

Εκκόλπωμα Ουρήθρας και ουρογεννητικά συρίγγια

Δρ. Θεόδωρος Μανούσακας

Χειρουργός Ουρολόγος - Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθυντής Γ' Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν»



Συρίγγιο

Η ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ δύο επιφανειών που καλύπτονται από επιθήλιο, μέσω ενός επιθηλιοποιημένου καναλιού



Ιστορικά

- Πρώτη καταγεγραμμένη αναφορά 1950 πΧ
 - κυστεοκολπικό συρίγγιο
- Πρώτη βιβλιογραφική αναφορά 1923
 - κυστεοκολπικό συρίγγιο
 - μουμιοποιημένο σώμα, 2050 πΧ
- **Συσχέτιση με εργώδη τοκετό και ιατρογενείς κακώσεις**
 - Αβικέννας, 1037
 - Derry, 1935



Αιτιολογία

- Αναπτυσσόμενες χώρες
 - **Φυσιολογικός τοκετός**
- Ανεπτυγμένες χώρες
 - **Ιατρογενή αίτια**
 - Υστερεκτομή (έως το 90% του συνόλου, 3x μεγαλύτερη πιθανότητα διακοιλιακά)
 - Πρόσθια κολπορραφία (+/- τοποθέτηση πλέγματος)
 - Κολποανάρτηση
 - Διόρθωση ακράτειας με ταινίες TOT ή TVT
 - RT
 - **Μη ιατρογενή αίτια**
 - Κακοήθεια πυέλου
 - TBC
 - Ξένο σώμα

Why?

Οι αντιθέσεις...



- **Developing world: Τεράστια εμπειρία + επίπτωση**

- Δυστοκία
- Διακολπική προσέγγιση

- **Developed world: Μικρή εμπειρία + επίπτωση**

- Γυναικολογικές επεμβάσεις
- Διακοιλιακή, διακολπική, minimally invasive (λαπαροσκοπική, ρομποτικά υποβοηθούμενη)

- **Αλλαγή τάσης**

- >90% μαιευτικά αίτια στον αναπτυσσόμενο, >70% γυναικολογικά στον ανεπτυγμένο
- Σήμερα, 81-91% γυναικολογικά αίτια συνολικά
- **Αύξηση επίπτωσης γυναικολογικών + Μείωση επίπτωσης μαιευτικών**

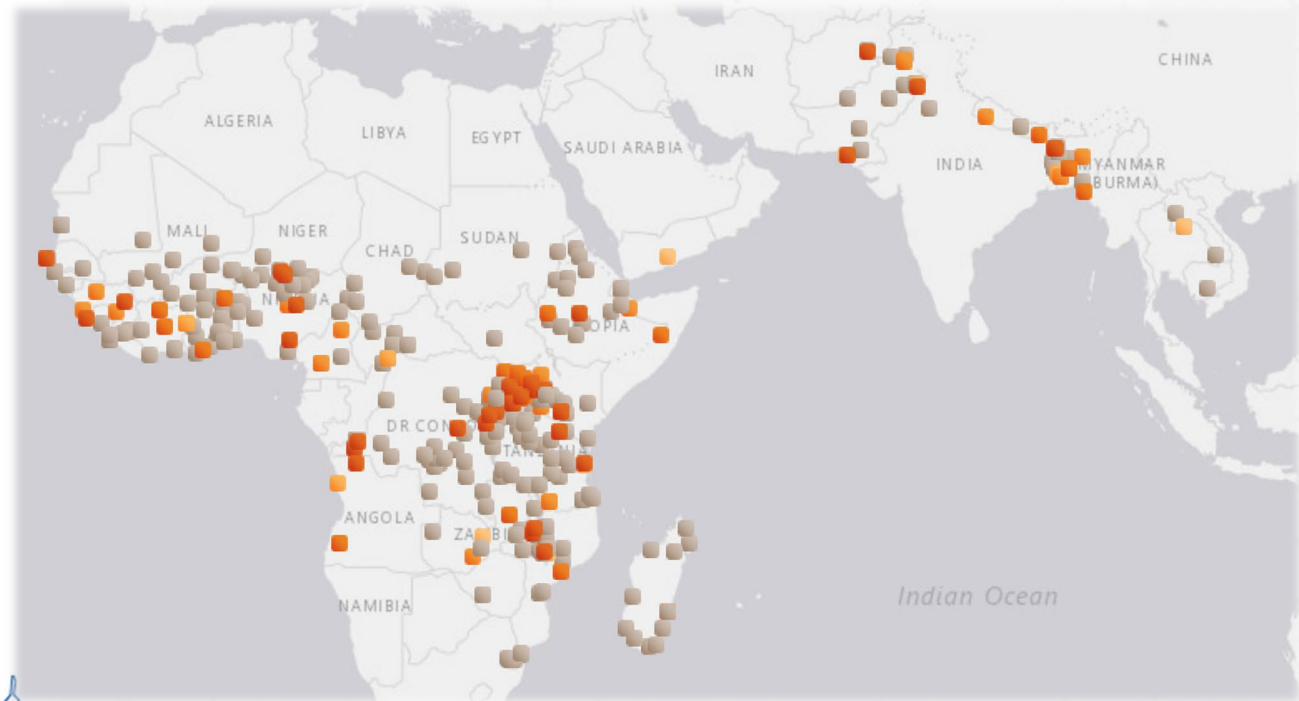
Επίπτωση, συχνότητα, **κατανομή**

- 1,6/1000 lifetime risk in Malawi
 - >31,1% during first delivery
- Nigeria, India, Pakistan: **92, 81, 68% λόγω τοκετού**
- **>2.000.000 in sub-Saharan belt,**
- **>1.000.000 south Asia**
 - **50.000-100.000/year**
- USA: **μόνο 5% λόγω τοκετού**
- **Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες**
 - Μικρή ηλικία γάμου και τοκετού, υποσιτισμός, κακή υποδομή υπηρεσιών υγείας, μικρή πρόσβαση σε επείγουσες δομές υγείας, ανεπαρκής φροντίδα επιτόκων





Reported vs Not reported
(WHO)



No of fistula operations
(Data from health-
providing facilities,
DirectRelief org.)

