



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΒΙΝΤΕΟ

Παρουσιάσεις Βίντεο 1: ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ & ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ 1 (ΒΠ001 - ΒΠ010)

Ημερομηνία: ΠΕΜΠΤΗ 11 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018 ● Ώρα: 14:00-15:30 ● Αίθουσα: Γ

ΒΠ001

Πρώτη παγκόσμια εφαρμογή νευροπαρακολούθησης και νευροδιέγερσης κατά τη διάρκεια ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής και ταυτόχρονη εφαρμογή τεχνικής NeuroSAFE

Σταύρος Τυριτζής

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Κατά τη διάρκεια ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής με διατήρηση των αγγειονευρικών δεματίων, η εφαρμογή της τεχνικής NeuroSAFE εξασφαλίζει την απουσία θετικών χειρουργικών ορίων πλησίον των δεματίων και της κορυφής του προστάτη. Ορισμένες φορές απαιτείται η λήψη επιπλέον εκτομών επί του δεματίου, οι οποίες όμως μπορεί να βλάψουν τη λειτουργικότητα του δεματίου. Η αρχή της νευροπαρακολούθησης και νευροδιέγερσης στη ριζική προστατεκτομή είναι γνωστή από 15ετίας, αλλά δεν έχει γίνει ποτέ σε ρομποτική ριζική προστατεκτομή και ποτέ κατά τη διάρκεια επιλεκτικών εκτομών στο αγγειονευρικό δεμάτιο. Ταυτόχρονα, εκτιμάται και η γενική κατάσταση των δεματίων του ασθενούς.

Υλικό και Μέθοδος: Εξωτερικά ηλεκτρόδια ελέγχουν τη συσπαστικότητα των βολβοσπαραγγωδών μυών, ενώ ειδικά διαμορφωμένοι λαπαροσκοπικοί νευροδιεγέρτες-ηλεκτρόδια χρησιμοποιούνται σε επαφή με το αγγειονευρικό δεμάτιο, ο οποίος κατευθύνεται ρομποτικά από τον χειρουργό. Μετρήσεις των ηλεκτρικών δυναμικών γίνονται στην επιφάνεια του προστάτη προ και μετά του χειρουργικού χρόνου της διατήρησης των δεματίων, στην κορυφή, τη μεσότητα και τη βάση του προστάτη.

Αποτελέσματα: Η διαδικασία της νευροπαρακολούθησης κατά τις επιπλέον επιλεκτικές εκτομές κατά την τεχνική NeuroSAFE, κατευθύνει τον χειρουργό ώστε να μην προκληθεί βλάβη στο διατηρηθέν αγγειονευρικό δεμάτιο.

Συμπεράσματα: Η τεχνική της νευροπαρακολούθησης και νευροδιέγερσης κατά τη διάρκεια νευροπροστατευτικής ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής είναι υποσχόμενη. Μεγαλύτερος αριθμός ασθενών απαιτείται για την ολοκλήρωση του μοντέλου παρακολούθησης και την κλινική εφαρμογή της μεθόδου.



ΒΠ002

Τεχνική λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής με χρήση πράσινης ινδοκυανίνης

Βασίλειος Κλάφης, Γεώργιος Ζερβόπουλος, Αντώνιος Κασιμαντάς, Σπυρίδων Παπαρίδης, Φίλιππος Βενετσάνος, Βασίλειος Κανελλόπουλος, Κωνσταντίνος Μπουρόπουλος, Νικόλαος Φεράκης
Νοσοκομείο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός "Κοργιαλένιο-Μπενάκειο", Αθήνα

Εισαγωγή: Παρουσιάζεται η τεχνική λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής με near-infrared fluorescence (NIRF) με χρήση πράσινης ινδοκυανίνης (ICG)

Υλικό και Μέθοδος: Παρουσιάζονται δύο περιστατικά όγκων νεφρού που υπεβλήθησαν σε λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή και στα οποία χρησιμοποιήθηκε near-infrared fluorescence (NIRF) με πράσινη ινδοκυανίνη για τον ακριβή προσδιορισμό του ορίου εκτομής (άνδρας 73 ετών με συμπαγή όγκο μ.δ. 2,3 εκ. άνω πόλου αριστερά και άνδρας 64 ετών με κύστη Bosniak III μ.δ. 3,4 εκ. κάτω πόλου δεξιά).



