



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΒΙΝΤΕΟ

Παρουσιάσεις Βίντεο 6: ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ & ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ 4 - ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (ΒΠ047 - ΒΠ058)

Ημερομηνία: ΚΥΡΙΑΚΗ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018 ● Ώρα: 08:30-10:30 ● Αίθουσα: Β

ΒΠ047

Διατήρηση αγγειονευρωδών δεματίων κατά την διάρκεια ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής

Παναγιώτης Μουρμούρης¹, Χρήστος Παπαχρήστου², Μανώλης Μανουσάκης¹, Βασίλειος Μυγδάλης³, Δημήτρης Χαλικόπουλος⁴, Ανδρέας Καραγιάννης¹, Ευάγγελος Μαλόβρουβας¹, Τίτος Μαρκόπουλος¹, Ανδρέας Σκολαρίκος¹
¹2η Ουρολογική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²Ουρολογικό Τμήμα, ΕΛ.ΑΣ., Αθήνα; ³Ουρολογική Κλινική 251 ΓΝΑ, Αθήνα; ⁴3η Ουρολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

Εισαγωγή: Οι δύο κυριότερες επιπλοκές της ριζικής προστατεκτομής εξακολουθούν να είναι οι ίδιες από την πρώτη ανοιχτή επέμβαση μέχρι και σήμερα την ρομποτική: ακράτεια ούρων και στυτική δυσλειτουργία. Οι νεότερες τεχνικές δεν φαίνεται να βελτιώσαν σημαντικά τα ποσοστά αυτών των επιπλοκών. Ένα βασικό βήμα ωστόσο για την διατήρηση ενός βαθμού στυτικής λειτουργίας μετεγχειρητικά είναι η διατήρηση των αγγειονευρωδών δεματίων διεγχειρητικά και η αποφυγή, όσο το δυνατόν, οποιασδήποτε σύνθλιψης ή θερμικής κάκωσής τους που μπορεί να οδηγήσει σε νευροαπραξία.

Ασθενείς-Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Ο ασθενής ήταν 50 ετών και διεγνώσθη με καρκίνο του προστάτη GS 3+4 σε 2 από τα 9 τεμάχια του δεξιού λοβού του προστάτη. Το μέγεθος του προστάτη ήταν 35 cc και το PSA του ασθενούς 2,9. Ο χρόνος της κοσόλας ήταν 130 λεπτά, ο χρόνος χειρουργείου 160 λεπτά, ο χρόνος της διατήρησης των αγγειονευρωδών σωματίων ήταν 25 λεπτά ενώ το EBL ήταν 200 ml. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την 1η μετεγχειρητική ημέρα ενώ ο ασθενής έλαβε εξιτήριο χωρίς να εμφανιστούν μετεγχειρητικές επιπλοκές την 2η μετεγχειρητική ημέρα. Το Foley αφαιρέθηκε την 7η μετεγχειρητική ημέρα. Κατά την διάρκεια της παρακολούθησης το PSA του ασθενούς ήταν μη ανιχνεύσιμο ενώ ο ασθενής ήταν εγκρατής και είχε ικανοποιητική στυτική λειτουργία

Συμπεράσματα: Η διατήρηση των αγγειονευρωδών δεματίων κατά την διάρκεια της ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής είναι απαραίτητη για την διατήρηση της στυτικής λειτουργίας του ασθενούς ενώ δεν αυξάνει σημαντικά την θνησιμότητα της επέμβασης. Εφόσον ογκολογικά είναι επιτρεπτό προτείνεται να πραγματοποιείται σε όλους τους ασθενείς.



ΒΠ048

Ελάχιστα επεμβατική αντιμετώπιση όγκων επινεφριδίου

Ανδρέας Σκολαρίκος¹, **Παναγιώτης Μουρμούρης**¹, Ευάγγελος Φραγκιάδης², Βασίλειος Μυγδάλης⁴, Τάσος Μιχαλάκης⁴, Χρήστος Παπαχρήστου³, Τίτος Μαρκόπουλος¹, Ευάγγελος Μαλόβρουβας¹, Ιωάννης Βαρκαράκης¹, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης¹, Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης²

¹2η Ουρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²1η Ουρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Λαϊκό ΓΝΑ, Αθήνα; ³Ουρολογικό Τμήμα, ΕΛ.ΑΣ, Αθήνα; ⁴Ουρολογική Κλινική 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Σε αυτό το βίντεο παρουσιάζουμε τόσο την λαπαροσκοπική όσο και την ρομποτική αντιμετώπιση ενός όγκου επινεφριδίου σε δύο ασθενείς 67 και 69 ετών αντίστοιχα.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Η λαπαροσκοπική επέμβαση πραγματοποιήθηκε μέσω 3 ports ενώ η ρομποτική μέσω 4 ports (1 για την κάμερα, 2 για τους ρομποτικούς βραχίονες και 1 για τον βοηθό). Ο ασθενής και στις δύο περιπτώσεις τοποθετήθηκε



