

MJEKIMI I HIPOSPADIVE TË THELLA ME LEMBO SKROTALE DHE ZHYTJE TË ORGANIT MASHKULLOR - GJINOR NË SKROTUM

FLAMUR TARTARI *

Summary

THE TREATMENT OF HYPOSPADIAS WITH FLAP SKIN SCROTAL

In this article autor writhers one personal metod for treatement of hypospadias penialis, penoscrotalis and scrotalis with flap skin scrotal for 1985-1989 in Urologic clinic of Tirana.

The metod consist in formed of neourethre and sfonded in the scrot after 6-8 week their deliberated.
The results are very well without complications.

Hipospadia është një keqformim i lindur që paraqet me mosqënien në vendin e caktuar të vrimës së jashtme të kanalit të urinës, por në vende të tjera të pjesës barkore të penisit dhe të skrotumit, çka shoqërohet me përkuljen barkore të penisit.

Ekzistojnë shumë forma të hipospadive dhe për këtë ekzistojnë klasifikime të ndryshme. Shumë autorë, duke u nisur nga të dhënat klinike, sot përdorin klasifikimin e mëposhtëm: Hipospadia balanike, që zë pothuajse 3/4 e të gjithë hipospadive të cilat klasifikohen lehtë. Ato mjekohen shumë thjeshtë, në qoftë se kanë vetëm ngushtim të vrimës së jashtme të kanalit të urinës dhe nuk shoqërohen me përkulje të organit. Më i ndërlikuar paraqitet sot problemi i mjekimit të formave të thella të hipospadive. Në bazë të klasifikimit, kemi këto forma të hipospadive: forma balanike, peniane, skrotale dhe perineale. Dhe me radhë vinë: hipospadia femërore dhe me lafshë të plotë, fistula uretrale e lindur dhe, së fundi, diçka më shpesh se këto hipospadia me korde.

Materiali dhe metodika

Në studimin tonë do të paraqesim mjekimin e kësaj sëmundje të lindur, në klinikën e urologjisë gjatë viteve 1985 - 1989 të formave të ndryshme të saj dhe, në veçanti, të formave të hipospadive të thella peniane media, peniskrotale, skrotale dhe perineale, të cilat paraqesin vështirësi të ndryshme teknike dhe me ndërlikime pasoperatore që ndikojnë në mbarëvajtjen ose shërimin e kësaj sëmundjeje.

Më e rëndësishmja sot është të përcaktohet moshë kur duhet operuar fëmija me hipospadi. Për këtë ka mendime të ndryshme.

Diskutimi

Klinika e urologjisë tanimë ka krijuar një përvojë 20-vjeçare në kurimin dhe shërimin sa më të shpejtë dhe sa më të mirë të kësaj sëmundjeje. Ne mendojmë se hipospadia duhet të jetë e shëruar përfundimisht nga moshë 6-10 - vjeçare, ndërsa autorë të tjerë mendojnë se kjo sëmundje operohet qysh në lindje. Procedura e mjekimit është shumë e lehtë dhe qëndron në hapjen e vrimës (meatotomisë) për të lehtësuar kalueshmërinë e urinës, për të dalë jashtë dhe në një kohë të dytë të formave që kërkojnë drejtimin e organit. Kjo bëhet pas moshës 2-vjeçare. Drejtimi i organit mashkullor gjinor është momenti më i rëndësishëm për këtë sëmundje, sepse ky operim që bëhet me metodat e ndryshme operatore ka një princip kryesor thelbësor heqjen e indit fibroz që e mban të përkulur organin. Në qoftë se nuk hiqet komplet ky ind, vetëkuptohet që me zhvillimin në tërësi të organit, do të zhvillohet edhe vetë indit fibroz, gjë që përsëri krijon përkulje të organit. Këtë e kemi konstatuar në disa fëmijë të operuar. Drejtimi i organit ndikon shumë për zhvillimin e mëtejshëm të tij pas kryerjes së këtij operimi. Këtë e kemi konstatuar nga përvoja jonë, se për 6 muaj pas operimit për drejtim të organit, ky i fundit është zhvilluar shumë kur më parë ka patur mangësi në zhvillim për moshën përkatëse. Është e mira që ky operim të bëhet, pra mbi moshën 2-vjeçare dhe ka një përparësi të madhe, sepse organi do të zhvillohet normalisht dhe lëkura e tij do të zhvillohet mirë për momentin përfundimtar (uretroplastikën) krijimin e uretrës së re. Pra, mund të themi senë lidhje me moshën për drejtimin e organit, operimi duhet bërë mbi moshën 2 vjeçare dhe si afat maksimal deri në 5-6 vjet. Prandaj në këtë drejtim një rol të madh do të luajë diagnostikimi

