



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΒΙΝΤΕΟ

Παρουσιάσεις Βίντεο 3: ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ (ΒΠ021 - ΒΠ030)

Ημερομηνία: ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 12 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018 ● Ώρα: 10:00-11:30 ● Αίθουσα: Γ

ΒΠ021

Ρομποτικά υποβοηθούμενος οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός μετά από χημειοθεραπεία σε ασθενή με ιστορικό ορχικού τερατώματος

Αχιλλέας Πλουμίδης, Αθανάσιος Πάππας, Ιωάννης Πετρόπουλος, Νίκος Μποντόζογλου, Θεολόγος Μαλαχιάς, Αντώνιος Πλουμίδης

Ινστιτούτο Ρομποτικής & Ενδοσκοπικής Ουρολογίας Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Ο οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός ενδείκνυται σε ασθενείς με μη-σεμινωμάτωσης όγκους των γεννητικών οργάνων και υπολειμματική νόσο μετά από χημειοθεραπεία. Παρόλα αυτά αποτελεί πρόκληση ακόμα και για τους πιο έμπειρους χειρουργούς. Η ρομποτική χειρουργική ανοίγει μια νέα προοπτική στην αντιμετώπιση τέτοιων απαιτητικών χειρουργείων προσφέροντας πολλά πλεονεκτήματα. Παρουσιάζουμε την εμπειρία και την τεχνική μας, καθώς λίγα μόνο χειρουργεία αυτού του τύπου έχουν περιγραφεί.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 25 ετών, υπεβλήθη το Φεβρουάριο του 2017 σε δεξιά ορχεκτομή με βουβωνική προσπέλαση λόγω ψηλαφητού μορφώματος. Το παθολογοανατομικό αποτέλεσμα ανέδειξε όγκο εκ των γεννητικών κυττάρων, του τύπου του αμιγούς τερατώματος σταδίου pT3R0 με φυσιολογικούς καρκινικούς δείκτες. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (CT) στο πρόσθιο παραορτικό χώρο παρατηρήθηκαν πολυάριθμοι λεμφαδένες καθώς και κυστικόμορφος σχηματισμός. Εν συνεχεία ο ασθενής ακολούθησε σχήμα χημειοθεραπείας BEP (3 κύκλους). Σε νέο απεικονιστικό έλεγχο μετά την παρέλευση 6μήνου, ο κυστικόμορφος σχηματισμός και κάποιοι εκ των λεμφαδένων δεν παρουσίασαν μείωση των διαστάσεων τους. Ακολούθησε ρομποτικός οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός δεξιού εγχειρητικού πεδίου (template LND).

Αποτελέσματα: Η χρονική διάρκεια του χειρουργείου ήταν 220 min. Η απώλεια αίματος ήταν 300 cc. Δεν υπήρξαν περιεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η ανάρρωση του ασθενούς ήταν ομαλή και πήρε εξιτήριο τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Ο ρομποτικός οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός είναι μια εφικτή και αποτελεσματική λύση με ελάχιστη νοσηρότητα σε ασθενείς μετά από χημειοθεραπεία.



ΒΠ022

Η ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της ανοιχτής μερικής νεφρεκτομής χωρίς τη διενέργεια ισχαιμίας με την βοήθεια των ραδιοσυχνοτήτων σε ασθενείς με μικρές νεφρικές μάζες

Ιωάννης Ζάχος¹, Κωνσταντίνος Δημητρόπουλος², Αθανάσιος Οικονόμου¹, Αναστάσιος Καρατζάς¹, Στάυρος Γκράβας¹, Ευάγγελος Αραβαντινός¹, Δήμος Γαλιόπουλος³, Βασίλειος Τζώρτζης¹



¹Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα; ²Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Aberdeen, Aberdeen, Scotland; ³Ιδιωτικό Ιατρείο, Φάρσαλα

Εισαγωγή: Να εκτιμήσουμε την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των ασθενών με μικρές νεφρικές μάζες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη με ραδιοσυχνότητες ανοιχτή μερική νεφρεκτομή χωρίς τη διενέργεια ισχαιμίας

