

R. Fiala, F. Zátura, B. Brázda, K. Belej

Urologická klinika
Fakultní nemocnice v Olomouci
Přednosta: doc. MUDr. F. Zátura

VÝSLEDKY OPTICKÉ URETROTOMIE V TERAPII URETRÁLNÍCH STRIKTUR

KLÍČOVÁ SLOVA:

Optická uretrotomie
Striktura uretry

SOUHRN:

Autoři analyzovali výsledky terapie striktury uretry optickou uretrotomií u 30 nemocných metodou retrospektivní analýzy. Pouze dva pacienti s irisovou strikturou bulbární uretry jsou bez recidivy, u ostatních došlo po operaci k recidivě, která si vyžádala reoperaci nebo trvalou dilataci. Autoři se na základě těchto výsledků domnívají, že k optické uretrotomii jsou vhodné pouze pacienti s primární krátkou irisovou strikturou, kde není pravděpodobná spongiofibróza. Endoskopické reoperace při recidivě nepovažují za správnou indikaci. U recidiv a primárních tubulárních striktur doporučují jako metodu volby otevřenou uretroplastiku.

ÚVOD:

Endoskopická (optická) uretrotomie patří mezi základní urologické výkony. Zavedena byla v roce 1974 (13). Oblíbená je pro svou jednoduchost, rychlost, minimální morbiditu a mortalitu (1, 11). Podstatou je protěti jizvy striktury až do zdravé tkáně. Odstraní se tedy kontraktura jizvy a lumen je normálně široké. Hojení po uretrotomii je vždy per secundam intentionem, protože epitelizované okraje incise jsou oddáleny a epitelizace defektu probíhá z okrajů. Při hojení per secundam mají rány tendenci se kontrahovat a zkrátit tak rozsah epitelizace (nezaměňovat se spongiofibrózou). Pokud tedy epitelizace proběhne rychle a ke kontrakci nedojde, je výsledkem lumen o dostatečném kalibru. Pokud je defekt rozsáhlý a epitelizace pomalá, již po vytažení katetru jsou dány příčiny další recidivy. Hlavní příčinou rozvoje spongiofibrózy je však proniknutí moči do otevřeného spongiózního tělesa, tvorba trombů a následná fibrotizace tkáně vedoucí ke striktuře. Strikturu, která je tvořena spongiofibrotic-kou tkání, nelze vyléčit endoskopickou uretrotomií.

MATERIÁL A METODY:

V roce 1996 jsme v rámci nově zaváděných rekonstrukčních výkonů na uretře retrospektivně hodnotili výsledky optické uretrotomie a vyhledávali pacienty k rekonstrukčním výkonům. Prostudována byla dokumentace z let 1986 - 1991 u 30 pacientů ve věku 22 - 101 let (průměr 58,5). U všech byla endoskopická dis-

cize prováděna na čísle 12, zaváděl se katetr Charr. 18 a ponechával se maximálně 5 dní. Sledování byli až do roku 1996 (57 až 123 měsíců, průměrná doba sledování 95 měsíců).

Hodnotili jsme etiologii striktur, radiologické změny na uretro-cystografii po výkonu, recidivu striktur a následnou terapii.

VÝSLEDKY:

U 30 pacientů bylo celkově provedeno 62 endoskopických uretrotomií (průměr 2,1 operace na pacienta). Výkon se opakoval u 18 pacientů (60 %). U nich bylo provedeno 50 reoperací, nejmeně jedna a maximálně šest. Tři a více výkonů mělo 6 (20 %) pacientů.

Etiologie striktur: Příčinu jsme nezjistili u 18 (60 %) pacientů. U 3 (10 %) pacientů bylo příčinou zevní trauma a u 9 (30 %) pacientů předcházela striktuře manipulace v dolních močových cestách (katetrizace u 7 pacientů, TUR u dvou a otevřená prostatektomie u 4).

Uretrocystografie: srovnávali jsme snímky prováděné před výkonem a snímky při recidivě striktury. Hodnotitelná uretrocystografie byla pouze u 23 (76 %) pacientů, u kterých bylo dia-gnostikováno 26 striktur, (tři měli striktury zdvojené). Lokalizace striktur byla častější v bulbární uretře u 13 (50 %) pacientů (6 tubulárních a 7 irisových), v penilní u 11 (42 %) pacientů (jedna dvojí irisová, 10 tubulárních) a v membranozní části u 2 (8 %) pacientů (krátká tubulární u obou). Tři z výše uvedených pacientů měli současně bulbární i penilní strikturu.

