul TUR sau șocul toxico-septic) (2, 22). Complicațiile tardive survin în general după operații încorect efectuate (țesut adenomatous restant, traumatizarea uretrei, electrocoagulare excesivă etc.). Complicațiile tardive cele mai frecvente sint strictura uretrală, scleroza de col și litiaza vezicală secundară. Toate acestea, pot fi de asemenea bine rezolvate tot pe cale transuretrală. Incontinența de urină, apărută imediat după scoaterea sondei este de obicei trecătoare, ea fiind dată de un fragment de țesut adenomatous neevacuat, sau de un cheag vechi blocat la nivelul uretrei

posterioare sau sfincterului extern. Alteori este consecința unui fragment adenomatos apical semirezecat și incastrat în uretra membranoasă (lob fantomă) (20). În aceste cazuri se impune revizia endoscopică a lojei și care rezolvă spectacular și cauza. Incontinența definitivă, dată de leziunile ireversibile ale sfincterului extern, nu poate beneficia decât de o intervenție operatorie corectoare deschisă sau endoscopică: injectarea perisfincteriană de teflon lichid (24, 26).

2. TUR. P (Cancer prostatic). Rezecția T.U. în cancerul de prostată urmărește în principal deblocarea colului vezical în vederea reluării spontane a actului micțional, iar în cazul unei hematurii sau infecții urinare persistente, dată de invadarea neoplazică a uretrei, să elimine pentru un timp aceste cauze. Opiniem pentru o deblocare cât mai largă, de tip lojă în cancerul de prostată. Aceasta va scădea numărul deblocărilor, iar în al doilea rând va mări efectul estrogenoterapiei sau chimioterapiei asociate, deblocarea fiind considerată de mulți autori și un act chirurgical efectuat în scop reducțional (7, 10, 21).

3. Tumorile vezicale. În tumorile superficiale operația de elecție este TUR. V, unde ea este în măsură să asigure radicalitatea (10). Noi am practicat TUR. V radical în 72% din cazuri. În general considerăm că în orice tumoare vezicală examenul endoscopic reprezentat de cistoscopie în asociație cu TUR-ul biptic și palparea bimanuală în anestezie generală trebuie să reprezinte primul act diagnostic al tumorilor vezicale (18, 23). Numai examenul endoscopic va fi capabil să identifice caracterul morfologic real al tumorii (papilar, infiltrativ), localizarea sa execută și numărul acestora. Numai biopsiile de profunzime și de cartografiere sînt în măsură de deceleze gradul de infiltrație și leziunile de Cis, iar biopsiile marginale (Bressel) să precizeze extinderea pe verticală și orizontală a tumorii (fenomen Iceberg), asigurînd astfel un diagnostic corect și radicalitatea rezecției (3, 20). TUR. V paliativ îl considerăm doar o intervenție de necesitate. Ea are din păcate însă o indicație largă. O tumoare T₃ sau T₄ poate fi rezecată paliativ fără o agresiune excesivă. TUR. V paliativ nu poate vindeca, dar poate asigura unui bolnav tarat și virstnic o existență calitativ mai bună. Este intervenția operatorie și a bolnavilor tumorali altădată abandonată și declarată în afara oricărei posibilități terapeutice (19). Radicalitatea pe cale transuretrală poate fi uneori obținută doar prin execuția mai multor ședințe de rezecție. TUR. V repetativ realizează radicalitatea prin perforația țintită: curentul de înaltă frecvență, prin reacția inflamatorie de vecinătate produce o condensare tisulară, care permite ca rezecția ulterioară să ajungă pînă în țesutul prevezical (5, 6, 10). Perforația țintită este un act terapeutic cu caracter radical, practicat în tumorile superficiale sau ajunse doar în musculara superficială (10). În schimb, perforațiile intempestive sînt periculoase și reprezintă o complicație a TUR. V. Perforațiile intraperitoneale pretind o operație deschisă imediată: cistorafie și celiotomia, iar cele extraperitoneale un tratament diferențiat, fie o sondă uretrală, în cazul perforațiilor mici, sau drenajul latero-vezical deschis dacă sînt mari. Cauzele principale ale mortalității în TUR. V sînt de ordin extraurinar, dependente de alte tare ale bolnavului (cardiace, despiratorii, anemia, impregnația tumorală etc.). Dintre cauzele urinare de deces, pe prim plan se plasează peritonita consecutivă perforației deschise nerecunoscute și netratate la timp (20).

