

TRATAMENTUL OPTIM ÎN STRICTURILE URETRALE RECIDIVATE

ADRIAN HAȘEGAN¹

¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie:
strictură uretrală, grefă
de mucoasă bucală,
urethroplastie

Rezumat: Obiectivul acestei lucrări este de a aduce în discuție avantajele și dezavantajele mucoasei bucale ca material biologic de substituție în plastiile uretrale prin prisma experienței Clinicii de Urologie Sibiu. Am efectuat un studiu clinic pe o serie clinică de 41 pacienți care au fost diagnosticați cu stricturi uretrale recidivate în perioada 2009-2013 și operați folosind mucoasă bucală pentru augmentarea lumenului uretral. Stricturile uretrale au fost evaluate din punct de vedere etiologic, topografic și al lungimii. Recoltarea mucoasei bucale s-a efectuat de la nivel vestibular la 38 pacienți și de la nivel lingual la 3 pacienți. Uretroplastia s-a efectuat în manieră dorsal onlay graft în 23 cazuri, ventral onlay graft în 9 cazuri, dorsal inlay graft la 6 pacienți și tubularizare la 3 pacienți (7,32%). Durata medie de urmărire a pacienților a fost de 7,2 luni. Cercetarea a demonstrat că greșa de mucoasă bucală este golden standard în reconstrucția uretrală, cu proprietăți biologice, histologice și mecanice remarcabile. Uretroplastia cu greșă de mucoasă bucală necesită o echipă operatorie bine antrenată, cu abilități multidisciplinare. Efectuarea urethroplastiei cu două echipe înjumătățește timpul operator, secundar și complicațiile legate de anestezie. Tehnica chirurgicală adecvată tipului de strictură uretrală este o cerință esențială pentru obținerea unui rezultat funcțional și estetic bun.

Keywords:
urethral
stricture,
buccal
mucosa
graft,
urethroplasty

Abstract: The objective of this paper is to discuss about the advantages and disadvantages of buccal mucosa as biological material of substitution in urethral plasty through the experience of the Urology Clinic of Sibiu. We conducted a clinical trial on a clinical series of 41 patients who were diagnosed with recurrent urethral strictures in 2009-2013 and operated using buccal mucosa for urethral lumen augmentation. Urethral strictures were evaluated in terms of etiology, topography and length. Harvesting buccal mucosa was performed in 38 patients at the vestibular level and at lingual level in 3 patients. Urethroplasty with dorsal onlay graft was performed in 23 cases, ventral onlay graft in 9 cases, dorsal inlay graft urethroplasty in 6 patients and tubularization in 3 patients (7.32 %). The mean duration of follow-up of patients was 7.2 months. The research has shown that buccal mucosa graft is the golden standard in urethral reconstruction with remarkable biological, histological and mechanical properties. Buccal mucosa graft urethroplasty requires a well-trained surgical team with multidisciplinary skills. The accomplishment of urethroplasty with two teams halves the secondary operating time and the complications related to anesthesia. The surgical technique suitable for the type of urethral stricture is an essential requirement in order to achieve a functional and esthetic result.

INTRODUCERE

Strictura uretrală reprezintă o boală complicată, fiind o provocare terapeutică, continuând să rețină atenția prin incidența și urmările ei. Urmărind reconstrucția uretrei, urethroplastiile impun o derivație eficientă și o tehnică meticuloasă. Pentru a obține o neouretră de calitate, fără modificări ulterioare și reintervenții, trebuie în primul rând evitată orice inexactitate sau aproximație în execuție.(1)

Reconstituirea prin intervenții plastice a fost încercată încă de mult, folosind numeroase tehnici care de-a lungul timpului s-au perfecționat. Mai recent, greșa de mucoasă bucală reprezintă un standard al abordării chirurgicale în stricturile uretrale.(2)

Greșa de mucoasă bucală a fost descrisă pentru prima dată de Humby în 1941. Ea a devenit un substituent ideal datorită ușurinței de recoltare, caracteristicilor chirurgicale, lipsa părului, compatibilitatea într-un mediu umed și supraviețuirea sa.(3)

Există controverse cu privire la faptul că greșa de mucoasă bucală trebuie plasată dorsal sau ventral. Pe uretra peniană cei mai mulți experți ar plasa greșa dorsal și pe cea bulbară ar plasa ventral sau combinație dorsal-ventral chiar și lateral, în funcție de situația clinică. Multiple studii au arătat că atât dorsal cât și ventral, greșa de mucoasă bucală are alimentare bună cu sânge și suport mecanic.