Irisových slizničních striktur, kde je pravděpodobnost okolní spongiofibrózy nejmenší, bylo celkem 8 (31 %). Tubulárních striktur s velmi pravděpodobnou okolní spongiofibrózou bylo 18 (69 %). Při prvním vyšetření bylo 11 (42 %) striktur v délce 5 - 15 mm a 7 (27 %) v délce 16 - 25 mm. Jiné kritérium hodnocení striktury z pohledu pravděpodobnosti přítomnosti spongiofibrózy nebylo možné použít, protože tzv. "šedá uretra", endoskopický ekvivalent spongiofibrózy, nebyla při endoskopii důsledně vyhledávána. Její přítomnost by totiž stejně nebyla změnila strategii terapie, protože jako metoda volby se používala optická uretrotomie.

S odstupem času po endoskopické uretrotomii po nové recidivě byli pacienti znovu radiologicky vyšetřeni a výsledky byly následovné: kromě pravých recidiv byla u 9 pacientů nalezena další, dříve neprokázaná striktura (progrese početní), u 8 pacientů se původní irisová striktura změnila v tubulární (progrese spongiofibrózy), u 5 pacientů se nález nezměnil a u jednoho striktura vymizela. Nová striktura se objevila pouze již jako krátká tubulární (5 - 15 mm). Při změně irisové striktury v tubulární byla výsledná délka v rozmezí 20 - 35 mm.

Následná terapie: pouze dva pacienti ze třiceti (3 %) jsou bez recidivy a bez nutnosti další terapie. U obou byla provedena pouze jedna endoskopická uretrotomie v bulbární uretře. Všechna osmnáct pacientů (54 %) po reoperacích chodí pravidelně na dilatace, rovněž tak i deset pacientů (33 %) pouze s jedním výkonem v anamnéze. Dilatace se prováděly v různém intervalu: u 2 nemocných každé 2 týdny, u 11 pacientů 1 x za měsíc, u 4 po 2 měsících, u 6 pacientů za 3 měsíce, u 3 pacientů jednou za 6 měsíců a u 2 jednou za rok.

DISKUSE:

U části pacientů se nepodařilo etiologii zjistit. Příčinou může být dávno zapomenutý úraz uretry nebo zamlčený kapavčitý zánět (15). Vysoké procento pacientů mělo strikturu po předešlé manipulaci v dolních močových cestách (15).

Uretrocystografie prováděné před vlastním výkonem a pak při průkazu recidiv odhalily v 73 % zhoršení původního nálezu, ať již ve smyslu prodloužení striktury (rozšíření oblasti spongiofibrózy) nebo zvýšení počtu striktur. Uretrotomie tak pouze přechodně umožnila rekanalizaci uretry, aby bylo možné provádět dilatace a udržet tak její lumen průchodné.

Endoskopická (optická) uretrotomie je metodou volby u krátkých (irisových) striktur, kde je malá pravděpodobnost spongiofibrózy a je zde tedy možnost zhojení ad integrum až u 35 % (8, 11), nebo dokonce 75 %, ale pouze s nejdelší dobou sledování 23 měsíců (3), či 79 % při sledování 12 měsíců (2). Naše výsledky jsou podstatně horší a byly i horší (7). Čím delší období sledování, tím více neúspěchů. Opakované uretrotomie nebyvají úspěšné vůbec (11, 14). Pokusy zlepšit epitelizaci (prodloužení doby ponechání katetru), zastavit fibrotizaci aplikací kortikoidů perorálně nebo lokálně (6), nebo zabránit kontrakci tkáně aplikací uretrálního stentu (16) nebo autodilatací (1) neměly očekávaný úspěch.

Podobné jsou výsledky s balónkovými dilatacemi a laserem (4). Kromě autodilatace u 4 pacientů jsme žádnou jinou výše uvedenou metodu nepoužili.

V naprosté většině případů slouží endoskopická uretrotomie k dočasnému odstranění překážky s následnou nutností dilatací (1, 5, 12). Metodou, která může přerušit patogenезi tvorby spongiofibrózy a následné striktury je otevřená uretroplastika s excizí postižené části a reanastomózou s doplněním obvodu stenotického úseku jinou tkáně (onlay, inlay) nebo kombinace excize a přenosu. Pouze u těchto metod je naděje na dlouhodobý úspěch (9, 10, 12, 15).