σε ημιπλάγια θέση με επαρκή σταθεροποίηση αλλά πάντα με προσοχή των σημείων πίεσης και χρησιμοποιήθηκε η διαπεριτοναϊκή προσπέλαση. Τα βήματα της επέμβασης είναι όμοια και για τις δύο τεχνικές. Η επέμβαση ξεκινά με την απώθηση του εντέρου και του σπληνός μέσω διατομής κατά μήκος της γραμμής του Toldt. Ακολουθεί η δημιουργία του πλάνου μεταξύ σπληνός και νεφρού και η αποκάλυψη της άνω επιφάνειας του επινεφριδίου. Μετά την επαρκή παρασκευή του επινεφριδίου και των νεφρικών αγγείων ανευρίσκεται η επινεφριδιακή φλέβα στην ανώτερη επιφάνεια της νεφρικής φλέβας και απολιώνεται. Στη συνέχεια ακολουθεί η Παρασκευή των υπόλοιπων επιφανειών του επινεφριδίων με την χρήση διαθερμίας ή stapler λόγω πολλών επικουρικών αγγείων που μπορούν να υπάρχουν στους ιστούς ανάμεσα στο επινεφρίδιο και στο νεφρό. Στο τέλος πραγματοποιείται προσεκτική αιμόσταση και επισκόπηση για πιθανά σημεία αιμορραγίας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής που υποβλήθηκε στην λαπαροσκοπική επέμβαση ήταν ηλικίας 67 ετών και ο όγκος στο αριστερό επινεφρίδιο ήταν μετάσταση από Ca πνεύμονος μεγέθους 2 cm. Ο χρόνος της επέμβασης ήταν 70 λεπτά ενώ το EBL ήταν 150 ml. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την 1η μετεγχειρητική ημέρα, το ίδιο και το foley. Ο ασθενής έλαβε εξτήριο την 2η μετεγχειρητική ημέρα ενώ δεν παρουσίασε μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ο ασθενής που υπεβλήθη στην ρομποτική επέμβαση ήταν 69 ετών και στον έλεγχο για Ca πνεύμονος ανευρέθη εστία 3 cm στο αριστερό επινεφρίδιο. Ο χρόνος της κοινότητας ήταν 90 λεπτά ενώ ο χρόνος χειρουργείου 120 λεπτά ενώ το EBL ήταν 120 ml. Το foley και η παροχέτευση αφαιρέθηκαν την 1η μετεγχειρητική ημέρα και την ίδια μέρα ο ασθενής έλαβε εξτήριο χωρίς να παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η χρήση των ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών για την αφαίρεση του επινεφριδίου είναι ασφαλής και τεχνικές εφικτές. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτικές του ανοιχτού χειρουργείου σε επιλεγμένους ασθενείς.



ΒΠ049

Σπάνιο περιστατικό συριγγοκήλης των αδένων του Cowper : κλινική παρουσίαση και αντιμετώπιση

Στέφανος Παυλάκης, Ρωμύλος Απασιδής, Χαρίλαος Κωστόπουλος, Αριστείδης Παυλάκης
ΔΟΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Η συριγγοκήλη αποτελεί μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η οποία οφείλεται σε απόφραξη των εκφορητικών πόρων των αδένων του Cowper και εμφανίζεται με “ανοιχτή” ή “κλειστή” μορφή. Αναδρομική μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέδειξε την καταγραφή 32 περιστατικών έως σήμερα. Παρουσιάζεται περιστατικό ανοιχτής συριγγοκήλης και η αντιμετώπισή του.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 19 ετών εμφανίστηκε αιτώμενος απώλεια ούρων μετά την ούρηση. Συστήθηκε μάλαξη του ουρηθρικού βολβού μετά την ούρηση με αποτέλεσμα σημαντική μείωση του προβλήματος. Με αρχική κλινική διάγνωση εκκολπώματος ουρήθρας διενεργήθηκε ουρηθρογραφία η οποία ανέδειξε κυστική διάταση στην περιοχή του βολβού. Στη συνέχεια, ο ασθενής υποβλήθηκε σε ουρηθροσκοπικό έλεγχο ο οποίος επιβεβαίωσε την παρουσία κυστικού σχηματισμού στο οπίσθιο τοίχωμα της βολβικής ουρήθρας, με παρουσία ημιδιαφράγματος, η χαρακτηριστική εικόνα του οποίου έθεσε την διάγνωση ανοιχτής συριγγοκήλης. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με μαρσιποποίηση της συριγγοκήλης με τη χρήση Holmium Nd:Yag Laser με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενιαίας ουρηθρικής κοιλότητας.

Αποτελέσματα: Το άμεσο μετεγχειρητικό λειτουργικό αποτέλεσμα της μαρσιποποίησης της συριγγοκήλης ήταν η επίτευξη απρόσκοπτης ροής ούρων και η διακοπή των απωλειών μετά την ούρηση. Ο ουρηθροσκοπικός έλεγχος 3 μήνες μετά το χειρουργείο επιβεβαίωσε τη διατήρηση ευρείας επικοινωνίας με τον ουρηθρικό αυλό.

Συμπεράσματα: Η μαρσιποποίηση με τη χρήση του Holmium Nd:Yag Laser αποτελεί την θεραπεία εκλογής της συριγγοκήλης με διατηρήσιμα καλά λειτουργικά αποτελέσματα. Λόγω της μη ειδικής συμπτωματολογίας η διάγνωση της συριγγοκήλης μπορεί να παραβλεφθεί και για το λόγο αυτό ενισχύεται η θέση της ουρηθρογραφίας και της εύκαμπτης ουρηθροσκόπησης σε νεαρούς ενήλικες άνδρες με εμμένοντα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό.



ΒΠ050

Ενδοσκοπική αντιμετώπιση ευμεγέθους όγκου του ανώτερου ουροποιητικού σε λειτουργικά μονονεφρό ασθενή

Αχιλλέας Πλουμίδης, **Αθανάσιος Πάππας**, Ιωάννης Πετρόπουλος, Νίκη Γιαννάκου, Αντώνιος Πλουμίδης, Ευάγγελος Ξυλινάς