SCOP

Obiectivul acestei lucrări este de a aduce în discuție avantajele și dezavantajele mucoasei bucale ca material biologic de substituție în plastiile uretrale prin prisma experienței Clinicii de Urologie Sibiu.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

Am efectuat un studiu clinic pe o serie clinică de 41 pacienți care au fost diagnosticați cu stricturi uretrale recidivate în perioada 2009-2013 și operați folosind mucoasă bucală pentru augmentarea lumenului uretral. Stricturile uretrale au fost

¹Autor corespondent: Adrian Hașegan, Str. Lucian Blaga, Nr. 2A, Sibiu, România, E-mail: adihasegan@yahoo.com, Tel: +0745 381064
Articol intrat în redacție în 20.02.2014 și acceptat spre publicare în 14.05.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Iunie 2014;2(2):107-109

ASPECTE CLINICE

evaluate din punct de vedere etiologic, topografic și al lungimii. Lotul de studiu a avut vârsta cuprinsă între 29 și 68 ani. În cele mai multe cazuri, pacienții cu strictură uretrală s-au prezentat cu simptomatologie de tract urinar inferior, simptome de ezitare, flux urinar întrerupt, scăderea presiunii jetului urinar, golirea incompletă a vezicii, nicturie, algurie sau chiar retenție acută de urină.

Diagnosticul a fost stabilit pe baza examenului clinic, uroflowmetrie, uretrografie retrogradă și micțională, cateterism uretral explorator, ecografie de aparat urinar și uretrocistoscopie.

Rezultatele postoperatorii au fost apreciate clinic (satisfacția pacientului) și prin efectuarea uroflowmetriei, uretrografie retrogradă și micțională și uretrocistoscopie.

REZULTATE

Am identificat 17 pacienți (43,46%) care au prezentat stricturi posttraumatice, 19 pacienți (46,34%) cu stricturi postinflamatorii incluzând și lichenul plan și 5 pacienți (12,19%) cu stricturi postcorecție chirurgicală a hipospadiasului. Lungimea medie a segmentului uretral stricturat a fost de 4,2 cm.

Localizarea stricturii a fost pe uretra anterioară peniană în 14 cazuri (34,14%), respectiv pe uretra posterioară bulbară 27 pacienți (65,86%).

Recoltarea mucoasei bucale s-a efectuat de la nivel vestibular în 38 cazuri (92,68%) și de la nivel lingual în 3 cazuri (7,32%).

Uretroplastia s-a efectuat în manieră dorsal onlay graft în 23 cazuri (56,1%), ventral onlay graft în 9 cazuri (21,95%), dorsal inlay graft la 6 pacienți (14,63%) și tubularizare la 3 pacienți (7,32%).

Durata medie de urmărire a pacienților a fost de 7,2 luni.

Rezultate bune funcțional și estetic s-au obținut la 34 pacienți (90,3 %), constând în micțiuni facile și jet urinar bun, menținute pe perioada de urmărire.

Complicații imediate au fost reprezentate de dehiscența plăgii în 3 cazuri (7,3%) și fistulă urinară apărută la 1 pacient (2,4%). Complicațiile tardive au fost reprezentate de stricturi la nivelul anastomozelor proximale sau distale, apărute la 7 pacienți (17,1%), care au necesitat dilatații uretrale sau uretrotomie internă optică.

