



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

### Ελεύθερες Ανακοινώσεις 3: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΦΟΡΑ (ΕΑ029 - ΕΑ042)

Ημερομηνία: ΠΕΜΠΤΗ 11 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018 ● Ώρα: 15:30-17:30 ● Αίθουσα: Γ

#### ΕΑ029

### Συσχέτιση PI-RADS score και GLEASON score στο καρκίνο του προστάτη

Νικόλαος Καραταράκης<sup>1</sup>, Παναγιώτης Σπηλιόπουλος<sup>1</sup>, Γεώργιος Καμπουράκης<sup>1</sup>, Βασιλική Κατσίβα<sup>2</sup>, Μαρία Καραγιάννη<sup>2</sup>, Γεώργιος Λεφάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Γ. Ν. Νικαίας "Αγ. Παντελεήμων", Νίκαια; <sup>2</sup>Τμήμα Μαγνητικού Τομογράφου, Γ. Ν. Νικαίας "Αγ. Παντελεήμων", Νίκαια

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν η συσχέτιση του GLEASON score και της mpMRI ταξινόμησης PIRADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) στο καρκίνο του προστάτη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Κατά τη διετία 2016-2018, 55 ασθενείς με πιθανό νεόπλασμα προστάτη (βάση παθολογικού PSA) υποβλήθηκαν σε πολύ-παραμετρική μαγνητική τομογραφία και ακολούθως σε κατευθυνόμενη διορθική βιοψία.

Κατηγοριοποιήθηκαν απεικονιστικά σε 5 κατηγορίες (1-5), σύμφωνα με το πρωτόκολλο PIRADS V2 & V2.1. ενώ το βιοψικό υλικό ταξινομήθηκε κατά GLEASON score και σύμφωνα με τη πρόσφατη βαθμολογία της ISUR. (Gleason 2-10 & Grade 1-5).

#### Αποτελέσματα

Η ομάδα PIRADS 1 περιελάμβανε 6 ασθενείς, όλοι με αρνητικές βιοψίες.

Η ομάδα PIRADS 2 περιελάμβανε 22 ασθενείς, από τους οποίους 2 (9%) με θετικές βιοψίες. Μία με Gleason 5 (3+2) - Grade 1 και Μία με Gleason 8 (3+5) - Grade 4.

Η ομάδα PIRADS 3 περιελάμβανε 13 ασθενείς, από τους οποίους 6 (46%) με θετικές βιοψίες. Μία με Gleason 5 (3+2) - Grade 1. Τρεις με Gleason 6 (3+3) - Grade 1. Μία με Gleason 7 (3+4) - Grade 2. Μία με Gleason 7 (4+3) - Grade 3.

Η ομάδα PIRADS 4 περιελάμβανε 7 ασθενείς, από τους οποίους 6 (85%) με θετικές βιοψίες. Δύο με Gleason 7 (3+4) - Grade 2. Δύο με Gleason 7 (4+3) - Grade 3. Δύο με Gleason 8 (4+4) - Grade 4.

Η ομάδα PIRADS 5 περιελάμβανε 6 ασθενείς, όλοι (100%) με θετικές βιοψίες, από τις οποίες: Μία με Gleason 6 (3+3) - Grade 1. Δύο με Gleason 7 (4+3) - Grade 3. Μία με Gleason 9 (4+5) - Grade 5. Μία με Gleason 10 (5+5) - Grade 5.

**Συμπεράσματα:** Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ GLEASON score και PIRADS score όσον αφορά την σταδιοποίηση του προστατικού καρκίνου, χωρίς όμως να αποφεύγονται μικρού βαθμού αντικρουόμενα αποτελέσματα. Συνδυασμός των δύο ταξινόμησεων, απεικονιστικής και ιστολογικής, συμβάλει σε ασφαλέστερη διάγνωση και καθοδηγεί τον ουρολόγο στη καταλληλότερη θεραπεία της νόσου.



#### ΕΑ030

### Μπορεί η υπερηχογραφία με ενισχυτή ηχογένειας να υποκαταστήσει την αξονική τομογραφία στην μετεπεμβατική απεικόνιση νεφρικών όγκων;

Κωνσταντίνος Σταματίου, Ιπποκράτης Μοσχούρης, Ραφί Αβακιάν, Κωνσταντίνος Κεφάλας, Σπυρίδων Τζαμαρίας, Ευστάθιος Ζυγογιάννης, Δημήτρης Ζαβραδυνός, Κωνσταντίνος Ζιούτος, Κωνσταντίνος Φωκάς, Βασίλης Πολίτης  
Τζανειο ΓΝΠ, Πειραιάς



Η ικανότητα των απεικονιστικών μεθόδων να εντοπίζουν αλλά και να χαρακτηρίζουν αλλοιώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό μεγιστοποιείται με τη χρήση σκιαγραφικών μέσων. Τα ενδοφλέβια σκιαγραφικά χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια στην αξονική και μαγνητική τομογραφία, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 90 αναπτύχθηκαν κατάλληλες ουσίες για χρήση και στην υπερηχοτομογραφία. Το σκιαγραφικό της υπερηχοτομογραφίας δημιουργεί μικροφουσαλλίδες στο αίμα σε μέγεθος ερυθρού αιμοσφαιρίου, γεγονός που του επιτρέπει να εισέρχεται και στα πιο μικρά αιμοφόρα αγγεία. Οι μικροφουσαλλίδες δημιουργούν σκιάσεις που εντοπίζονται από τη συσκευή των υπερήχων με αποτέλεσμα να γίνεται κατορθωτή η απεικόνιση της μικροκυκλοφορίας των διαφόρων οργάνων. Οι διαφορές της μικροκυκλοφορίας μεταξύ των φυσιολογικών και παθολογικών ιστών επιτρέπει τη διάγνωση διαφόρων παθήσεων. Μεταξύ των πολλών εφαρμογών της, η υπερηχογραφία με ενισχυτή ηχογένειας (Contrast-enhanced ultrasonography-CEUS) χρησιμοποιείται με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα στην ογκολογική απεικόνιση, για την αξιολόγηση του αποτελέσματος θεραπευτικών τεχνικών επεμβατικής ακτινολογίας. Σκοπός εργασίας είναι η παρουσίαση των ευρημάτων της CEUS, όταν αυτή διενεργείται για τον μετεπεμβατικό έλεγχο νεφρικών όγκων

**Αποτελέσματα:** Το υλικό προέρχεται από περιστατικά που έχουν αντιμετωπιστεί και παρακολουθηθεί στο τμήμα μας κατά τα τελευταία 9 έτη και υποβλήθηκαν σε διακαθετηριακό ενδαρτηριακό εμβολισμό νεφρικών όγκων με μικροσφαιρίδια υδρογέλης διαμέτρου 100-700μm ή Θερμοκαυτηρίαση (Radiofrequency ablation, RFA) με ηλεκτρόδιο 17-gauge, ή εγχυση αιθανόλης ή συνδυασμό των παραπάνω. Σε όλους έγινε υπερηχογραφία απλή και με ενδοφλέβια έγχυση ενισχυτή ηχογένειας (εναιώρημα μικροφουσαλλίδων εξαφθοριούχου θείου) και τα ευρήματα συσχετίστηκαν με εκείνα των MDCT. Στις εικόνες που παρουσιάζονται η πλήρης απουσία ενίσχυσης στην CEUS μετά από επεμβατική θεραπεία νεφρικών όγκων είναι ενδεικτική πλήρους νέκρωσης (πλήρους ανταπόκρισης) αυτών. Στοιχεία υπολειμματικής ενίσχυσης στην μετεπεμβατική CEUS είναι ενδεικτικά ατελούς θεραπείας και υπολειμματικού βιώσιμου νεοπλασματικού ιστού. Εξάιρεση αποτελεί η παρουσία λεπτής περιφερικής ενίσχυσης για λίγες εβδομάδες μετεπεμβατικά, η οποία είναι αντιδραστικής αιτιολογίας.

