

**Le stenosi possono essere divise in congenito, in infiammatorio, in ischemico, in iatrogeno e traumatico**

**Salute e Benessere**

Inviato da : D.N.

Publicato il : 17/2/2024 9:10:00



La valutazione di un paziente con stenosi uretrale deve partire ad una collezione diligente dei dati del paziente: storia ed esame fisico, fino all'identificazione dell'etiologia della stenosi. L'evento che ha causato la stenosi determina la relativa entità, ed estensione ed è influente nel decidere sul tipo di operazione più

**Attenzione: si raccomanda la visione ad un pubblico adulto, data la natura delle immagini contenute.**



Le stenosi possono essere divise in congenite, in infiammatorie, in ischemiche, in iatrogeniche e traumatiche. La stenosi congenita è quella indicata per le stenosi del uretra anteriore. L'uretra anteriore è una struttura estremamente fragile a un solo strato, epiteliale che poggia su un tessuto spugnoso.

Le stenosi del uretra posteriore sono quasi sempre traumatiche ed il relativo trattamento differisce sostanzialmente da quello indicato per le stenosi del uretra anteriore.

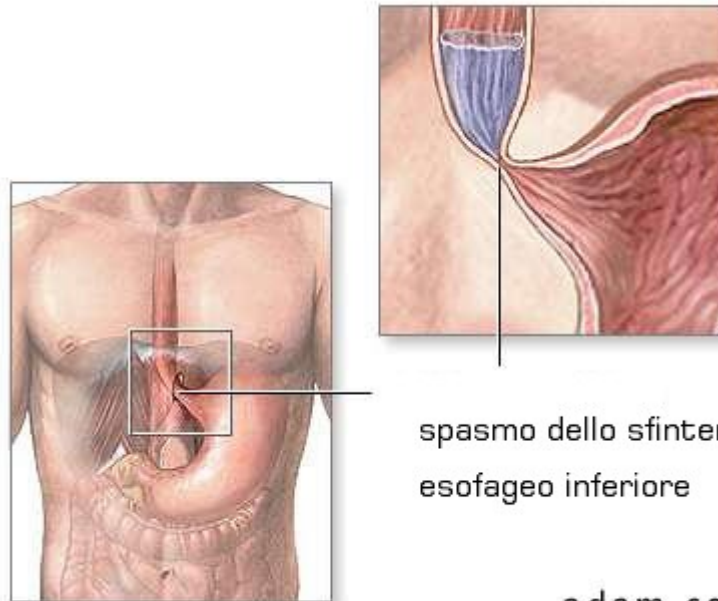
La stenosi congenita implica che persino per piccole lesioni traumatiche della mucosa della uretra favorisce l'infiltrazione di urina nel tessuto spugnoso e che induce un processo, denominato spongiofibrosi, che riduce progressivamente il calibro e l'elasticità della parete uretrale. Lo spongiofibrosi si estende prossimalmente e distalmente riguardo alla stenosi per almeno 1 centimetro ed il tratto uretrale implicato è stato definito da Turner Warwick come "uretra grigio".

Altre presentazioni cliniche di stenosi uretrale includono l'infiammazione urinaria, la prostatite, l'epididimite, e, nei casi più severi, il flemmone periuretrale e la fistola urinaria.

Le stenosi congenite sono estremamente rare ed i loro numeri possono essere sopravvalutate per la tendenza di definire come congenite piuttosto che idiopatiche quelle stenosi per cui non c'è una causa identificabile.

Il sospetto di stenosi congenita è legittimo in presenza degli uomini giovani senza storia di trattamenti, di trauma o di uretrite, che hanno sofferto di enuresi o di altre forme di incontinenza. In questi casi è importante valutare l'apparato urinario superiore ecograficamente e, se necessario, con un IVP ed effettuare un'uretroscopia.

La stenosi infiammatoria: sia per gli stati socio-economici e culturali migliorati della popolazione europea come pure la disponibilità degli anti



spasmo dello sfintere  
esofageo inferiore

adam.com

biotici efficaci ha

ridotto considerevolmente l'incidenza della gonorrea. Gli agenti eziologici dell'uretrite (non gonococcica) non specifica sono urealyticum di ureaplasma e di chlamydia.