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

Εισαγωγή-Σκοπός: Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει οδηγήσει σε ευρεία χρήση της ενδοσκόπησης για τους όγκους του ανώτερου ουροποιητικού. Η χρήση της ψηφιακής εύκαμπτης ουρητηροσκόπησης και η δυνατότητα λήψης βιοψίας και εξαίρεσης του όγκου με τη χρήση laser, αποτελεί σημαντική εναλλακτική για ασθενείς με ανατομικά ή λειτουργικά μονήρη νεφρό, για αμφοτερόπλευρους όγκους του ανώτερου ουροποιητικού καθώς και για ασθενείς με σημαντική νεφρική ανεπάρκεια. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό ενδοσκοπικής αντιμετώπισης ευμεγέθους όγκου σε ασθενή με λειτουργικά μονήρη νεφρό.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 63 ετών με λειτουργικό μονήρη αριστερό νεφρό, σημαντική ατροφία του δεξιού νεφρικού παρεγχύματος και οριακή νεφρική λειτουργία (Cr: 1,2 mg/dl) προσήλθε λόγω αναφερόμενης μακροσκοπικής αιματουρίας από 5ημέρου. Κατόπιν απεικονιστικού ελέγχου αναγνωρίστηκε ενδοαυλική αλλοίωση με σκιαγραφική ενίσχυση μεγέθους 3,4 εκ, στο κατώτερο τριτημόριο του αριστερού ουρητήρα και συννοδό διάταση του αριστερού πυελοκαλυκτικού συστήματος. Πραγματοποιήθηκε ουρητηροσκόπηση και κατόπιν λήψης βιοψίας και κυτταρολογικής ούρων, έγινε εκτομή και αφαίρεση με ενδοσκοπικό κάλαθο του όγκου και εξάχνωση αυτού και στην συνέχεια τοποθετήθηκε rig-tail σύστοιχα.

Αποτελέσματα: Το χειρουργείο διήρκησε 154 min και ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (Cr:1,2 mg/dl). Εξήλθε την επόμενη μετεγχειρητική ημέρα. Το παθολογοανατομικό πόρισμα ανέδειξε μη-διηθητικό θηλώδες ουροθηλιακό νεόπλασμα χαμηλού κακοήθους δυναμικού και σταδίου κατά TNM: pT_a Low Grade. Κατά το follow-up (7 μήνες μετά) του ο ασθενής δεν παρουσιάζει υποτροπή της νόσου ή στένωμα του ουρητήρα.

Συμπεράσματα: Η ελάχιστη επεμβατική αντιμετώπιση ουροθηλιακών όγκων του ανώτερου ουροποιητικού με την χρήση laser και ψηφιακού ουρητηροσκοπίου θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχική θεραπευτική επιλογή ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών με μονόνεφρο και κακοήθεια χαμηλού δυναμικού.



ΒΠ051

Πλήρως εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης. Η τεχνική από την σκοπιά του Ουρολόγου

Κώστας Χόνδρος¹, Ευάγγελος Κουντουράκης², Μαρίνα Καλογριδάκη³, Κωνσταντίνος Γραικός¹

¹Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο; ²Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο;

³Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση των βουβωνοκηλών αποτελεί μια εξέλιξη των τελευταίων 2 δεκαετιών έναντι της κλασσικής ανοικτής πλαστικής αποκατάστασης, ενώ σε πολλές χώρες εκτελείται και από Ουρολόγους. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενισχυτικού πλέγματος, ενώ η εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση έχει αρκετά πλεονεκτήματα για τον ασθενή. Στο παρόν βίντεο παρουσιάζεται η δική μας τεχνική στην πλήρως εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική (TEP) αποκατάσταση της βουβωνοκήλης.

Υλικό και Μέθοδος: Κατάλληλοι ασθενείς για TEP λαπαροσκοπική αποκατάσταση μπορεί να είναι άνδρες ή γυναίκες με πρωτοπαθή ή υποτροπιάζουσα βουβωνοκήλη, ευθεία ή λοξή. Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούν το ιστορικό ακτινοβολίας πυέλου, η μεγάλη οσχεοβουβωνοκήλη και οι γενικές αντενδείξεις της λαπαροσκόπησης. Η παχυσαρκία και η μεγάλη ηλικία δεν αποτελούν αντενδείξεις. Ο ασθενής υπό γενική αναισθησία τοποθετείται σε ήπια trendelenburg θέση (~10⁰) με τα δύο χέρια παράλληλα στον κορμό. Τοποθετείται βελόνα Veress στον προκουστικό χώρο του Retzius και επιτυγχάνεται πνευμοεξωπεριτόναιο περίπου 1-2 λίτρων. Στην συνέχεια τοποθετείται με υπομφάλιο τομή το κεντρικό τροκάρ (10χιλ) αρχικά παράλληλα με το δέρμα για 2 εκ και έπειτα με γωνία 45⁰ μέχρι την είσοδο στον προκουστικό χώρο. Η διάνοιξη του χώρου γίνεται με αμβλείς κινήσεις της κάμερας μέχρι να αναγνωριστεί αρχικά η βελόνα κι έπειτα τα δύο σκέλη του ηβικού

