

# Rezultate preliminare ale tratamentului incontinentei urinare la bărbat prin suspensie uretrală transobturatorie

N. Vesa, P. Demuth, F. Franzke, D. Van Haag, P. Winzer, J. Ahrends, A. Kranz  
*Saint Elisabeth Hospital Iser Lohn, Germany*

## Abstract

**Introduction.** The aim of this article is to present the efficacy of a transobturator polypropylene mesh sling procedure for postprostatectomy incontinence.

**Patients and method.** We describe the pathophysiology of the incontinence in male patients, the indications and the surgical technique.

**Results.** In the last year we used this new technique in 23 male patients with urinary incontinence: 20 after radical prostatectomy (eleven open and nine laparoscopic), two patients after RRP and irradiation and one after TUR-P for BPH. The age of the patients was 63-73 (mean 69). The follow-up: eight weeks - 14 months (mean 10 months); we applied questionnaires and phone calls. Postoperative complications: temporary urine retention (three cases), one case of disruption of the mesh, four case of perineal pain. In seven cases the patients were dry, in 15 cases the patients considered that they feel much better, in 1 case (one of the patient with irradiation) his status was unchanged.

**Conclusions.** TOT procedure is a new procedure for the male postprostatectomy urinary incontinence, efficient and well accepted by the patients.

**Key words:** male incontinence, postprostatectomy, mesh sling

---

Corespondență: Nicolaus Vesa  
Saint Elisabeth Hospital Iser Lohn, Germany  
E-mail: n.vesa@krankenhaus-iserlohn.de

## Introducere

Studiile demografice pentru anul 2006 au arătat 234.460 cazuri noi și 27.350 decese prin cancer de prostată [1]. Tratamentul de elecție al cancerului de prostată localizat este prostatectomia radicală. Incidența incontinentei urinare după prostatectomia radicală se situează între 5-20% [1].

Cauzele incontinentei urinare după prostatectomie radicală sunt:

- scurtarea uretrei suprasfincteriene < 2 cm (reducerea transmiterii pasive a tonusului sfincterian)
- lezuni directe de sfincter
- reducerea reflexului de continență prin scăderea activității sfincterului uretri și a musculaturii bazinului
- teoria integrală: distrugerea aparatului de susținere al uretri
- leziunea nervului rușinos
- leziunea pachetului neurovascular cavernos

Metodele cele mai frecvent utilizate de tratament a incontinentei urinare la bărbat sunt cele enumerate în tabelul 1:

Tabel 1.

Conservator	Obstructiv	Funcțional
• Gimnastică perineală	• Bulking Agenți	• Sfincterul Scott
• Stimulare electrică	• Operație plastică cu fascie	• Banda funcțională (Advance Banda)
	• Suspensie John	
	• Banda Argus	

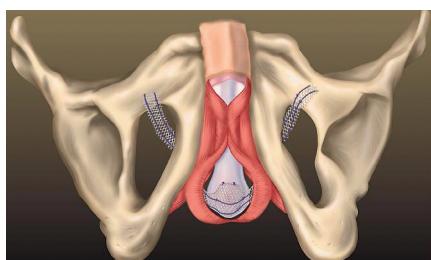


Fig.1.Principiul metodei



Fig.2. Banda de propilen utilizată

Repunerea (ridicarea) structurilor sfincterului uretri și limitarea prolapsului, restabilesc din nou continentă.

Mecanismul de acționare (Rehder, Gozzi: Eur. Urology, 52: 860-867, 2007)

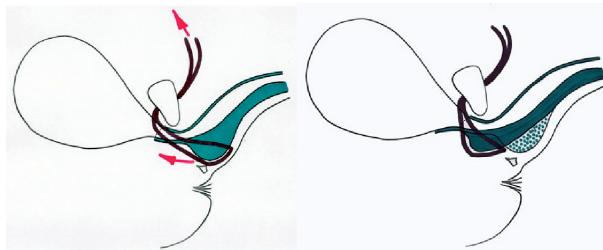


Fig.3. Prezentare schematică [3]