Αποτελέσματα: Η μετεγχειρητική πορεία και των 2 ασθενών ήταν ομαλή. Το εγχειρητικό όριο ήταν αρνητικό και στις 2 περιπτώσεις.

Συμπέρασμα: Η near-infrared fluorescence με χρήση πράσινης ινδοκυανίνης έχει πολλές εφαρμογές στη λαπαροσκοπική και ρομποτική ουρολογία, με κύρια τη μερική νεφρεκτομή. Φαίνεται πως βοηθά στην αναγνώριση της χειρουργικής ανατομίας, διευκολύνοντας το έργο του χειρουργού.



ΒΠ003

Ρομποτικά υποβοηθούμενη εξωκυστική μετεμφύτευση ουρητήρα με psoas hitch: η εξέλιξη στο new standard

Χρήστος Κομνηνός, **Βασίλειος Γκολεζάκης**, Σταύρος Τυριτζής, Μάρκος Καραβιτάκης, Μάρκος Καπίρης, Ζωή Ρέτσου, Γεώργιος Κυριάκου

Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Ουρολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παρουσίαση της τεχνικής και του ρόλου της ρομποτικής εξωκυστικής μετεμφύτευσης ουρητήρα ως νέας standard μεθόδου για την αντιμετώπιση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης και της απόφραξης του κάτω 3ημορίου ουρητήρα.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής σε βαθιά Trendelenburg θέση και τροκάρας ως επί προστατεκτομής. Ανεύρεση και παρασκευή ουρητήρα στο ύψος του διχασμού των λαγονίων με προσεκτική διατήρηση του περιουρητηρικού λίπους. Εάν υπάρχει απόφραξη ουρητήρα, κινητοποιείται η κύστη σύστοιχα και καθλώνεται στον ψοίτη. Διατείνουμε την κύστη μέσω Foley, και δημιουργούμε κανάλι στον εξωστήρα στο σύστοιχο πλάγιο-πρόσθιο κυστικό τοίχωμα μήκους περίπου 1,5-2 εκατοστά. Δημιουργούμε οπή στο βλενογόνο της κύστης και αρχίζουμε την ουρητηροκυστική αναστόμωση με μεμονωμένες ραφές Monocryl 4/0 και διεγχειρητική τοποθέτηση Pig-tail No 6 Ch. Ενταφιάζουμε την αναστόμωση με ραφή στον εξωστήρα με V-lock ή Vicryl 3/0.

Αποτελέσματα: Μέση απώλεια αίματος 60 cc και διεγχειρητικός χρόνος 90 λεπτά. Αφαίρεση Foley τη 2η και παροχέτευση την 3η μετεγχειρητική ημέρα όπως και έξοδος από το νοσοκομείο. Αφαίρεση Pig-tail περίπου 1 μήνα μετά. Αξονική πυελογραφία 1 μήνα μετά την αφαίρεση του stent και έκτοτε παρακολούθηση με υπερήχους μελετώντας τη διάμετρο της πυέλου και του jet των ούρων (αν είναι παρόμοιο από τα 2 στόμια). Σε σειρά 3 ετών παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκε επαναστένωση ή πυελονεφρίτιδες. Σύμφωνα με τη δική μας εμπειρία και τη διεθνή ουρολογική και παιδιατρική βιβλιογραφία, η ρομποτικά υποβοηθούμενη μετεμφύτευση μπορεί να αντικαταστήσει την ανοικτή με τα ίδια καλά λειτουργικά αποτελέσματα και τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής. Επιπλέον, η εξωκυστική μετεμφύτευση οδηγεί στην αποφυγή επεισοδίων επίσχεσης ούρων και ερεθισμού της κύστης με την προσεκτική παρασκευή του κάτω τριτημορίου ουρητήρα και τη δημιουργία του καναλιού του εξωστήρα. Περαιτέρω, εφαρμόζεται όχι μόνο για τη θεραπεία της παλινδρόμησης αλλά και των στενωμάτων του περιφερικού ουρητήρα, όπως και των ιατρογενών, ακόμα και υψηλών με psoas hitch ή Boari flap.