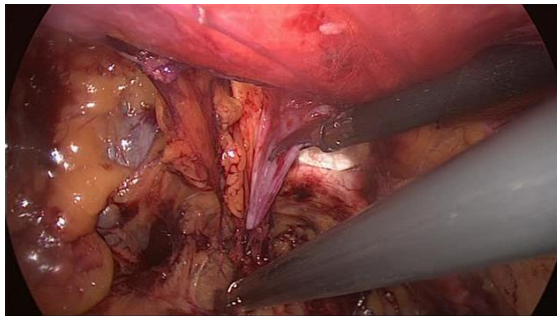


οστού. Στην συνέχεια τοποθετούνται δυο τροκάρ 5χιλιοστών σε σειρά με το κεντρικό και σε απόσταση τουλάχιστον 3 εκ μεταξύ τους και ο χειρουργός παίρνει θέση από την αντίθετη πλευρά της κήλης. Με ένα συνδυασμό διαθερμίας και αμβλέων κινήσεων αναγνωρίζεται ο ιστός που εισέρχεται στην περιοχή της ευθείας βουβωνοκήλης εσωτερικώς των κάτω επιγάστριων αγγείων (εικόνα 1). Η παρασκευή συνεχίζει πλαγίως και αναγνωρίζεται και παρασκευάζονται τα στοιχεία του έσω βουβωνικού στομίου, ενώ απωθείται ο κηλικός σάκκος ή η αναδίπλωση του περιτοναίου προς τα κάτω. Τέλος, τοποθετείται το πλέγμα πολυπροπυλενίου μέσω του κεντρικού τροκάρ, το οποίο μπορεί προαιρετικά να στερεωθεί στον σύνδεσμο του Cooper (εικόνα 2), στην απνεύρωση του εγκάρσιου μυός και στον ορθό κοιλιακό στις περιπτώσεις ευθείας κήλης. Το αέριο απομακρύνεται και υπό άμεση όραση επιβεβαιώνεται η καθήλωση του πλέγματος.

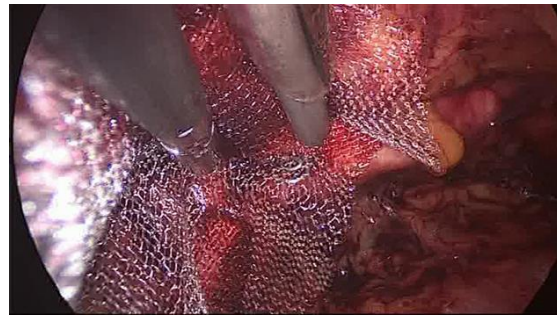
Αποτελέσματα: Η TEP φαίνεται να υπερτερεί ως τεχνική στην αποκατάσταση της βουβωνοκήλης με πολλά πλεονεκτήματα για τον ασθενή: μικρός χειρουργικός χρόνος ~ 45 λεπτά, μηδαμινή απώλεια αίματος, ελάχιστες επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα, αποφυγή εισόδου στην περιτοναϊκή κοιλότητα, ελαττωμένος μετεγχειρητικός πόνος, μικρός χρόνος νοσηλείας, άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η TEP λαπαροσκοπική αποκατάσταση βουβωνοκήλης είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της βουβωνοκήλης που μπορεί να εκτελεσθεί και από κατάλληλα εκπαιδευμένους Ουρολόγους.

ΕΙΚΟΝΑ 1



ΕΙΚΟΝΑ 2



ΒΠ052

Ρομποτική μερική νεφρεκτομή: Τεχνική και αποτελέσματα

Παναγιώτης Μουρμούρης¹, Μανώλης Μανουσάκης¹, Δημήτρης Χαλικόπουλος³, Χρήστος Παπαχρήστου², Τίτος Μαρκόπουλος¹, Μαρίνος Μπερδεμπές¹, Αθανάσιος Παπατσώρης¹, Ανδρέας Σκολαρίκος¹

¹2η Ουρολογική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²Ουρολογικό Τμήμα, ΕΛ.ΑΣ., Αθήνα; ³3η Ουρολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η μερική νεφρεκτομή είναι πλέον η επέμβαση εκλογής για όγκους νεφρού <4 εκ ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί εφόσον είναι εφικτό και για όγκους <7 εκ. Αν ο λαπαροσκοπικός εξοπλισμός είναι διαθέσιμος για την πρώτη κατηγορία ασθενών η επέμβαση συστήνεται από τα EAU guidelines να γίνεται λαπαροσκοπικά. Η ρομποτική τεχνολογία λόγω των πολλών βαθμών ελευθερίας των εργαλείων αλλά και της 3D απεικόνισης προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα για τις επεμβάσεις που απαιτούν συρραφή και επανακατασκευή, μειώνοντας ταυτόχρονα και τον συνολικό χρόνο της επέμβασης. Στο παρόν video παρουσιάζουμε την τεχνική της ρομποτικής μερικής νεφρεκτομής και σχολιάζουμε κάποια βασικά στοιχεία της.

Ασθενείς- Μέθοδοι : Σε τυχαίο έλεγχο ανευρέθη μάζα 4 cm δεξιού νεφρού. Ο ασθενής ήταν 46 ετών και ασυμπτωματικός. Ο λοιπός έλεγχός του ήταν αρνητικός. Κατά την διάρκεια του χειρουργείου ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημιπλάγια θέση, τοποθετήθηκαν 4 ports (2 ρομποτικά, 1 για την κάμερα, 1 για τον βοηθό) και στην συνέχεια ακολούθησε το docking των ρομποτικών βραχιόνων. Μετά την εκτομή κατά την πορεία της γραμμής του Toldt και της απομάκρυνσης του εντέρου πραγματοποιήθηκε επιμελής παρασκευή του κάτω πόλου του νεφρού και ανεύρεση και παρασκευή των νεφρικών αγγείων. Στην συνέχεια ακολούθησε η παρασκευή του όγκου και η οριοθέτηση των ορίων της εκτομής αυτού. Με την βοήθεια λαπαροσκοπικού bulldog πραγματοποιήθηκε η σύγκλιση των νεφρικών αγγείων και ακολούθησε η εκτομή του όγκου. Αφού



ο όγκος αφαιρέθηκε με την χρήση της sliding clip τεχνικής και με την βοήθεια Hem-o-Lock clips διενεργείται η συρραφή του νεφρικού παρεγχύματος σε δύο στρώματα και με συνεχόμενες ραφές.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος της κοσδόλας ήταν 50 λεπτά ενώ ο χρόνος χειρουργείου ήταν 90 λεπτά. Ο χρόνος ισχαιμίας ήταν 20 λεπτά και το EBL ήταν 140 ml. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την 3η μετεγχειρητική ημέρα ενώ το foley την 2η μετεγχειρητική ημέρα. Ο ασθενής δεν παρουσίασε μετεγχειρητικές επιπλοκές και εξήλθε την 4η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε νεφροκυτταρικό καρκίνωμα σταδίου II κατά Fuhrmann ενώ ο ασθενής κατά τον χρόνο της παρακολούθησής του 9 μήνες δεν παρουσίασε σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ούτε σημεία υποτροπής.