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

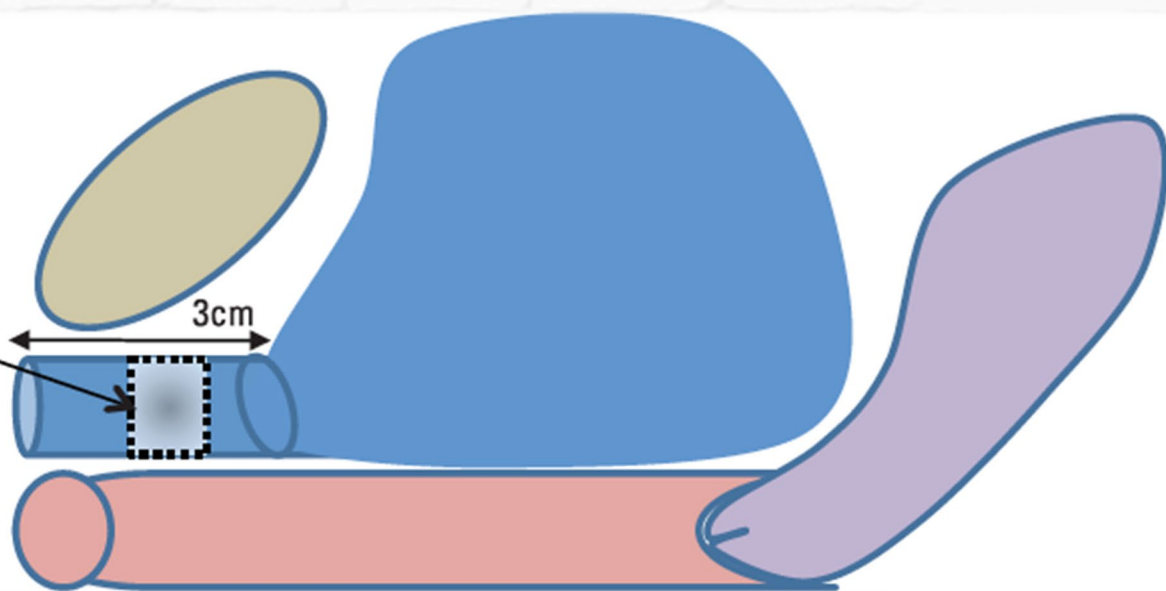
- “Dead mothers, injured wives” Wall, 1988
- Σωματική και ψυχολογική καταστροφή
- Στίγμα, κοινωνική απόρριψη, ψυχολογική επιβάρυνση
- Τερματισμός γάμου, απόρριψη από σύντροφο
- Φτωχοποίηση

Ταξινόμηση

Classification-Goh

- **Type 4.** άνοιγμα συριγγίου >3,5εκ από έξω στόμιο ουρήθρας
- **Type 3.** 2,5-3,5εκ
- **Type 2.** 1,5-2,5εκ
- **Type 1.** <1,5εκ
 - **A.** <1,5 cm σε διάμετρο
 - **B.** 1,5-3 cm διάμετρος
 - **C.** >3 cm σε διάμετρο
 - **i.** Καθόλου ή ήπια ίνωση πέριξ συριγγίου ή/και στον κόλπο, ή/και μήκος κόλπου >6εκ.
 - **ii.** Μέτρια ή σοβαρή ίνωση, ή/και μειωμένο μήκος κόλπου
 - **iii.** Ειδικές περιπτώσεις (post-RT, συμμετοχή ουρητήρα, προηγούμενη προσπάθεια αποκατάστασης)
- αντίστοιχα και για genito-anorectal fistula, σημείο αναφοράς ο υμένας

Continece Zone



Goh		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Type I	a	←→	←→									<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <1.5 cm 1.5-3 cm >3 cm </div>
	b		←→	←→								
	c		←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	
Type II	a		←→	←→								<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <1.5 cm 1.5-3 cm >3 cm </div>
	b			←→	←→							
	c			←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	←→	
Type III	a				←→	←→						<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <1.5 cm 1.5-3 cm >3 cm </div>
	b					←→	←→					
	c					←→	←→	←→	←→	←→	←→	
Type IV	a					←→	←→					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <1.5 cm 1.5-3 cm >3 cm </div>
	b						←→	←→				
	c							←→	←→	←→	←→	