Συμπεράσματα: Στα πλαίσια της εξέλιξης της βιοτεχνολογίας και της εισόδου της ρομποτικής στην επανορθωτική ουρολογία, η ρομποτικά υποβοηθούμενη εξωκυστική μετεμφύτευση ουρητήρα οιασδήποτε αιτιολογίας τείνει να γίνει το νέο gold standard.



ΒΠ004

Ρομποτική salvage ριζική προστατεκτομή μετά ακτινοθεραπεία. Παρουσίαση τεχνικής, επιπλοκές και ενδείξεις

Χρήστος Κομνηνός, Βασίλειος Γκολεζάκης, Σταύρος Τυριτζής, Μάρκος Καραβιτάκης, Ζωή Ρέτσου, **Γεώργιος Κυριάκου**
Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Ουρολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η παρουσίαση της τεχνικής σε αυτές τις ιδιαίτερα challenging περιπτώσεις ριζικής προστατεκτομής με το ρομποτικό σύστημα da Vinci, tips για αποφυγή επιπλοκών και σχόλια για ενδείξεις και επιλογή αυτών των ασθενών.



Υλικό και Μέθοδος: Ίδια θέση των τροκάρς πάντα με τον 4ο βραχίονα όπως της συνήθους ρομποτικής προστατεκτομής. Έναρξη με διάνοιξη Douglas και διατομή σπερματικών πόρων-κύστεων. Η Denonvillier's διανοίγεται προσεκτικά και παραμένει προσκολλημένη με το πλάνο των σπερματοδόχων κύστεων, για αποφυγή θετικών χειρουργικών ορίων εφόσον πρόκειται για salvage προστατεκτομή. Κατόπιν, παρασκευάζεται ο χώρος του Retzius με καλή κινητοποίηση της ουροδόχου κύστης. Στη θέση του αυχένα δε διατηρούμε αυτόν, αλλά ανοίγουμε σχετικά ευρέως, προς αποφυγή στενωμάτων στην αναστόμωση. Ακολουθούμε το πλάνο της απελευθέρωσης της οπισθοπλάγιας επιφάνειας με extrafascial τεχνική και ελέγχοντας συνεχώς το οπίσθιο πλάνο του ορθού μέχρι το apex. Διατέμνουμε το Santorini χωρίς να προηγηθεί ραφή, ώστε να παρασκευάσουμε καλύτερα το apex και να διατηρήσουμε όσο γίνεται καλύτερα τμήμα της άπω ουρήθρας. Έλεγχος ακεραιότητας ορθού με σωλήνα και αραιωμένο Betadine. Συνήθως πραγματοποιείται Rocco stitch για συγκάλυψη του ορθού και αποφυγή οιασδήποτε τάσης στην αναστόμωση. Όταν η τελευταία πραγματοποιείται, αποφεύγουμε σύγκλιση του αυχένα, ακόμα και φαρδύς, για αποφυγή και πρόληψη στενωμάτων.

Αποτελέσματα: Μέση απώλεια αίματος 350 cc. Μέση διάρκεια νοσηλείας 2-3 ημέρες. Αφαίρεση παροχέτευσης τη 2η μετεγχειρητική ημέρα και Foley τη 10η. Στα λίγα πρώτα περιστατικά δεν υπήρξαν επιπλοκές παρά μόνο ελάσσονες του τύπου εμπυρέτου. Στο πρώτο εξάμηνο οι ασθενείς είναι σχεδόν εγκρατείς (1 σερβιέτα ημερησίως). Σύμφωνα και με τα λίγα περιστατικά της διεθνούς βιβλιογραφίας, ένδειξη της salvage προστατεκτομής αποτελεί η υποτροπή καρκίνου στον προστάτη με θετική βιοψία μετά ακτινοθεραπεία και μετά από έλεγχο (πολυπαραμετρική MRI, PET) αρνητικό για δευτεροπαθείς εντοπίσεις σε λεμφαδένες ή αλλαγού σε ασθενείς με προσδόκιμο ζωής > 10 έτη. Αν και το long-term follow-up παγκοσμίως είναι περιορισμένο, διαφαίνεται ότι τα ογκολογικά αποτελέσματα είναι τουλάχιστον ισότιμα με της ανοικτής προσέγγισης. Τα θετικά ΧΟ ποικίλουν από 0-36% και η organ-confined νόσος σε 44-73%. Διάστημα ελεύθερο βιοχημικής υποτροπής μετά salvage ρομποτική προστατεκτομή κυμαίνεται από 47%-82% στα 5 και από 28%-53% στα 10 έτη. Cancer-specific και overall survival από 70%-83% και από 54%-89% στα 10 έτη.

