



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΩΝ ΒΙΝΤΕΟ

### Παρουσιάσεις Βίντεο 2: ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ & ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ 2 (ΒΠ011 - ΒΠ020)

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

#### ΒΠ011

### Εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή : Η εμπειρία της κλινικής μας

**Θεόδωρος Καλογερόπουλος**, Θεόδωρος Αποστόλου, Μιχάλης Συνεσίου, Δημήτριος Σιάτος, Αναστάσιος Παππάς  
Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή αποτελεί μια καθιερωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη.

Η μακρά καμπύλη εκμάθησης της ωστόσο και η ανάγκη εξειδικευμένης ομάδας αποθαρρύνει πολλούς ουρολόγους να ασχοληθούν με την εκμάθηση της παρόλο που από τις δημοσιευμένες έως τώρα μελέτες και τις κατευθυντήριες οδηγίες όλων των μεγάλων ουρολογικών εταιρειών δεν υστερεί ούτε σε ογκολογικά αλλά ούτε και σε λειτουργικά αποτελέσματα της ανοικτής και της ρομποτικά υποβοηθούμενης λαπαροσκοπικής τεχνικής.

Στο βίντεο της παρουσίασης περιγράφουμε την τεχνική που εφαρμόζουμε στην κλινική μας και σχολιάζουμε τα έως τώρα συμπεράσματα μας από την εφαρμογή της έναντι της ανοιχτής ριζικής προστατεκτομής στην οποία έχουμε επίσης μεγάλη εμπειρία ως κλινική.

**Υλικό και Μέθοδος** Η εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή έχει εφαρμοσθεί σε περισσότερα από 30 περιστατικά καρκίνου προστάτη στην κλινική μας, αριθμός που σύμφωνα και με δημοσιευμένες διεθνείς μελέτες αποτελεί έναν αριθμό για να επιτευχθούν σχετικά ικανοποιητικά χειρουργικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

Η εξωπεριτοναϊκή προσπέλαση, η επιμελής αιμόσταση και με τη βοήθεια του αερίου, η εξαιρετική ορατότητα των ανατομικών δομών και η συνεχής ραφή της αναστόμωσης μας επιτρέπει στη τεχνική να μην έχει χρειασθεί ποτέ η μετάγγιση αίματος, το μη άλγος και ο χρόνος κινητοποίησης των ασθενών να είναι σημαντικά λιγότερα σε σχέση με την ανοικτή προσπέλαση ενώ η συνεχής συρραφή της αναστόμωσης υπό εξαιρετική και μεγεθυμένη όραση μας δίνει τη δυνατότητα να πραγματοποιούμε μια υδατοστεγή αναστόμωση με ότι γνωστά συνεπάγεται αυτό σε μη διαφυγές και στενώματα της αναστόμωσης.

**Αποτελέσματα:** Με την εξωπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή έχουν αντιμετωπισθεί περισσότεροι από 30 ασθενείς στην κλινική μας και τα πλεονεκτήματα σε σχέση με την ανοιχτή προσπέλαση είναι η ελάχιστη απώλεια αίματος και η μηδενική έως τώρα ανάγκη μετάγγισης, η δυνατότητα διενέργειας υδατοστεγούς αναστόμωσης που σε συνδυασμό με τη γρηγορότερη κινητοποίηση των ασθενών επιτρέπει την γρηγορότερη έξοδο των ασθενών από την κλινική ενώ τα ογκολογικά αποτελέσματα είναι ισάξια της ανοιχτής προσπέλασης ενώ τα λειτουργικά αποτελέσματα σε ότι αφορά την εγκράτεια και την στύση φαίνεται να είναι καλύτερα από της ανοιχτής προσπέλασης.

**Συμπεράσματα:** Η λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή διατηρεί όλα τα γνωστά πλεονεκτήματα των ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων και αποτελεί για το ΕΣΥ μια εφικτή εναλλακτική επιλογή της ρομποτικά υποβοηθούμενης λαπαροσκοπικής ριζικής προστατεκτομής.

Η συστηματική εκπαίδευση και η δημιουργία σταθερής λαπαροσκοπικής ομάδας έχει επιτρέψει στην κλινική μας να είναι από τις ελάχιστες κλινικές του ΕΣΥ στην Ελλάδα που εφαρμόζεται η συγκεκριμένη τεχνική με επιτυχία και συστηματικά.



## ΒΠ012

### Ανιούσα Εύκαμπτη Ουρητηρονεφροσκόπηση σε έδαφος ουρητηροειλεϊκής αναστόμωσης με δισχιδές δεξιό πυελοκαλυκτικό σύστημα

**Τίτος Μαρκόπουλος**, Μαρίνος Μπερδεμπές, Λάζαρος Λαζάρου, Μαρία Ζέρβα, Κωνσταντίνος Σπυρόπουλος, Νικόλαος Χατζηκράχτης, Τίτος Δεβεράκης, Κωνσταντίνος Ψιλόπουλος, Αθανάσιος Παπατσώρης, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης, Ανδρέας Σκολαρίκος

*Β' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Σισμανόγλειο Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση με εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση, ασθενούς που έχει υποβληθεί σε ριζική κυστεκτομή κατά Bricker και εμφανίζει στην δεξιά αποχευτική οδό δισχιδή ουρητήρα και υδρονέφρωση.