Genitourinary fistula

Κυστεοκολπικό

Ουρηθροκολπικό

Ουρητηροκολπικό

Κυστεομητρικό

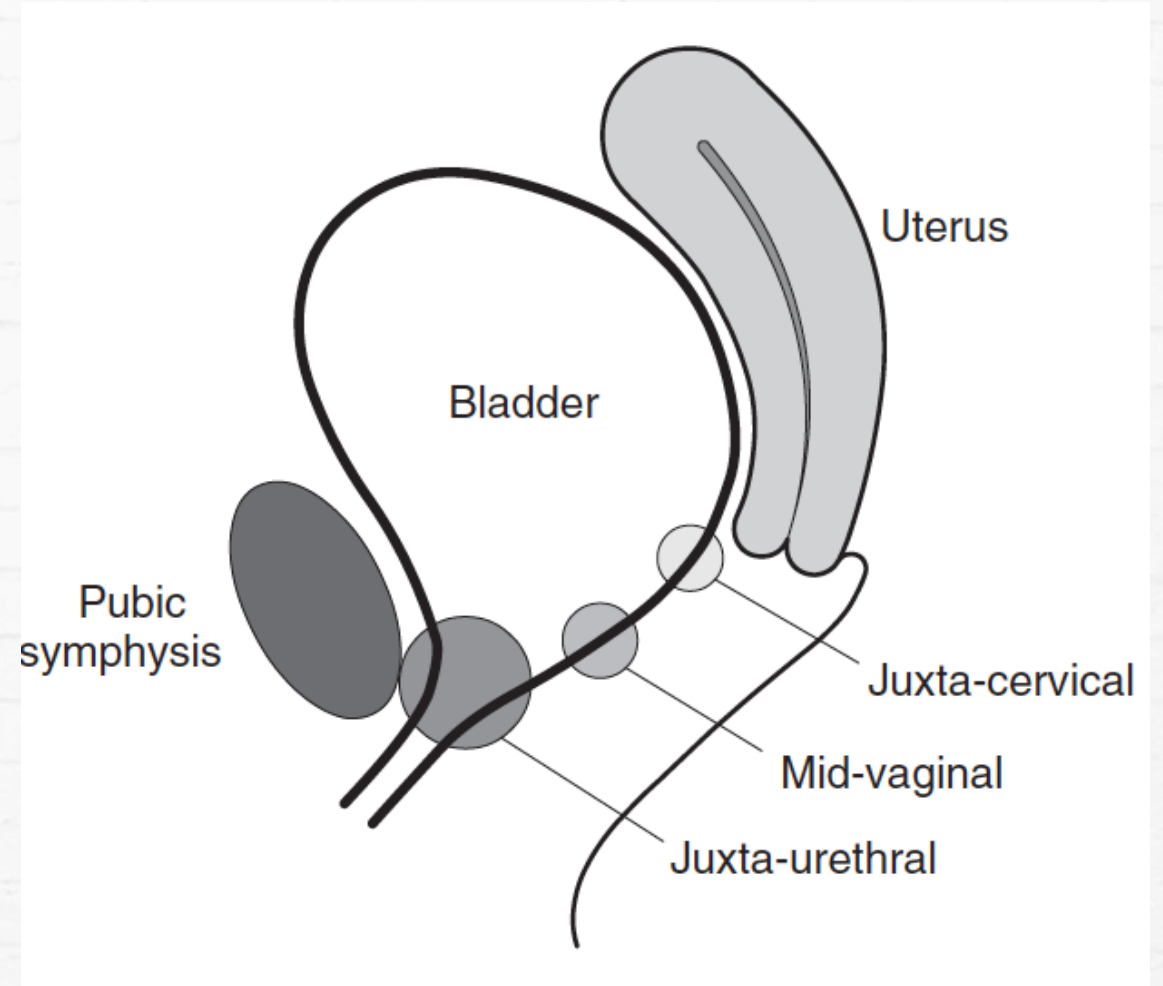
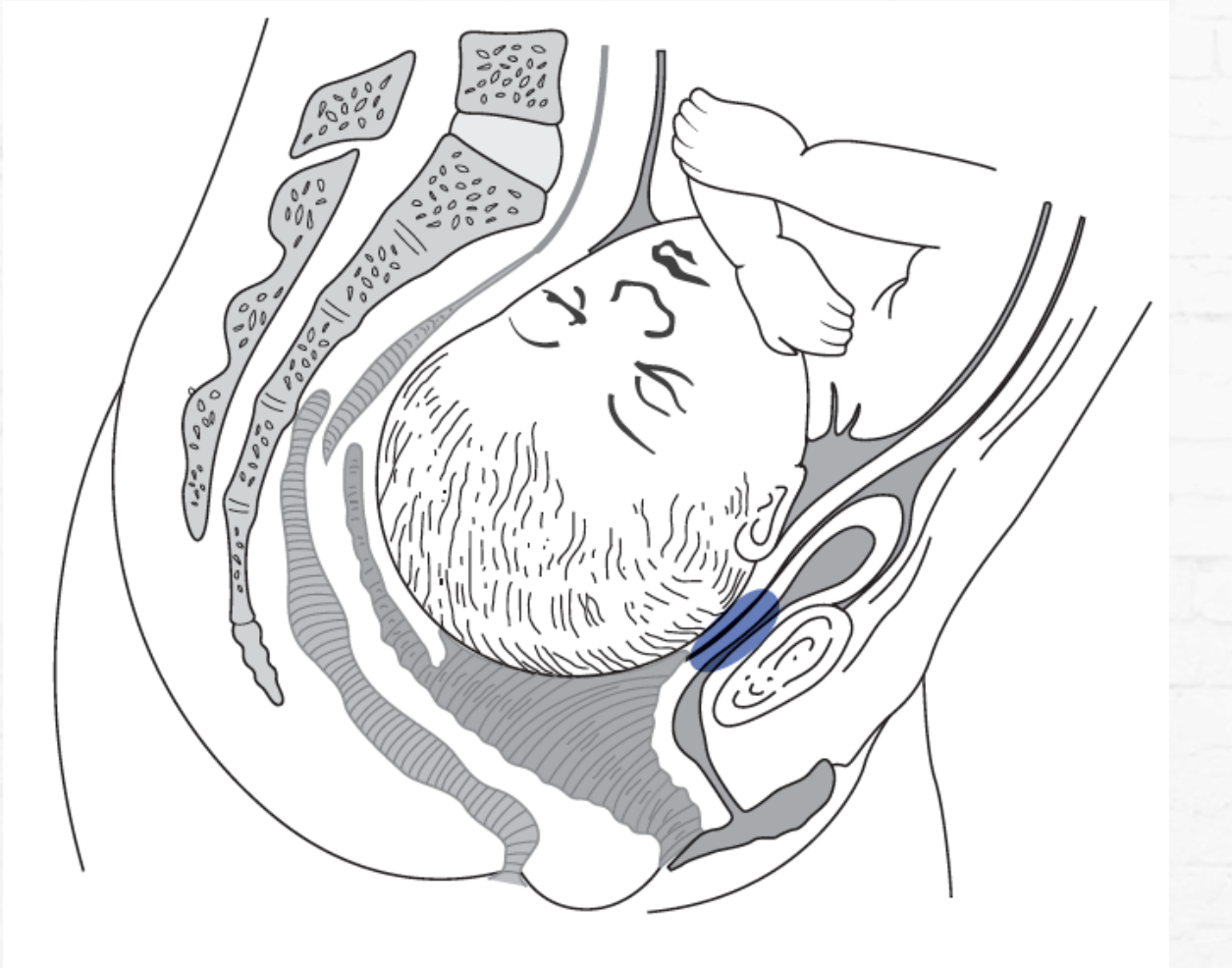
Κυστεοκολλικό συρίγγιο

Vesicovaginal fistula-αιτιολογία

- Συγγενές
- **Επίκτητο**
 - **Δυστοκία (>90%, developing countries)**
 - **Υστερεκτομή** (benign, intra- or extraperitoneal bladder laceration to bladder neck or trigone, large uterus, tobacco use, significant blood loss)
 - **POP/incontinence surgery**
 - Vaginal/Bladder biopsy
 - Pelvic surgery
 - Trauma (incl. sexual)
 - **Pelvic malignancy (3-5%, developed)**
 - Foreign body
 - Uterine rupture
 - RT, chemotherapy, hyperthermia