* Dërguar në redaksi më 7 maj 1990, miratuar për botim më 23 dhjetor 1990. Nga klinika e Urologjisë, Qendra Spitalore Universitare e Tiranës (F.T).

Adresa për letërkëmbim: F.Tartari, Klinika e Urologjisë së Qendrës Spitalore Universitare Tiranë.

i hershëm i kësaj sëmundjeje, qysh në lindje të fëmijës (3, 4). Etapa kryesore është mjekimi sa më i hershëm i hipospadisë në moshën parashkollore. Problemi kyç dhe përfundimtar është krijimi i kanalit të urinës d.m.th; uretroplastika (1, 2, 5, 7, 8).

Momenti kryesor i mjekimit të kësaj anomalie është shërimi i saj pa ndërlikime të shumta, prandaj ka shumë metoda kirurgjikale. Në klinikën tonë fillimisht është përdorur metoda e Denis Browne klasik për format e ndryshme të hipospadive, ecila më vonë me krijimin e një përvoje të klinikës, kjo metodë ka filluar të mos përdoret. Më vona është përdorur si metoda të tjera si Mathien - Biven, Byars, Allen etj. me të gjitha format e ndryshme të ndërlikimeve përkatëse. Prandaj çdo kirurg në klinikat e ndryshme të vendeve në botë përdor metoda të ndryshme në bazë të përvojës profesionale dhe të klinikës. Kjo shumëllojshmëri metodash operatore, për krijimin e uretrës së re do të ketë katër principet bazë, por të ndryshme të cilat janë: 1) Korrigjimi i hipospadisë me anën e një transplantit të ndryshëm që përdoret me mënyra të ndryshme; 2) Formimi i kanalit të urinës nga një shtresë epiteliale e lëkurës së varur; 3) Formimi i kanalit të urinës nga një pjesë re lëkurës së prepuciumit, të cilës i jepet forma e një tubi; 4) Formimi i kanalit të urinës nga një shtresë e lëkurës së penisit, ose lëkura nga skrotumi që mund të formojnë tub ose të mbulojnë defektin.

Duke u bazuar në këto principe si edhe përvoja e klinikës, si edhe për të shmangur në maksimum ndërlikimet pas uretroplastikës, këto vitet e fundit kemi filluar të përdorim një metodë të re origjinale, e cila na ka dhënë rezultatet shumë të mira deri tani.

Kjo metodë është e ngjashme me metodën Cecil Culp dhe Buc, por ndryshon me ato nga teknika që do të shpjegojmë më poshtë.

Po ashtu kjo teknikë operatore është e ngjashme edhe me atë Mathieu-Biven që ne e përdorim me sukses në format e hipospadive superiore, sepse është me lembo lëkure nga vetë pjesa barkore e organit. Defektin e mbulojmë ose me lëkurën nga ana e lafshës, ose me lëkurën anësore të vetë organit mashkullor gjinor. Në rastet kur ky defekt nuk mbyllet atëherë organin me neouretrën e zhyssim në skrotum, pasi më parë e kemi përgatitur duke bërë një prerje vertikale mbi **raphe mediana scrotalis**. Duke u bazuar në të gjitha këto të dhëna për format e lehta të hipospadive të mjekuara me rezultatet të mira, menduam që edhe për format e hipospadive më të thella si ato medioinferiore, penoskrotale, skrotale dhe perineale, të përdorim një metodë ndoshta të thjeshtë, por që të na japi rezultatet të mira, d.m.th. të shmangim ndërlikimet më të shpeshta si fistulat apo nekrozën e lëkurës.