**Συμπεράσματα:** Η CEUS μπορεί να διενεργηθεί αμέσως μετά την επέμβαση (πχ RFA), και εάν αναδειχθεί με σαφήνεια υπολειμματικός ενισχυόμενος όγκος, να επιχειρηθεί επανατοποθέτηση του ηλεκτροδίου στη θέση του υπολείμματος. Έτσι βελτιώνεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα και αυξάνονται οι πιθανότητες για πλήρη νέκρωση του όγκου με μία συνεδρία επεμβατικής θεραπείας.

Η μετεπεμβατική CEUS συνοδεύεται από πολλούς από τους συνήθεις περιορισμούς της υπερηχογραφίας και δεν μπορεί να αντικαταστήσει πλήρως τη CT/MR. Ειδικά όταν διενεργείται αμέσως μετά την επεμβατική θεραπεία, η CEUS επηρεάζεται και από ηχογενή artifacts στη θέση της βλάβης, τα οποία δυσχεραίνουν την εκτίμηση της ενίσχυσης της βλάβης.



## EA031

**Σύγκριση του Narrow Band Imaging σε σχέση με τον ψυχρό λευκό φωτισμό κατά τη διουρηθρική εκτομή όγκου κύστεως. Πρώιμα αποτελέσματα προοπτικής συγκριτικής μελέτης της κλινικής μας**

**Γεώργιος Ζερβόπουλος**, Κωνσταντίνος Μπουρόπουλος, Βασίλειος Κλάφης, Αντώνιος Κασιμαντάς, Σπυρίδων Παπαρίδης, Βασίλειος Κανελλόπουλος, Φίλιππος Βενετσάνος, Νικόλαος Φεράκης  
*NEES Κοργιαλένιο Μπενάκειο, Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Παρουσίαση των έως τώρα αποτελεσμάτων προοπτικής μελέτης που πραγματοποιεί η κλινική μας, η οποία συγκρίνει την τεχνολογία NBI με τον ψυχρό λευκό φωτισμό (WL) στη λήψη βιοψίας από την ουροδόχο κύστη.

**Υλικό και Μεθοδολογία:** Τα κριτήρια ένταξης αφορούν ασθενείς με πρωτοεμφανιζόμενο εύρημα κατά την κυστεοσκόπηση οι οποίοι έρχονταν εκτομής ή βιοψίας. Οι ασθενείς με υποτροπές παλαιών γνωστών όγκων αποκλείστηκαν. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε κυστεοσκόπηση με WL και χαρτογραφήθηκαν τα ευρήματα (mapping). Κατόπιν, ακολούθησε κυστεοσκόπηση με NBI στα όρια των προαναφερθέντων βλαβών και ολόκληρης της κύστεως. Γίνεται διουρηθρική εκτομή των ευρημάτων και τα ιστοτεμάχια αποστέλλονται ξεχωριστά για ιστολογική εξέταση με σαφή διαχωρισμό αν πρόκειται για εύρημα από NBI.



**Αποτελέσματα:** Στην πρώιμη αυτή σειρά αποτελεσμάτων που συμμετέχουν 10 ασθενείς . Σε έναν ασθενή με το NBI αναγνωρίστηκε ύποπτη περιοχή, η οποία ήταν αθέατη με το WL. Ιστολογική επιβεβαίωση δεν υπήρξε . Σε έναν ασθενή με εξέρυθρη περιοχή, το NBI ήταν αρνητικό, στοιχείο το οποίο επιβεβαιώθηκε με την ιστολογική εξέταση.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα πρώιμα αποτελέσματα της μελέτης μας, το NBI παρουσίασε ίση αρνητική προγνωστική αξία με το λευκό φωτισμό. Ωστόσο, λόγω του χαμηλού αριθμού δεν μπορούν να εξαχθούν ακόμη συμπεράσματα αναφορικά με την ακρίβεια της μεθόδου.



## EA032

**Κωλικός του νεφρού. Από την αντιμετώπιση στη διάγνωση σε 10 λεπτά. Είναι εφικτό;**

**Βασίλειος Τατάνης,** Ευάγγελος Φραγκιάδης, Δημήτριος Τζαβέλλας, Χρίστος Ζαμπαύτης, Νικόλαος Τσαγκαρόπουλος, Νικόλαος Σπανός, Σμαράγδα Τσέλα, Ιωάννης Αναστασίου, Κωνσταντίνος Στραβοδήμος, Διονύσιος Μητρόπουλος, Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης  
*ΓΝ Αθηνών "Λαϊκό", Αθήνα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ο κωλικός του νεφρού αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες που οδηγούν τον ασθενή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Gold standard εξέταση για την ανάδειξη του κωλικού του νεφρού είναι η αξονική τομογραφία χωρίς σκιαγραφικό. Εναλλακτική λύση αποτελεί ο συνδυασμός υπερηχογραφικής εκτίμησης της διάτασης του νεφρού και ακτινογραφίας ΝΟΚ. Η διαφοροδιάγνωση γίνεται σε συντομότερο διάστημα με αποτέλεσμα τη γρηγορότερη αντιμετώπιση του ασθενή ή την παραπομπή του στην κατάλληλη ειδικότητα για αντιμετώπιση κάποιας διαφορετικής παθολογίας. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει το ενδεχόμενο διενέργειας της υπερηχογραφικής εκτίμησης άμεσα στο ουρολογικό ιατρείο από τον ουρολόγο με στόχο την περαιτέρω μείωση του χρόνου διαφοροδιάγνωσης.

**Υλικό και Μέθοδοι:** 60 ασθενείς που προσήλθαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κλινική υποψία κωλικού του νεφρού και υπεβλήθησαν σε υπερηχογραφική εκτίμηση της διάτασης του νεφρού από 4 διαφορετικούς ειδικευμένους ουρολόγους. Η εκπαίδευση των ουρολόγων περιελάμβανε μία 2ωρή παρουσίαση και 35 υπερηχογραφικές εκτιμήσεις με επίβλεψη εκπαιδευτή. Στη συνέχεια οι ασθενείς εκτιμήθηκαν από 4 διαφορετικούς ακτινολόγους χωρίς να είναι γνωστό το αποτέλεσμα της πρώτης υπερηχογραφικής εκτίμησης. Η εκτίμηση περιελάμβανε την παρουσία ή όχι διάτασης του νεφρού, καθώς και το βαθμό αυτής. Μελετήθηκαν η ορθότητα στην ύπαρξη διάτασης του νεφρού, η εκτίμηση του βαθμού αυτής στο σύνολο των ασθενών της μελέτης καθώς σε υποομάδες βάσει του BMI.

**Αποτελέσματα:** Στο σύνολο των 60 ασθενών συμφωνία μεταξύ ειδικευμένου ουρολόγου και ακτινολόγου υπήρξε σε ποσοστό 68% (41/60 περιπτώσεις). Χωρίζοντας τους ασθενείς σε υποομάδες βάσει του BMI, στην ομάδα του φυσιολογικού η συμφωνία φτάνει το 75% (18/24), στους υπέρβαρους το 62,5% (15/24) και στους παχύσαρκους το 66,5%. (8/12). Μελετώντας την υπερηχογραφική εκτίμηση του ειδικευμένου ουρολόγου στην ύπαρξη διάτασης του νεφρού σημειώνεται ότι η ευαισθησία ανέρχεται σε ποσοστό 60% (21/35), ενώ η ειδικότητα αγγίζει το 100% (24/24). Η θετική προγνωστική αξία της μεθόδου είναι 1 (21/21) και η αρνητική προγνωστική αξία είναι 0,63 (24/38). Όσον αφορά την εκτίμηση του βαθμού διάτασης του νεφρού, αυτή ήταν σωστή στο 81% (17/21) των περιπτώσεων, ενώ η αποτυχία σχετιζόταν (50%) με την υποομάδα των παχύσαρκων ασθενών (2/4). Υπήρξε 1 περίπτωση στην οποία δεν κατέστη δυνατή η υπερηχογραφική εκτίμηση από τον ειδικευμένο ουρολόγο.