DISCUȚII

Tratamentul stricturilor uretrale include numeroase tehnici chirurgicale. Urologul trebuie să fie familiarizat cu toate aceste tehnici pentru a putea face față oricărei stricturi uretrale.(4)

Uretroplastia de substituție este procedeul chirurgical care, pentru rezolvarea stricturilor uretrale folosește transferul de țesuturi. Aceste țesuturi pot beneficia de pedicul vascular și țesut de susținere ale zonei donoare (lambouri sau flap-urile) sau fără conexiuni vasculare cu zona donatoare (grefele).(5)

Grefa de mucoasă bucală se aplică în cazul stricturilor uretrei peniene, bulbare sau în cazul stricturilor lungi de peste 2 cm, indiferent de localizare.(6)

Grefă de mucoasă bucală s-a impus datorită avantajelor pe care le prezintă: rețea vasculară densă, număr mare de straturi epiteliale, adaptare bună la mediul umed și rezistență crescută, atât mecanică, cât și la infecții.(7) Grefa de mucoasă bucală are un epiteliu gros bogat în elastină, ceea ce o face durabilă și ușor de manevrat. Lamina propria este subțire în comparație cu cea a mucoasei vezicii urinare și pielii, facilitând unificarea și neovascularizația.(8)

Prelevarea grefei se poate face de la nivel jugal, vestibular sau lingual, în funcție de lungimea sau localizarea defectului uretral.

Grefa de la nivel vestibular (figura nr. 1) are avantajul că este groasă, poate fi prelevată la o lungime apreciabilă (7cm/2 cm) (figura nr. 2) și permite închiderea per primam a defectului rezultat.(9)

Figura nr. 1. Grefa de la nivel vestibular



Figura nr. 2. Aprecierea lungimii grefei de la nivel vestibular



Grefa jugală are aproximativ aceleași calități, dar nu permite închiderea defectului per primam, acesta urmând să se epitelizeze secundar. Sindromul dureros post operator este mai accentuat, de aceea s-a renunțat la acest tip de grefă.(9)

Grefa linguală este mai subțire și o folosim când defectul uretral este de lungime mai mare și grefa jugală nu permite acoperirea defectului.

Recoltarea mucoasei bucale s-a realizat în cea mai mare parte de la nivel vestibular la 1 cm în jos de papila canalului Stenon (care se află în dreptul molarilor superiori 2 și 3), după infiltrare cu lidocaină 1% cu adrenalina 1/250 000.(10) Odată recoltată, aceasta este curățată de țesutul fibro-grăs până când suprafața rămâne netedă și lucioasă. Defectul mucozal rămas se închide prin sutură surjet cu fir resorbabil 4-0 de poliglactin (figura nr. 1).

Uretroplastia cu mucoasă bucală într-un singur timp impune participarea a două echipe operatorii: prima echipă se ocupă efectiv de uretroplastie, iar cea de-a doua recoltează mucoasa bucală. Astfel, scade timpul operator la jumătate: de la 190 minute la 80 minute.

Anestezia este generală cu intubație oro-traheală (AG-IOT) sau nazală. Poziția pacientului este variabilă în funcție de sediul stricturii: decubit dorsal pentru stricturile de uretră peniană și în poziție de litotomie pentru stricturile unghiului penoscrotal și uretră bulbară.

Se practică incizie mediană perineală cu secționarea mușchiiului bulbouretral, disecția uretrei și suspendarea ei pe un lasou (figura nr. 3), incizia uretrei în zona stricturată și măsurarea lungimii stricturii, plasarea grefei de mucoasă bucală

ASPECTE CLINICE

cu anastomoză pe sonda Foley cu fire resorbabile și sutură finală în straturi anatomice (figura nr. 4).