**Υλικά και Μέθοδος:** Ασθενής 67 ετών με ιστορικό ριζικής κυστεκτομής κατά Bricker από δετίας προσέρχεται με μακροσκοπική αιματουρία και αναφερόμενη αυτόματη αποβολή λίθων. Από την CT αναγνωρίζεται δισχιδές πυελοκαλυκτικό σύστημα δεξιά, με κατάφυση αυτού σε κοινό έλυτρο προ της ουρητηροειλεϊκής αναστόμωσης. Παρουσία λίθων στο κάτω ημιμόριο των δεξιών ουρητήρων και πάχυνση του τοιχώματος του έσω δεξιού ουρητήρα, ύποπτη νεοεξεργασίας. Ανευρίσκεται επίσης μέτρια υδρονέφρωση του αριστερού πυελοκαλυκτικού συστήματος. Τέλος ανευρέθη παρουσία ύποπτου αορτοκοιλιακού λεμφαδένα. Ακολούθησε έλεγχος με: DMSA (57,7%ΑΡ, 42,3%ΔΕ) και PET/CT με παθολογική πρόσληψη της 18FDG σε αορτοκοιλιακό λεμφαδένα 2cm (SUVmax:4,2).

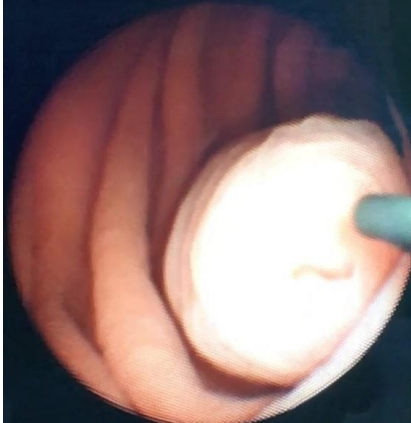
Πραγματοποιείται εύκαμπτη κυστεοσκόπηση της νεοκύστης χωρίς ανάδειξη εξωφυτικής αλλοίωσης. Αναγνώριση ουρητηρικών στομιών και προώθηση οδηγού σύρματος εντός του αριστερού ουρητήρα και τοποθέτηση καθετήρα κυστεκτομής. Καθετηριασμός του δεξιού στομίου και τοποθέτηση οδηγού σύρματος το οποίο οδηγείται σε ανώτερο ημιμόριο του δεξιού συστήματος. Η εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση δεξιά αποκαλύπτει δισχιδές πυελοκαλυκτικό σύστημα, με κατάληξη του ουρητήρα που παροχετεύει το κατώτερο ημιμόριο του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος λίγο πριν την ουρητηροειλεϊκή αναστόμωση. Καθετηριασμός και αυτού με οδηγό σύρμα, το οποίο οδηγείται στο κατώτερο ημιμόριο του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος. Έγινε έλεγχος του έσω ουρητήρα και του κάτω ημιμορίου του δεξιού νεφρού, λήψη δειγμάτων για καλλιέργεια και κυτταρολογική εξέταση. Αναγνωρίστηκε αλλοίωση του κάτω ημιμορίου του ουρητήρα χωρίς σαφή ευρήματα κακοήθειας και λίθος εντός αυτού. Αποστέλλονται δείγματα ούρων προς κυτταρολογική. Δεν κατέστη δυνατή η λήψη βιοψιών από την ύποπτη περιοχή. Το υπόλοιπο πυελοκαλυκτικό σύστημα του κάτω ημιμορίου δεν εμφάνισε παθολογία στην εύκαμπτη πυελοσκόπηση. Πραγματοποιείται ουρητηρολιθοτριψία του λίθου. Ακολουθεί εύκαμπτη ουρητηροπυελοσκόπηση του ανώτερου συστήματος του δεξιού νεφρού η οποία κατέδειξε μόνο λίθο στο κατώτερο τριημόριο του σύστοιχου ουρητήρα ο οποίος κατακερματίστηκε με λέιζερ. Τοποθετούνται ουρητηρικοί καθετήρες κυστεκτομής και στα δύο ημιμόρια του δεξιού πυελοκαλυκτικού συστήματος.

**Αποτελέσματα:** Η επέμβαση ολοκληρώθηκε σε 90 λεπτά, με χρόνο ακτινοσκόπησης 7,2 λεπτά. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν 3 ημέρες, κατά την διάρκεια των οποίων ελήφθησαν πολλαπλά δείγματα για κυτταρολογική εξέταση χωριστά από κάθε καθετήρα. Τα περισσότερα δείγματα ήταν θετικά για κακοήθεια μεταβατικού επιθηλίου.

Ο ασθενής ακολουθεί ανοσοθεραπεία με αρνητικό έως σήμερα follow-up, με υποχώρηση του λεμφαδένα. Προγραμματίζεται δεξιά νεφροουρητηρεκτομή και λεμφαδενεκτομή.

**Συμπεράσματα:** Η ανιούσα εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζική κυστεκτομή κατά Bricker με δισχιδές πυελοκαλυκτικό σύστημα είναι μια ασφαλής, εφικτή αλλά απαιτητική επέμβαση.