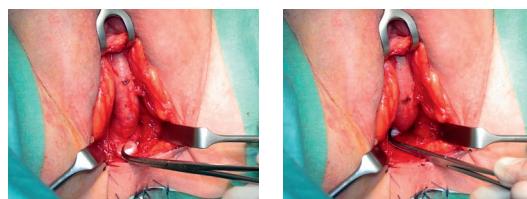


Fig.4. Aspect intraoperator [3]

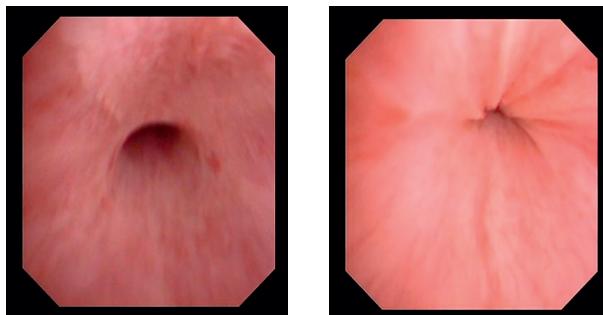


Fig.5. Aspectul sfincterului uretral la uretroscopie înainte și după inserarea benzii [3]

## Tehnica operatorie

1. Pacientul în poziție ginecologică cu o sondă uretrovezicală Foley Ch 14.
2. Se practică o incizie perineală mediană de cca 5-7 cm. Se incizează pe linia mediană mușchiul bulbocavernos/bulbospongios.
3. Se prepară uretra până la centrul tendinos.
4. Se practică o incizie de cca 1 cm sub și lateral de inserția tendonului mușchiului lungul adductor, la marginea găurii obturatorii. Se testează cu un ac de anestezie rahidiană pentru recunoașterea reperului osos. Vârful acului aplicator se introduce prin incizia perineală și se conduce într-un unghi de 45° între bulbul uretral și corpul cavernos prin gaura obturatorie, spre incizia tegumentară de la nivelul tendonului mușchiului lungul adductor, trecând banda la acest nivel.
5. Implantarea benzii.

Capătul benzii se fixează pe vârful acului aplicator.

Partea mijlocie a benzii se fixează de uretră cu fire de Monocryl 3-0, întâi distal, apoi proximal. Banda se tensioneză astfel ca porțiunea proximală a bulbului uretral să se deplaseze 2-4 cm.

### Pacienți și metodă

Am aplicat această tehnică la 23 de pacienți cu incontinență după chirurgia prostatică.

Vârsta pacienților a fost între 63-73 de ani (medie 69). Timpul de urmărire a fost de 8 săptămâni -14 luni (medie 10 luni).

Reevaluarea pacienților a fost efectuată cu chestionar și telefonic.

<b>Operații</b>	<b>Nr. pacienți</b>
PRR	11
PR Lap.	9
TUR-P	1
PRR + Irdiere	2
Total:	23

### Rezultate

<b>Complicații</b>	<b>Nr. pacienți</b>
Sângerări	0
Infecții	0
Eroziuni uretrale	0
Tulburări de vindecare	1
Retenții de urină pasagere	3
Rupturi de bandă	1
Dureri	4

<b>Rezultate</b>	<b>Nr. pacienți</b>
Vindecări	7/23 (30,4%)
Îmbunătățiri	15/23 (65,2%)
Vindecat și îmbunătățit	22/23 (95,6%)
Eșec	1/23 (4,4%)

- 1 pacient după prostatectomie și radiație
- 1 pacient cu ruptură de bandă după 1 lună.

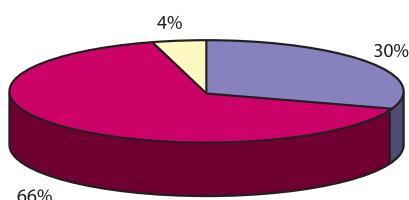


Fig.6. Rezultatele în procente: Vindecați 30%, Ameliorați 66%, Eșec 4%.