Υλικό και Μέθοδος: Συνολικά είχαμε 52 ασθενείς. Στα κριτήρια επιλογής περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς > 18 ετών, με μονήρη νεφρική μάζα μέχρι 4cm. Όλες οι μάζες σύμφωνα με το Renal Nephrometry score system ήταν χαμηλής πολυπλοκότητας. Η μερική νεφρεκτομή γίνεται με ανοικτή εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση μεταξύ 11ης και 12ης πλευράς και τον ασθενή σε πλάγια οσφυϊκή θέση. Αρχικά παρασκευάζονται τα αγγεία του νεφρού και χωρίς τη διενέργεια ισχαιμίας γίνεται η ταυτοποίηση της νεφρικής μάζας. Στη συνέχεια η μάζα περιστοιχίζεται και με τη βοήθεια RF 17G βελόνας δημιουργείται ένα ανάγγειο τμήμα 5mm γύρω από αυτή. Η ίδια βελόνα χρησιμοποιείται για την εκτομή του όγκου και την διενέργεια της μερικής νεφρεκτομής. Τέλος γίνεται αιμόσταση, ενώ σε καμία των περιπτώσεων δεν χρησιμοποιήθηκαν αιμοστατικά ράμματα. Πάντοτε στην αρχή της διαδικασίας γίνεται βιοψία της μάζας.

Αποτελέσματα Συνολικά είχαμε 52 ασθενείς με 52 νεφρικές μάζες (44 άνδρες και 8 γυναίκες) μέσης ηλικίας 60 ετών, που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη με RF μερική νεφρεκτομή χωρίς τη διενέργεια ισχαιμίας, από τον Ιανουάριο 2012 μέχρι το Ιανουάριο 2018. Καμία μετατροπή σε ριζική νεφρεκτομή δεν παρατηρήθηκε. Μέση απώλεια αίματος ήταν 130ml (10 – 250). Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές διεγχειρητικά. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 39 μήνες (6 – 72). Η μέση τιμή του μεγέθους της μάζας ήταν 2,45cm (0.9 – 4) και η βιοψία ανέδειξε 47 διαυγοκυτταρικά καρκινώματα, 3 θηλώδη και 1 ογκοκύττωμα. Ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 5 ημέρες. Στο τελευταίο follow up δεν υπήρχε ένδειξη τοπικής υποτροπής ή προόδου σε μεταστατική νόσο. Θετικά όρια δεν είχαμε σε κανέναν ασθενή ενώ 2 ασθενείς παρουσίασαν διαφυγή ούρων μετεγχειρητικά ο πρώτος κατά την 3η μετεγχειρητική ημέρα και ο δεύτερος 3 εβδομάδες μετά. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση double j stent.

Συμπεράσματα Η διενέργεια μερικής νεφρεκτομής με τη βοήθεια ραδιοσυχνοτήτων, χωρίς ισχαιμία του νεφρικού μίσχου, είναι εφικτή και αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης των ασθενών με μικρές νεφρικές μάζες χαμηλής πολυπλοκότητας.



ΒΠ023

Robotic assisted Retzius spare radical prostatectomy and intra fascial nerve spare preservation

Pavlos Pavlakis, Dimitrios Moschonas, Murthy Kusuma, Christopher Eden
Urology, Nhs Royal Surrey County Hospital, Guildford, United Kingdom

The positive surgical margin learning curve for Retzius-sparing robotic radical prostatectomy.

In common with other centres, the authors have reported significantly better immediate and early urinary continence when using a Retzius-sparing approach for robot-assisted radical prostatectomy (RS-RARP) but this technique is undoubtedly technically challenging and concern exists that oncological results might be jeopardised for short-term functional gain.

This study investigates the effect of experience on the positive surgical margin (PSM) rate following Retzius-sparing robot-assisted RP (RS-RARP) performed by a single surgeon as a surrogate for the technique's likely future oncological performance.

Patients in all 5 groups had a similar age, BMI, PSA, biopsy Gleason, clinical stage and distribution of risk categories. Blood loss, transfusion rate, prostate weight and hospitalization were also similar but mean operating time and catheter duration were shorter in RS patients: 191 (100-300) vs 205 (100-420) mins ($p=0.05$) and 9 (8-9) vs 14 (14-14) days ($p<0.0001$). PSM rates fell progressively for pT2 and pT3 tumors with increasing experience in RS groups (see table). Location and mean PSM length (3.8 (<1-15) & 3.5 (<1-9) mm) were similar in all groups.