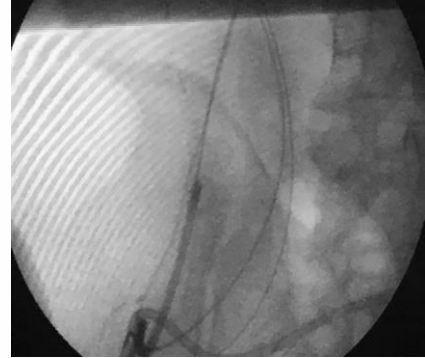
EΙΚΟΝΑ 1



EΙΚΟΝΑ 2



EΙΚΟΝΑ 3



## ΒΠ013

### Επαναληπτική (REDO) λαπαροσκοπική πυελοπλαστική σε ασθενείς με προηγηθείσα αποτυχημένη πυελοπλαστική

**Αρήφ Χαλήλ<sup>1</sup>**, Εγγίν Κιγιτζή<sup>1</sup>, Ζήσης Νάστος<sup>1</sup>, Βίκτωρ Παναγιωτακόπουλος<sup>2</sup>, Χρήστος Καλαϊτζής<sup>1</sup>, Σταύρος Τουλουπίδης<sup>1</sup>, Στυλιανός Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη; <sup>2</sup>Γενική Κλινική "EUROMEDICA", Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η επέμβαση πυελοπλαστικής για στένωση πυελοουρητηρικής συμβολής (ΠΟΣ) συνδέεται με υψηλά ποσοστά επιτυχίας. Στις λίγες περιπτώσεις αποτυχίας, βρισκόμαστε μπροστά στο δύσκολο σενάριο να επιλέξουμε την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση. Η επαναληπτική (redo) πυελοπλαστική είναι μια από τις επιλογές, με τη λαπαροσκοπική προσέγγιση να είναι απολύτως εφικτή, αν και τεχνικά δύσκολη. Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας στην εκτέλεση redo πυελοπλαστικής και σχολιάζουμε τα τεχνικά σημεία και τις δυσκολίες της επέμβασης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η επιλογή μας είναι η διαπεριτοναϊκή προσπέλαση σε όλες τις περιπτώσεις redo πυελοπλαστικής. Η επέμβαση εκτελείται με τη χρήση τριών trocars (δύο των 11mm και ένα 5mm). Εάν η ανατομία του ασθενούς το επιτρέπει, η επέμβαση εκτελείται διαμεσοκολικά σε επεμβάσεις στον αριστερό νεφρό, διαφορετικά επιλέγεται η τυπική τεχνική κινητοποίησης του εντέρου στη γραμμή του Toldt. Η λύση των συμφύσεων εκτελείται συνήθως με ψαλίδι. Ωστόσο, η χρήση πηγής διπολικής ενέργειας (Ligasure, Covidien), για την εξασφάλιση επιμελούς αιμόστασης, κρίνεται απαραίτητη. Η παρασκευή των επιμέρους ανατομικών δομών εξασφαλίζει αποφυγή επιπλοκών, ενώ η πλήρης κινητοποίηση του ουρητήρα και του κατώτερου τμήματος της νεφρικής πυέλου είναι βασική προϋπόθεση.

**Αποτελέσματα:** Πέντε ασθενείς έχουν υποβληθεί μέχρι σήμερα σε redo λαπαροσκοπική πυελοπλαστική. Τρεις υποτροπίασαν μετά ανοικτή πυελοπλαστική, ένας μετά λαπαροσκοπική πυελοπλαστική και ένας μετά λαπαροσκοπική πυελοπλαστική και ενδοπυελοτομή διάσωσης. Όλοι οι ασθενείς έφεραν stent προεγχειρητικά. Σε 4 ασθενείς εκτελέστηκε εκ νέου πυελοπλαστική κατά Hynes-Anderson και σε έναν πλαστική Y-V. Ο χειρουργικός χρόνος κυμάνθηκε μεταξύ 165 min και 250 min. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 3,3 ημέρες (2-4 ημέρες). Σε ένα μέσο διάστημα 24,5 μηνών, ένας ασθενής εμφάνισε υποτροπή.

**Συμπεράσματα:** Η redo λαπαροσκοπική πυελοπλαστική, αν και τεχνικά δύσκολη, είναι μια λογική επιλογή αντιμετώπισης υποτροπών στένωσης ΠΟΣ, με πολύ καλά μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα.



## ΒΠ014

### Flexible uretero-rensoscopy for kidney stones with the Lithovue™ is feasible in kidneys with abnormal anatomy

**Τίτος Μαρκόπουλος**, Μαρίνος Μπερδεμπές, Μαρία Ζέρβα, Ευάγγελος Καραγιώτης, Χαράλαμπος Δεληβελιώτης, Ανδρέας Σκολαρίκος

*Β' Ουρολογική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σισμανόγλειο Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Η χρήση της εύκαμπτης ουρητηροσκόπησης στην αντιμετώπιση της λιθίασης αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία έτη σε ασθενείς με φυσιολογική ανατομία πυελοκαλυκτικού συστήματος. Παρόλ' αυτά έχει χρησιμοποιηθεί και σε ασθενείς με ανατομικές ανωμαλίες με καλά αποτελέσματα.

Τα single-use εύκαμπτα ουρητηροσκόπια έχουν αποδείξει συγκρίσιμα αποτελέσματα με τα πολλαπλών χρήσεων ουρητηροσκόπια. Παρουσιάζουμε 2 περιπτώσεις εύκαμπτης νεφρολιθοθρυψίας με χρήση Lithovue™ σε ασθενείς με ανατομικές ανωμαλίες, ένα σε πεταλλοειδή νεφρό και ένα σε έκτοπο πυελικό νεφρό.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το Lithovue™ είναι μίας χρήσης εύκαμπτο ψηφιακό ουρητηροσκόπιο, κατασκευασμένο από τη Boston Scientific. Έχει μέγιστη εξωτερική διάμετρο 9,5Fr και ενσωματωμένη κάμερα και καλώδιο φωτισμού στη λαβή. Συνοδεύεται από ηλεκτρονικό υπολογιστή με οθόνη αφής με μέγιστο χρόνο ζωής 4 ώρες.

Ο πρώτος ασθενής είχε νεφρικό λίθο μεγίστης διαμέτρου 1,8cm σε δεξιό πεταλλοειδή νεφρό. Ο δεύτερος ασθενής λίθο 1.3cm σε έκτοπο πυελικό αριστερό νεφρό. Κανένας δεν είχε συννοσηρότητες, ούτε JJ stent προεγχειρητικά.