Συμπεράσματα: Σε επιλεγμένους ασθενείς με επιβεβαιωμένο, εντοπισμένο και υποτροπιάζον προστατικό καρκίνωμα μετά ακτινοθεραπεία, η salvage ρομποτική προστατεκτομή διασφαλίζει πιθανότατα μακρόχρονο έλεγχο της νόσου με αποδεκτή χειρουργική νοσηρότητα και ποικίλη λειτουργική επανάκτηση εγκράτειας. Οι ασθενείς θα πρέπει λεπτομερώς να ενημερώνονται προεγχειρητικά για τις ενδεχόμενες επιπλοκές (τρώση ορθού, στένωμα αναστόμωσης, υψηλά ποσοστά ακράτειας και στυτικής δυσλειτουργίας).



ΒΠ005

Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών των λαπαροσκοπικών επεμβάσεων

Μαρία Ζέρβα¹, Παναγιώτης Μουρμούρης¹, Νικόλαος Κωστακόπουλος¹, Τίτος Μαρκόπουλος¹, Χρήστος Παπαχρήστου², Μαρίνος Μπερδεμπές¹, Ανδρέας Καραγιάννης¹, Λάζαρος Λαζάρου¹, Λάζαρος Τσελβές¹, Ευάγγελος Μαλόβρουβας¹, Ιωάννης Βαρκαράκης¹, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης¹, Ανδρέας Σκολαρίκος¹

¹2η Ουρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²Ουρολογικό Τμήμα, ΕΛ.ΑΣ., Αθήνα

Εισαγωγή: Η λαπαροσκοπικές επεμβάσεις αυξάνονται σημαντικά σε αριθμό κάθε μέρα και όλο και περισσότεροι ουρολόγοι τις εμπιστεύονται για την αντιμετώπιση μεγάλης γκάμας ουρολογικών παθήσεων. Ωστόσο οι επιπλοκές τους μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική θνησιμότητα ακόμα και στον θάνατο. Είναι λοιπόν εξαιρετικά σημαντικό να προληφθούν ώστε να μην εμφανιστούν, αν όμως αυτό συμβεί ο χειρουργός πρέπει να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει.

Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Ο σκοπός του video είναι να παρουσιάσει τις πιο βασικές από τις επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν σε ένα λαπαροσκοπικό ουρολογικό χειρουργείο και να αναδείξει με παραδείγματα πως αυτές μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν βήμα προς βήμα.

Συμπεράσματα: Οι λαπαροσκοπία είναι μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδος αντιμετώπισης πολλών ουρολογικών παθήσεων. Όσο αυξάνει η χρήση της, οι χειρουργοί θα βρίσκονται ολοένα και συχνότερα μπροστά στην εμφάνιση επιπλοκών τις οποίες θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι να αντιμετωπίζουν με επιτυχία.



ΒΠ006

Ρομποτική επανεμφύτευση ουρητήρα: Τεχνική και αποτελέσματα

Ανδρέας Σκολαρίκος¹, Παναγιώτης Μουρμούρης¹, Λάζαρος Λαζάρου¹, Δημήτρης Χαλικόπουλος², Οδυσσεάς Σοπηλίδης², Βασίλειος Μυγδάλης³, Γεράσιμος Αλιβιζάτος²

¹2η Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σισμανόγλειο ΓΝΑ, Αθήνα; ²3η Ουρολογική Κλινική, Θεραπευτήριο "Υγεία", Αθήνα; ³Ουρολογική Κλινική 251 ΓΝΑ, Αθήνα