Me këtë metoda duke marrë lembo skrotale si mir të sipërm të neouretrës kemi siguruar këto vitet e fundit rezultatet të mira në krahasim me metodat e mëparshme të përdorura po nga ne. Përshkrimi i

metodës që përdorim është ky: Fillimisht sigurohet drenazhimi urinar me anë të funksionit suprapubik me troakar dhe vendosjen në fshikzën e mduhur me tretësirë fiziologjike të një redoni (tub polietileni me disa vrima) numër 15 ch ose të një keteteri neoplex nr. 16 ch, i cili fikssohet suprapubik mirë si edhe në fosse iliaka e majtë në lëkurë me qepje sete që të mos shkëputet. Pastaj fikssohet penisi suprapubik dhe fillohet pas përllogaritjes matematike të gjatësisë së kanalit të ri uretral që do të formohet dhe lembos së lëkurës që do të merret, atëherë bëhet dy prerje paralele në të dy anët e vrimës, duke filluar nga glans penisit, por të prera si trekëndësh me majën sipër dhe për ndalimin e hemorragjisë së tyre, me që ka shumë enë gjaku glansi përdoren pinceta të buta hemostatike, vazhdon prerja paralele deri afër vrimës ekzistuese të urinës. Kur jemi afër vrimës në të dy anët formojmë harqe rrethore, duke e zgjeruar atë zonë, për arsye të lënies së lirë të kalueshmërisë së enëve të gjakut si ushqyes të lembos së lëkurës, pra të mosprerjes së tyre. pastaj prerja vazhdon deri poshtë paralel rephe mediana skrotale, deri në kufirin ku kemi brër përllogaritjen matematike për gjatësinë e kanalit të urinës të ri që do të formojmë. Gjatë bërjes së lëkurës duhet të kemi parasysh bërjen e një hemostaze të mirë, dhe përgatitjen me kujdes dhe asepsi të lartë të lembos së lëkurës, duke ruajtur me shumë kujdes ushaimin vazal arterien e venës dorsale skrotale degë të arteries dhe venës pudente. Kjo lembo merret jo shumë e hollë, por me inde subkutatne, gjë që influencon pozitivisht në ruajtjen e ushqimit kolateral të saj. pasi e kemi përgatitur mirë këtë lembo që nuk duhet të jetë e tendosur, sepse vetë kirurgu duhet të përllogarisë edhe zgjatjen gjatë ereksionit. Fillojmë foirmimin e oretrës së re, që tanimë ka si dysHEME lëkurën e pjesës barkore e prerë në të dy anët gjatësore me gjerësi, sipas mëdhësisë së organit, moshës së fëmijës dhe përvojës së kirurgut operator. Ndërsa si tavan dhe mure anësore ka këtë lembo të përgatitur nga ne. Zakonisht për të mos thënë gjithmonë kemi përdorur si material qepës 5/0 dhe 4/0, duke bërë qepje bashkuse të pjesëve subakute, e dhe e pjesa e lëkurës futet nga brenda si uretre e re. Qepjet bëhen të vetme dhe çdo 3 të tilla njëra bëhet në formë tete që të kemi kështu disa pika të forta të mureve anësore të uretrës së re të formuar. këtu duhet patur shumë kujdes që këto qepje të jenë të sipërfaqshme dhe të mos kapin në të enët ushqyese të lembos së lëkurës, e kështu do të shmangim nekrozën lokale të saj. Kjo uretre e re që duket sikur mbështetet mbi pjesën barkore të penisit krijon pra një defekt të madh të lëkurës për t'u mbuluar dhe duke u nisur nga përvoja jon disa vjeçare, nuk mund të mbulohet me prepucium ose kurën anësore të vetë penisit, sepse gjatë ereksionit do të hapet dhe zbulohet krejtësisht uretra e re dhe dështimi i operimit nga krijimi i fistulave të mëdha dhe zhvillimin e infeksionit lokal, atëherë menduam duke u mbështetur në disa

teknika të përdorur nga autorë të huaj, ta zhysim komplet organin në skrotum.