Υπό γενική αναισθησία πραγματοποιήθηκε εύκαμπτη ουρητηροσκόπηση με χρήση σύρματος ασφαλείας, σύρματος εργασίας και θηκαριού εργασίας 10/12Fr. Στον έκτοπο νεφρό το θηκάρι αφαιρέθηκε λόγω δυσχέρειας στη κίνηση του εργαλείου. Ελέγχθησαν όλες οι καλυκικές ομάδες και των δύο νεφρικών μονάδων και πραγματοποιήθηκε ενδοσωματική λιθοθρυψία με χρήση Holmium laser και ίνα 270μm για κονιορτοποίηση του λίθου. Τοποθετήθηκε rig-tail μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Ο χρόνος επέμβασης ήταν 95 min στο πεταλλοειδή νεφρό και 100 min στον έκτοπο. Ο χρόνος ακτινοσκόπησης ήταν 4,3 και 5,1 min αντίστοιχα. Σε 24h, κανείς ασθενής δε παρουσίασε υπολειμματική λιθίαση >3mm και έλαβαν εξιτήριο χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές (διάρκεια νοσηλείας 3 ημέρες). Τα rig tail αφαιρέθηκαν 2 περίπου εβδομάδες μετεγχειρητικά και με follow-up 3 μηνών κανένας ασθενής δε παρουσίασε υδρονέφρωση ή υπολειμματική λιθίαση.

**Συμπεράσματα:** Παρουσιάσαμε δύο περιπτώσεις εύκαμπτης νεφρολιθοθρυψίας σε ασθενείς με ανατομικές ανωμαλίες, μία σε πεταλλοειδή νεφρό και μία σε έκτοπο πυελικό με τη χρήση του Lithovue™, ενός single-use ψηφιακού εύκαμπτου ουρητηροσκοπίου. Η χρήση του είναι εφικτή σε αυτούς τους ασθενείς. Λόγω του ιδιαίτερα χαμηλού του βάρους (277,5gr) είναι ευκολότερο για το χειρουργό να εργάζεται σε δύσκολες γωνίες για αρκετό χρονικό διάστημα και να μη διατρέχει το κίνδυνο καταστροφής ενός εργαλείου πολλαπλών χρήσεων.



## ΒΠ015

### Νέα τεχνική αφαίρεσης όγκου νεφρού με διατήρηση του υγιούς παρεγχύματος, με την τεχνολογία Firefly του ρομποτικού συστήματος daVinci Xi και τη χορήγηση φθορίζουσας ουσίας ινδοκυανίνης ICG

**Αλέξανδρος Παπαδόπουλος**, Αλέξανδρος Μωκάκος, Εμμανουήλ Παναγιώτου

*ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ, Αθήνα*

**Σκοπός:** Να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στη νέα τεχνική αφαίρεσης όγκου νεφρού με διατήρηση του υγιούς παρεγχύματος, με την τεχνολογία Firefly του ρομποτικού συστήματος daVinci Xi και τη χορήγηση φθορίζουσας ουσίας ινδοκυανίνης ICG

**Υλικό και Μέθοδος:** Από τον Απρίλιο του 2018 μέχρι και τον Ιούνιο του 2018, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε αφαίρεση όγκου από νεφρό ασθενών, με διατήρηση του υγιούς παρεγχύματος, χρησιμοποιώντας την



τεχνολογία Firefly και την ενδοφλέβια έγχυση φθορίζουσας ουσίας ICG (τεχνολογία που είναι ενσωματωμένη στο τελευταίας γενιάς ρομποτικό σύστημα daVinci Xi)

**Τεχνική-Αποτελέσματα:** Συγκεκριμένα σε 2 ασθενείς 61 και 71 ετών με όγκο δεξιού νεφρού 4,5 και 3,4 εκατοστών αντίστοιχα, λόγω της θέσης του νεοπλασματος πλησίον των νεφρικών αγγείων, χορηγήθηκε στους ασθενείς διεγχειρητικά, ενδοφλέβια φθορίζουσα ουσία ινδοκυανίνης ICG μετά από κατάλληλη προετοιμασία και με την τεχνολογία Firefly, που είναι ενσωματωμένη στο daVinci Xi που διαθέτει το νοσοκομείο μας, έγινε δυνατή η αφαίρεση μόνο του όγκου του νεφρού (ογκεκτομή) σε υγιή όρια, χωρίς μεγάλες τομές, ενώ διατηρήθηκε το υπόλοιπο νεφρικό παρέγχυμα. Ο εγχειρητικός χρόνος ήταν 129 και 141 λεπτά αντίστοιχα η απώλεια αίματος <140ml ενώ και οι 2 ασθενείς εξήλθαν την 4η μετεγχειρητική ημέρα. Τα χειρουργικά όρια ήταν ελεύθερα η ιστολογική ανέδειξε RCC pT1b και pT1a αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνολογία Firefly που εφαρμόζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα σε επέμβαση μερικής νεφρεκτομής, συνίσταται στην ενδοφλέβια έγχυση φθορίζουσας ουσίας (ICG), η οποία δεσμεύεται από τις πρωτεΐνες του αίματος και όταν διεγείρεται από την ακτίνα laser που υπάρχει στο σύστημα daVinci Xi εκπέμπει φως πλησίον του υπέρυθρου φάσματος. Με την τεχνολογία αυτή, είναι δυνατή σε πραγματικό χρόνο (real time) η διάκριση του υγιούς νεφρικού παρεγχύματος που προσλαμβάνει τη φθορίζουσα ουσία, σε σχέση με τον όγκο, ο οποίος φαίνεται σκουρότερος. Αυτή η τεχνική, μας βοηθάει να εξαιρέσουμε εξωφυτικούς ή ενδοφυτικούς όγκους του νεφρού ή όγκους με κεντρική εντόπιση σε υγιή όρια, δηλαδή πραγματοποιούμε μερική νεφρεκτομή ρομποτικά υποβοηθούμενη με το σύστημα daVinci Xi, από μικρές λαπαροσκοπικές τομές, που αλλιώς θα κατέληγε σε ολική αφαίρεση του νεφρού διότι με την φθορίζουσα ουσία ICG εκτός της διάκρισης του όγκου από το υπόλοιπο νεφρικό παρέγχυμα αναγνωρίζονται ευκολότερα και οι γειτονικές στον όγκο αγγειακές δομές.