Εισαγωγή: Ο τραυματισμός του ουρητήρα να είναι απότοκος μεγάλης γκάμας χειρουργικών επεμβάσεων κυρίως της πυέλου και του οπισθοπεριτοναίου ενώ αντίθετα η μη ιατρογενείς κακώσεις (τροχαία, πυροβολισμοί κλπ) είναι αρκετά σπάνιες. Η πρώτη σε συχνότητα αιτία είναι η υστερεκτομή (54%) ακολουθούμενη από την κολεκτομή (14%) και τα γυναικολογικά ογκολογικά χειρουργεία (8%). Η αντιμετώπιση αυτής της κάκωσης εξαρτάται από τον χρόνο της αναγνώρισης, το είδος αλλά και την θέση της κάκωσης. Στο video παρουσιάζουμε την τεχνική μας στην ρομποτική επανεμφύτευση ουρητήρα και σχολιάζουμε τα βήματά της.

Ασθενείς-Μέθοδοι-Αποτελέσματα: Πρόκειται για ασθενή που παρουσιάστηκε με στένωμα ουρητήρα μετά από γυναικολογική επέμβαση προ 6 μηνών. Παρουσίασε ήπιους κολικούς νεφρού και μέτρια προς μεγάλη διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του αριστερού νεφρού αλλά το σπινθηρογράφημα νεφρών απέδειξε ικανοποιητική νεφρική λειτουργία (42%). Ο χρόνος κοσδόλας ήταν 128 λεπτά ενώ η χρόνος χειρουργείου ήταν 145 λεπτά με EBL 60 ml. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την 3η μετεγχειρητική ημέρα ενώ το foley την 2η μετεγχειρητική ημέρα. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα χωρίς να παρουσιάσει μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το JJ stent αφαιρέθηκε στις 8 εβδομάδες και στο διάστημα της παρακολούθησης (12 μήνες) δεν παρουσιάστηκε διάταση του πυελοκαλυκτικού συστήματος του νεφρού ούτε στένωμα του ουρητήρα.

Συμπεράσματα: Η ρομποτική επανεμφύτευση ουρητήρα αποτελεί μια ασφαλή και τεχνικά εφικτή εναλλακτική της ανοικτής επέμβασης για την αντιμετώπιση στενωμάτων της κατώτερης μοίρας του ουρητήρα.



ΒΠ007

Νευροπροστατευτική 3D λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή

Νικόλαος Φεράκης, Πέτρος Δήμου, Αντώνιος Κασιμαντάς, Σταύρος Τσαμπαλάς, Κωνσταντίνος Πουρνάρας
Euromedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η συμβολή της νευροπροστατευτικής (intrafascial) 3D λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής στην πρώιμη μετεγχειρητική στυτική λειτουργία.

Υλικό και Μέθοδος: Στο video παρουσιάζεται η τεχνική μας στην εκτέλεση νευροπροστατευτικής (intrafascial) 3D λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής. Αφορά νέο (55 ετών), σεξουαλικά ενεργό άνδρα με καρκίνο προστάτου G1 6(3+3).

Αποτελέσματα: Ο ασθενής ανέφερε σύση τη 2η μετεγχειρητική ημέρα.

Συμπεράσματα: Η πραγματοποίηση νευροπροστατευτικής (intrafascial) 3D λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής βοηθά στην πρώιμη μετεγχειρητική στυτική λειτουργία των ασθενών οι οποίοι υποβλήθηκαν στη συγκεκριμένη μέθοδο.





ΒΠ008

Η συμβολή του Rocco stitch σε συνδυασμό με την πρόσθια ανάρτηση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης στην πρώιμη εγκράτεια μετά την εκτέλεση λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής

Γεώργιος Ζερβόπουλος, Κωνσταντίνος Μπουρόπουλος, Φίλιππος Βενετσάνος, Βασίλειος Κλάψης, Αντώνιος Κατσιμαντάς, Σπυρίδων Παπαρίδης, Βασίλειος Κανελλόπουλος, Νικόλαος Φεράκης
Ουρολογική Κλινική, Ν.Ε.Ε.Σ. Κοργιαλένιο Μπενάκειο, Αθήνα

Στο βίντεο αυτό παρουσιάζεται η τροποποιημένη τεχνική κατά την εκτέλεση εξωπεριτοναϊκής λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής με την οπίσθια ανακατασκευή της περιτονίας Denonvillier σε συνδυασμό με την πρόσθια ανάρτηση στο ηβικό οστό της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης. Ο στόχος της τροποποιημένης τεχνικής είναι η επίτευξη πρώιμης μετεγχειρητικής εγκράτειας.