Συμπεράσματα: Η ρομποτική μερική νεφρεκτομή είναι μια ασφαλής και τεχνικά εφικτή μέθοδος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική της λαπαροσκοπικής για όγκους νεφρού σταδίου T1a.



ΒΠ053

Ρομποτική πυελοπλαστική : Τεχνική και αποτελέσματα

Χρήστος Παπαχρήστου², Παναγιώτης Μουρμούρης¹, Μαρίνος Μπερδεμπές¹, Μανώλης Μανουσάκης¹, Τίτος Μαρκόπουλος¹, Λάζαρος Λαζάρου¹, Δημήτρης Χαλικόπουλος³, Οδυσσέας Σοτηλίδης³, Ανδρέας Σκολαρίκος¹

¹2η Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²Ουρολογικό Τμήμα, ΕΛ.ΑΣ, Αθήνα; ³3η Ουρολογική Κλινική, Θεραπευτήριο «Υγεία», Αθήνα

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της στένωσης της πυελοουρητηρικής συμβολής είναι εδώ και πολλά χρόνια η μέθοδος εκλογής. Τα αποτελέσματά της είναι εξαιρετικά αλλά η καμπύλη εκμάθησής της είναι αρκετά μεγάλη. Η ρομποτική πλατφόρμα με τους βαθμούς ελευθερίας, την 3D όραση και την ακρίβεια των κινήσεων που προσφέρει μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τον χρόνο που απαιτεί η συρραφή της αναστόμωσης και με αυτόν τον τρόπο να βελτιώσει τα αποτελέσματα της επέμβασης. Ο σκοπός του video αυτού είναι να παρουσιάσουμε την τεχνική μας, να συζητήσουμε τα πιθανώς δύσκολα μέρη της και να σχολιάσουμε τα αποτελέσματά της.

Ασθενείς- Μέθοδοι: Η ασθενής ετών 50 παρουσιάστηκε με ένα βύθιο αλλά ήπιο άλγος Αρ νεφρού. Στον απεικονιστικό της έλεγχο ανευρέθη στένωση της πυελοουρητηρικής συμβολής οφειλόμενη σε έκτοπο αγγείο αλλά με λειτουργικότητα 40% του αριστερού νεφρού. Μετά την τοποθέτηση και σταθεροποίηση της ασθενούς σε ημιπλάγια θέση, τοποθετήθηκαν τα ports (2 ρομποτικά, 1 κάμερα, 1 για τον βοηθό) και στην συνέχεια έγινε το docking της ρομποτικής πλατφόρμας. Η επέμβαση έγινε διαπεριτοναϊκά με απομάκρυνση του εντέρου και παρασκευή του κάτω πόλου του νεφρού. Ανευρίσκεται η γοναδική φλέβα και ο ουρητήρας ο οποίος και ακολουθείται μέχρι την πύελο του νεφρού. Στην συνέχεια διανοίγεται η πύελος, εκτέμεται ο πλεονάζων ιστός και διενεργείται η εκτομή κατά Heyns- Anderson. Με την βοήθεια σύρματος προωθείται JJ stent εντός του ουρητήρα και ακολουθεί η συνεχόμενη ραφή της αναστόμωσης.

Αποτελέσματα: Ο χρόνος κοσδόλας ήταν 60 λεπτά ενώ το EBL ήταν 50 ml. Ο συνολικός χρόνος χειρουργείου ήταν 80 λεπτά. Το foley αφαιρέθηκε την 2η μετεγχειρητική ημέρα ενώ η παροχέτευση την 3η μετεγχειρητική ημέρα όπου επί απουσίας μετεγχειρητικών επιπλοκών η ασθενής έλαβε εξιτήριο. Το JJ stent παρέμεινε για 6 εβδομάδες και 3 μήνες μετά την αφαίρεσή του δεν παρουσιάστηκε διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος ενώ στο σπινθηρογράφημα νεφρών δεν εμφανίστηκαν σημεία απόφραξης.

Συμπεράσματα: Η ρομποτική πλατφόρμα είναι μια ασφαλής και εφικτή εναλλακτική της λαπαροσκοπικής επέμβασης για την αποκατάσταση της στένωσης της πυελοουρητηρικής συμβολής.



ΒΠ054

Ουρητηροκολπικά συρίγγια: Διάγνωση και αντιμετώπιση

Θεόδωρος Μανούσακας³, Γεώργιος Κουσουρνάς^{1,2}, **Παναγιώτης Λεβής¹**, Νικόλαος Σπανός¹, Ιωάννης Αδαμάκης¹

¹Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. "Λαϊκό", Αθήνα; ²Ανδρολογικό Πειραιά, Πειραιάς; ³Γ' Ουρολογικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα ουρητηροκολπικά συρίγγια αποτελούν μία μείζονα επιπλοκή, κυρίως των γυναικολογικών. Η επίπτωσή τους στα ογκολογικά χειρουργεία είναι υψηλή αλλά η πλειοψηφία αφορά σε περιστατικά καλοήθειας. Η διεγχειρητική αναγνώριση μιας ουρητηρικής κάκωσης δημιουργεί τις βέλτιστες προϋποθέσεις για την αντιμετώπισή της, όμως η πλειονότητα των κακώσεων διαλαθεί της προσοχής. Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει τη διαγνωστική προσέγγιση ενός ουρητηροκολπικού συριγγίου αλλά και τις εναλλακτικές αντιμετώπισης μέσα από τρία ενδιαφέροντα περιστατικά.