## ΒΠ016

### Retzius-sparing Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή: Η τεχνική μας

**Μιχάλης Δημόπουλος<sup>1</sup>**, Μάρκος Καραβιτάκης<sup>2</sup>, Χρήστος Κομνηνός<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ιδιώτης Ουρολόγος, Αθήνα; <sup>2</sup>Αθηναϊκή Κλινική, Αθήνα; <sup>3</sup>Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η περιγραφή της τεχνικής της retzius-sparing ρομποτικής ριζικής προστατεκτομής σε καρκίνο προστάτη.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση Trendelenburg. Γίνεται ενδοπεριτοναϊκή εισαγωγή του τροκαρ της κάμερας, 3 ρομποτικών τροκαρ για τα αντίστοιχα εργαλεία και 2 βοηθητικών τροκαρ. Τα βήματα περιλαμβάνουν αρχικά την πλήρη κινητοποίηση του π. έντερου από το χώρο του Douglas. Στη συνέχεια πραγματοποιείται τομή του περιτοναίου μήκους 4 εκατοστών στο χώρο του Douglas οπισθοκυστικά, δια μέσου της οποίας πραγματοποιείται όλη η επέμβαση. Συνεχίζουμε με πρόσθια απώθηση της ουροδόχου κύστεως, παρασκευή και απολίνωση των σπερματικών πόρων και σπερματοδόχων κύστεων, διατομή της περιτονίας του Denonvillier και απώθηση του ορθού από την οπίσθια επιφάνεια του προστάτη. Στη συνέχεια γίνεται αμφοτερόπλευρη παρασκευή των αγγειονευρωδών δεματίων στις πλαγιοπίσθιες επιφάνειες του προστάτη χρησιμοποιώντας μεταλλικά κλιπ 3 & 5mm και διατομή του κυστικού αυχένα. Μετά παρασκευάζουμε την πρόσθια επιφάνεια του προστάτη και της ουρήθρας αφήνοντας ανέπαφη την κυστεοπροστατική επιμήκη μυϊκή στιβάδα και το χώρο του Retzius. Τέλος γίνεται διατομή της ουρήθρας και πραγματοποιείται η κυστεοουρηθρική αναστόμωση με συνεχή ραφή με ράμμα V-lock 3-0. Με τη συγκεκριμένη τεχνική διατηρούνται ανέπαφες πολύ βασικές ανατομικές δομές που συμμετέχουν στον μηχανισμό της εγκράτειας των ούρων, όπως οι ομφαλοκυστικοί σύνδεσμοι, η κυστεοπροστατική επιμήκης μυϊκή στιβάδα, η ενδοπυελική περιτονία και ο χώρος του Retzius με τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους και το φλεβικό πλέγμα του Santorini.

**Αποτελέσματα:** Ο χρόνος επέμβασης κυμαίνεται από 110 -210 λεπτά. Ο μέσος χρόνος αφαίρεσης του προστάτη είναι στα 70 λεπτά. Η πραγματοποίηση της αναστόμωσης είναι τεχνικά δύσκολη. Η μέση απώλεια αίματος είναι στα 200 ml και ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο στις 2 μέρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει εγκράτεια με το που βγει ο καθετήρας ή στις πρώτες 7 μέρες μετά την αφαίρεση αυτού (50%), το 30% το 1ο μήνα, ενώ ένα μικρό ποσοστό γίνεται εγκρατής μέχρι το 3ο μήνα (20%). Κανείς ασθενής δεν παρουσίασε ακράτεια μετά τη συμπλήρωση 3 μηνών. Θετικά χειρουργικά όρια ανευρέθηκαν στο 20% των ασθενών, με το σύνολο των νόσων να είναι T2a-T3b στο τελικό παρασκεύασμα.



**Συμπεράσματα:** Η Retzius-sparing ρομποτική ριζική προστατεκτομή φαίνεται να είναι μια ασφαλής, χειρουργικά και ογκολογικά, τεχνική αντιμετώπισης του καρκίνου του προστάτη. Επιπλέον, προσφέρεται το μεγάλο πλεονέκτημα της ταχύτερης και πλήρους επανόδου στην εγκράτεια των ουρών, μιας και διατηρούνται ανέπαφες πολύ βασικές ανατομικές δομές που συμμετέχουν στον μηχανισμό της εγκράτειας.



## ΒΠ017

### Η οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση στην λαπαροσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του ανωτέρου ουροποιογεννητικού συστήματος

**Θεόδωρος Καλογερόπουλος<sup>1</sup>**, Θεόδωρος Αποστόλου<sup>1</sup>, Μιχάλης Συνεσίου<sup>1</sup>, Γεώργιος Μπούμπουλης<sup>2</sup>, Αναστάσιος Παππάς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, Αθήνα; <sup>2</sup>ΜΕΘ Ευαγγελισμός, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί μια καθιερωμένη πλέον χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του ανωτέρου ουροποιογεννητικού συστήματος είτε πρόκειται για καλοήθεις είτε για κακοήθεις παθήσεις. Η προσπέλαση μπορεί να είναι είτε διαπεριτοναϊκή είτε οπισθοπεριτοναϊκή με την κάθε μέθοδο να εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα έναντι της άλλης.