ZÁVĚR:

Neúspěchy s optickou uretrotomií nás vedly ke změně strategie v péči o nemocné se strikturou uretry. Pouze u pacientů se strikturou v bulbární části, která má irisový charakter, indikujeme optickou uretrotomii jako metodu volby s vědomím rizika recidivy. U pacientů s již provedenou uretrotomií a irisovou strikturou indikujeme otevřenou rekonstrukci a endoskopickou uretrotomii neopakujeme. Tubulární striktury primárně indikujeme k otevřené uretroplastice, protože vlastní spongiofibróza často přesahuje okraje striktury vyšetřené radiologicky a endoskopicky a rozsah rekonstrukce neurčuje radiologická délka striktury, ale délka peroperačně nalezené spongiofibrózy. Rovněž striktury komplikované píštělemi nebo parauretrálními abscesy definitivně dořešujeme uretroplastikou.

Nespornou výhodou optické uretrotomie zůstává její minimální invazivita ve srovnání s otevřenou operací. Lze ji provést i v lokální anestezii, takže je vhodná u starých nebo rizikových pacientů. Slouží k obnovení průchodnosti lumen tam, kde je dilatace nemožná.

Závažným problémem zůstávají pacienti z minulosti s panuretrálními strikturami po mnohočetných optických uretrotomiích a dilatacích, kteří jsou navíc polymorbidní. Časté dilatace jim působí nezměrné utrpení. Komplikující záněty (uretritidy, epididymitidy apod.) nejsou výjimkou. Tyto pacienty je vhodné zhodnotit na pracovištích zabývajících se problematikou uretry.

V diagnosticko - terapeutickém procesu je samozřejmá spolupráce pacienta, který významným způsobem ovlivňuje svůj osud.

LITERATURA:

1. Bodker, A., Osti, P., Rye-Anderson, J. et al.: Treatment of recurrent urethral strictures by internal urethrotomy and intermittent self-catheterization. A controlled study of a new therapy. J. Urol. 1992, 148, s. 308
2. Haluza, O., Tajblová, L.: Vnitřní optická uretrotomie. Rozhledy v chirurgii 1988, 57, s. 857 - 864.
3. Horňák, M., Bárdoš, A.: Výsledky léčby zúžení mužské močové rýry vnitřní optickou uretrotomií. Bratisl. lek. Listy, 1982, 77, s. 192 - 196
4. Kočí, K., Verner, P., Janský, M.: Fotodiscise striktur uretry. Endoskopie, 1994, 3, s. 29 - 31.
5. Kohrmann, K. U., Henkel, T. O., Schmidt, P. et al.: Antegrade-retrograde urethrotomy for treatment of severe strictures of the urethra: Experience and literature review. J. Endourol. 1994, 8, s. 433
6. Korhonen, P., Talja, M., Ruutu, M., Alfhan, O.: IntraleSIONAL corticosteroid injections in combination with internal urethrotomy in the treatment of urethral strictures. Int. Urol. Nephrol. 1990, 22, s. 263 - 269.
7. Kučera, J., Hruška, F., Šmaka, I. O.: Naše zkušenosti s léčbou striktur mužské močové trubice. Rozhledy v chirurgii, 1984, 63, s. 241 - 245.
8. McAninch, J. W., Laing, F. C., Jeffrey, R. B.: Sonourethrography in the evaluation of urethral strictures: a preliminary report. J. Urol. 1988, 139, s. 294
9. McAninch, J. W.: Reconstruction of extensive urethral strictures: Circular fasciocutaneous penile flap. J. Urol. 1993, 149, s. 488 - 491
10. Mundy, A. R.: The long-term results of skin inlay urethroplasty. Br. J. Urol., 1995, 75, s. 59 - 61
11. Pansadoro, V., Emiliozzi, P.: Internal urethrotomy in the management of anterior strictures: Long-term follow-up. J. Urol. 1996, 156, str. 78 - 79.
12. Rosen, M. A., Nash, P. A., Bruce, J. E.: The accurate success rate of surgical treatment of urethral strictures. J. Urol. 1994, 151, s. 360 A.
13. Sachse, H.: Zur Behandlung der Harnrohrenstriktur: die transurethrale Schlitzung unter Sicht mit Scharfem Schnitt. Fortschr. Med., 1974, 92, s. 12 - 15.
14. Strmiska, M.: Zkušenosti s optickou uretrotomií u striktur mužské močové trubice. Prakt. Lék. 1983, 63, s. 851 - 852.
15. Stromont, T. J., Suman, V. J., Oesterling, J. E.: Newly diagnosed bulbar urethral strictures: Etiology and outcome of various treatments. J. Urol. 1993, 150, s. 1725
16. Yachia, D.: The use of urethral stents for the treatment of urethral strictures. Ann. Urol. 1993, 27, s. 245 - 250.

MUDr. Richard Fiala, CSc.
Wolknerova 54
779 00 OLOMOUC