Υλικό και Μέθοδος: 1.Γυναίκα 44 ετών, μετά από ανοικτή υστερεκτομή λόγω ινομυωμάτων, εμφάνισε κωλικό αριστερού νεφρού την 3η μετεγχειρητική και μικρή απώλεια ούρων τη 15η μετεγχειρητική. Η κυστεοσκόπηση ανέδειξε μια πτύχωση του βλεννογόνου εγγύτατα στο ουρητηρικό στόμιο, ως επί συρραφής. Η ανιούσα πυελογραφία ανέδειξε ουρητηροϋδρονέφρωση και τοποθετήθηκε double-J stent και καθετήρας κύστεως. Η γυναίκα παρέμεινε στεγνή, ενώ μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα άρχισε ξανά να βρέχεται. Η ανιούσα αυτή τη φορά δεν ανέδειξε κώλυμα ή διαφυγή, αλλά κατά την κυστεοσκόπηση ανευρέθηκε ένα κυστεοκολπικό συρίγγιο συστοίχως της αρχικής βλάβης στο κυστικό τοίχωμα.

2.Γυναίκα 48 ετών υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική υστερεκτομή λόγω ινομυωμάτων. Ένα ουρητηροκολπικό συρίγγιο αναπτύχθηκε την 4η μετεγχειρητική εβδομάδα. Η ανιούσα ανέδειξε ουρητηροϋδρονέφρωση κεντρικότερα της βλάβης και η ουρητηροσκόπηση Grade II κάκωση ουρητήρα, πιθανότατα θερμικής αιτιολογίας. Τοποθετήθηκε ένα double-J stent.

3.Γυναίκα 68 ετών, υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική υστερεκτομή για κακοήθεια, κατά την οποία έγινε τρώση και επανεμφύτευση του αριστερού ουρητήρα. Τη 10η μετεγχειρητική, ανέφερε απώλειες από τον κόλπο. Η κυστεοσκόπηση και η ανιούσα πυελογραφία αριστερά δεν ανέδειξαν κάποια παθολογία, ενώ η αξονική πυελογραφία κατέδειξε διάταση του δεξιού συστήματος. Διενεργήθηκε ανιούσα πυελογραφία δεξιά που σκιαγράφησε το συριγγώδη πόρο και τοποθετήθηκε ένα double-J stent.

Αποτελέσματα:

1.Η ασθενής υπεβλήθη σε διακοιλιακή εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση του συριγγίου με σύγχρονη μετεμφύτευση του ουρητήρα.

2.Στον επανέλεγχο μετά από 6 εβδομάδες, η ανιούσα ουρογραφία και η ουρητηροσκόπηση επιβεβαίωσαν την πλήρη επιθηλιοποίηση του ουρητηρικού ελλείμματος.

3.Η ασθενής υπεβλήθη σε ανοικτή αποκατάσταση με μετεμφύτευση του ουρητήρα και χρήση κυστικού κρημνού κατά Boari.

Συμπεράσματα: Τα ουρητηροκολπικά συρίγγια αποτελούν μια σπάνια μεν αλλά απαιτητική κλινική οντότητα, κυρίως στο πλαίσιο της διαγνωστικής προσέγγισης και της αρχικής αντιμετώπισης. Τόσο οι ενδοσκοπικές, όσο και οι ανοικτές επανορθωτικές παρεμβάσεις, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το χρόνο αντιμετώπισης, την κατάσταση των ιστών, την πολυπλοκότητα του περιστατικού και την εμπειρία του χειρουργού. Η διατήρηση ενός αυξημένου βαθμού υποψίας σχετικά με το μηχανισμό της κάκωσης και η εξοικείωση με τις διαθέσιμες τεχνικές αποκατάστασης, είναι σε θέση να οδηγήσουν στη βέλτιστη, βιώσιμη και οριστική λύση.



ΒΠ055

Πλήρης αντικατάσταση του βαλανικού επιθηλίου με υγιές δερματικό αυτομόσχευμα (glans resurfacing) σε μη-διηθητικό in-situ καρκίνωμα του πέους

Αχιλλέας Πλουμίδης¹, Αθανάσιος Πάππας¹, Νίκη Γιαννάκου¹, Θεολόγος Μαλαχιάς¹, Nicolaas Lumen², Αντώνιος Πλουμίδης¹

¹Ινστιτούτο Ρομποτικής & Ενδοσκοπικής Ουρολογίας Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα; ²Department of Urology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium



Εισαγωγή-Σκοπός: Η αντιμετώπιση τόσο του καρκινώματος in-situ της βάλανου του πέους όσο και των προκαρκινωματωδών βλαβών της περιοχής παραμένει μία πρόκληση. Νεότερες χειρουργικές τεχνικές διατήρησης του οργάνου προσφέρουν ικανοποιητικά ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα σε αυτές τις περιπτώσεις. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η προβολή της τεχνικής πλήρους αντικατάστασης του βαλανικού επιθηλίου με υγιές δερματικό αυτομόσχευμα.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 71 ετών προσήλθε με ερυθρότητα βάλανου, εικόνα φλεγμονής και βαλανοποσθικές συμφύσεις. Κατόπιν βιοψίας βάλανου (punch biopsy) διεγνώσθη καρκίνωμα in-situ (cis). Εν συνεχεία υπεβλήθη σε αντικατάσταση του βαλανικού επιθηλίου με υγιές δερματικό αυτομόσχευμα από το μηρό (glans resurfacing). Συγκεκριμένα το επιθήλιο απογυμνώθηκε από την βάλανο, ενώ διατηρήθηκε η ανατομία της περιοχής καθώς και η νεύρωση της. Το μόσχευμα μερικού δερματικού πάχους λήφθηκε από το μηρό και καθηλώθηκε με πολλαπλά ράμματα στη βάλανο. Δημιουργήθηκε νεοστόμιο της ουρήθρας, τοποθετήθηκε καθετήρας foley και υπερηβικός καθετήρας.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής δεν είχε περιεχειρητικές ή μετεχειρητικές επιπλοκές. Το δερματικό μόσχευμα δεν παρουσίασε νέκρωση. Ο καθετήρας foley αφαιρέθηκε την 14η ημέρα και ο υπερηβικός καθετήρας την 21η ημέρα αντίστοιχα. Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης (follow-up) ήταν 24 μήνες. Ο ασθενής ήταν ικανοποιημένος με το αισθητικό αποτέλεσμα και ήταν σε θέση να επιστρέψει στη πρότερη σεξουαλική του δραστηριότητα 6 μήνες μετά. Δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές κατά τη διάρκεια του follow-up.