Μηχανισμός



Θέσεις ισχαιμικής νέκρωσης

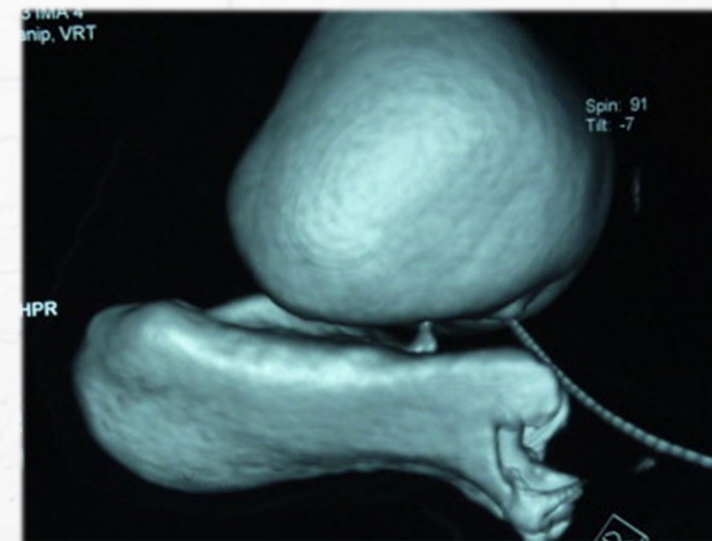
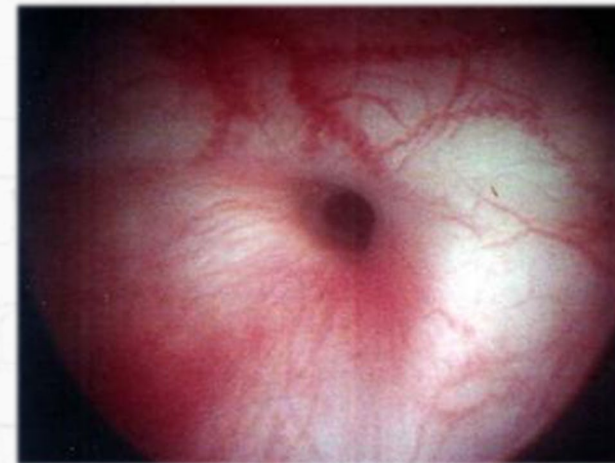
Συμπτωματολογία

- «Ακράτεια Ούρων»
- Απώλεια ούρων από τον κόλπο
 - 7-15 ημέρες μετά από την επέμβαση
- Συνυπάρχουσα λευκοκυττάρωση
- Απώλεια ούρων ακόμη και 20 χρόνια μετά από RT



Διάγνωση

- Ταυτοποίηση υγρού **από τον κόλπο ως ούρα**
- Χρήση κυανού μεθυλενίου στην κύστη
- **Κυστεοσκόπηση**
 - εκτίμηση ποιότητας ιστών, απόστασης από το τρίγωνο/ουρητηρικά στόμια
 - καθετηριασμός συριγγίου
 - λήψη βιοψιών
- **Κολποσκόπηση**
 - εκτίμηση ποιότητας ιστών
 - λήψη βιοψιών
- **Κυστεοουρηθρογραφία** (ante- και retrograde)
- ΙVU/CT (για αποκλεισμό συμμετοχής ουρητήρων)



Αντιμετώπιση - Πότε;

- Άμεσα (πριν την επιθηλιοποίηση συριγγίου)

Ή...

- Απώτερα
 - 3-6 μήνες
 - 12-24 μήνες μετά από RT

Γιατί;

- **Χειρουργικοί λόγοι**
 - Ισχαιμία, φλεγμονή, αδυναμία χαρτογράφησης, χειρουργημένη περιοχή, επιπλεγμένο συρίγγιο, πολύπλοκες ανακατασκευές

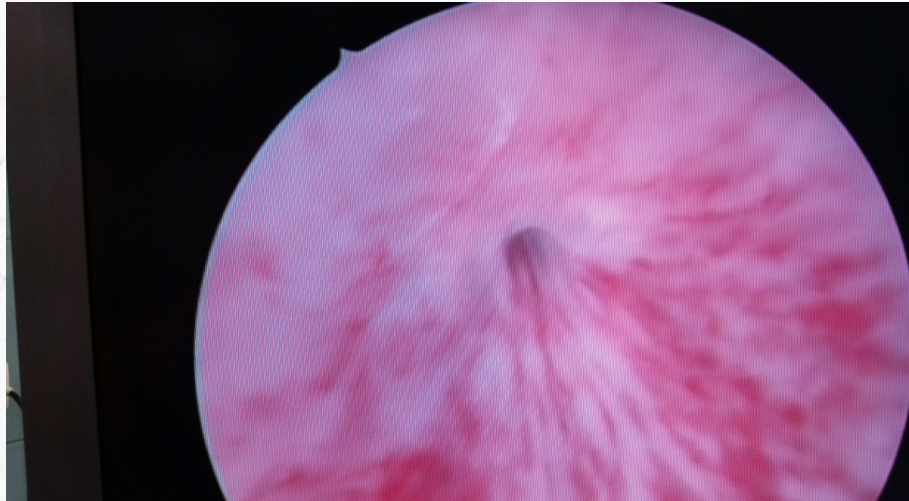


Αντιμετώπιση - Πώς;

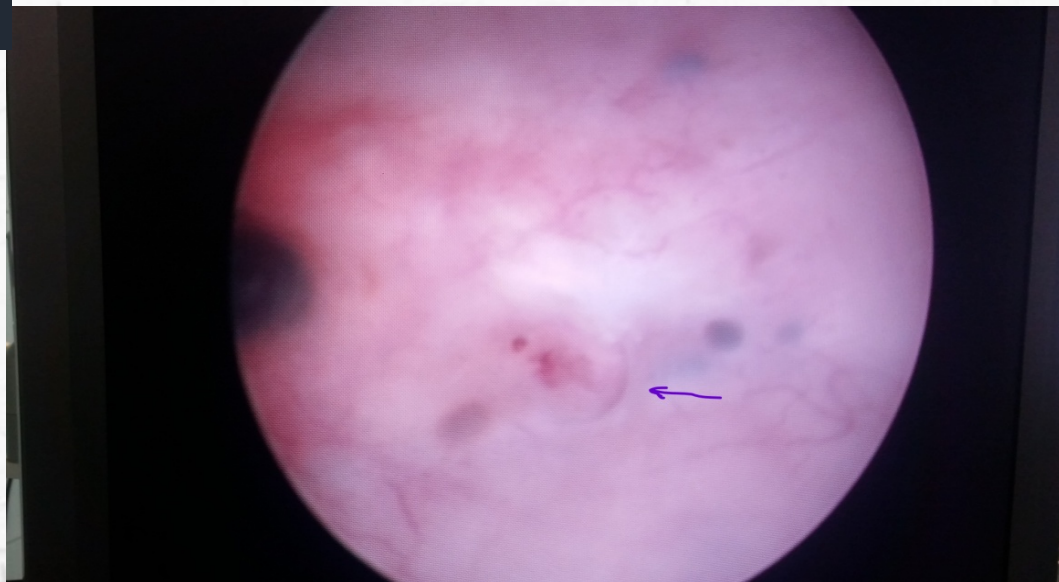
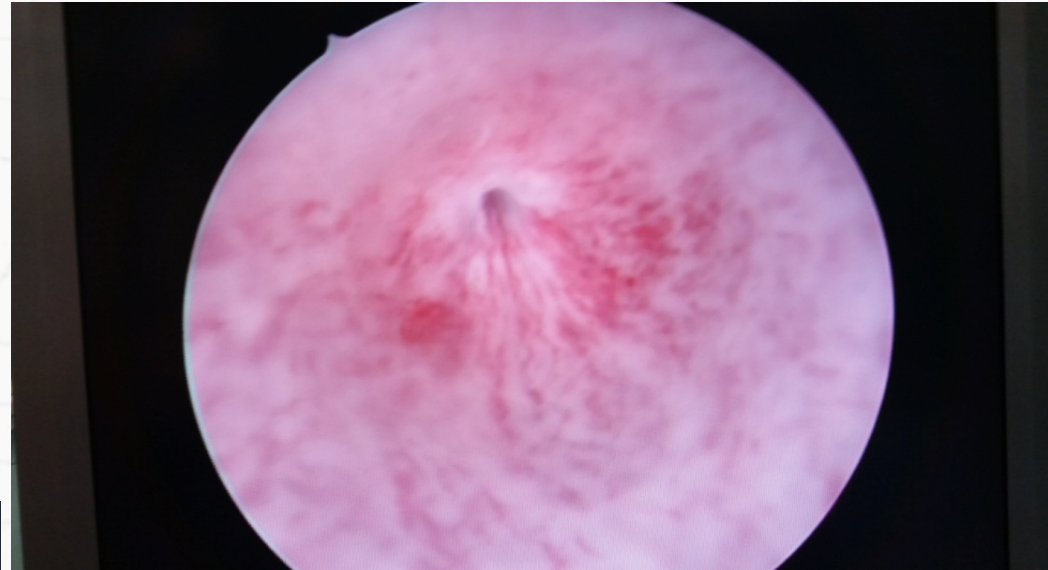
Νοση