**Υλικό και Μέθοδος** Στην κλινική του νοσοκομείου Άγιος Σάββας υπάρχει ιδιαίτερη εμπειρία στην οπισθοπεριτοναϊκή λαπαροσκοπική προσπέλαση των παθήσεων του ανωτέρου ουροποιογεννητικού συστήματος λόγω εκπαίδευσης σε κέντρο του εξωτερικού που εξειδικεύεται στην συγκεκριμένη προσπέλαση.

Στην παρούσα εργασία- video παρουσίαση περιγράφουμε την τεχνική και τα πλεονεκτήματα της οπισθοπεριτοναϊκής προσπέλασης στις επεμβάσεις που έχουν έως τώρα πραγματοποιηθεί και συγκεκριμένα την λαπαροσκοπική οπισθοπεριτοναϊκή νεφρεκτομή, επινεφριδεκτομή και εξαίρεση κύστεων νεφρού.

Συγκεκριμένα η οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση προσφέρει άμεση πρόσβαση στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο που είναι ένας χώρος γνωστός στους ουρολόγους, και δεν απαιτεί κινητοποίηση σπλάγχχνων και εντέρων και διάνοιξη του περιτοναίου με ότι συνεπάγεται αυτό, προσφέρει άμεση πρόσβαση στα αγγεία της νεφρικής πύλης για την απολίνωση αυτών καθώς και άμεση αναγνώριση και προσπέλαση των λοιπών δομών του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, όπως ουρητήρες και επινεφρίδια για την αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών των οργάνων.

Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγεται η ανάγκη εμπειρίας στην τεχνική της οπισθοπεριτοναϊκής προσπέλασης, με την σαφή αναγνώριση των ανατομικών δομών του φοίτη μυός και του ουρητήρα καθώς η στενότητα του χώρου σε περιπτώσεις αντιμετώπισης μεγάλων νεφρικών όγκων.

**Αποτελέσματα:** Με τη συγκεκριμένη τεχνική έχουν αντιμετωπισθεί με επιτυχία χωρίς να χρειασθεί μετατροπή σε ανοικτή επέμβαση όγκοι νεφρού έως και 6 εκατοστών, μεγάλες νεφρικές κύστεις άνω των 10 εκ καθώς και μεταστατικοί όγκοι του επινεφριδίου.

Οι ασθενείς είχαν ομαλή μηχ πορεία με γρήγορη κινητοποίηση και μειωμένη ανάγκη χορήγησης αναλγητικών λόγω διηनुσης και όχι διατομής των οσφυϊκών μυών κατά την προσπέλαση του χώρου και ταχεία επάνοδο των εντερικών κινήσεων λόγω μη εισαγωγής αερίου στο περιτόναιο.

**Συμπεράσματα:** Η οπισθοπεριτοναϊκή προσπέλαση με την έως τώρα εμπειρία μας είναι εξίσου αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των παθήσεων του ανωτέρου ουροποιογεννητικού συστήματος σε σχέση με την διαπεριτοναϊκή προσπέλαση από την οποία έχουμε επίσης εμπειρία.

Παρουσιάζει το πλεονέκτημα της μη ανάγκης εισόδου στο περιτόναιο και της άμεσης πρόσβασης στο όργανο στόχο αλλά απαιτεί μια σχετική εξοικείωση με την τεχνική προσπέλασης στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο την αναγνώριση των δομών και τον χειρισμό των λαπαροσκοπικών εργαλείων σε ένα σχετικά περιορισμένο χώρο.





## ΒΠ018

### Εκτομή μορφώματος αποχετευτικής μοίρας με χρήση TURIS και διαδερμική προσπέλαση σε δύο ασθενείς με μονήρη νεφρό. Παρουσίαση της τεχνικής και των αποτελεσμάτων της μακροχρόνιας παρακολούθησης

**Σπυρίδων Παπαρίδης**, Φίλιππος Βενετσάνος, Γεώργιος Ζερβόπουλος, Αντώνιος Κατσιμαντάς, Βασίλειος Κανελλόπουλος, Βασίλειος Κλάφης, Κωνσταντίνος Μπουρόπουλος, Νικόλαος Φεράκης  
*Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Παρουσίαση δύο ασθενών με TURIS εκτομή και διαδερμική προσπέλαση, ευμεγέθους όγκου αποχετευτικής μοίρας σε ασθενείς 78 και 70 ετών με μονήρη νεφρό, οι οποίοι αρνήθηκαν την νεφροουρητηρεκτομή.

**Υλικό και Μέθοδος:** Και στους 2 ασθενείς υπό γενική αναισθησία σε γυναικολογική θέση τοποθετείται ουρητηρικός καθετήρας 7Fr. Ακολούθως τοποθετούνται σε πρηνή θέση, και υπό ακτινοσκόπηση εγχύεται σκιαγραφικό δια του ουρητηρικού καθετήρα και παρακεντείται ο οπίσθιος κάλυκας της μέσης καλυκικής ομάδας στον πρώτο ασθενή, ενώ στον δεύτερο ο οπίσθιος κάλυκας της κάτω καλυκικής ομάδας, με χρήση σύρματος εργασίας Sensor και ασφαλείας Amplatz superStiff. Γίνεται διαστολή του tract με την χρήση διαστολεα 8/10 και μπαλονιού nephromax ώστε να τοποθετηθεί εντός του κάλυκα Amplatz sheath 30Fr. Μέσω του tract τοποθετείται ρεζεκτοσκόπιο TURIS, ανευρίσκεται ο όγκος και εκτέμνεται επι υγιών ιστών με χρήση laser ηλεκτροδίου, ενώ ακολουθεί αιμόσταση με χρήση ηλεκτροδίου oval button. Μετά το πέρας της διαδικασίας εγχύθηκε διεγχειρητικά υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου και υπεροξειδίου του υδρογόνου διά του tract για την αποφυγή διασποράς και τοποθετήθηκε νεφροστομία 18Fr. Μετεγχειρητικά διά της νεφροστομίας εγχύθηκε σε αραιώση με φυσιολογικό ορό Mitomycin-C για την αποφυγή υποτροπής. Την επόμενη ημέρα αφαιρείται ο ουρητηρικός καθετήρας και ο ουροκαθετήρας, ενώ η νεφροστομία σχεδιάζεται να παραμείνει σε μόνιμη βάση.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος του πρώτου ασθενή ανέδειξε υψηλόβαθμο ουροθηλιακό καρκίνωμα pT1 Grade 3, CT : μόρφωμα άνω καλυκικής ομάδας με επέκταση στην πύελο, μεγέθους 2,5X2,2X3,4, ο οποίος αναπόφευκτα οδηγήθηκε σε νεφροουρητηρεκτομή αν και η βιοψία νεφρού είχε αναδείξει pTa Grade 2.