Συμπεράσματα: Η αντικατάσταση του βαλανικού επιθηλίου με υγιές δερματικό αυτομόσχευμα (glans resurfacing) μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικά ανατομικά και λειτουργικά αποτελέσματα για τον ασθενή, χωρίς να επιβαρύνεται ψυχολογικά και χωρίς να διακυβεύεται ο τοπικός έλεγχος της νόσου. Σημαντικό ρόλο βέβαια παίζει η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.



ΒΠ056

Αποκατάσταση χειρουργηθέντος υποσπαδία με σωληνωτό κρημό ακροποσθίας σε ένα στάδιο. Η τεχνική βήμα προς βήμα

Αχιλλέας Πλουμίδης¹, **Αθανάσιος Πάππας¹**, Χαράλαμπος Φραγκούλης¹, Μαρίνα Κούτουλα¹, Anne-Françoise Spinoit²
¹Ινστιτούτο Ρομποτικής & Ενδοσκοπικής Ουρολογίας Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα; ²Department of Urology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium

Εισαγωγή-Σκοπός: Πολλές χειρουργικές τεχνικές έχουν περιγραφεί για την χειρουργική αποκατάσταση του υποσπαδία. Το στένωμα της ουρήθρας αποτελεί μια από τις συχνές επιπλοκές, ανεξαρτήτου πρωταρχικής χειρουργικής τεχνικής που μπορεί και να εμφανιστεί ακόμα και στην ενήλικη ζωή. Η αποκατάσταση ενός προηγηθέντος χειρουργικά αποτυχημένου υποσπαδία σε ένα στάδιο, αποτελεί πάντα μια χειρουργική πρόκληση.

Υλικό και Μέθοδος: Άνδρας 22 ετών με στένωμα ουρήθρας, μετά από αποκατάσταση υποσπαδία κατά την παιδική ηλικία (2 ετών) και χειρουργική αποκατάσταση επακόλουθου ουρηθροδερματικού συριγγίου σε ηλικία 4 ετών προσήλθε στην κλινική μας με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις από 6μήνου ανθεκτικές στην αντιβιοτική αγωγή. Η μελέτη ροής παρουσίαζε σοβαρού τύπου αποφρακτικά συμπτώματα και υπόλειμμα ούρων μεγαλύτερο των 120 cc. Η τεχνική της επέμβασης περιγράφεται σταδιακά βήμα προς βήμα.

Κατόπιν προσημείωσης του σημείου τομής, το δέρμα του πέους αναστρέφεται με τον κλασικό τρόπο. Ένα επιμήκες άνοιγμα κατά μήκος της ουρήθρας πραγματοποιείται στο σημείο του στενώματος με αφαίρεση της ουλώδους ουρηθρικής πλάκας και εν συνεχεία πραγματοποιείται δημιουργία των βαλκανικών πτυχών. Το μήκος του ουρηθρικού ελλείμματος υπολογίζεται και το αναγκαίο μήκος του κρημού της ακροποσθίας που απαιτείται παρασκευάζεται. Κατόπιν πραγματοποιείται σωληνοποίηση του κρημού της ακροποσθίας και μεταφορά στην κοιλιακή επιφάνεια του πέους, προς σχηματισμό της νεοουρήθρας και αναστόμωση αυτής με το κολόβωμα της ουρήθρας. Εν συνεχεία κατασκευάζεται το νέο στόμιο της ουρήθρας και πραγματοποιείται σύγκλιση της βάλανου. Η νεοουρήθρα καλύπτεται από δεύτερο στρώμα καλά αγγειούμενου κρημού.



Αποτελέσματα: Ο ουρηθρικός καθετήρας αφαιρέθηκε μετά από 6 ημέρες και ο υπερηβικός καθετήρας μετά από 20 ημέρες. Η ανάρρωση του ασθενή ήταν χωρίς επιπλοκές. Το Qmax στη μελέτη ροής αυξήθηκε από 4 ml/sec πριν το χειρουργείο σε 17ml/sec ένα μήνα μετεγχειρητικά με κλασσική κωδωνοειδή καταγραφή.

Συμπεράσματα: Η συνήθης αντιμετώπιση του αποτυχημένου υποσπαδία είναι η επέμβαση σε δυο στάδια κυρίως όταν η ουρηθρική πλάκα είναι ουλώδης ή κατεστραμμένη. Στην περίπτωση επαρκούς δέρματος ακροποσθίας μπορεί η χειρουργική αποκατάσταση να γίνει σε ένα στάδιο.