- Άμεσα
 - **Καθετηριασμός κύστης + αντιχολινεργικά (για πολύ μικρά συρίγγια)**
 - 3-10% αυτόματη σύγκλειση μετά από 2-8 εβδομάδες (μη επιθηλιοποιημένο)
 - **Ηλεκτροκαυτηρίαση ± χρήση ινικής, κολλαγόνου**
 - Καθετηριασμός 2-4 εβδομάδες
 - **ΠΡΟΣΟΧΗ:** σε λεπτό κυστεοκολπικό διάφραγμα, συρίγγια μεγάλης διαμέτρου, εικόνα φλεγμονής πέριξ συριγγίου
 - Μικρές πιθανότητες επιτυχίας

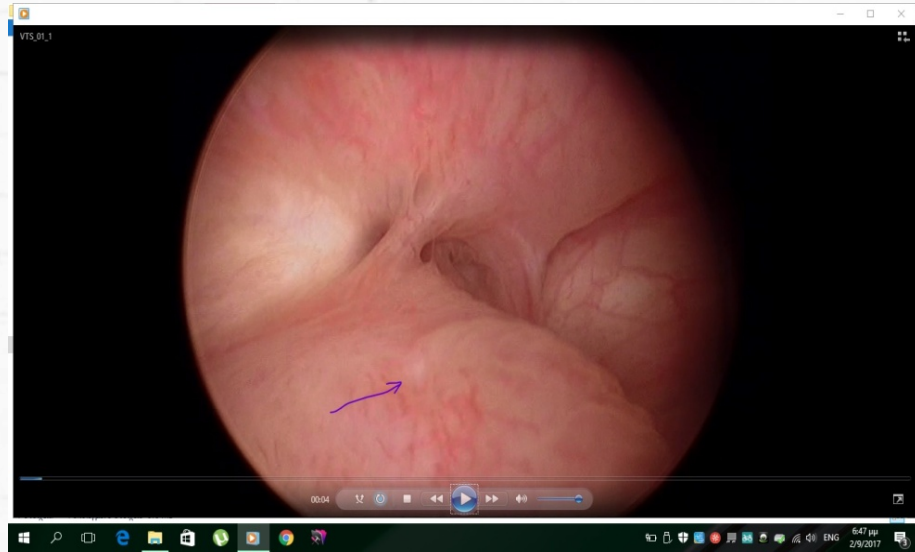
Κυστεοκολπικό Συρίγγιο (αυτόματη σύγκλειση)



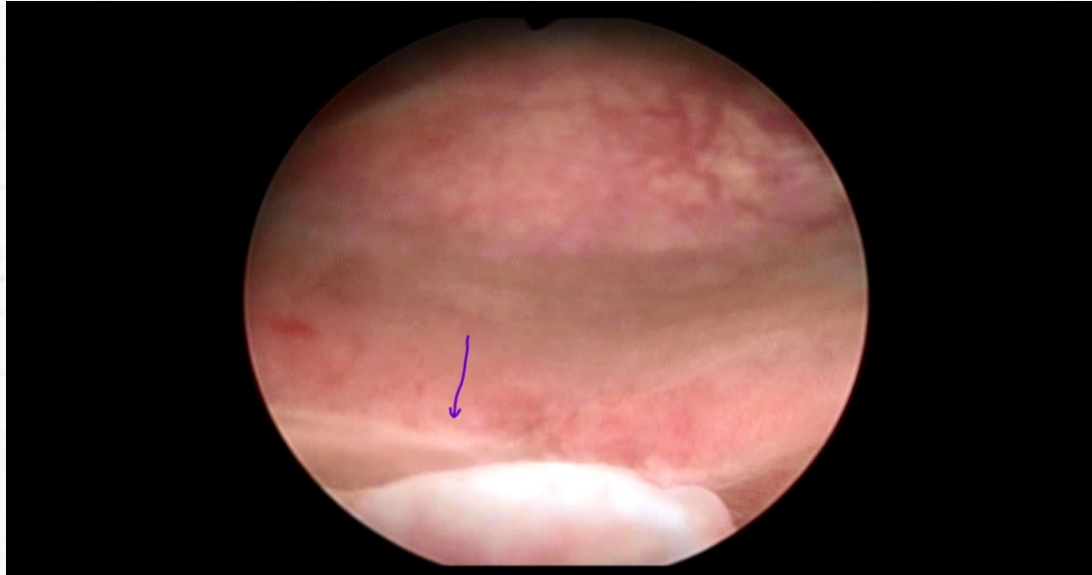
Foley για 1 μήνα
Μηδενικής παροχής με Foley