Στον δεύτερο η ιστολογική εξέταση ανέδειξε χαμηλόβαθμο ουροθηλιακό καρκίνωμα pTaGrade 2, CT: όγκος πυέλου, μεγέθους 1,8X2,1X2,8, εύρημα συμβατό με την βιοψία νεφρού. Κατά το follow up με κυστεοσκόπηση, νεφροσκόπηση, αξονική κοιλίας και υπερηχογραφικό έλεγχο, δεν έχει αναδειχθεί υποτροπή νόσου 6 έτη μετά την επέμβαση. Η νεφροστομία (18Fr) παρέμεινε μόνιμα και αντικαθίσταται ανά 3 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Αν και η ανωτέρω τεχνική δεν μπορεί να προταθεί σαν μέθοδος εκλογής και υποκατάστασης της νεφροουρητηρεκτομής σε όγκους της αποχετευτικής μοίρας του ανώτερου ουροποιητικού, μπορεί να αποτελέσει μια λύση ανάγκης με πιθανά αποδεκτά ογκολογικά αποτελέσματα σε ιδιαίτερους ασθενείς με μονήρη νεφρό που παρά τον ογκολογικό κίνδυνο, αρνούνται να οδηγηθούν σε νεφροουρητηρεκτομή και αιμοκάθαρση.



## ΒΠ019

### Ενδοουρολογική αποκατάσταση στενωμάτων ουρητήρα: Δύο ενδιαφέρουσες περιπτώσεις και παρουσίαση της τεχνικής μας

**Σπυρίδων Παπαρίδης**, Γεώργιος Ζερβόπουλος, Βασίλειος Κλάφης, Αντώνιος Κατσιμαντάς, Φίλιππος Βενετσάνος, Βασίλειος Κανελλόπουλος, Κωνσταντίνος Μπουρόπουλος, Νικόλαος Φεράκης  
*Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Παρουσίαση αποκατάστασης δυο σύνθετων στενωμάτων ουρητήρα με χρήση ενδοουρολογικών τεχνικών. Στένωμα με ενθλακωμένο λίθο κατώτερου τριτημορίου ουρητήρα σε ασθενή με χρόνια εμμένουσα διάταση ΠΚΣ και ασθενής με πλήρες στένωμα μέσου τριτημορίου και διάνοιξη με χρήση Holmium Laser.

**Υλικό και Μέθοδος:** Και στις δυο περιπτώσεις διαθέσιμα για άμεση χρήση ήταν: ακτινοσκοπικό μηχάνημα C arm, ημιάκαμπτο και εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο Olympus, ουρητηρικός καθετήρας 6Fr, θηκάρι ουρητηρικής πρόσβασης



10/12Fr, ουρητηρικός καθετήρας διπλού αυλού, άκαμπτο κυστεοσκόπιο 25Fr με γέφυρα και κανάλι εργασίας, σύρματα ενδοουρολογίας: τύπου sensor, υδρόφιλου τύπου Zip-wire standard και stiff, τύπου Amplatz superStiff, Holmium laser οπτικές ίνες με κλιμακούμενα μεγέθη 270-365-600, αγγειογραφικοί καθετήρες Cobra και Kumpe, πνευματικός λιθοτρίπτης, rig tail πολλαπλών διαμέτρων ανοιχτού και κλειστού άκρου. Και οι δύο ασθενείς είχαν πραγματοποιήσει αξονική τομογραφία προεγχειρητικά.

Στον πρώτο ασθενή σε πρηνή θέση, δια της προεγχειρητικής νεφροστομίας, τοποθετήθηκε υδρόφιλο σύρμα ZipWire υπό ακτινοσκόπηση, το οποίο δεν διαπέρασε το στένωμα του κατώτερου ουρητήρα. Αφαιρέθηκε η νεφροστομία και τοποθετήθηκε καθετήρας Cobra χωρίς παράκαμψη του στενώματος. Αποφασίζεται η διατήρηση του Cobra και η αλλαγή σε γυναικολογική θέση με σκοπό την διουρηθρική προσέγγιση του στενώματος με ημιάκαμπτο ουρητηροσκόπιο. Ακολούθως: έγχυση κυανού του μεθυλενίου από τον Cobra, αναγνώριση σημείου εκροής χρωστικής, και προώθηση σύρματος τύπου Zip Wire μέσω του ουρητηροσκοπίου μέχρι το ΠΚΣ και αναγνώριση ενθυλακωμένου λίθου επιχωρίως. Ακολουθεί πνευματική λιθοτριψία με lithoclast. Αδυναμία τοποθέτησης rig tail στο τέλος της λιθοτριψίας και με την χρήση Holmium laser πραγματοποίηση αποκατάστασης υπολειμματικού στενώματος και βατότητας ουρητήρα. Τοποθέτηση rig tail 6Fr ανοιχτού άκρου.