4. Litiaza vezicală. Litotriția a înlocuit la ora actuală cvasitotalitar cistolitotomia deschisă (16). După experiența noastră dintre toate metodele de litotriție, cea de tip Punch este cea mai bună. Noi o practicăm de rutină, deoarece permite execuția cea mai sigură și corectă a tuturor celor 3 timpi operatori ai unei litotriții: 1. fragmentarea primară; 2. prelucrarea fragmentelor și, 3. evacuarea acestora. Din experiența noastră rezultă că ea poate fi întotdeauna realizată, cu excepția prezenței simultane a trei caracteristici ale morfologiei calculului: dimensiune peste 2 cm, suprafață netedă și duritate mare. Dacă coexistă doar două din aceste caracteristici, litotriția Punch este posibilă (16,20). Litotriția clasică și electrohidraulică le practicăm mai rar. Ele rămân însă tehnici eficiente, dar mai dificile, nesigure și mai periculoase (leziuni vezicale parietale, urmate de hemoragii sau perforații, fragmente calculoase restante etc.). Uneori litotriția Punch trebuie combinată cu alte tehnici de litotriție. Alteori ea se practică în asociație cu alte intervenții transuretrale, în principal cu uretrotomia internă sau TUR. P.

5. Stricturile uretrale. Astăzi este unanim admis că în fața oricărei stricturi uretrale actul terapeutic primar trebuie să îl reprezinte uretrotomia internă (2, 7, 10, 24). Tehnica de uretrotomie care s-a impus pretutindeni este uretrotomia optică (uretrotomia Sachse), deoarece ea permite secționarea la vedere a segmentului stricturat, de unde siguranța actului operator, lipsa pericolului de perforație și a hemoragiei. Uretrotomia Otis o considerăm indicată în stenoza de meat și stricturile uretrei anterioare (20). La fel, practicăm uretrotomia Otis ori de câte ori instrumentul endoscopic operator necesar pentru a trata afecțiunea de bază nu poate fi inserat prin uretră decît cu dificultate. Astfel, se poate afirma că uretrotomia reprezintă metoda de prevenire cea mai bună a unei viitoare stricturi uretrale, cauzate de o operație transuretrală anterioară, o strictură iatrogenă. la rîndul ei va putea fi rezolvată tot prin uretrotomie internă (20).

6. Operațiile transuretrale, efectuate pentru leziunile sechelor postadenomectomie deschisă, reprezintă de asemenea o metodă ideală de tratament (strictura uretrală, litiaza vezicală, scleroza de col, țesut adenomatos restant etc.). Aceste sechele necesitau altădată tratamente dificile și de lungă durată (dilații uretrale, cistolitotomie, deblocare transvezicală de col etc.). Sechelele după TUR pot fi de asemeni corect și ușor rezolvate tot pe cale transuretrală. 7. Alte operații transuretrale, efectuate pentru diverse afecțiuni urinare. În statistica noastră aceste operații au fost necesare pe un număr relativ mare de maladii vezicale (ulcere vezicale, hipertrofia de col vezical la femei etc.) sau alte ureterului (ureterocel, litiază, stenoză). Calea transuretrală reprezintă astfel o modalitate terapeutică corespunzătoare și pentru multe afecțiuni vezicale ureterale și chiar renale.

În final dorim să ne referim pe scurt la eficiența economică a operațiilor transuretrale. Statistici importante arată că în intervențiile transuretrale relația cost-eficiență este net superioară față de cea a operațiilor clasice (2, 10, 23). Aceasta se referă la scăderea prestanței medicale, a reducerii zilelor de spitalizare și scurtarea incapacității temporare de muncă. Dintr-un calcul estimativ al cheltuielilor pentru bolnavii operați transuretral sau deschis, incluzînd și concediul plătit pentru salariați pînă la reîncadrarea în muncă, rezultă un raport de 1/3 în favoarea ope-

rațiilor transuretrale. Dacă transpunem această relație la numărul total al operațiilor transuretrale, și al operațiilor deschise efectuate de noi într-un interval de 10 ani (operații T.U. — 4255, operații deschise — 2903), economia bănească se cifrează la 8284000 lei (costul în operațiile transuretrale pentru un bolnav este de 1220 lei, iar pentru cel al bolnavului operat deschis de 3200 lei).

Din cele arătate rezultă că operațiile transuretrale își găsesc astăzi un loc bine definit într-un domeniu foarte extins al urologiei. Pe lângă avantajele arătate chirurgia T.U. a reușit să schimbe și întreaga înfățișare a serviciilor de urologic de altă dată, (miros de urină, plăgi operatorii infectate, imbibate de urină, drenaje urinare prelungite, bolnavi imobilizați îndelungat la pat etc.).