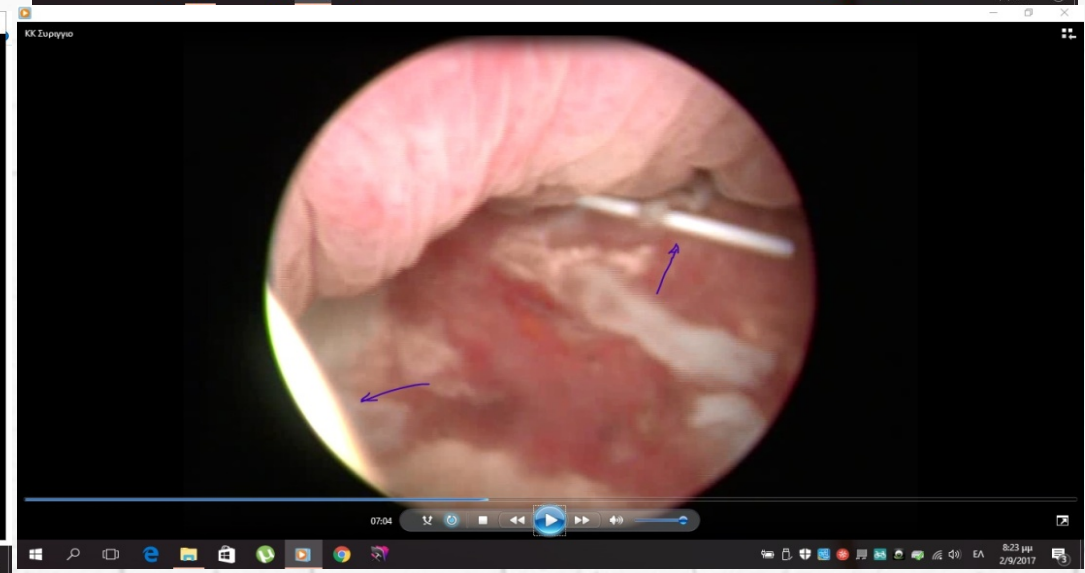
Κυστεοκολπικό Συρίγγιο 1



Κυστεοκολπικό Συρίγγιο 2



Κυστεοκολπικό Συρίγγιο 3



Χειρουργική Αντιμετώπιση

And Then

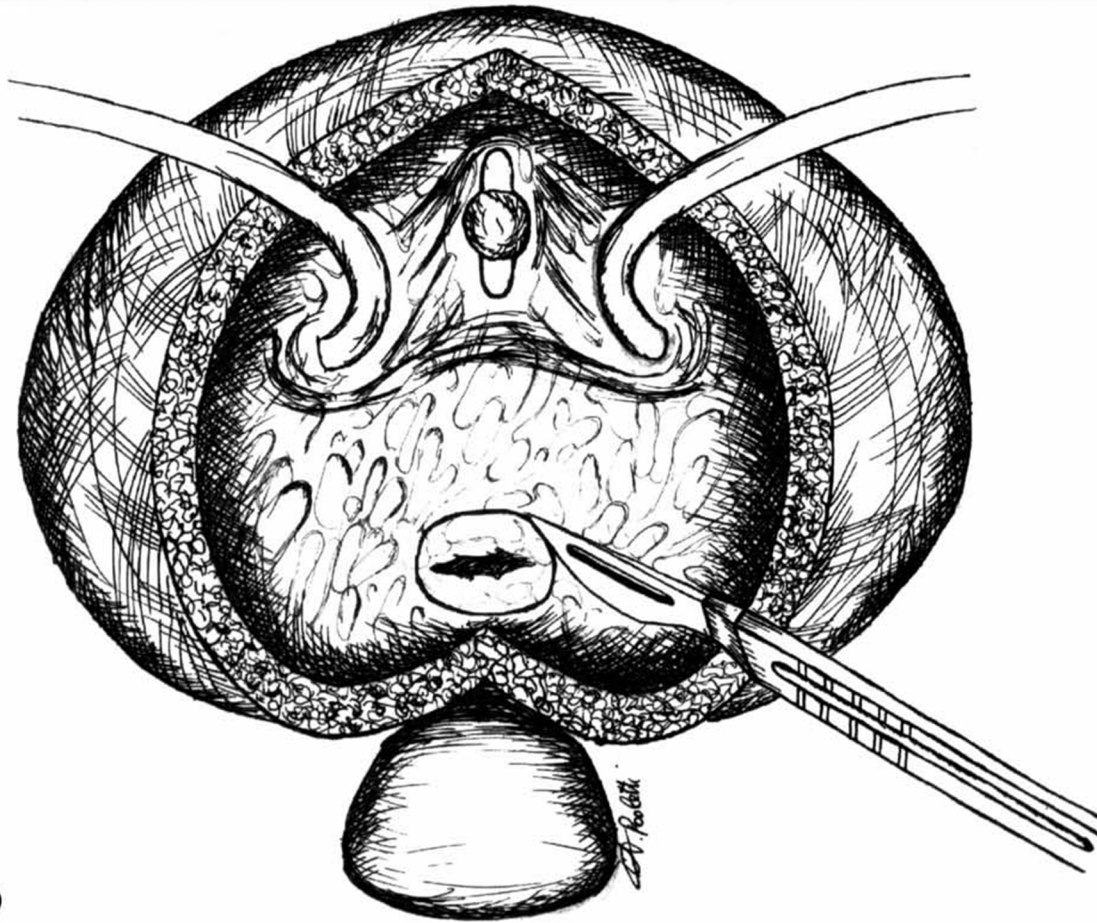
- **Διακοιλιακά**
 - **O'Connor** (bivalve)
 - κινητοποίηση επιπλόου ή περιτοναίου
 - **Επιτυχία 85-100%**
- **Διακολπικά** (μικρότερη απώλεια αίματος, λιγότερος πόνος, γρηγορότερη αποκατάσταση, διεγχειρητικές επιπλοκές)
 - **Επιτυχία 70-100%** (Latzko ± Martius flap)
 - Αντενδείξεις: στένωση κόλπου, εμπλοκή ουρητήρων, εκτεταμένη φλεγμονή πέριξ συριγγίου, μικρής χωρητικότητας κύστη
 - **Martius flap/modified flap** (κυρίως για έξω και μέσο τριτημόριο)
 - Δυνατότητα εκτεταμένης κινητοποίησης ιστού, χρήση άνω και κάτω pedicle αιμάτωσης
 - Χρήση αμφοτερόπλευρου flap
 - Άριστη αποτελεσματικότητα (>90%), τεχνική ευκολία, μικρή νοσηρότητα, άριστο αισθητικό αποτέλεσμα

Γενικές αρχές (James Marion Sims, 1852)