**Συμπεράσματα:** Με τη διενέργεια ενός κατάλληλου προγράμματος εκπαίδευσης, ο ουρολόγος μπορεί να εκτιμήσει και να διαγνώσει υπερηχογραφικά έναν κωλικό του νεφρού με ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας μέσα σε 10 μόλις λεπτά. Αυτό αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο τόσο για την οικονομία του ουρολογικού τμήματος επειγόντων περιστατικών, όσο και για το ακτινολογικό τμήμα. Πάνω από όλα όμως εξυπηρετεί την καλύτερη παροχή υπηρεσιών στον ασθενή.



## EA033

### Υπερηχοτομογραφική εκτίμηση της νεφρικής βλάβης σε διαδερμικές νεφροστομίες

**Αναστάσιος Τσαλαβούτας<sup>1</sup>**, Γεώργιος Κοριτσιάδης<sup>1</sup>, Θεόδωρος Κουράνος<sup>1</sup>, Μακάριος Παπαδόπουλος<sup>2</sup>, Δημήτριος Ερμίδης<sup>3</sup>, Πασχάλης Μπαρμπούτης<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Σεφερλής<sup>1</sup>, Χαρίλαος Κατσιφώτης<sup>1</sup>

*Θριάσιο Νοσοκομείο, Αθήνα; <sup>2</sup>Νοσοκομείο Μεταξά; <sup>3</sup>Γ.Κ. Αθηνών, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Αυξημένη νοσηρότητα από την μη αναγκαία τοποθέτηση νεφροστομιών θα μπορούσε να αποφευχθεί αν υπήρχαν πριν την τοποθέτηση τους υπερηχοτομογραφικά και εργαστηριακά κριτήρια νεφρικής βλάβης. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκαν παράγοντες κλινικοί απεικονιστική και υπερηχοτομογραφικοί νεφρικής βλάβης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Σε 23 ασθενείς τοποθετήθηκαν νεφροστομίες λόγω αποφρακτικής ουροπάθειας, εκτιμήθηκε η νεφρική βλάβη με υπέρηχο και εργαστηριακό έλεγχο (clearance της κρεατινίνης CrCl, β2 μικροσφαιρίνη), και συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου. Αυξημένη ηχογένεια και διάταση που παραμένει μετά την νεφροστομία κατηγοριοποιήθηκε ως διαταραχή του παρεγχύματος.

**Αποτελέσματα:** Η μέση (SD) ηλικία στην ομάδα μελέτης και ελέγχου είναι  $69.8 \pm 14.1$  και  $58 \pm 15.1$   $p > 0.05$  (t-test). Το πάχος του νεφρικού φλοιού  $1.2 \pm 0.4$  cm και το μήκος του  $9.2 \pm 1.6$  δεν επηρεάζουν την νεφρική βλάβη όπως καθορίζεται από την CrCl και β2 μικροσφαιρίνη  $p > 0.05$  (Pearson Corr). Η οποιαδήποτε διαταραχή του νεφρικού παρεγχύματος  $n=15$ , επηρεάζει την νεφρική λειτουργία παρά την τοποθέτηση της νεφροστομίας, control ( $n=9$ )  $1459 \pm 164$  vs καμίας παρεγχυματικής βλάβης ( $n=8$ )  $3550 \pm 1564$  vs οποιασδήποτε βλάβης ( $n=15$ )  $5866 \pm 3364$   $\mu\text{g/L}$  για την β2 μικροσφαιρίνη και  $185 \pm 5.1$ , vs  $151 \pm 26.2$ , vs  $76 \pm 10.2$  για την CrCl  $p=0.001$  και  $p < 0.0001$  (Kruskall-Wallis) αντίστοιχα και για όλες τις συγκρίσεις. Δεν υπάρχει διαφορά στην βλάβη του νεφρικού παρεγχύματος αν συγκριθεί η αυξημένη ηχογένεια με την διάταση που παραμένει μετά από την παρακέντηση.

**Συμπεράσματα:** Μεγάλες διατάσεις που μπορεί να παραμένουν μετά την παρακέντηση και αυξημένη ηχογένεια του παρεγχύματος θα πρέπει να είναι οι κύριοι παράγοντες εκτιμήσεις νεφρικής λειτουργίας και όχι το μήκος και το πάχος του φλοιού.



## EA034

### Ο ρόλος της υπερδραστήριας κύστης και της θεραπείας με αντιμουςκαρινικά στη νυκτερινή ενούρηση σε παιδιατρικούς ασθενείς

**Μερκούριος Κολβατζής<sup>1</sup>**, Κωνσταντίνος-Βάιος Μυτιλέκας<sup>1</sup>, Ιωάννης Αποστολίδης<sup>1</sup>, Αθανάσιος Οικονόμου<sup>2</sup>, Μαρίνα Καλαϊτζή<sup>1</sup>, Ευάγγελος-Ισαάκ Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Απόστολος Αποστολίδης<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Β' Ουρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη; <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Το σύνδρομο υπερδραστήριας κύστης (OAB) και η μειωμένη λειτουργική χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης αποτελούν αναγνωρισμένα αίτια νυκτερινής ενούρησης (NE). Η συχνότητα της OAB στα παιδιά με NE δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και υπάρχουν λίγα δεδομένα σχετικά με την χρήση αντιμουςκαρινικών στη θεραπεία της NE. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αναλύσουμε αναδρομικά τη συμπεριφορά της NE μεταξύ των παιδιατρικών ασθενών σε συνάρτηση με την παρουσία OAB.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αναλύθηκαν δεδομένα παιδιατρικών ασθενών με πρωτεύον σύμπτωμα τη NE που αναζήτησαν θεραπεία στο ιατρείο Λειτουργικής Ουρολογίας Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής. Όλοι είχαν εκτιμηθεί με ιστορικό, κλινική εξέταση, ουροροομετρία, υπόλοιπο ούρων μετά ούρηση (PVR), υπερηχογράφημα ουροποιητικού και 3ήμερο ημερολόγιο ούρησης. Αναλύθηκε η παρουσία της πρωτοπαθούς έναντι της δευτεροπαθούς NE και της μονοσυμπτωματικής NE έναντι του συνδυασμού OAB και NE. Ανασκοπήθηκε η πρώτη γραμμή θεραπεία και αναλύθηκαν συγκριτικά οι παράμετροι του ημερολογίου ουρήσεων και της ουροροομετρίας πριν και μετά την χορήγηση αντιμουςκαρινικού.

**Αποτελέσματα:** Συλλέξαμε δεδομένα από 100 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 8,8 έτη (sd: 2,6). Οι 71 (71%) είχαν πρωτοπαθή ενώ οι 29 (29%) δευτεροπαθή NE. Η μεγάλη πλειψηφία (78%) των παιδιών παρουσίαζαν συνοδά συμπτώματα OAB, που επιβεβαιώθηκαν από το ημερολόγιο ούρησης στο 61%. Συμπτώματα OAB με συνοδό ημερήσια





ακράτεια ούρων αναφέρθηκε στο 40% και επιβεβαιώθηκε με ημερολόγιο ούρησης στο 36%. Το 71% έλαβαν αντιμυοσκαρινικά ως θεραπεία πρώτης γραμμής, ενώ δεσμοπρεσίνη χορηγήθηκε μόνο στο 10%. Συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόστηκε στο 18%. Αν και στατιστικά μη σημαντικό, ο μέσος όγκος ούρησης στην ουροροομετρία αυξήθηκε κατά 23,4% μετά την αντιμυοσκαρινική θεραπεία (159,53ml έναντι 196,89ml,  $p=0,137$ ). Η μέγιστη ροή και το υπολειπόμενο δεν είχαν σημαντικές μεταβολές (19,98ml/s έναντι 23,02ml/s, 12,6ml έναντι 13,10ml, αντίστοιχα). Μετά από 3μηνη θεραπεία, πλήρη ίαση είχε το 25%, ενώ σημαντική βελτίωση είχε το 65% των ασθενών που έλαβε αντιμυοσκαρινικά. τα επεισόδια NE ανά εβδομάδα μειώθηκαν κατά 45,48% ( $P<0,0001$ ) με τα αντιμυοσκαρινικά. Η αλλαγή θεραπείας από δεσμοπρεσίνη σε αντιμυοσκαρινικό μείωσε τα επεισόδια NE ανά εβδομάδα κατά 50,93% ( $p=0,006$ ) ενώ η αλλαγή από δεσμοπρεσίνη σε συμπεριφορική θεραπεία κατά μόλις 19% ( $p=0,38$ ).