The steepest part of the PSM learning curve for RS-RARP appears to be the first 120 cases but, as with many other outcomes measures of RP, the entire duration of the learning experience is likely to be considerably longer.





ΒΠ024

Percutaneous resection of renal pelvis tumors in an academic endourological center

Georgios Georgiadis, Charalampos Mavridis, Charalampos Belantis, Ioannis Eirinaios Zisis, Iordanis Skamagkas, Ioannis Heretis, Charalampos Mamoulakis

University General Hospital of Heraklion, Heraklion

Introduction: Percutaneous resection (PR) may be applied to selected patients with renal pelvis tumors (RPT). Safety-efficacy of the procedure has been documented but it necessitates special expertise in an organized Endourological setting. The aim of this video is to present the technique/special equipment used to optimize PR for RPT at our tertiary academic Endourological center.

Material and Method: An 83-year-old male, in remission from prostate cancer following radiotherapy and repeated bladder tumor resections (left ureteral orifice) presented with left renal colic and clot retention due to uncontrolled hematuria (transfusion of 25 RBC units) leading to acute coronary syndrome necessitating ICU. Persistent hematuria/severe comorbidities imposed minimally invasive approach.

With the patient in lithotomy position, under general anesthesia and fluoroscopic guidance, a 6F ureteral catheter is cystoscopically introduced into the renal pelvis over a 0.038" guidewire. The patient is moved to prone position. Pyelography is performed using methylene blue solution. A carefully selected posterior calyx is punctured using an 18G needle. The needle is introduced at ≈45° degrees within a pre-specified rectangular window of 2cm width, divided by the posterior axillary line, drawn below the 12th rib and above the posterior iliac crest middle. A Sensor™ guidewire is passed to the bladder via the ureter. Access port is dilated with Alken's dilators up to 27F. A 30F Amplatz sheath and a 26F nephroscope is introduced. For optimal visualization of urothelial tumors, Storz Professional Image-enhancement Endoscopic System (SPIESTM) is used. Endoscopic signal is digitally processed through CLARA, CHROMA and SPECTRA A/B modes improving diagnostic ability/users' viewing experience. To further refine visualization/secure body temperature regulation, an irrigation pump is used. RPT are resected and vaporized for better hemostasis. Resection/vaporization is slow, using bipolar circuitry at a low watt setting (100/80). After RPT resection/vaporization, the procedure ends tubeless with antegrade placement of a silicone JJ stent.

Results: Anesthetic management was challenging due to severe comorbidity/poor patient's status (ASA V). Operation time was 60min and the procedure was uneventful. Foley catheter was removed on the 2nd postoperative day and the patient was discharged in good condition one day later. Our patient remained clinically stable, without evidence of recurrence at 18mo follow up. Unfortunately, he recently passed away due to cardiac reasons.

Conclusions: PR is a viable option for carefully selected patients with RPT in experienced hands with good results. This demanding technique necessitates endourological expertise, standardization, and should be attempted in dedicated endourological settings only.



ΒΠ025

Η χρήση του Ιδίους Ελυτροειδούς σαν μόσχευμα επί των σφραγγωδών σωμάτων του πέους μετά από βαλανεκτομή σε επιφανειακό καρκίνωμα της βάλανου

Ιωάννης Βλαχιώτης¹, Γεώργιος Καλογεράκης¹, **Γεώργιος Σούρρος¹**, Μακάριος Παπαδόπουλος¹, Σπυρίδων Νάννος², Περικλής Λάππας¹, Παναγιώτης Λιακόπουλος¹, Δημήτριος Πέτσας¹

¹Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά, Πειραιάς; ²Ιδιωτικό ιατρείο, Σαλαμίνα

Στο παρόν video παρουσιάζεται η λήψη του ιδίους ελυτροειδούς και η χρήση αυτού σαν μόσχευμα σε ασθενή που είχε υποβληθεί σε βαλανεκτομή λόγω επιφανειακού καρκίνου της βάλανου. Η λήψη του ιδίους ελυτροειδούς είναι πιο εύκολη για τον γενικό ουρολόγο και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι εξαιρετικό.