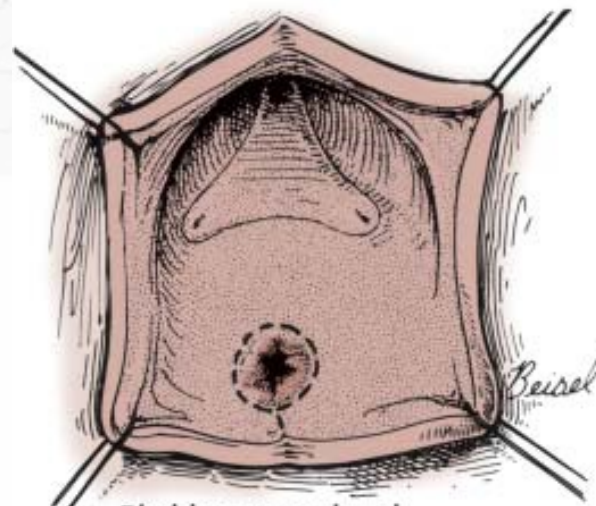
- Καλή έκθεση
- Νεαροποίηση χειλέων συριγγίου
- Εκτομή συριγγώδους πόρου
- Μη επικάλυψη γραμμών συρραφής
- Σύγκλειση πολλαπλών στρωμάτων
- Χρήση interposition graft/επιπλόου/βιοσυνθετικού μοσχεύματος
- Drainage
- Προσοχή στο τρίγωνο, τον κυστικό αυχένα και τους ουρητήρες



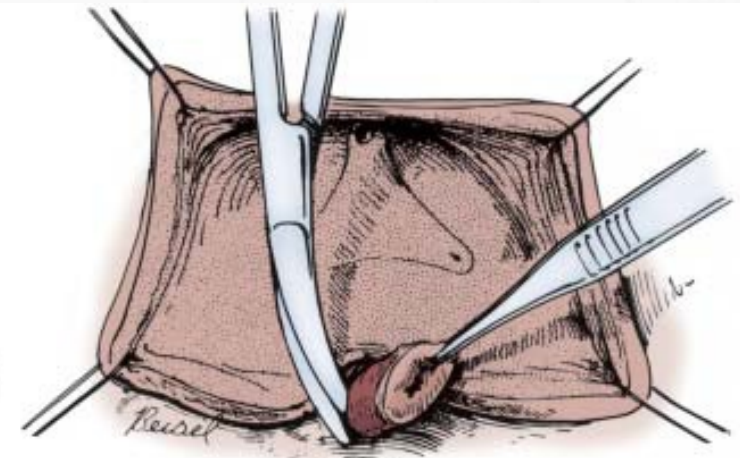
O'Connor (bivalve)



(a)

