

PHLEGMONA PERIURETHRALIS

Ивановић Д., Петронић Д., Стефановић Г.
Здравствени центар Косовска Митровица

PHLEGMONA PERIURETHRALIS

Ивановић Д., Петронић Д., Стефановић Г.
Health centre Kosovska Mitrovica

SUMMARY

We presented you six patients suffering from phlegmona periurethralis. It is mens' disease and, in the greatest degree, it appears at stenosis and urethra trauma. The commonest case of this disease are patients suffering from diabetes and those who carry catheter all the time. The appliance of a large doses of antibiotics and early incision with drainage can help patients to be cured. Urine derivation is very important and it must be like minimal cystostomy.

Key words: Phlegmona periurethralis, Stenosis, Trauma, Sepsis, Incision.

САЖЕТАК

Приказано је шест пацијената са периуретралном флегмоном. То је болест мушкараца и најчешће се јавља код стенозе и трауме уретре. Посебно се најчешће јавља код дијабетичара и носиоца сталног катетера. Рана инцизија уз дренажу и примену масивних доза антибиотика долази до излечења. Веома је важна деривација урина која мора бити увек у виду минималне цистостомије.

Кључне речи: Перуретрална флегмона, Стеноза, Траума, Сепса, Инцизија.

УВОД

Периуретрална флегмона је запаљење околуретралног растреситог ткива. Некада је називана "Infiltratio urinae". Због процеса запаљења ткиво је натопљено ексудатом а услед ферментације под дејством клиста долази до појаве урина.

Етиологија: Најчешћи узрочници овог тешког запаљења су из групе *E. coli* и анаероб *B. perfringens*. Периуретрална флегмона се најчешће јавља код пацијената са стенозом и повредом уретре.

Постоје две врсте флегмона:

- горња периуретрална дубока и
- доња периуретрална површна флегмона.

Углавном се најчешће јавља доња површна флегмона и на њу се скоро увек мисли. Овде је процес испод пелвичне дијафрагме.

Симптомоатологија:

- нагли почетак;
- знаци уросепсе;
- локални знаци у виду црвенила и отока;
- локализација на перинеуму и скротуму;

- понекад комплетна ретенција урина или отежано мокрење.

Локални знаци: тврди црвени оток, некроза и осетљивост на притисак, сфацеле коже која се делимично отвара и долази до влажења целог региона и заудара на урин, развија се гас-флегмона. **Дијагноза:** знати стање уретре (анамнеза, пролазност, раније повреде, запаљења, бужирања).

Диференцијално-дијагностички долази у обзир Gangrena Fournier али ова иде увек од гланса пениса и нема трауме нити стенозе уретре.

У периоду од јула 1994. до јула 2004. године лечили смо на нашем одељењу шест пацијената са периуретралном флегмоном. Пацијенти су приказани у табели бр. 1.

Од наших шест пацијената, тројица су били носиоци сталног катетера ("cater life") годинама а двојица су имали Diabetes mellitus Инсулин зависан.

Само код једног пацијента радило се о повреди предње уретре. Остали су имали стенозу уз ношење ста-

Табела 1. - Наши пацијенти са периуретралном флегмоном.

Р. бр. у протокол операција	Име и презиме	Место	Година рођења	Занимање	Операција	Анестезија	Деривација урина
1/94	Б.М.	Лепосавић	1935	пензионер	Incisio et drainage	спинална	Cistostomia minima
242/96	В.Д.	Сочаница	1936	пензионер	Incisio et drainage	спинална	Cistostomia minima
111/98	Б.О.	Лепосавић	1935	радник	Incisio et drainage	спинална	Cistostomia minima
97/99	Ј.Б.	Стануловице - Брус	1933	пензионер	Incisio et drainage	спинална	Cistostomia minima
196/2000	Л.С.	Косовска Митровица	1939	мед. техничар	Incisio et drainage	спинална	спонтано мокрење
75/2004	А.М.	Звечан	1927	пензионер	Incisio et drainage	спинална	Cistostomia minima

лног катетера мањег калибра. Терапија периуретралне флегмоне је општа и локална.



Слика 1. - Оперисани пацијент са периуретралном флегмоном.

Локална терапија: у спиналној анестезији учини се најпре минимална цистостомија и реши деривација урина (сем у једном случају где није било комплетне ретенције урина) а затим се термокаутером чувајући уретру учине обично по једна инцизија латерално на скротум и у средини на скротуму и перинеуму. Контралатерална дренажа уз обилно испирање рана хидрогеном и

повидон јодидом. Нисмо имали serum antigangrenosum. Резови су ишли све до фасције а не дубље јер ова флегмона не пробија исту.

Општа терапија: хидрирање пацијента/инфузије, плазма, Transfusio sanguinis/масивне дозе цефалоспорина и аминогликозида, корекција кардиоваскуларне слабости.

Свакодневно превијање - некада и више пута дневно, локална примена кисеоника. Постоперативни ток више недеља сем код пацијента Л.С.

ЗАКЉУЧАК

Ово је тешко обољење које је најчешће компликација стенозе или пак трауме уретре где је отежана деривација урина. Обољење има септичан карактер и посебно је теже природе са тешком интоксикацијом код дијабетичара и ослабљене отпорности организма као и код носилаца сталног катетера. Најбоље је урадити цистостомију миниму јер тако брже долази до излечења и инцизију и дренажу без икаквог чекања.

ЛИТЕРАТУРА

1. Urologija (Hirurgija mokraćnih organa) - V. S. Marković, Beograd 1997.
2. Povrede urogenitalnih organa - S. Petković, Beograd 1982.
3. Hirurgija polnih organa - J. M. Nikolić, Beograd 2000.