ΒΠ057

Ρομποτική αντιμετώπιση συνδρόμου Πυελοουρητητικής συμβολής λόγω έκτοπου αγγείου. Μια εναλλακτική θεραπευτική επιλογή μετατόπισης του έκτοπου αγγείου με κρημό από τη νεφρική περιτονία

Αχιλλέας Πλουμίδης, **Αθανάσιος Πάππας**, Ιωάννης Πετρόπουλος, Στέφανος Παυλάκης, Αντώνιος Πλουμίδης
Ινστιτούτο Ρομποτικής & Ενδοσκοπικής Ουρολογίας Αθηνών, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η πιο συνήθης αιτία συνδρόμου πυελοουρητητικής συμβολής (ΠΟΣ) στους ενήλικες είναι ένα έκτοπο αγγείο που διασχίζει έμπροσθεν την πύελο. Η αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί αν γίνει με ανακατασκευή της πυέλου είτε ρομποτικά είτε λαπαροσκοπικά (πυελοπλαστική). Παρουσιάζουμε μια εναλλακτική πρόταση αντιμετώπισης της ΠΟΣ με άρση της πίεσης του αγγείου επί της πυέλου, με τη χρήση κρημού νεφρικής περιτονίας.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα 58 ετών, προσήλθε με εικόνα αποφρακτικής πυελονεφρίτιδας δεξιά. Από τον απεικονιστικό έλεγχο (αξονική πυελογραφία) το πυελοκαλυκτικό σύστημα αναδείχθηκε διατεταμένο εως τη δεξιά πυελοουρητηρική συμβολή. Η πυελοουρητηρική συμβολή αναγνωριζόταν σε επαφή με αρτηριακό κλάδο της δεξιάς κύριας νεφρικής αρτηρίας για τη μεσότητα και κάτω πόλο του δεξιού νεφρού. Αρχικά τοποθετήθηκε rig-tail δεξιά και χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή. Μετά την ολοκλήρωση της αγωγής, ένα μήνα μετά, υπεβλήθη σε ρομποτική επέμβαση αντιμετώπισης του προβλήματος, όπου κατόπιν εκτενήσ παρασκευής της νεφρικής πυέλου και του αγγείου δεν ήταν εφικτή η πυελοπλαστική λόγω επίτασης του κωλύματος σε περίπτωση ανακατασκευής της πυέλου. Η άρση του κωλύματος πραγματοποιήθηκε με μετατόπιση του αγγείου με τη χρήση κρημού από τη νεφρική περιτονία, που περιβρόγγχισε το αγγείο.

Αποτελέσματα: Η διάρκεια του χειρουργείου ήταν 120 λεπτά, η απώλεια αίματος μηδαμινή. Δε χρειάστηκε η τοποθέτηση παροχέτευσης. Η ασθενής εξήλθε την 2η μετεγχειρητική ημέρα σε άριστη κατάσταση. Η ασθενής δεν παρουσίασε ξανά παρόμοια συμπτώματα τους επόμενες 12 μήνες μετεγχειρητικά.

Συμπεράσματα: Η ανακατασκευή της πυέλου αποτελεί θεραπεία εκλογής για την στένωση της ΠΟΣ. Σε περίπτωση που η ανακατασκευή της πυέλου επί έκτοπου αγγείου μπορεί να επιφέρει περαιτέρω επίταση της στένωσης, εναλλακτικές τεχνικές θα πρέπει να αναζητώνται.



ΒΠ058

Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κυστεοκολπικών συριγγίων: παρουσίαση μιας τροποποιημένης τεχνικής

Χαλήλ Αρήφ¹, Εγγίν Κιγιτζή¹, Ζήσης Νάστος¹, Ανδρέας Μαυρίδης², Χρήστος Καλαϊτζής¹, Σταύρος Τουλουπίδης¹, Στυλιανός Γιαννακόπουλος¹

¹Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη; ²Γενική Κλινική "EUROMEDICA", Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα κυστεοκολπικά συρίγγια είναι μια δυσάρεστη επιπλοκή των γυναικολογικών επεμβάσεων, με μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής της ασθενούς και δυσκολία στην αποκατάσταση. Παραδοσιακά, αντιμετωπίζονται με ανοικτή χειρουργική επέμβαση, είτε διακολπικά είτε διακοιλιακά. Παρουσιάζουμε μια τροποποιημένη διαπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική τεχνική αποκατάστασης.



Υλικό και Μέθοδος: Χρησιμοποιούνται 3 trocars (δύο των 11mm και ένα 5mm). Η ουροδόχος κύστη πληρούται με φυσιολογικό ορό, ώστε το οπίσθιο τοίχωμα να προβάλλει επαρκώς. Διανοίγεται το οπίσθιο τοίχωμα της κύστης κάθετα μέχρι το σημείο της κυστεοκολπικής επικοινωνίας. Ακολουθεί παρασκευή και διαχωρισμός του κυστικού τοιχώματος από το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα. Στη συνέχεια εξαιρείται ο ουλώδης ιστός του κυστεοκολπικού συριγγίου. Ακολουθεί συρραφή του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος εγκάρσια με συνεχές ράμμα vicryl 0 και της ουροδόχου κύστης κάθετα σε ένα στρώμα με vicryl 1. Μεταξύ των δύο στρωμάτων παρεμβάλλεται, εάν είναι εφικτό, επίπλουν ή επιπλοϊκή απόφυση σιγμοειδούς.

Αποτελέσματα: Η τεχνική έχει χρησιμοποιηθεί σε 4 ασθενείς. Ο χειρουργικός χρόνος κυμάνθηκε μεταξύ 2 και 3,5 ωρών. Η απώλεια αίματος ήταν αμελητέα. Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές και οι ασθενείς έλαβαν εξιτήριο μεταξύ 1ης και 3ης μετεγχειρητικής ημέρας. Ο καθετήρας κύστης αφαιρείται την 15η μετεγχειρητική ημέρα. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν επιτυχές σε όλες τις περιπτώσεις.

Συμπεράσματα: Η απλοποιημένη τεχνική που περιγράφουμε για την αποκατάσταση κυστεοκολπικών συριγγίων, είναι σχετικά εύκολη, ασφαλής και με εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας. Επιπρόσθετα, προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής και μάλιστα με χαμηλό κόστος.