**Συμπέρασμα:** Η παρουσία OAB πρέπει να διερευνάται στα παιδιά με NE. Τα αντιμυοσκαρινικά πρέπει να χρησιμοποιούνται ως πρώτης γραμμής θεραπεία σε NE και OAB ενώ η δεσμοπρεσίνη, υπεύθυνη για την βελτίωση των ασθενών με NE σε μικρότερο ποσοστό, θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε ασθενείς με μονοσυμπτωματική NE και με αποδεδειγμένη νυκτερινή πολυουρία.



## EA035

### Αποφρακτική ούρηση σε παιδιά χωρίς ανατομικό κώλυμα: Η θέση της ταμσουλοσίνης

**Χαράλαμπος Μαυρίδης**<sup>1</sup>, Γεώργιος Γεωργιάδης<sup>2</sup>, Χαράλαμπος Μπελαντής<sup>2</sup>, Ιωάννης-Ειρηναίος Ζήσης<sup>2</sup>, Ιορδάνης Σκαμάγκας<sup>2</sup>, Ιωάννης Χαιρέτης<sup>2</sup>, Χαράλαμπος Μαμουλάκης<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Κρήτης Ιατρική Σχολή, Ηράκλειο; <sup>2</sup>Πα.Γ.Ν.Η, Ηράκλειο

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Στο πλαίσιο διερεύνησης παιδιών με συμπτωματολογία από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα χρησιμοποιείται και η ουροροομετρία. Μια σειρά από ερωτήματα και πρακτικές ακολουθούν. Η χορήγηση ενός α-αδρενεργικού αναστολέα, όπως η ταμσουλοσίνη βελτιώνει την ούρηση μέσω της χαλάρωσης των λείων μυϊκών ινών του κυστικού αυχένα και της προστατικής ουρήθρας αφού αναστέλλει τη δράση των αδρενεργικών υποδοχέων. Η χρήση των φαρμάκων αυτών σε παιδιατρικό πληθυσμό δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας χορήγησης off-label ταμσουλοσίνης σε παιδιά.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη παρατήρησης που περιέλαβε 21 παιδιά με αποφρακτική ουροροομετρία, όπως αυτή αξιολογήθηκε με βάση τα νομογράμματα του Miskolc και φυσιολογική ουρηθροκυστεοσκόπηση. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν οι συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού-γεννητικού συστήματος, οι νευρολογικές παθήσεις και η ανεύρεση νιτροδών ή λευκοκυττάρων στην ταινία εξέτασης ούρων. Όλοι οι γονείς έδωσαν πληροφορημένη συναίνεση αφού ενημερώθηκαν πλήρως για την off-label χρήση του φαρμάκου στα παιδιά τους. Στα παιδιά έως 5 ετών χορηγήθηκε ταμσουλοσίνη 0,2 mg και στα μεγαλύτερα 0,4 mg ανά ημέρα. Μελετήθηκε η ασφάλεια της φαρμακευτικής αγωγής (καταγραφή όλων των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών) καθώς και η αποτελεσματικότητα της (επαναληπτική ουροροομετρία 45 ημέρες μετά την έναρξη της αγωγής).

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν συνολικά 21 παιδιά. Η μέση ηλικία ήταν 6,1 έτη. Όλοι οι ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Κανένας δεν εμφάνισε κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια. Παρατηρήθηκε σημαντική υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση ούρησης και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση ταμσουλοσίνης φαίνεται να είναι ασφαλής στον παιδιατρικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα χορήγησης της σε παιδιά με αποφρακτική ούρηση χωρίς εμφανές ανατομικό κώλυμα είναι ενθαρρυντικά αφού φαίνεται να προκύπτει υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση της ούρησης τους. Τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της παρούσας πρέπει να ελεγχθούν σε μελλοντικές καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.



## EA036

### Ο ρόλος της προεγχειρητικής χορήγηση τεστοστερόνης στην χειρουργική αποκατάσταση του υποσπαδία. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

**Ελένη-Αναστασία Νικολαράκη**, Νικόλαος Καμπάς  
Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Η προεγχειρητική χορήγηση τεστοστερόνης πριν από τις επεμβάσεις αποκατάστασης υποσπαδία, περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1971 και παραμένει στοιχείο αντιπαράθεσης έως σήμερα, λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων των επιστημονικών ερευνών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας διαμέσου MEDLINE, PubMed κ.α. κατά την χρονική περίοδο 1982- 2017.

Ο σκοπός της χειρουργικής αποκατάστασης του υποσπαδία είναι η επανάκτηση της ουρήθρας στην κορυφή της βάλανου, καθώς και η επίτευξη ενός ικανοποιητικά λειτουργικού και αισθητικού αποτελέσματος. Το είδος της επέμβασης είναι μια τεχνικά απαιτητική διαδικασία, εξατομικευμένη ανάλογα με το είδος υποσπαδία, παρουσία χορδής, παρουσία ουρηθρικής πλάκας, ικανοποιητική ακροποσθία, επανεπέμβαση και η οριστική απόφαση λαμβάνεται διεγχειρητικά μετά από τεχνητή στύση. Οι συχνότερες επιπλοκές περιλαμβάνουν τη διάσπαση της βάλανου, δημιουργία ουρηθροδερματικού συριγγίου, στένωση του έξω στομίου της ουρήθρας, στένωμα ουρήθρας, εκκόλπωμα ουρήθρας, ανάπτυξη τριχών στην ουρήθρα, μη ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα λόγω παρουσία ουλών, κ.α..

Για τη βελτίωση του χειρουργικού και αισθητικού αποτελέσματος η χρήση προεγχειρητικά ορμονών ( τεστοστερόνης, διυδροτεστοστερόνης, β-χοριακή γοναδοτροπίνη) μόνες ή σε συνδυασμό γίνεται εδώ και δεκαετίες, διότι προσφέρουν προσωρινή αύξηση του μεγέθους του πέους, της περιμέτρου της βάλανου, του μεγέθους της ακροποσθίας, προάγουν την αγγειογένεση με αποτέλεσμα να διευκολύνουν το χειρουργό στην πραγματοποίηση της επέμβασης και θεωρητικά να προσφέρουν λιγότερες επιπλοκές και καλύτερο αποτέλεσμα, το οποίο όμως είναι στοιχείο αντιπαράθεσης.