Pas zhytjes kemi bërë disa qepje subakute midis penisit dhe subkutisit akrotal, gjithmonë këto me vikryl, pasi lemë drenazhe anësore e qepim lëkurën e pensiit me lëkurën akrotale një nga një.

Fëmija i operuar për 10-12 ditë kurohet me antibiotikë, tertësirë fiziologjike 9% e glukozës 5%, vitaminoterapi, qetësues të ndryshëm si edhe preparate hormonale si progesteron 30-60 mlg. në ditë sidomos në adoleshentët, për të shmangur ereksionin në këtë rast. Këto 5 vjetët efundit me këtë metodë të shpjeguar shkurtimisht më sipër kemi operuar me sukses fëmijë. rezultatet janë të mira me rretnikat e tjera të përdorura po nga ne më parë, gjithashtu duhet të theksojmë se kjo metodë është futur gjerësisht në klinikën tonë për kurimin e kësaj sëmundjeje.

Ku kosiston përfaqësia e kësaj metode dhe çfarë duhet të kemi parasysh para, gjatë dhe pas bërjes së saj. Në radhë të parë duhet përgatitja e mirë nga ana e kirurgut operator, pastrimi me kujdes paraoperator lokal i lëkurës skrotale me tretësirë fiziologjike alkool 76°. Në raste kur kemi elemente në urinë duhet bërë mjekimi paraoperator me dezinfektantë urimarë si edhe eksplorimi i vijave urinare qoftë me U.I.V. le ekorenale dhe vezikale për të zbuluar ndoshta ndonjë anomali shoqëruese e hipospadisë.

Më kryesore pas këtyre është që fëmija gjatë 10 ditëve të operuar nuk duhet të urinojë vetë, pra drenazhi suprapubik duhet të punjë mirë dhe kjo sigurohet me marrjen e lëngjeve ose me rrugë parenterale, ose nga goja si edhe domosdoshmëria e marrjes së vitaminës C në sasira të mëdha dhe bërjes së lavazhit të herëpashërshëm me tretësirë fiziologjike dhe neomicinë 1%. Gjithashtu siç thamë më sipër që operimi të shkojë mirë duhet siguruar ruajtja e arboriut ushqyes vazal (të arteries dhe venës) të lembos së lëkurës akrotale që është shumë i pranishëm në zonën e raphe mediane akrotale. Kjo veti na intereson shumë sepse sipas përvojës sonë tanimë, të këtyre viteve nuk kemi patur asnjë nekrozë të lembos së lëkurës skrotale. Në këto ndërhyrje kirurgu duhet të ëjë me sukses të madh përlllogaritjen matematike të vetë gjatësisë së lëkurës që do të marrë, sepse pënvërësisht se kjo lëkurë ka një strukturë anatomike të mirë të favorshme për këtë qëllim si uretrë e re, se shtë me shumë pala dhe ajo menjëherë nuk duhet të jetë e tendosur, jo e hollë. Kjo për arsye se kur formohet uretre ajo vetë ng qepja në të dy anët do të shtrëngohet. po ashtu duhet patur parasysh edhe ereksionin që do të ketë. Atëherë ndodhin shpëputja e qepjeve, tendosja, ishemia lokale dhe nekrozë e saj. Duhet patur parasysh në këto raste edhe lërgimi i prerjes rreth 2-3-4 mm afër vrimës ekzistuese, që të mos presim enët ushqyese që zbresin poshtë, të lëkurës. Një rol pozitiv në shmangien e ndërlikimeve lot edhe bërja e qepjeve me vikryl të hollë dhe agi

atraumatik në largësi 1.5 - 2 mm njëra nga tjetra. Kështu nuk do të krijohen nekrozat e vogla lokale dhe nuk do të kemi mikrofistulat.

Gjithashtu duhet kujdes se pas prerjeve paralele të pjesës barkore të organit mashkullor duhet që pjesa e lëkurës që do të jetë si dyshe me uretrës nga të dy anët duhet të përgatitet 1-2 mm që ajo të jetë e lirë gjatë qepjes me lembon, të ngjitet mirë me të dhe të formojë kolaterale vazale, duke e forcuar këtë uretrë të re.