Astfel, în ansamblu putem conchide — fără pericolului de a greși — că operațiile transuretrale reprezintă la ora actuală o practică de rutină a tuturor serviciilor de urologic care doresc să ofere bolnavilor șanse superioare și mai puțin agresive de tratament și de vindecare, iar din punct de vedere al eficienței economice să corespundă cerințelor asistenței medicale actuale.

Bibliografie

1. Earnes E. W., Bergman R.T., Hadley H.L.: Endoscopy. Springer Verlag Berlin, Heidelberg — New York, 1959; 2. Blandy J.: Operative Urology, Ed. Blackwell Scientific Publications, 1978; 3. Bressel M., Kamper K., Städler F.: Urologie A (1969), 8, 73; 4. Drach G.W., Lacu S. S., Cox C. E. II: J. Urol. (1971), 105, 340; 5. Flachenecker G., Fastnmeier K., Gminder F.: Urologe B (1979), 19, 296; 6. Gasteyer K.H.: Urologe A (1971), 10, 30; 7. Green Segura. Transurethral Surgery W. B. Saunders Company, Philadelphia, London Toronto, 1979; 8. Holtgrewe H.L., Valk W. L.; J. Urol. (1964), 92, 51; 9. Igleșias J. J., Stams U.K.: Urologe A (1975) 14, 229; 10. Mauermayer W.: Transurethrale Operationen. Ed. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1981; 11. Maluf N.S.R., Boren J.S., Brandes G. E.: J. Urol. (1956), 75, 824; 12. Meichler J., Valk W. L., Foret J. D. et al.: J. Urol. (1974), 112, 634; 13. Nicolescu D., Kész I., Boja R., Oșan V.: Urol. Nephrol. Szle. (1985), 12, 2, 67; 14. Nicolescu D., Kész I., Mártha I., Boja R., Bakos I., Oșan V.: Rev. medicală, (1986), 2, 129; 15. Nicolescu D.: Rev. medicală, (1983) — 2; 16. Nicolescu D., Mártha I., Boja R.: Congr. Soc. Eur. de Urologie, Budapesta (1986); 17. Nicolescu D., Dănea S., Bakos I., Oșan V., Boja R., Mártha I.: Simpozion național de informatică medicală, Tg.-Mureș (1987); 18. Nicolacscu D., Boja R., Mártha I., Oșan V., Kész I.: Internat. Urology and Nephrol. (1984); 16 (4), 319; 19. Nicolescu D., Kész I., Bakos I., Mártha I., Boja R., Oșan V.: Ses. șt. a Acad. de Șt. Med., Filiala Mureș (1988); 20. Nicolescu O., Kész I.: Rev. medicală, (1978) 1, 23; 21. Casiro P.: Urologe B (1977) 17, 238; 22. Perrin P., Hadley H., Gerner R. T.: J. Urol., (1976), 116; 23. Proca E., Luman M., Sinescu I., Georgescu G.: Chirurgia (1988), 3, 161; 24. Reuter H.J.: Atlas der Urologischen Endoskopie. 2 Aufl., Bd. 1, Thieme, Stuttgart, 1980; 25. Simion R., Nicolescu D., Boja R.: A XX-a Ses. a Acad. de Șt. Med., București (1984); 26. Steffens L.: Z. Urol. Nephrol. (1974), 67: 201; 27. Wilson F. M., Shumaker E. J., Fennessy V. et al.: J. Urol. (1971), 105, 295.

D. Nicolescu, V. Oşan, I. Kész, I. Mártha, I. Bakos, R. Boja

CONSIDERATIONS ON A DECADE'S EXPERIENCE IN TRANSURETHRAL SURGERY

During a period of ten years, at the Clinic of Urology at Tirgu-Muresş we performed 4250 transurethral interventions. These operations were made mainly for adenoma and cancer of prostate, vesical lithiasis, urethral strictures and vesical tumours. The possibilities and limits of transurethral surgery have been pointed out. The results are analysed in comparison with those of open surgery, including the relation of cost-efficiency.

The general conclusions are as follows: 1. today transurethral surgery represents an ideal way of treatment of most affections of inferior urinary tract; 2. it has multiple advantages against open surgery; 3. transurethral surgery requires adequate equipment and training; 4. to acquire technical knowledge for transurethral interventions is longlasting and difficult.