**Αποτελέσματα:** Τα κριτήρια χορήγησης τεστοστερόνης είναι κυρίως οι εγγύς και πιο βαριές μορφές υποσπαδία, η μικρή περίμετρος βάλανου, μικροφαλία, μειωμένη ουρηθρική πλάκα, όμως το είδος της ορμόνης, ο τρόπος χορήγησης, η δοσολογία, γίνονται εμπειρικά και απουσιάζουν δεδομένα συγκριτικών μελετών. Σημείο αντιπαράθεσης είναι ο χρόνος χορήγησης πριν την επέμβαση διότι αυξάνει τον κίνδυνο διεγχειρητικής αιμορραγίας και επιβραδύνει την επούλωση. Οι κυριότερες παροδικές επιπλοκές τους είναι η επιθετική συμπεριφορά, η τριχοφυΐα της ήβης και η υπέρχρωση των έξω γεννητικών οργάνων, χωρίς όμως να χρειάζεται να διακοπεί η χορήγηση τους, που συνδέονται σε μεγαλύτερο βαθμό με την τοπική χορήγηση τεστοστερόνης. Με την παρεντερική χορήγηση παρατηρείται προβλέψιμη αύξηση των επιπέδων της τεστοστερόνης, ενώ με την τοπική υπάρχουν παραλλαγές. Επιπλέον η επιρροή τους στο τελικό ύψος, μέγεθος του πέους και στο αισθητικό αποτέλεσμα, υπήρξαν θέμα συζήτησης. Αναδρομική μελέτη (μ.ο 18,3 έτη) μη τυχαίοποιημένη με ομάδα ελέγχου του Πανεπιστημίου της Ουτρέχτης (9ος 2017) έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ αυτών που έλαβαν ή όχι τεστοστερόνη.

**Συμπεράσματα:** Από τα αποτελέσματα των υπαρχόντων μελετών δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Πρέπει να σχεδιαστούν τυχαίοποιημένες μελέτες, με μεγαλύτερο αριθμό παρόμοιων σε βαρύτητα ασθενών, όμοιων επεμβάσεων και ομάδες ελέγχου, να καταγράφεται επακριβώς το μέγεθος του πέους, το είδος, η δοσολογία, ο τρόπος και ο χρόνος χορήγησης και τα επίπεδα τεστοστερόνης.



## EA037

### Τα φυσικά αντιοξειδωτικά ρεσβερατρόλη και λυκοπένιο προφυλάσσουν από την εμφάνιση οξείας νεφρικής βλάβης από σκιαγραφικές ουσίες: Αποτελέσματα σε ζωικό μοντέλο

Ειρήνη Φραγκιαδουλάκη<sup>1</sup>, Ιωάννης-Ειρηναίος Ζήσης<sup>1</sup>, Γεώργιος Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Χαράλαμπος Μπελαντής<sup>1</sup>, Χαράλαμπος Μαυρίδης<sup>1</sup>, Ιορδάνης Σκαμάγκας<sup>1</sup>, Ιωάννης Χαιρέτης<sup>1</sup>, Ντράγκανα Νικότοβιτς<sup>3</sup>, Ιωάννης Τσιαούσσης<sup>4</sup>, Αλεξάνδρα Καλογεράκη<sup>5</sup>, Χριστίνα Τσιτσιμπίκου<sup>6</sup>, Αριστείδης Τσατσάκης<sup>2</sup>, Χαράλαμπος Μαμουλάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>2</sup>Εργαστήριο Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>3</sup>Εργαστήριο Ανατομίας-Ιστολογίας-Ευβρυολογίας, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>4</sup>Τμήμα Ανατομίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>5</sup>Τμήμα Παθολογίας-Κυτταροπαθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>6</sup>Τμήμα Επικίνδυνων Ουσιών, Γενικό Χημείο του Κράτους, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η νεφροπάθεια από σκιαγραφικά (contrast-induced nephropathy, CIN) αποτελεί αναστρέψιμη οξεία νεφρική βλάβη που παρατηρείται μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ιωδιούχων σκιαγραφικών ουσιών (contrast media, CM) κατά τη διάρκεια αγγειογραφικών ή άλλων ιατρικών πράξεων όπως η ουρογραφία. Η CIN χαρακτηρίζεται από αύξηση βασικών επιπέδων κρεατινίνης ορού (sCr)>25%, εντός των πρώτων 48h μετά τη χορήγηση του CM, φτάνοντας μέγιστη τιμή στις επόμενες 5 ημέρες. Η επίπτωση είναι  $\leq 1\%$  αλλά σε ασθενείς υψηλού κινδύνου προσεγγίζει το 15% αυξάνοντας τη θνησιμότητα, το χρόνο νοσηλείας και τη θνητότητα. Η ακριβής παθοφυσιολογία δεν είναι κατανοητή. Κύριοι μηχανισμοί θεωρούνται η άμεση τοξική δράση των CM στα επιθηλιακά κύτταρα των νεφρικών σωληναρίων, η ισχαιμία του νεφρικού μυελού λόγω αιμοδυναμικών μεταβολών, η απελευθέρωση ελεύθερων ριζών οξυγόνου (ROS) και η μείωση παραγωγής νιτρικού οξειδίου (NO). Αρκετές στρατηγικές πρόληψης έχουν μελετηθεί όπως η ενυδάτωση και η χρήση αντιοξειδωτικών όπως το NaHCO<sub>3</sub>, η Ν-ακέτυλ-κυστεΐνη, η βιταμίνη C και οι στατίνες. Ωστόσο, η αξία τους πλην αυτής του NaHCO<sub>3</sub> είναι αμφιλεγόμενη δικαιολογώντας περαιτέρω έρευνα. Η ρεσβερατρόλη (RVT) και το λυκοπένιο (Lyc) είναι φυσικά αντιοξειδωτικά που βρίσκονται μεταξύ άλλων σε υψηλές συγκεντρώσεις στο φλοιό των ερυθρών σταφυλιών και στην τομάτα, αντίστοιχα. Η δυναμική προφυλακτική δράση έναντι της CIN έχει καθόλου έως ελάχιστα μελετηθεί μέχρι σήμερα in vivo για την RVT και το Lyc, αντίστοιχα. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της συμβολής των RVT και Lyc στην πρόληψη της CIN.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αρσενικά λευκά κουνέλια τύπου New Zealand χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: A) control, B) CM (ιοπρομίδη: Ultravist® 370), C) CM+RVT, D) CM+Lyc. Το CM χορηγήθηκε ενδοφλέβια (7,5 mg/1/Kg εφάπαξ), η RVT και το Lyc per os (4,28 και 4,0 mg/kg εφάπαξ, αντίστοιχα) 24h πριν τη χορήγηση του CM. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος: t<sub>0</sub>=0h (αμέσως μετά χορήγηση CM), t<sub>1</sub>=24h, t<sub>2</sub>=48h (μετά χορήγηση CM) και οι νεφροί (t<sub>2</sub>). Μετρήθηκαν επίπεδα sCr και αναστολέων σύνθεσης των NO (ασύμμετρης/συμμετρικής διμεθυλαργινίνης: ADMA/SDMA) με υψηλής απόδοσης υγρή χρωματογραφία. Μελετήθηκε γονοτοξικότητα/κυτταροτοξικότητα σε λεμφοκύτταρα περιφερικού αίματος (t<sub>2</sub>): καταμέτρηση μικροπυρήνων (MN), διπύρηνων κυττάρων με μικροπυρήνες (BNMN) και δείκτη ρυθμού πολλαπλασιασμού (CBPI)). Η βλάβη των νεφρικών ιστών ελέγχθηκε με τη μέθοδο touch preparation.

**Αποτελέσματα:** Αύξηση των βασικών επιπέδων sCr>25% παρατηρήθηκε μόνο στην B, (t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub>). Τα επίπεδα ADMA/SDMA ήταν σημαντικά αυξημένα στην B συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες (t<sub>0</sub>-t<sub>1</sub>), με τάση επανόδου στο φυσιολογικό (t<sub>2</sub>). Σημαντική αύξηση MN/BNMN και μείωση CBPI παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα B. Μόνο τα δείγματα της B εμφάνισαν σοβαρή νεφρική βλάβη (κενοτοπιώδης εκφύλιση/απόπτωση νεφρικών σωληναρίων).