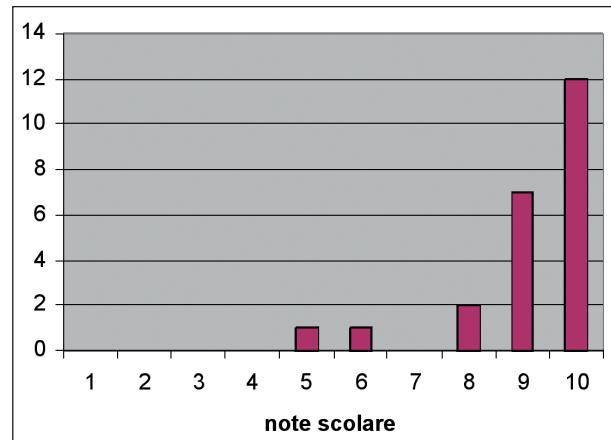


Fig.7. Rezultatele operatoriei (notele primite)/numărul de pacienți

### Discuții

Incontinența urinară după prostatectomia radicală este o complicație invalidantă, având un impact deosebit asupra calității vieții pacientului.

Tratamentul conservator (medicație, gimnastică perineală) poate da rezultate în formele ușoare, iar tratamentul chirurgical este indicat în cazurile cu disfuncție sfincteriană [4], [5], [6].

Sigurele tehnici cu rezultate în timp în incontinența urinară după prostatectomia radicală sunt injectările periuretrale sau endouretrale cu colagen și sfincterele artificiale. Substanțele injectate sunt numai parțial eficiente și mai ales în cazuri mai puțin severe, pe când sfincterele artificiale sunt eficiente, dar cu o rată de 60-80% a complicațiilor de la funcționare deficitară până la eroziuni, infecții [7], [8], [9].

Pe baza rezultatelor obținute în incontinența de stres la femei au fost descrise diverse procedee aplicate în incontinența urinară după prostatectomie radicală.

În 1992, Mizuo [11] prezintă o modificare a tehnicii Stamey [12] folosind două piese de Goretex poziționate sub formă de meșă sub uretra membranoasă și bulbară. Continența urinară a fost bună la cei trei pacienți, dar unul a dezvoltat retenție de urină.

Madjar [13] a descris un procedeu prin ancorarea la os (sintetice sau fascia lata) la 16 bărbați cu incontinență după PR. Cu o urmărire medie de 12,2 luni, 12 pacienți au fost considerați vindecați.

Procedeul descris a fost prezentat de Rehder și Gozzi [3] cu rezultate foarte încurajatoare.



Fig.8

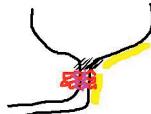


Fig.9



Fig.10.  
Rehder, Gozzi:  
Eur. Urology,  
52: 860-867 (2007)

### Funcția benzii

- Repoziția părții posterioare a uretri (Fig.8)
- Prelungirea porțiunii sfincteriene (Fig.9)
- Adaptare mai bună a mucoasei
- Tensiune tangentială a uretri bulbare fără comprimarea uretri + împingerea posteroiară a uretri bulbare (Fig. 10)

Utilizarea meșei de polipropilenă este simplă, ieftină, dând rezultate în forme severe de incontinență. Experiența în timp va decide dacă acest procedeu constituie o alternativă plauzibilă pentru sfincterele artificiale.

### Concluzii

Metoda propusă are următoarele avantaje:

- Eficiență (30% vindecări, 65% îmbunătățiri)
- Complicații foarte puține (infecții și eroziuni foarte puține)
- Tehnica foarte simplă ca și TOT la femeie
- Indicație: incontinența după prostatectomie fără iradiere
- Pacienți problematici: incontinența după TUR-P/TVP și după iradiere.