ΒΠ026

Η χρήση δερματικού μοσχεύματος επί των σηραγγωδών σωμάτων του πέους μετά από βαλανεκτομή σε in situ καρκίνο της βαλάνου

Ιωάννης Βλαχιώτης¹, Γεώργιος Καλογεράκης¹, **Γεώργιος Σούρσος¹**, Μακάριος Παπαδόπουλος¹, Σπυρίδων Νάννος², Περικλής Λάππας¹, Παναγιώτης Λιακόπουλος¹, Δημήτριος Πέτσας¹

¹Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά, Πειραιάς; ²Ιδιωτικό ιατρείο, Σαλαμίνα

Στο παρόν Video παρουσιάζεται η βαλανεκτομή σε ασθενή 68 ετών με in situ καρκίνωμα της βαλάνου. Τέλος, η λήψη δερματικού μοσχεύματος και η πλαστική αποκατάσταση των σηραγγωδών σωμάτων του πέους.



ΒΠ027

Εκτομή Ουρητηρικού Στομίου κατά την Νεφροουρητηρεκτομή: Βιντεοπαρουσίαση

Νικόλαος Κωστακόπουλος, Μαρίνος Μπερδεμπές, Τίτος Μαρκόπουλος, Λάζαρος Λαζάρου, Μαρία Ζέρβα, Λάζαρος Τζελέβης, Αλέξανδρος Πινήτας, Κίμων Τσίρκας, Ιωάννης Βαρκαράκης, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης, Ανδρέας Σκολαρίκος
Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Εισαγωγή: Η διουρηθρική εκτομή του ουρητηρικού στομίου και του πέριξ τμήματος της ουροδόχου κύστεως (bladdercuff) στα πλαίσια της ριζικής νεφροουρητηρεκτομής, αποτελεί μία από τις τεχνικές για την αφαίρεση της ενδοκυστικής μοίρας του ουρητήρα.

Υλικό και Μέθοδος: Στην παρουσίαση αυτή αναλύουμε μέσα από βίντεο περιστατικού ριζικής νεφροουρητηρεκτομής της κλινικής μας, τα στάδια και τα τεχνικά στοιχεία, που χρησιμοποιούνται για τη διουρηθρική εκτομή του ουρητηρικού στομίου.

Αποτελέσματα: Όπως παρουσιάζεται στο βίντεο, αρχικά αναγνωρίζεται το ουρητηρικό στόμιο της αποχετευτικής μοίρας που πάσχει από καρκίνο μεταβατικού επιθηλίου. Με τη χρήση της αγκύλης της διπολικής διαθερμίας σηματοδοτούνται τα όρια εκτομής γύρω από το στόμιο. Στη συνέχεια, το στόμιο εκτέμνεται ως το περικυστικό λίπος, ώστε να αφαιρεθεί όλη η ενδοκυστική του μοίρα. Ο αυλός του εναπομείνοντος ουρητήρα σφραγίζεται με τη χρήση της αιμόστασης της διπολικής διαθερμίας. Το σφραγισμένο, «καμένο», άκρο του ουρητήρα εξασφαλίζει την μη απώλεια ούρων στο εγχειρητικό πεδίο έως την ολοκλήρωση της επέμβασης καθώς επίσης και την πλήρη εκτομή όλης της αποχετευτικής οδού καθώς αυτό το άκρο θα αναγνωριστεί διεγχειρητικά. Αφού ολοκληρωθεί η εκτομή του ουρητηρικού στομίου και διαφανεί το περικυστικό λίπος στον πυθμένα του κρατήρα εκτομής, τα τμήματα του ουρητήρα και της κύστης αφαιρούνται και αποστέλλονται για βιοψία. Η διαδικασία ολοκληρώνεται με την αιμόσταση των χειλέων και του πυθμένα του εκταμηθέντος ουροθηλίου με το μανιτάρι και η ολοκλήρωση του ενδοκυστικού τμήματος της επέμβασης. Ακολουθεί η ριζική νεφροουρητηρεκτομή, όπου μετά την παρασκευή του ουρητήρα γίνεται έλξη του ήδη εκταμηθέντος κολοβώματος του.