**Συμπεράσματα:** Η RVT και το Lyc προφυλάσσουν από την εμφάνιση CIN.



## EA038

### Πρότυπα ποιότητας στην ουρολογία

**Ιορδάνης Σκαμάγκας<sup>1</sup>**, Χαράλαμπος Μαυρίδης<sup>1</sup>, Γεώργιος Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Χαράλαμπος Μπελαντής<sup>1</sup>, Ιωάννης-Ειρηναίος Ζήσης<sup>1</sup>, Ιωάννης Χαιρέτης<sup>1</sup>, Γεώργιος Αυγενάκης<sup>1</sup>, Ελευθερία Γιαννίτση<sup>1</sup>, Δήμητρα Πανταρτζή<sup>1</sup>, Μαρία Πετροδασκαλάκη<sup>2</sup>, Σταύρος Συνοδινός<sup>3</sup>, Χαράλαμπος Μαμουλάκης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>2</sup>Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτης; <sup>3</sup>Αρίστη Συμβουλευτική, Δνση Μελετών, Ηράκλειο Κρήτης

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Κλινικής είναι δύσκολη και οφείλει να είναι τεκμηριωμένη. Η τεκμηρίωση επιτυγχάνεται με την πιστοποίηση. Παρά την αυξανόμενη τάση έκδοσης πιο εξειδικευμένων προτύπων ποιότητας, το ISO 9001:2015 είναι το πλέον διαδεδομένο. Η Διεύθυνση της Κλινικής σε συνεργασία με τη Διοίκηση του Νοσοκομείου προχώρησε στη μελέτη/εγκατάσταση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001:2015 για παροχή διαγνωστικών, θεραπευτικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών καθώς και για παραγωγή επιστημονικού έργου, ερευνητική δραστηριότητα και παροχή εκπαιδευτικών υπηρεσιών από την Κλινική και τις Ειδικές Μονάδες της (Μη Επεμβατικής Ουρολογίας-Λιθοθρυψίας & Κυστεοσκοπήσεων-Ουροδυναμικής). Η διαδικασία υλοποιήθηκε (2017) μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας του Πανεπιστημίου μας από συγκεκριμένο αναπτυξιακό πρόγραμμα της Κλινικής, αποτελεί δε πρώτη περίπτωση πιστοποίησης Ουρολογικής Κλινικής Δημόσιου Νοσοκομείου. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας από την εφαρμογή του ISO 9001:2015 στην Κλινική μας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η διαδικασία ξεκίνησε με διάθεση στο ιατρο-νοσηλευτικό-διοικητικό προσωπικό εντύπου ανώνυμης αυτοαξιολόγησης/κατάθεσης προβλημάτων-προτάσεων βελτίωσης. Ακολούθησε επεξεργασία από τον σύμβουλό μας. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν σε ανοικτή συγκέντρωση αποτελώντας βάση σχεδιασμού του συστήματος ποιότητας. Μέσα από μία 12-μηνη πορεία επίπονης εργασίας με συναντήσεις ανά 15νήμερο περίπου δομήσαμε ένα σύστημα ποιότητας που αποτελείται από 14 διαδικασίες, 2 οδηγίες εργασίας, 17 έντυπα, 13 διοικητικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα. Στο σύστημα έχουν ενταχθεί 24 προβλεπόμενα από το Υπουργείο Υγείας έντυπα και 29 κλινικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα που έχουν εκδοθεί από την ΥΠΕ. Το προσωπικό εκπαιδεύτηκε συστηματικά στη τήρησή τους και με υποδείξεις-παρατηρήσεις βοήθησε στη βελτίωση του συστήματος ποιότητας.

**Αποτελέσματα:** Μέσα από ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών η Κλινική βαθμολογήθηκε με 9,1/10 (υποδοχή/διαμονή), 9,8/10 (ιατρική παρακολούθηση), 9,3/10 (νοσηλευτική φροντίδα) και 9,2/10 (γενική εξυπηρέτηση). Παρακολουθούνται δείκτες ποιότητας σχετιζόμενοι με την ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα (ποσοστά πτώσεων-εμπυρέτων, σχετιζόμενη με τη βαρύτητα εισαγωγής θνητότητα κ.α.). Μέσα από συσκέψεις προσωπικού παρουσιάζεται η πρόοδος των δεικτών και αποφασίζονται ενέργειες με στόχο τη βελτίωση. Η λειτουργία της Κλινικής έχει παραμετροποιηθεί και έχει κατακτηθεί η συναντίληψη. Με την εφαρμογή πρότυπου ποιότητας τέθηκαν μελλοντικοί στόχοι: α) Συμμετοχή περισσότερου προσωπικού στην καταγραφή προβλημάτων/προτάσεων βελτίωσης, β) Παρακολούθηση επίτευξη ερευνητικών στόχων μέσω προβλεπόμενων διαδικασιών, γ) Επίτευξη υψηλότερης βαθμολογίας ικανοποίησης, δ) Πιστοποίηση με το πρότυπο EN 15224, ώστε να εισαχθεί στη λειτουργία η έννοια του κλινικού κινδύνου, υιοθετώντας επιστημονικά καταχωρημένα πρωτόκολλα στη καθημερινή διαγνωστική/θεραπευτική πράξη.

**Συμπεράσματα:** Η πιστοποίηση του συστήματος ποιότητας μιας Ουρολογικής Κλινικής Δημόσιου Νοσοκομείου είναι δύσκολη αλλά εφικτή. Μπορεί να στεφθεί με επιτυχία παρά τις οργανωτικές-τεχνικές δυσκολίες/έλλειψη πόρων. Τα οφέλη είναι πολλά όπως η ενίσχυση αποτελεσματικότητας οργανωτικής δομής-βελτίωση επικοινωνίας εντός/εκτός νοσοκομείου.







## EA039

### Η υπογονιμότητα της γυναίκας επιδεινώνει τη σεξουαλική λειτουργία του ζευγαριού

Αθανάσιος Ζαχαρίου<sup>1</sup>, **Μαρία Φιλιπώνη**<sup>2</sup>, Χαράλαμπος Μαμουλάκης<sup>3</sup>, Φώτιος Δημητριάδης<sup>4</sup>, Σωτήριος Σκούρος<sup>1</sup>, Ιωάννης Γιαννάκης<sup>1</sup>, Ανδρέας Καραγιάννης<sup>1</sup>, Παναγιώτα Τσουνάπη<sup>5</sup>, Atsushi Takenaka<sup>5</sup>, Νικόλαος Σοφικίτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα; <sup>2</sup>Κ.Α.Α. ΕΥ ΠΡΑΤΕΙΝ - ΚΕΝΤΑΥΡΟΣ, Βόλος; <sup>3</sup>Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο; <sup>4</sup>Α Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη; <sup>5</sup>Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Totтори, Yonago, Ιαπωνία

**Εισαγωγή:** Το ποσοστό των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας είναι 10-18% παγκοσμίως. Τις περισσότερες φορές η υπογονιμότητα βιώνεται στη γυναίκα ως κρίση ή αποτυχία στη ζωή του ζευγαριού. Είναι γνωστό επίσης ότι η υπογονιμότητα ελαττώνει τη σεξουαλική επιθυμία στη γυναίκα και σεξουαλική επαφή υπάρχει κυρίως τις γόνιμες ημέρες με μοναδικό στόχο τη σύλληψη. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επίδρασης της γυναικείας υπογονιμότητας στη σεξουαλική λειτουργία του ζευγαριού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 ετών αξιολογήθηκαν 190 ζευγάρια μέσης ηλικίας 32,5 ετών ( $\pm 10$  έτη). Η ομάδα Α περιλάμβανε 95 υπογόνιμα ζευγάρια και η ομάδα Β (control group) 95 γόνιμα ζευγάρια. Όλες οι γυναίκες της ομάδας Α παρουσίαζαν πρόβλημα υπογονιμότητας αλλά καμία από αυτές δεν είχε υποβληθεί σε δοκιμασία τεχνητής γονιμοποίησης ή είχε λάβει κάποια θεραπεία για την υπογονιμότητα.