In alcuni oggetti l'esame fisico puo' mostrare la presenza di una piastrella biancastra che coinvolge il prepuzio, il pene ed il meato esterno. Questo corrisponde frequentemente alla diagnosi di balanite eretica obliterante, un processo degenerante che inizialmente coinvolge la pelle del pene e dei glande che possono essere il risultato di un'infezione cronica come il burgoferri di Borrelia, uno spirochete. La stenosi comincia nel meato uretrale e puo' estendere ai tratti p' prossimi del uretra anteriore. Il sospetto diagnostico di EXO richiede una biopsia preliminare delle zone o della circoscrittione ritenute sospette prima di continuare a trattare la stenosi. L'etiologia ischemica di stenosi sembra essere il fattore di determinazione nella stenosi uretrale che e' presente nel 22% dei soggetti che hanno subito un intervento cardiocirchirurgico che richiede la circolazione extracorporea. e' stato segnalato che un drenaggio cistostomico suprapubico o un piccolo catetere di Foley riduce l'incidenza di questa complicazione. La stenosi iatrogenica dovrebbe essere ritenuta sospetta nei soggetti che hanno subito la strumentazione uretrale cieca. La penetrazione dei cateteri e della sonda puo' causare lo straraso urinario che puo' provocare spongiofibrosi. La stenosi dell'uretra bulbare si presenta p' in 10% dei pazienti che subiscono la resezione endoscopica della prostata.

La valutazione preliminare dei soggetti deve includere il controllo del meato cos' come la calibratura dell' uretra navicolare.

Una stenosi uretrale ritenuta sospetta dovrebbe essere studiata con uretrocistografia con fase minzionale che permette di avere i dettagli completi circa la posizione, il calibro e la lunghezza della stenosi. Questi studi dovrebbero essere svolti con un mezzo diluito di contrasto, adatto ad infusione endovenosa, per evitare le complicazioni secondarie causate da straraso del mezzo nello spongiosa.

Lo studio deve essere dinamico e dovrebbe essere effettuato a pressione bassa, con il paziente nella posizione a me' laterale. Se la stenosi non e' completamente visibile p' tricotomie possono essere utili. La valutazione con ultrasuoni dell' uretra dopo l'iniezione della gelatina di lubrificazione o salino nel lume e' stata proposta come metodo efficace per studiare la stenosi uretrale. Anche se l'uso sistematico di queste tecniche non e' stato codificato, possono essere considerati un strumento importante dello staging per l'urologo la risonanza magnetica (MRI); essa e' utile per la definizione dell'anatomia pelvica che e' associata frequentemente con stenosi uretrali posteriori traumatiche e, nei casi selezionati, per determinare la profondita' e la densita' del tessuto della cicatrice.

Inoltre, MRI e' essenziale nello staging della stenosi uretrale dell'origine neoplastica. La valutazione endoscopica e' effettuata solitamente sotto l'anestesia locale con uno strumento flessibile o pediatrico.

Lo scopo dello studio e' di verificare le informazioni ottenute durante l'uretrografia e, specialmente, la quantita' di elasticita' dei segmenti uretrali vari ed analizzare il trofismo della mucosa vicino alla stenosi.

#### TRATTAMENTO

L'uretrotomia interna e' indicata in presenza di singola stenosi p' presto di 1 - 1,5 centimetri. Il trattamento e' realizzato sotto l'anestesia epidurale, spinale e richiede la somministrazione della terapia antibiotica finche' il catetere rimane in sede.

L'incisione e' fatta solitamente alle ore 12 in punto dove evitare i danneggiamenti della devascularizzazione. Le complicazioni p' frequenti connesse con uretrotomia visiva sono straraso del liquido di irrigazione nel tessuto spugnoso che puo' essere seguito dal urosepsi nel caso delle stenosi infettate. La disfunzione erettile puo' derivare da curvatura acquisita del pene o da un meccanismo veno-occlusivo alterato come complicazione ritardata di un'incisione eccessivamente profonda. Il laser di Nd:YAG che e' stato utilizzato nel passato presenta lo svantaggio di emissione della radiazione che profondamente penetra il tessuto con una dispersione irregolare. Il KTP 532 sembra essere meno offensivo e p' efficace. Il laser di holmium (Ho:Yag) di cui la radiazione e' altamente assorbibile in acqua e meno penetrante in tessuti, permette di controllare la profondita', dell'irradiazione e genera un'azione emostatica dovuto la bolla del vapore che viene con la formazione di plasma.

Nelle persone sane invece il rischio si corre dopo i 60 anni di et. Spesso il restringimento e' accompagnato da ipertensione e ipercolesterolemia. Etiologia Cause maggiori Le cause di tale stenosi sono la degenerazione e la calcificazione dei lembi valvolari Possono essere dovute a Febbre reumatica, sclerosi idiopatica e cardiopatica congenita Da notare che la stenosi cronica comporta un allargamento del ventricolo sinistro Cause minori Cause rare della stenosi sono da ritrovare in vegetazioni ostruttive di origine infettiva, artrite reumatoide, iperlipoproteinemia omozigote di tipo II, lesioni da radioterapia, malattia di Paget e infine il lupus eritematoso sistemico.

^

Le informazioni qui riportate hanno solo un fine illustrativo: non sono riferibili né a prescrizioni né a consigli medici.

^

^