ΒΠ009

Λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή χωρίς ισχαιμία με χρήση ραδιοσυχνότητας: Τεχνική και αρχικά αποτελέσματα

Ιωάννης Ζάχος¹, Κωνσταντίνος Δημητρόπουλος², Αθανάσιος Οικονόμου¹, Αναστάσιος Καρατζάς¹, Στάυρος Γκράβας¹, Ευάγγελος Αραβαντινός¹, Δήμος Γαλιόπουλος³, Βασίλειος Τζώρτζης¹
¹Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα; ²Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Aberdeen, Scotland; ³Ιδιωτικό Ιατρείο, Φάρσαλα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η μερική νεφρεκτομή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση μικρών νεφρικών όγκων. Στα πλαίσια ελαχιστοποίησης της επεμβατικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της ανοιχτής μερικής νεφρεκτομής έχουν αναπτυχθεί τεχνικές λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής. Σκοπός της μελέτης μας είναι η παρουσίαση της λαπαροσκοπικής μερικής νεφρεκτομής χωρίς ισχαιμία με τη χρήση ραδιοσυχνότητας (RF) καθώς και των αρχικών αποτελεσμάτων.

Υλικό και Μέθοδος: πρόκειται για μία προοπτική μελέτη που συμμετέχουν ασθενείς με νεφρικούς όγκους σταδίου T1 (<7cm). Οι ασθενείς υπογράφουν έντυπο συγκατάθεσης και υποβάλλονται σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο (αξονική τομογραφία ΑΟΚ, γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο). Η επέμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία σε πλάγια οσφυϊκή θέση. Αρχικά αναγνωρίζονται και παρασκευάζονται τα νεφρικά αγγεία, και χωρίς να πραγματοποιηθεί ισχαιμία αναγνωρίζεται και παρασκευάζεται ο όγκος. Με τη βοήθεια βελόνας RF 17G δημιουργείται ένα ανάγγειο τμήμα 5mm γύρω από τη μάζα. Η ίδια βελόνα χρησιμοποιείται για την ογκεκτομή. Η αιμόσταση ολοκληρώνεται συνήθως με διπολική διαθερμία. Καταγράφεται ο χρόνος χειρουργείου, η απώλεια αίματος στην παροχέτευση διεγχειρητικά, η απώλεια ούρων μετεγχειρητικά, οι τιμές της αιμοσφαιρίνης καθώς και πλήρης βιοχημικός έλεγχος την 1η και 2η μετεγχειρητική ημέρα, η μετάγγιση μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών, ο χρόνος παραμονής της παροχέτευσης και ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών. Οι ασθενείς επανελέγχονται με αξονική ΑΟΚ στους 3, 6 και 12 μήνες μετά το χειρουργείο.

Αποτελέσματα: 5 ασθενείς (2 άντρες, 3 γυναίκες), ηλικίας 48-67 ετών με όγκο νεφρού σταδίου T1 και χαμηλής πολυπλοκότητας, όπως αυτή ορίζεται από το Renal Nephrometry score system, υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή με χρήση RF (2/2017-11/2017). Η μέση διάμετρος του όγκου ήταν 4,1 cm (3,3-5,9 cm). Ο μέσος χρόνος χειρουργείου ήταν 148 λεπτά (135-160). Η μέση απώλεια αίματος ήταν 187 ml (155-220 ml), δεν παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της Hb (>1gr/dL) σε κανέναν από τους ασθενείς και δεν χρειάστηκε μετάγγιση. Δεν παρατηρήθηκε απώλεια ούρων στην παροχέτευση, η οποία και αφαιρέθηκε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στο βιοχημικό έλεγχο. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν 4.2 ημέρες. Και οι πέντε ασθενείς είχαν διαυγοκυτταρικά καρκινώματα. Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνισε υποτροπή ή πρόοδο της νόσου στην μέχρι τώρα παρακολούθηση (μέσος όρος παρακολούθησης 9,6 μήνες-3 ασθενείς 1 έτος, 2 ασθενείς 6 μήνες)



Συμπεράσματα: Η λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή με τη χρήση RF αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης μικρών νεφρικών όγκων χαμηλής πολυπλοκότητας. Μεγάλες, συγκριτικές μελέτες με την κλασσική ανοιχτή και λαπαροσκοπική μερική νεφρεκτομή απαιτούνται προκειμένου να τεκμηριώσουν την αποτελεσματικότητά και την ασφάλεια της.