Οι άνδρες αξιολογήθηκαν ως προς τη συχνότητα των επαφών και τη σεξουαλική ικανοποίηση χρησιμοποιώντας την οπτική κλίμακα Likert (1 έως 5 βαθμοί). Η σεξουαλική λειτουργία των ανδρών αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο IIEF-Gr, το οποίο αποτελείται από 15 ερωτήσεις και εκτιμά τη στυτική λειτουργία, τον οργασμό, την επιθυμία, τη σεξουαλική ικανοποίηση και τη συνολική ικανοποίηση.

Τέλος, η σεξουαλική λειτουργία των γυναικών αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο Female Sexual Function Index (FSFI-Gr), το οποίο αποτελείται από 19 ερωτήσεις και εκτιμά την επιθυμία, τη διέγερση, την ύγρανση, τον οργασμό, την ικανοποίηση και τον πόνο. Τα δύο ερωτηματολόγια έχουν μεταφρασθεί και πιστοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα.

**Αποτελέσματα:** Οι γυναίκες της ομάδας Α, είχαν στατιστικά χαμηλότερες τιμές στους τομείς επιθυμία, διέγερση και οργασμό ( $p < 0.05$ ) καθώς επίσης και στη συνολική τιμή FSFI ( $p = 0.02$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους τομείς της ύγρανσης, της ικανοποίησης και του πόνου. Οι άνδρες της ομάδας Α, είχαν στατιστικά χαμηλότερες τιμές στην επιθυμία ( $p = 0.02$ ) και στη σεξουαλική ικανοποίηση ( $p = 0.04$ ). Αντίθετα δεν υπήρχε σημαντικά στατιστική διαφορά στη στυτική λειτουργία, στον οργασμό και στη συνολική ικανοποίηση. Τέλος, η συχνότητα των επαφών και η σεξουαλική ικανοποίηση παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες ( $p = 0.01$ ,  $p = 0.03$  αντίστοιχα), στην ομάδα Α των ανδρών των υπογόνιμων ζευγαριών.

**Συμπεράσματα:** Η υπογονιμότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη σεξουαλική λειτουργία του ζευγαριού, διότι συμβάλλει στη σεξουαλική δυσλειτουργία και των ανδρών και των γυναικών.



## EA040

### Επίπτωση επιπλοκών σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε διουρηθρικό καθετηριασμό ουροδόχου κύστης για διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών και εναλλακτικές τεχνικές παροχέτευσης των ουρών

Ειρήνη Πετράκη, **Γεώργιος Χατζηδάκης**, Σωτήριος Μωραΐτης, Εμμανουήλ Λαμπουσάκης, Μάριος Λώνης, Εμμανουήλ Βαρουζάκης, Γεώργιος Χρυσανθακόπουλος, Σάββας Καζούλης  
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, Χανιά

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για τις λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού και τη μικροβιαίμια από Gram (-) βακτηρίδια είναι ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη των προτερημάτων άλλων εναλλακτικών τεχνικών παροχέτευσης των ούρων συγκριτικά με την τοποθέτηση καθετήρα κύστεως διαμέσου της ουρήθρας, δίνοντας έμφαση στην υπερηβική κυστεοστομία.



**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 45 ασθενείς ηλικίας 72-85 ετών, στους οποίους ετέθη αυτοσυγκρατούμενος καθετήρας ουροδόχου κύστεως τύπου latex, λόγω επίσχεσης ούρων. Οι 12 από αυτούς έπασχαν από νευρολογικά νοσήματα (N. Parkinson) ή είχαν υποστεί ΑΕΕ και είχαν ηπίου βαθμού υπερπλασία προστάτη. Οι υπόλοιποι 33 ήταν σακχαροδιαβητικοί υπό θεραπεία, και κατέστη αναγκαίο ο καθετήρας κύστεως να παραμείνει στους συγκεκριμένους ασθενείς για διάστημα άνω των 30 ημερών. Οι καθετήρες των ανωτέρω αλλάζονταν ανά 2 εβδομάδες με πολύ καλές συνθήκες αντισηψίας (νεφροειδές, γάζες αποστειρωμένες, αντισηπτικό διάλυμα, αποστειρωμένο πεδίο-σχιστό, γάντια αποστειρωμένα, αναισθητική γέλη-xylocaine gel, 2 σύριγγες των 10 ml, αμπούλες water for injection) και εφάπαξ χημειοπροφύλαξη.

**Αποτελέσματα:** Από τους 45 συγκεκριμένους ασθενείς, οι 11 (24,5%) ανέχτηκαν ικανοποιητικά τον ουρηθρικό καθετήρα κύστης. Οι 4 (9%) νοσηλεύτηκαν λόγω εμπύρετου ουρολοίμωξης. Στις καλλιέργειες ούρων που εστάλησαν απομονώθηκαν αποικίες E-Coli και στον έναν εξ αυτών *Proteus Mirabilis*. Η απαλλαγή τους από τον ουρηθρικό καθετήρα και η αντικατάσταση αυτού με υπερηβική κυστεοστομία λειτούργησε ευεργετικά υπέρ των ασθενών σε βάθος χρόνου. Οι υπόλοιποι 30 (67%) ασθενείς παρουσίασαν δυσανεξία στον ουρηθρικό καθετήρα κύστεως, με διαλείποντος χαρακτήρα μακροσκοπική αιματουρία, πόνο και ουρηθρίτιδες. Από αυτούς οι 10 συμμορφώθηκαν με την εφαρμογή διαλειπόντων αυτοκαθετηριασμών και οι υπόλοιποι έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα.

**Συμπέρασμα:** Η μακροχρόνια χρήση ενός διουρηθρικού καθετήρα συνοδεύεται από διάφορες επιπλοκές. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού είναι η σοβαρότερη και συχνότερη επιπλοκή. Όταν η αυτόματη κένωση της ουροδόχου κύστης είναι ανέφικτη, θεραπεία πρώτης επιλογής είναι οι διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί (CISC). Όταν η εκτέλεση CISC δεν είναι εφικτή για κάποιους λόγους, προτεραιότητα έχει η υπερηβική οδός.



## EA041

### Επίσχεση ούρων σε ασθενείς μετά από μείζονα ορθοπαιδική επέμβαση

**Στυλιανή Παπακώστα<sup>1</sup>**, Δήμος Γαλλιόπουλος<sup>1</sup>, Δημήτριος Καλοχριστιανάκης<sup>1</sup>, Δημήτριος Καπνιάς<sup>1</sup>, Ευαγγελία Παπαγεωργίου<sup>1</sup>, Πολυάνθη Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Μαρία Φιλίππηση<sup>1</sup>, Αθανάσιος Ζαχαρίου<sup>2</sup>, Νικόλαος Σοφικίτης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>K.A.A. ΕΥ ΠΡΑΤΤΕΙΝ- ΚΕΝΤΑΥΡΟΣ, Βόλος; <sup>2</sup>Ουρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

**Εισαγωγή:** Μετά από μείζονες ορθοπαιδικές επεμβάσεις ισχίου ή γόνατος παρατηρείται μετεγχειρητική επίσχεση ούρων σε ποσοστά που κυμαίνονται από 7-84% ανάλογα με τη βαρύτητα της επέμβασης. Η τοποθέτηση καθετήρα για την αντιμετώπιση της επίσχεσης επιδρά αρνητικά στο πρόγραμμα της αποκατάστασης ενώ παράλληλα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των επεισοδίων επίσχεσης ούρων και η αιτιολόγησή τους στους παραπάνω ασθενείς.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 34 ασθενείς, (12 άντρες/ 22 γυναίκες) μέσης ηλικίας 76,4 ετών ( $\pm$  11.2 έτη). Από αυτούς, 26 ασθενείς είχαν υποβληθεί σε επισκληρίδιο αναισθησία και 8 ασθενείς σε ολική νάρκωση. Σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε ουρηθρικός καθετήρας κύστης 6-8 ώρες μετά το χειρουργείο. Ο όγκος των ούρων στην ουροδόχο κύστη ξεπερνούσε τα 600 κεκ και αξιολογήθηκε με τη βοήθεια υπερήχων. Δε λήφθηκε υπόψη η αγωγή που δόθηκε κατά την αναισθησία. Αποκλείστηκαν ασθενείς με ιστορικό ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη και υπερτροφίας προστάτη υπό αγωγή αφού είναι γνωστό ότι οι παραπάνω παθήσεις προδιαθέτουν σε μετεγχειρητική επίσχεση ούρων.