Συμπεράσματα: Η διουρηθρική εκτομή του ουρητηρικού στομίου στα πλαίσια της ριζικής νεφροουρητηρεκτομής είναι μια ασφαλής και γρήγορη τεχνική, που εξασφαλίζει την πλήρη αφαίρεση του ουρητήρα και την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας υποτροπής στη σύστοιχη αποχετευτική μοίρα ή στην ουροδόχο κύστη.



ΒΠ028

Ριζική Πεκτομή και Περινεϊκή Ουρηθροστομία σε Ca Πέους με διήθηση των σηραγγωδών σωμάτων

Ιωάννης Βλαχιώτης¹, Παναγιώτης Λιακόπουλος¹, **Μακάριος Παπαδόπουλος¹**, Σπυρίδων Νάννος², Γεώργιος Σούρσος¹, Περικλής Λάππας¹, Δημήτριος Πέτσας¹

¹Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά, Πειραιάς; ²Ιδιωτικό ιατρείο, Σαλαμίνα



Στο παρόν Video περιγράφουμε βήμα με βήμα ότι ο ασθενής 76 ετών με Ca Πέους και διήθηση των σπληνικών σωμάτων η ανεύρεση της ουρήθρας, η διατομή αυτής, ο ακρωτηριασμός των σκελών των σπληνικών σωμάτων, η αιμόσταση της περιοχής και τέλος η περινεϊκή ουρηθροστομία και η σύγκλιση του χειρουργικού τραυματος.



ΒΠ29

Επιπλοκές ουρηθροσκόπησης

Ευάγγελος Μαλόβρουβας, Τίτος Μαρκόπουλος, Μαρίνος Μπερδεμπές, Μαρία Ζέρβα, Νικόλαος Κωστακόπουλος, Κωνσταντίνος Σπυρόπουλος, Κίμων Τσίρκας, Αλέξανδρος Πινίτας, Ηρακλής Μητσογιάννης, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης, Ανδρέας Σκολαρίκος

Β' Ουρολογική Κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Αθήνα

Σκοπός: Παρουσίαση περιστατικών με επιπλοκές κατά τη διάρκεια ουρηθροσκόπησης.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική, μη τυχαιοποιημένη, επεμβατική κλινική σειρά ασθενών που υποβλήθηκαν σε επιπλεγμένη ουρηθροσκόπηση. Έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, ανάλυση του διεγχειρητικού βίντεο και επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας εστιάζοντας στη κατανόηση των αιτιών των επιπλοκών, καθώς και στις πιθανές μεθόδους πρόληψης ή/και αντιμετώπισης τους.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται κλινικά περιστατικά. Καταγράφονται μερικές από τις ακόλουθες επιπλοκές: Δυσχερής πρόσβαση, αιμορραγία, false passage σύρματος ασφάλειας από τον ουρητήρα, τραυματισμός του νεφρικού παρεγχύματος από το σύρμα, ψευδοανεύρυσμα, διάτρηση-διατομή του ουρητήρα, στένωση ουρητήρα, αιμάτωμα νεφρού, τμηματική νέκρωση του ουρητήρα, ουροσήψη σχετιζόμενη με την ουρηθροσκόπηση, τρώση του ουρητήρα, παραμονή υπολειμματικών στοιχείων από τμήμα ίνας laser και θραύσμα λαβίδας σύλληψης ή μπάσκετ.

Συμπεράσματα: Παρότι γενικά ασφαλής, η ουρηθροσκόπηση σπάνια εμφανίζει διεγχειρητικές επιπλοκές ποικίλης βαρύτητας. Στην παρούσα κλινική σειρά αναδεικνύονται οι αιτίες τέτοιου είδους επιπλοκών στη προσπάθεια πρόληψης τους στο μέλλον.



ΒΠ030

Είναι πιθανό η χρήση αιμοστατικών clips κατά τη ριζική προστατεκτομή, να αποτελέσει σπάνιο αίτιο στένωσης του αυχένα της ουροδόχου κύστεως;

Βασίλειος Τατάνης, Ναπολέων Μουλαβασίλης, Νικόλαος Τσαγκαρόπουλος, Παναγιώτης Λεβής, Ιωάννης Αναστασίου, Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης, Ιωάννης Αδαμάκης

ΓΝ Αθηνών "Λαϊκό", Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της ενδοσκοπικής αντιμετώπισης στένωσης του αυχένα της ουροδόχου κύστεως, που προκλήθηκε από μετανάστευση αιμοστατικών clips στην περιοχή της κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης, σε ασθενή με ιστορικό ριζικής προστατεκτομής.