Στην δεύτερη ασθενή, σε γυναικολογική θέση τοποθετήθηκε ουρητηρικός καθετήρας, σκιαγράφιση και ακτινοσκοπική ανάδειξη πλήρους στενώματος μέσου τριτημορίου. Προώθηση υδρόφιλου ZipWire μέχρι το ΠΚΣ. Χρήση ημιάκαμπτου ουρητηροσκοπίου και λήψη βιοψιών από στενωτικούς ιστούς με λαβίδα βιοψίας piranha. Χρήση Holmium laser οπτική Νο 365, 10Hz/1200mJ και διάνοιξη στενώματος μέχρι το περιουρητηρικό λίπος, με δημιουργία tunnel κοιλιακά και έσω στον ουρητηρικό αυλό, για αποφυγή των αγγείων. Τελική σκιαγράφιση με θετικό έλεγχο βατότητας ουρητήρα, και εξαγγείωση του σκιαγραφικού. Τοποθέτηση rig tail 6Fr ανοιχτού άκρου

**Αποτελέσματα:** Αποκατάσταση βατότητας ουρητήρα και στους 2 ασθενείς με follow up στις 6 εβδομάδες για αφαίρεση rig tail και υπερηχογραφικό έλεγχο 2 εβδομάδες μετά την αφαίρεση του rig tail αρνητικό για διάταση ΠΚΣ.

**Συμπεράσματα:** Η εκμετάλλευση των ενδοουρολογικών τεχνικών, και η χρήση των απαραίτητων υποδομών για την ορθή εκτέλεση ενδοουρολογικών πράξεων, καθιστούν ακόμα και τα πιο απαιτητικά ουρητηρικά στενώματα διαχειρίσιμα στην καθημερινή χειρουργική πρακτική.



## ΒΠ020

### Ρομποτική αφαίρεση πυελικών σαρκωμάτων: τεχνική, αποτελέσματα και προβληματισμοί

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

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η παρουσίαση της ελάχιστα επεμβατικής ρομποτικής εξαίρεσης σαρκωμάτων πυέλου με σχόλια στα αποτελέσματα και προβληματισμούς στα εγχειρητικά όρια.

**Υλικό και Μέθοδος:** Περιγράφεται η τεχνική της εξαίρεσης του πιο ευμεγέθους πυελικού σαρκωμάτωσης όγκου πυέλου σε θήλυ ασθενή με ιστορικό ανοικτής εξαίρεσης λιποσαρκώματος ουροδόχου κύστης προ δετίας με συνοδό προσωρινή κολοστομία και μετέπειτα σύγκλεισής της από τρώση εντέρου διεγχειρητικά. Τα τροκάρες τοποθετήθηκαν ως επί ρομποτικής προστατεκτομής με 4ο βραχίονα μετά τοποθέτηση rig-tails, για προστασία των ουρητήρων και σε βαθιά Trendelenburg θέση. Μετά λύση εντερικών συμφύσεων, και με οδηγό την MRI, αναγνωρίστηκε και αποκολλήθηκε με περιβάλλον ψευδοκάψας με όψη ριζικότητας συμπαγές και κυστικό μόρφωμα μεταξύ ουροδόχου κύστης και μήτρας. Το πίσθιο τοίχωμα της κύστης πάρα πολύ λεπτό σε 2 σημεία, όπου υπήρξε διάτρηση, ισχυροποιήθηκε με ράμμα V-lock.

**Αποτελέσματα:** Απώλεια αίματος 60 cc. Κινητοποίηση την 1η μετεγχειρητική ημέρα, όπως και λειτουργία εντέρου. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε και η ασθενής εξήλθε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα. Αφαίρεση Foley μετά 5 ημέρες. Η ιστολογική ανέδειξε λιποσαρκώμα κύστης διαμέτρου 11 cm με εγχειρητικά όρια αρνητικά. Γενικότερα, τα σαρκώματα πυέλου έχουν πτωχή πρόγνωση παρότι ασθενείς έχουν ζήσει αρκετά, όπως η συγκεκριμένη, η οποία ανέπτυξε υποτροπή 8 έτη μετά. Το μείζον πρόβλημα αποτελεί η δυσχέρεια ασφαλών ΧΟ δεδομένης της πολύπλοκης ανατομίας πυέλου. CT και MRI επιτρέπουν αξιόλογο σχεδιασμό της επέμβασης, αλλά η διεγχειρητική εντόπιση των ορίων παραμένει προβληματική. Η



11-14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018  
ΑΘΗΝΑ ATHENAEUM INTERCONTINENTAL



Οργάνωση:



Με την συνεργασία:

esut<sup>EAU</sup>



ρομποτική προσπέλαση με την τρισδιάστατη και μεγεθυμένη εικόνα προσφέρει πιθανά ακριβέστερη ανατομική εκκρίζωση. Η διεγχειρητική καθοδήγηση από ειδικά software πάσχει προς το παρόν.

**Συμπεράσματα:** Η ρομποτική προσπέλαση στην εξαίρεση σαρκωμάτων πυέλου προσφέρει πιθανώς μεγαλύτερη ακρίβεια αρνητικών ΧΟ και μικρότερη νοσηρότητα. Δεδομένης της έλλειψης άλλων θεραπειών, η ανάγκη υγιών ΧΟ κρίνεται απόλυτα σημαντική. Η χρήση software με υπολογιστή διεγχειρητικά, ειδικά στη ρομποτική, τίθεται υπό αναζήτηση για την πλήρη και ριζική εξαίρεση των μαζών αυτών.