Figura nr. 3. Uretroplastia cu mucoasă bucală

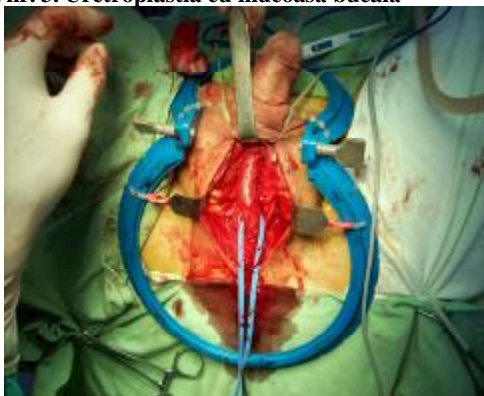
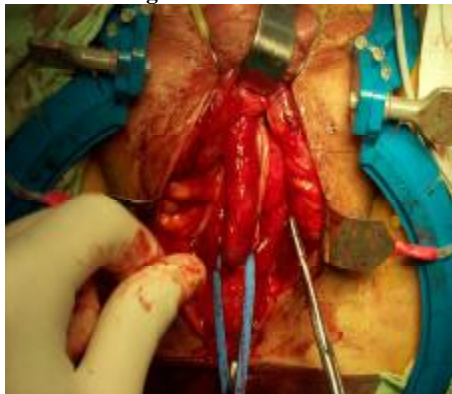


Figura nr. 4. Plasarea grefei de mucoasă bucală



Sonda Foley se lasă pe loc timp de 3 săptămâni.

Postoperator pentru confortul pacientului și pentru controlul durerii, se aplică pungi cu gheață la nivel vestibular și perineal. Apa de gură cu clorhexidină va fi folosită de 4 ori pe zi după mese. Alimentația poate fi reluată imediat postoperator cu lichide, apoi reluarea regimului alimentar regulat. Antibioprolaxia se efectuează până la ablația sondei uretrovezicale în asociere cu antiinflamatoare nesteroidiene.

Urmărirea postoperatorie constă în examinarea pacientului pentru a surprinde eventuale simptome obstructive, obiectivate prin uroflowmetrie și măsurarea ecografică a rezidului postmictional.

CONCLUZII

1. Grefa de mucoasă bucală este golden standard în reconstrucția uretrală, cu proprietăți biologice, histologice și mecanice remarcabile.
2. Uretroplastia cu grefă de mucoasă bucală necesită o echipă operatorie bine antrenată, cu abilități multidisciplinare.
3. Efectuarea uretroplastiei cu două echipe înjumătățește timpul operator, secundar și complicațiile legate de anestezie.
4. Tehnica chirurgicală adecvată tipului de strictură uretrală este o cerință esențială pentru obținerea unui rezultat funcțional și estetic bun.

REFERINȚE

1. Andrich DE, Mundy AR. What is the best technique for urethroplasty? *Eur Urol* 2008;54:1031-41.
2. Andrich DE, Mundy AR. Outcome of different management options for full-length anterior urethral strictures. *J Urol* 2009;181:13.

3. Fichtner J, Filipas D, Fisch M, Hohenfellner R, Thuroff JW. Long-term outcome of ventral buccal mucosa onlay graft urethroplasty for urethral stricture repair. *Urology*. 2004;64:648-50.
4. Barbagli G, Palminteri E, Rizzo M. Dorsal onlay graft urethroplasty using penile skin or buccal mucosa in adult bulbourethral strictures. *J Urol* 1998;160:1307-9.
5. Pansadoro V, Emiliozzi P, Gaffi M, Scarpone P. Buccal mucosa urethroplasty for the treatment of bulbar urethral strictures. *J Urol* 1999;161:1501-3.
6. Andrich DE, Leach CJ, Mundy AR. The Barbagli procedure gives the best results for patch urethroplasty of the bulbar urethra. *BJU Int* 2001;88:385-9.
7. Hosseini J, Soltanzadeh K. A comparative study of long-term results of Buccal Mucosal Graft and Penile Skin Flap techniques in the management of diffuse anterior urethral strictures: first report in Iran. *Urol J* 2004;1:94-8.
8. Peterson AC, Webster GD. Management of urethral stricture disease: developing options for surgical intervention. *BJU Int* 2004;94:971-6.
9. Markiewicz MR, Lukose MA, Margarone JE, 3rd, Barbagli G, Miller KS, Chuang SK. The oral mucosa graft: a systematic review. *J Urol* 2007;178:387-94.
10. Mehrsai A, Djaladat H, Salem S, Jahangiri R, Pourmand G. Outcome of buccal mucosal graft urethroplasty for long and repeated stricture repair. *Urology* 2007;69:17-21;discussion.