E rëndësishme si përparësi e kësaj metode mbetet edhe vlera që ka prurja e lembos së lëkurës të ushqyes mirë, sidomos nga vazat kryesore të përmendura më sipër, deri në të dy faqet e kokës së organit dhe tavani i uretrës do të jetë kjo lembo. Fluksi i urinës kur vjen me një presion më të madh nga vetë forca e muskulit detresor të fshikëzës së urinës, nëpërmjet uretrës prostatike ushtron edhe në uretrën e re një farë presioni, sidomos në tavan dhe anash, që në pozicionin fiziologjik nuk do të jetë në rolin e tavanit në qoftë se do të krahasojmë, por do të jetë tanimë në rolin e dyshe me uretrës, ku në të do të ushtrohet një presion dhe kjo do t'i bëjë ballë me sukses se është elastike, e gjerë dhe e hermetizuar mirë gjatë krijimit të saj me qepje vikryl. Kjo do të shmangi fistulimin e kësaj uretre të re, anash dhe poshtë. Gjithashtu pozicioni normal i zhytur i organit shmang shumë ndërlikime, sepse ndihmon që të mos bëhet ereksion fiziologjik në këtë organ. kjo ndodh sepse krahas mjekimit me terapi qetësuese dhe hormonale, lot rol edhe fiksimi i tij me lëkurën akrotale, e cila e pengon mekanikisht këtë organ.

Një rol të madh në mbarëvajtjen e operimit me këtë metodë është se e gjithë uretra e re e formuar është e zhytur thellë në skrotum dhe jo e ekspozuar, duke shmangur edhe infeksionin, edemë etj. Në këtë pozicion të zhytur organi do të qëndrojë 1-2-3 muaj dhe gjatë kësaj kohe uretre e re forcohet mirë dhe formohen mure kolaterale ushqyes të subkutisit të lembos si uretrë dhe subkutisit kolateral.

Përfundime

Pas kësaj periudhe kohe, fëmijët paraqiten për të liru këtë organ. Kjo ndërhyrje tanimë është më e thjeshtë e kryhet duke bërë disa prerje vertikale dhe anësore, për të ekspozuar organin. Ky operim kryhet në anestezi të përgjithshme dhe në klinikën tonë është përdorur me sukses ketalari, pa asnjë ndërlikim. Gjithashtu uretrotastike është bërë me anestezi gjenerale endotrakeale dhe në disa raste me ketalar.

Ditëqëndrimi mesatar në rastet e formimit të uretrës është 12-13 ditë, ndërsa për lirim të organit 2-3 ditë.

Mendojmë se kjo metodë operatoriale e përdorur tani në klinikën tonë na ka dhënë rezultate të mira me rastet që kemi bërë duke patur shumë pak ndërlikime, siç kemi patur me përdorimin e metodave të tjera.

BIBLIOGRAFIA

1. Arap S., Mitre A.: Surgical repair of hypospadias using the M.A.G.P.I. (Duckett), Mustardé and Duplay techniques. J.Ut., 1982, 19, 26.
2. De Sy W.A.: Correction de tout hypospade en un seul temps opératoire. Journée urol. de Neck., Belgique, 1982, 10.
3. Kelalis P.P.: Hypospadias. Journées Urologiques de Necker Rochester 1982, 1.
4. Marberger H.: Posterior hypospadias Surgical techniques and results. Jon. Urol. Innsbruck, 1982, 67, 8c.
5. Minkov N.: Certains aspects du traitement chirurgical des hypospadias postérieurs. J. Urol. Sofia, 1982, 80.
6. Mollard P.: Current treatment of hypospadias. Jon Urol. Lyon 1982, 26.
7. Mustarde J.C.: Hypospadias in the distal third of the penis Plastic and reconstructive surgery. Melbourne, 1971, 356.
8. Tartari F.: Diagnostikimi dhe mjekimi kirurgjikal i hipospadive. Shtëpia Botuese "Naim Frashëri", Tiranë, 1983, 33.