Κατά την εισαγωγή τους στο κέντρο αποκατάστασης στις πρώτες πέντε μετεγχειρητικές μέρες έφεραν όλοι καθετήρα κύστης και δεν είχε γίνει προσπάθεια αφαίρεσης. Κατά την παραμονή τους στο κέντρο έγινε προσπάθεια αφαίρεσης του ουροκαθετήρα στις πρώτες τρεις μέρες νοσηλείας. Εννέα ασθενείς (26,5%) παρουσίασαν εκ νέου επίσχεση ούρων. Από αυτούς ήταν 6 γυναίκες (17,6% επί του συνόλου, 27,3% επί των γυναικών) και 3 άντρες (8,8% επί του συνόλου, 25% επί των αντρών). Από τους ασθενείς που εμφάνισαν επίσχεση 8 από τους 9 είχαν υποβληθεί σε επισκληρίδιο αναισθησία (30,8% των ασθενών με επισκληρίδιο). Όλοι τέθηκαν σε πρόγραμμα διαλειπόντων αυτοκαθετηριασμών και έγινε έναρξη χορήγησης  $\alpha$ 1- blockers στους άντρες καθώς και σε 2 γυναίκες. Μια εβδομάδα μετά την τελευταία επίσχεση ούρων, ανάγκη συνέχισης των διαλειπόντων αυτοκαθετηριασμών παρουσίαζαν μόνο δύο ασθενείς. Σε αυτούς η επίσχεση αποδόθηκε σε μειωμένη ισχύ εξωστήρα. Σαν αιτία πιθανολογείται η μετεγχειρητική υπερδιάταση της ουροδόχου κύστης (όγκος ούρων >1500 κεκ) ή συνυπάρχουσα υποκλινική υποδρασθήρια κύστη που οφειλόταν σε πίεση νεύρων/ ριζοπάθεια στην περιοχή της ΟΜΣΣ.



**Συμπεράσματα:** Επίσχεση ούρων σε ασθενείς μετά μείζονες ορθοπαιδικές επεμβάσεις είναι συχνή σε φαινομενικά υγιείς πληθυσμιακές ομάδες. Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο σε ασθενείς που έχουν λάβει διεγχειρητικά επισκληρίδιο αναισθησία.



## EA042

### Η πλακουντιακή ανεπάρκεια αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα κυρίως σοβαρού βαθμού υποσπαδία

**Νικόλαος Καμπάς**, Ελένη-Αναστασία Νικολάρακη  
Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Οι επιπλοκές της κύησης οι οποίες οφείλονται σε πλακουντιακή ανεπάρκεια, όπως η προεκλαμψία/εκλαμψία, λιποβαρή έμβρυα (IUGR) και η αποκόλληση πλακούντα, αυξάνουν την συχνότητα και την βαρύτητα του υποσπαδία;

**Υλικό και Μέθοδος:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της περιόδου 1973-2017.

Η φυσιολογική λειτουργία του πλακούντα αποτελεί καθοριστική σημασία για την ανάπτυξη του εμβρύου. Μεταξύ των ορμονών που παράγονται από τον πλακούντα κύριο ρόλο στην ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων και στην κάθοδο των όρχεων έχει η χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG). Κατά την διάρκεια του «παραθύρου αρρενοποίησης», 8η-14η εμβρυϊκή εβδομάδα, ο σχηματισμός των γεννητικών οργάνων του άρρενος, εξαρτώνται από ικανά επίπεδα τεστοστερόνης. Η παραγωγή τεστοστερόνης από τα κύτταρα Leydig διεγείρεται από την hCG του πλακούντα. Ως εκ τούτου για την αρχική διαφοροποίηση του φύλου σημαντικό ρόλο έχει η παρουσία hCG, καθώς ο άξονας υποθάλαμο-υπόφυση του εμβρύου ολοκληρώνεται μεταξύ 11ης- 12ης εμβρυϊκής εβδομάδας ήτοι 3 εβδομάδες μετά την έναρξη παραγωγής τεστοστερόνης από τα κύτταρα Leydig. Στις περιπτώσεις με πλακουντιακή ανεπάρκεια τα επίπεδα της τεστοστερόνης του εμβρύου μειώνονται παράλληλα με την ανεπάρκεια της hCG, επιφέροντας γεννητικές ανωμαλίες μεταξύ των οποίων ο υποσπαδίας

**Αποτελέσματα:** Η πλακουντιακή ανεπάρκεια είναι ο αιτιολογικός παράγοντας της προεκλαμψίας/εκλαμψίας, της υπολειπόμενης εμβρυϊκής ανάπτυξης, της αποκόλλησης του πλακούντα καθώς επίσης της απόκλισης ανάπτυξης των διδύμων (sGFR). Οι ιστολογικές μελέτες του πλακούντα από τις μητέρες ασθενών με υποσπαδία έδειξαν σημαντικό βαθμού αλλοιώσεις: αγγειακές (εκφυλιστικές αλλοιώσεις, αγγειοπάθεια φθαρτού-αθηρωμάτωση, ισχαιμικά έμφρακτα, αιμορραγική διήθηση του στρώματος των λαχνών, οπισθοπλακουντιακό αιμάτωμα, αυξημένη εναπόθεση ασβεστίου-υπερώριμος πλακούντας) μορφολογικές (χαμηλό βάρος) καθώς και επιπλοκές του ομφαλίου λώρου (μονήρης αρτηρία, υμενώδης πρόσφυση). Επίσης η σχέση βάρους πλακούντα/ έμβρυο και η σχέση βάρος πλακούντα/ ηλικία εμβρύου, είναι σαφώς αυξημένες σε ασθενείς με υποσπαδία ( $P < 0.01$ ). Σε περιπτώσεις λιποβαρών εμβρύων με υποσπαδία, 70% στην ανάλυση Doppler, παρουσίασε απουσία ή αναστροφή της τελοδιαστολικής ροής, ενδεικτικό βαριάς εμβρυϊκής δυσχέρειας. Σε αυτή την ομάδα η μελέτη του πλακούντα παρουσίασε σε 80% των περιπτώσεων αγγειακές ανωμαλίες. Σοβαρού βαθμού υποσπαδία παρουσιάστηκε στο 30% των περιπτώσεων με πλακουντιακή ανεπάρκεια.

**Συμπεράσματα:** Από τις υπάρχουσες μελέτες φαίνεται ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ υποσπαδία και παθολογίας του πλακούντα. Αυτή η συσχέτιση δεν μπορεί να είναι μόνο η μείωση της hCG και τεστοστερόνης. Πιθανό κατά το «παραθύρο της αρρενοποίησης» (8η-14η εμβρυϊκή εβδομάδα), η δυσλειτουργία και άλλων παραγόντων, μεταξύ των οποίων οι υποδοχείς της εφρίνης (Ephrin) (δυσλειτουργία του σηματοδοτικού μονοπατιού Eph/ephrin στο αγγειακό ενδοθήλιο του γεννητικού φύματος), FGF καθώς επίσης ο επιδερμικός αυξητικός παράγων (EGF), ο οποίος ρυθμίζεται από την hCG, ενοχοποιούνται για την ατελή σύγκλιση των ουρογεννητικών πτυχών, και ως εκ τούτου την εμφάνιση υποσπαδία.

