

TRACTAMENT DE LA HIPERTRÒFIA PROSTÀTICA
 PER VIA ENDOSCÒPICA TRANSURETRAL. TÈCNICA
 DE LICHTENBERG HEYWAL. PRIMERS RESULTATS
 OBTINGUTS

pel

Dr. Pere Gausa, cap del Servei

Fins fa pocs anys l'únic tractament eficaç per a guarir la malaltia mal dita Hipertrofia de la pròstata era el tractament quirúrgic que consisteix en l'extirpació de l'adenoma intraprostàtic o periuretral, ja sigui emprant la via perineal o la transvesical. També hi hagué una època que va estar en boga el tractament per la radioteràpia profunda, així com també s'ha intentat per diversos autors l'assaig de diversos medicaments biològics i químics, que, actuant directament o indirectament sobre l'òrgan malalt, provoqués una atrofia de la pròstata. Poc a poc s'anaren rebutjant i solament hi hav'a el tractament quirúrgic com a mètode que dongués uns bons resultats. De totes maneres tots sabem la gran mortalitat que presenta la prostatectomia immediata o llunyana, no per complicacions operatòries pròpiament dites, car s'ha arribat a un perfeccionament tècnic que quasi es poden eliminar, sinó per les complicacions extraordinàries (pulmonars, cardíaques, hepàtiques, etc.), per radicar en organismes vells i tarats. Però, així com aquestes complicacions tenen un atenuant que és el volum i el tamany de l'adenoma prostàtic que fan comprendre que l'afecció és d'impor-

tància, altres vegades és desproporcionat a la malaltia, car el volum de l'obstacle que radica en el coll, és enormement petit, ja sigui perquè els adenomes són de petit tamany, ja sigui perquè l'obstacle és més haviat d'esclerosi o d'estenosi (són els antics malalts denominats per Guyon prostàtics sense pròstata). D'aquí que, degut els progressos de la tècnica endoscòpica, s'ha anat a un perfeccionament en el tractament endoscòpic transuretral, que ha arribat últimament al màxim degut a l'empleu en Urologia dels corrents d'alta freqüència dits "bisturí elèctric". Aquest procediment no tracta directament la malaltia causal, o sigui l'adenoma, sinó que tracta el símptoma retenció urinària secundari, que és a la vegada la causant de totes les molèsties i complicacions greus que presenten els malalts prostàtics. El procediment es basa en creure que el causant de la retenció no és l'adenoma en total, sinó el que els americans en diuen "barra mitja", o bé la forma coneguda de "lòbul mig"; d'aquí que l'extirpació d'aquesta part és suficient perquè el malalt torni a reemprendre la micció, als pocs dies d'efectuada la intervenció endoscòpica transuretral. Tots els aparells emprats per aquesta intervenció estan basats en el mateix, en extirpar la part posterior del cofi, des de la regió supramuntanal de la uretra a la regió mitja del trigon. Nosaltres hem emprat el de Lichtenberg. Hem emprat el bisturí elèctric a base de làmpara i el d'estalladors; tots dos han donat un bon resultat. Quines són les indicacions d'aquest mètode endoscòpic en el tractament de la hipertrofia prostàtica? Està indicat en tots els casos de prostatisme? No creiem en les estadístiques optimistes dels autors americans, que diuen que l'usen en un 90% dels casos, ni tampoc som partidaris dels autors que es mantenen en un criteri refractari al procediment, i continuament sent partidaris del quirúrgic. En el seu just medi, crec que és on podrem obtenir els millors resultats, no sent massa exclusivistes. Creiem que un estudi acurat del malalt i ben explorat urològicament és el que ens dirà quin és el tractament millor a seguir.

Aquest mètode el creiem indicat en els següents casos:

- 1r. Casos d'adenomes de petit tamany que hagin produït retenció aguda o crònica amb o sense distensió.
- 2n. Prostòtics en període de prostatisme amb pròstates també petites.

- 3r. Esclerosi del coll vesical i contractures del mateix, que formen part dels antics "prostàtics sense pròstata" de Guyon.
 - 4rt. Els casos d'Hipertròfia congènita del coll vesical de Marion.
 - 5è. Adenomes de tamany mitjà, amb lòbul mig principalment.
 - 6è. Adenomes de tamany més gros, amb pèssimes condicions orgàniques generals, en els quals una intervenció resulta perillosíssima.
 - 7è. Malalts perfectament operables, però que, per raons especials, prefereixen una intervenció paliativa o transitòria.
- Són contraindicacions d'aquest mètode:
- 1r. Els malats crònicament intoxicats per una retenció antiga, els quals milloraran mitjançant una cistostomia, segons el cas.
 - 2n. Els adenomes de gran tamany constituïts per lòbuls laterals sense lòbul mig.
 - 3r. Les pròstates molt congestives per la facilitat a sagnar al pas del cistoscop. Una aplicació radioteràpica obrarà en aquest cas profilàcticament.
 - 3t. En aquelles pròstates infectades amb petits abscessos i infecció vesical, que no respongui a un tractament amb sonda permanent.
 - 5è. En els prostàtics en què es sospiti una degeneració maligna de l'adenoma, es desaconsellarà immediatament per ineficàç i perillós i perquè pot passar el temps de poder obtenir-se un bon resultat per mitjà del tractament quirúrgic o radioteràpic.

Aquest treball sortirà "in Exteso" en Annals de Medicina o en Ars Médica.