### Bibliografie

1. Jemal A., R. Siegel, E. Ward, et al. *Cancer Statistics, 2006*. CA Cancer J Clin 56 (2006) (106 - 130)
2. Migliari R., D. Pistolesi, M. De Angelis. *Polypropilene sling of the bulbar urethra for post-radical prostatectomy incontinence*. Eur Urol 43 (2003) (152 - 157)
3. Rehder Peter, Christian Gozzi. *Transobturator Sling Suspension for Male Urinary Incontinence Including Post-Radical Prostatectomy*. European urology Volume 52, issue 3, pages 860-67, September 2007
4. Burgio K., R.E. Stutzman, B.T. Engel. *Behavioral training for postprostatectomy urinary incontinence*. J. Urol. 141 (1989) (303)
5. Meaglia J.P., A.C. Joseph, M. Chang, et al.. *Post-prostatectomy urinary incontinence: response to behavioral training*. J. Urol. 144 (1990) (674)
6. Franke J., B. Gilbert, J. Grier, M. Koch, Y. Shyr, J.A. Smith Jr.. *Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback*. J. Urol. 163 (2000) (191 - 193)
7. Cespedes R.D. *Collagen injection or artificial sphincter for postprostatectomy incontinence*. Urology 55 (2000) (5 - 7)
8. Montague D.K., K.W. Angermeier, D. Paolone. *Long term continence and patient satisfaction after artificial sphincter implantation for urinary incontinence after prostatectomy*. J. Urol. 166 (2001) (547)
9. Elliot DS, Brown JA, Barrett DM. *Long term analysis of the functional durability of the AMS 800 artificial urinary sphincter: a review of 323 cases placed at Mayo Clinic*, J Urol 1997;157:265.
10. Kapoor R., D. Dubey, W. Zaman, A. Kumar. *Modified bulbar urethral sling procedure for the treatment of male sphincteric incontinence*. J. Endourol. 15(2001) (545 - 549)
11. Mizuo T., A. Tanizawa, T. Yamada, M. Ando, H. Oshima. *Sling operation for male stress incontinence by utilizing modified Stamey technique*. Urology 3 (1992) (211 - 214).
12. Stamey T. *Perineal compression of the corpus spongiosum of the bulbar urethra: an operation for post-radical prostatectomy urinary incontinence*. J Urol 1994; 151(Suppl):490A.
13. Madjar S., K. Jacoby, C. Giberti, M. Wald, S. Halachmi, E. Issaq, et al. *Bone anchored sling for the treatment of post-prostatectomy incontinence*. J. Urol. 165 (2001) (72 - 76)
14. Peyromaure M., F. Raverty, L. Boccon-Gibaud. *The management of stress urinary incontinence after radical prostatectomy*. Br. J. Urol. Int. 90 (2) (2002) (155 – 161)
15. Vesa N., Demuth P., Franzke F., Van Haag, D., Vinzer W., Ahrend I., Kranz A. *Preliminary results in male urinary incontinence treatment with transobturator suburethral sling procedure*. Saint Elisabeth Hospital Iser Lohn Germany.

### Tabel de abrevieri:

- TOT = transobturator tape
- RRP = prostatectomy radicală retropubică
- RRP-Lap = RRP laparoscopică
- TURP = transuretorezectionă prostatei
- BPH = hiperplazie benignă a prostatei

## Rezumat

**Introducere.** Obiectivul acestei lucrări este prezentarea unei benzi de polipropilen trecute suburetral transobturator pentru tratamentul incontinenței urinare la bărbat.

**Pacienți și metodă.** Prezentăm principiile fiziopatologice pe care se bazează acțiunea acesteia, indicațiile și tehnica operatorie, relativ simplă, de montare a acestei benzi.

**Rezultate.** Am aplicat această tehnică la un număr de 23 de pacienți 20 după prostatectomie radicală (11 deschisă, nouă laparoscopică), două după prostatectomie radicală cu iradiere și un caz după rezecție transuretrală a prostatei. Vârsta pacienților a fost între 63-73 de ani (medie 69 ani). Timpul de urmărire a fost de opt săptămâni -14 luni (medie 10 luni). Reevaluarea pacienților a fost efectuată cu chestionar și telefonic. Compliicațiile au constat în retenție pasageră de urină (trei cazuri), o ruptură a benzii (un caz), dureri perineale (patru cazuri).

Rezultatele au fost foarte bune în şapte cazuri (30%), ameliorări în 15 cazuri și nemodificate la un pacient cu prostatectomie radicală și iradiere.

**Concluzii.** Procedeul TOT este o metodă nouă de tratament pentru incontinența urinară la bărbat, eficientă și acceptată de pacienți.

**Cuvinte cheie:** Prostatectomie radicală, incontinență urinară, bandă transobturatorie