Υλικό και Μέθοδοι: Ασθενής 78 ετών υποβλήθηκε σε ριζική προστατεκτομή προ 15ετίας λόγω τοπικά εντοπισμένου αδενοκαρκινώματος προστάτη αδένος Gleason's score= 7(3+4). Ο ασθενής εμφανίζει έντονη ακράτεια από προσπάθεια (3-4 πάνες/ημέρα) με λίγες εκούσιες ουρήσεις από την παρέλευση ενός έτους μετεγχειρητικά έως και σήμερα. Έκτοτε, έχει υποβληθεί σε τρεις επεμβάσεις ενδοσκοπικής εκτομής του αυχένα της ουροδόχου κύστεως, χωρίς ουσιαστικά και διαρκή διαστήματα βελτίωσης.

Παρ' ημίν προσήλθε αιτιώμενος έντονη ακράτεια ούρων και επιδεινούμενα δυσουρικά ενοχλήματα. Η κλινική εξέταση αναδεικνύει ακράτεια προσπαθείας οπότε και υποβάλλεται σε ενδοσκοπικό έλεγχο. Κατά την ουρηθροσκόπηση αναγνωρίζεται ουλώδης στενωτική περιοχή, που αντιστοιχεί στην κυστεο-ουρηθρική αναστόμωση, προκαλώντας στένωση στην περιοχή του αυχένα της κύστεως, οπότε και προγραμματίζεται η διουρηθρική αντιμετώπισή της σε δεύτερο χρόνο. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο, αναδεικνύονται στην ακτινογραφία Νεφρών-Ουρητήρων-Κύστεως, ακτινοσκιερά



σώματα συμβατά με αιμοστατικά clips αντιστοίχως στην περιοχή της κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε διουρηθρική εκτομή του στενωτικού τμήματος του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκε διάβρωση της κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης από τα αιμοστατικά clips τα οποία και αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά. Η επέμβαση ολοκληρώνεται ανεπίπλεκτα.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής εξήλθε με καθετήρα κύστεως την 1η μετεγχειρητική ημέρα, ενώ η όλη μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή. Κατά το follow-up τριμήνου υποβλήθηκε σε ουρηθροσκόπηση χωρίς την ανάδειξη κωλύματος ή λοιπής παθολογίας στην περιοχή της εκτομής. Εκκρεμεί η προγραμματισμένη τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα λόγω παρατεινόμενης ακράτειας προσπαθείας με ανεπαρκή σφιγκτηριακό μηχανισμό. Τα δυσουρικά ενοχλήματα σχεδόν εξαλείφθηκαν μετά την αφαίρεση των clips.

Συμπεράσματα: Η χρήση αιμοστατικών clips κατά τη διενέργεια ριζικής προστατεκτομής, είτε ανοικτά είτε λαπαροσκοπικά/ ρομποτικά υποβοηθούμενα, αποτελεί συνήθη πρακτική. Η μετατόπιση-μετανάστευσή τους αν και βιβλιογραφικά σπάνια, είναι πιθανό να συμβεί χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές, τουλάχιστον στις περισσότερες των περιπτώσεων. Η εγκατάστασή τους ωστόσο στην περιοχή της κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης μπορεί να προκαλέσει ίνωση, λοίμωξη ή/και διάβρωση, προκαλώντας ιδιαίτερο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού και η μεθοδικά στοχευμένη απεικόνιση του ασθενούς μπορούν να αναδείξουν τη συγκεκριμένη επιπλοκή. Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση του προβλήματος με παράλληλη αφαίρεση του ξένου σώματος, εφόσον αυτό αναγνωριστεί, αποτελεί εφικτή και ασφαλή λύση με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η εξοικείωση ωστόσο με το χειρουργικό πεδίο, η διάθεση των κατάλληλων εργαλείων και η άριστη χρήση τους, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχία της ενδοσκοπικής παρέμβασης.