ΒΠ010

Αριθμός αφαιρούμενων λεμφαδένων σε ρομποτικά υποβοηθούμενη εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή (+ salvage) στον προστατικό καρκίνο: τεχνική, αξιολόγηση και προσφορά στην πρόγνωση

Σταύρος Τυριτζής, Χρήστος Κομνηνός, **Βασίλειος Γκολεζάκης**, Μάρκος Καπίρης, Ζωή Ρέτσου, Γεώργιος Κυριάκου
Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Ουρολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή-Σκοπός: Η παρουσίαση της τεχνικής της ρομποτικά υποβοηθούμενης εκτεταμένης πυελικής λεμφαδενεκτομής στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο προστάτη ή salvage λεμφαδενεκτομής και η σημασία του αριθμού για την έγκαιρη έναρξη πολυπαραγοντικών θεραπειών.

Υλικό και Μέθοδος: Περιλαμβάνονται ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο ή Gleason score > 4+3, καθώς και ασθενείς με ιστορικό βραχυθεραπείας ή ακτινοθεραπείας και salvage αντιμετώπιση. Πρώτο και σημαντικότερο βήμα αποτελεί η ανεύρεση του ουρητήρα στο ύψος των κοινών λαγονίων για την προστασία του. Ανεύρισκεται κατόπιν η ομφαλική αρτηρία (έσω όριο λεμφαδενικού καθαρισμού) και παρασκευάζεται μέχρι την έσω λαγόνια απ' όπου εκφύεται. Στο τρίγωνο αυτό αφαιρούνται οι έσω λαγόνιοι λεμφαδένες. Κατόπιν, ακολουθούμε την πορεία των έξω λαγονίων αγγείων και αφαιρούμε τον ιστό ανάμεσά τους και στη συνέχεια με όριο το κάτω τμήμα της έξω λαγονίου φλέβας και με οριοθέτηση του θυροειδούς νεύρου και αγγείων αφαιρούμε τους θυροειδείς λεμφαδένες (κάτω όριο). Μένει κατόπιν, ο καθαρισμός στα εκτός της έξω λαγονίου αρτηρίας μέχρι το μηροβουβωνικό νεύρο προς τα έξω και έως το οστό προσθίως (έξω όριο λεμφαδενικού καθαρισμού).

Αποτελέσματα: Ο αριθμός φθάνει τους 37-40 λεμφαδένες. Συνήθως η παροχέτευση αφαιρείται στις 48 ώρες, εκτός αν η λέμφος υπερβαίνει τα 300 cc ημερησίως. Ο αριθμός των λεμφαδένων πρέπει να συνεκτιμάται με τους παθολογοανατόμους και όσο μεγαλύτερος τόσο καλύτερη η σταδιοποίηση. Η αφαίρεση ει δυνατόν μεταστατικών λεμφαδένων ανιχνεύει περιπτώσεις που χρειάζονται πολυπαραγοντική θεραπεία (N>2), πιθανώς καθυστερεί τη βιοχημική υποτροπή, ενώ κατά μερικούς ογκολόγους στις salvage περιπτώσεις, επιβραδύνονται επιθετικότερες θεραπείες ή και ανιχνεύονται πρώιμα μεταλλάξεις στην πορεία του όγκου (νευροενδοκρινική διαφοροποίηση) για αλλαγή θεραπευτικών πρωτόκολλων.

Συμπεράσματα: Ο αριθμός των λεμφαδένων σε ρομποτικά υποβοηθούμενη εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή και salvage λεμφαδενεκτομή παρατείνει τη βιοχημική υποτροπή, προσφέρει εγκυρότερη σταδιοποίηση και οδηγεί σε πολυπαραγοντικές θεραπείες σε τοπικά προχωρημένο προστατικό καρκίνο.