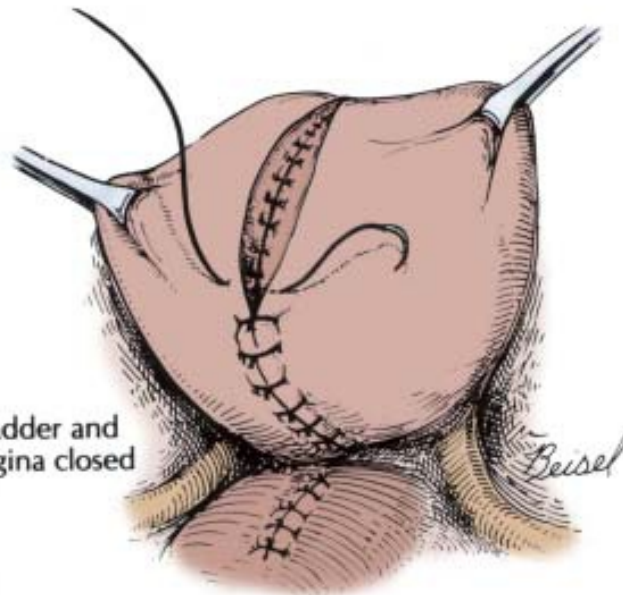


A Bladder opened and fistula exposed

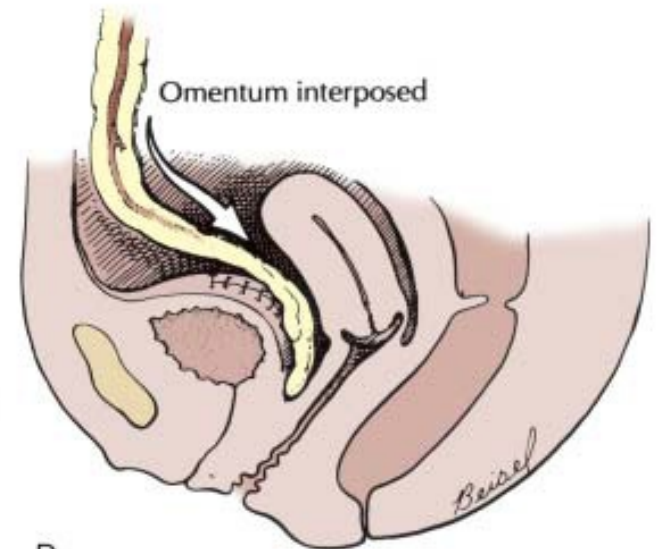


B

Circumferential incision through vaginal wall



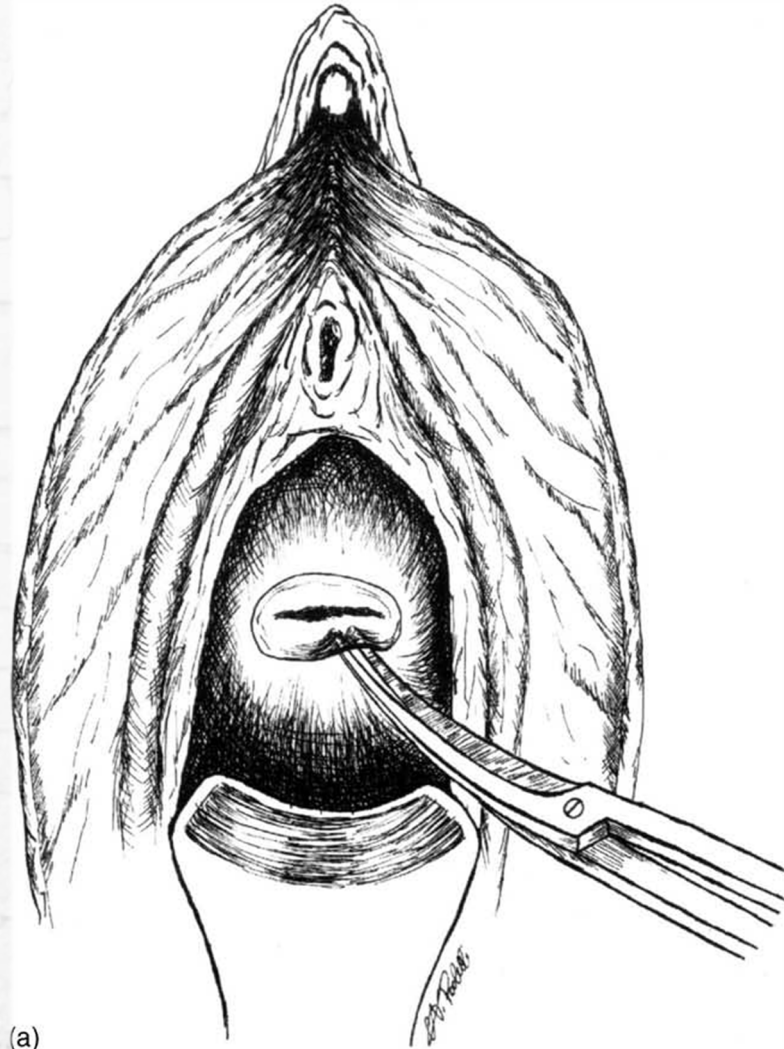
C Bladder and vagina closed



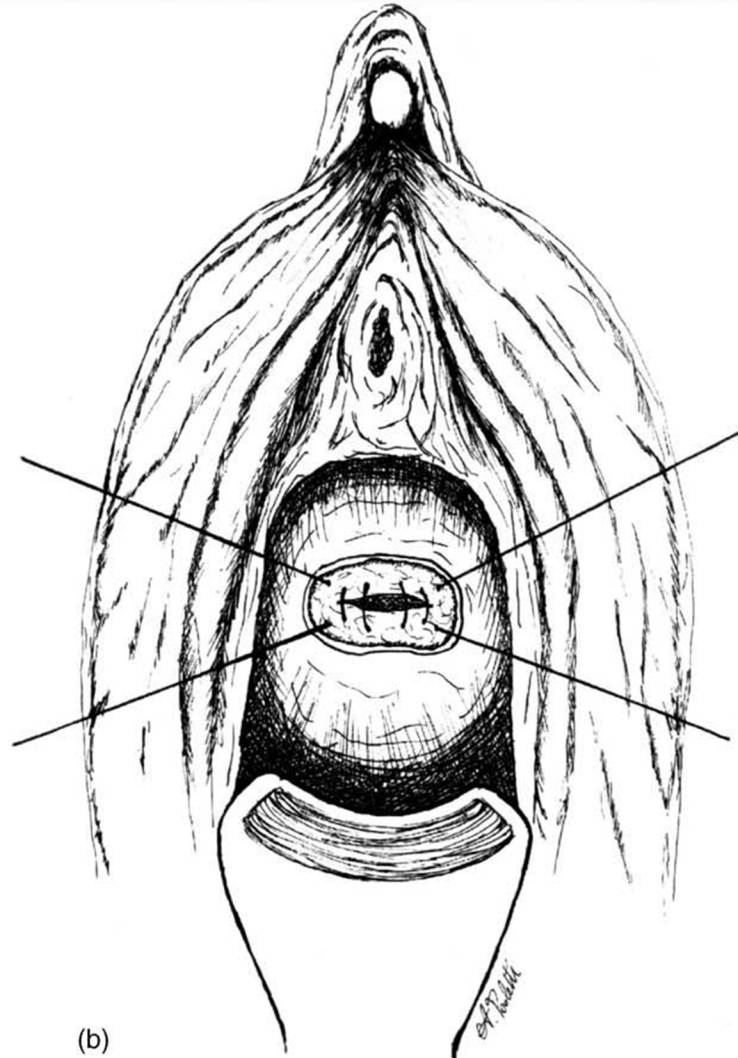
D

Omentum interposed

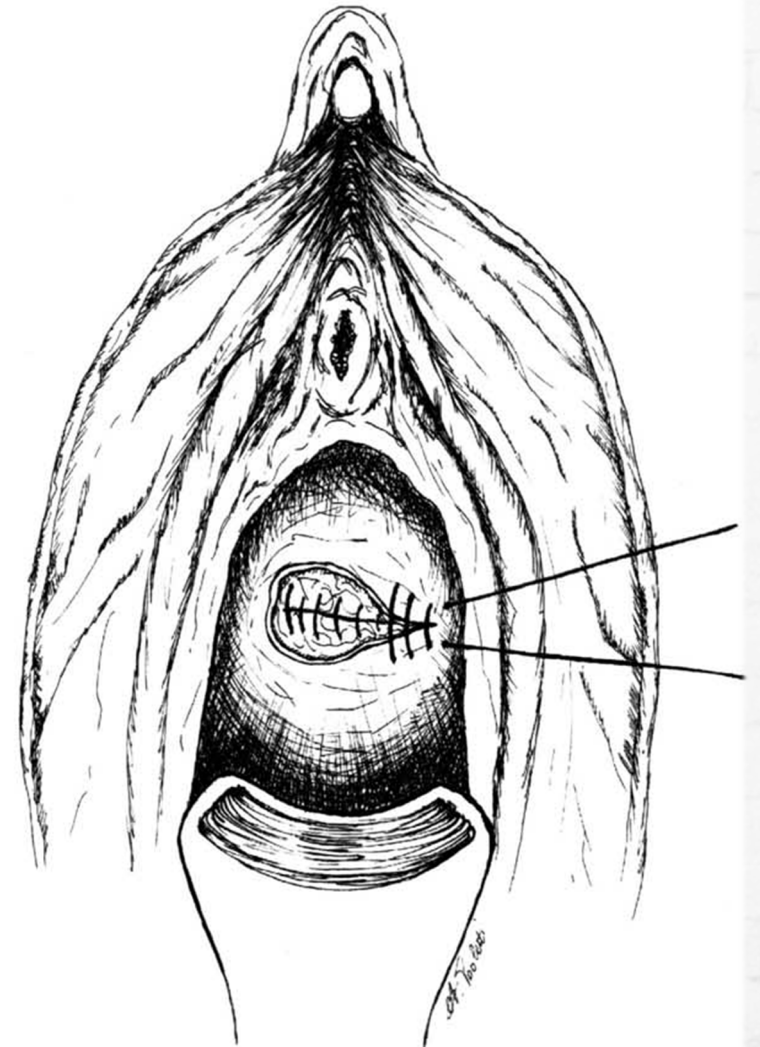
Latzko (transvaginal)



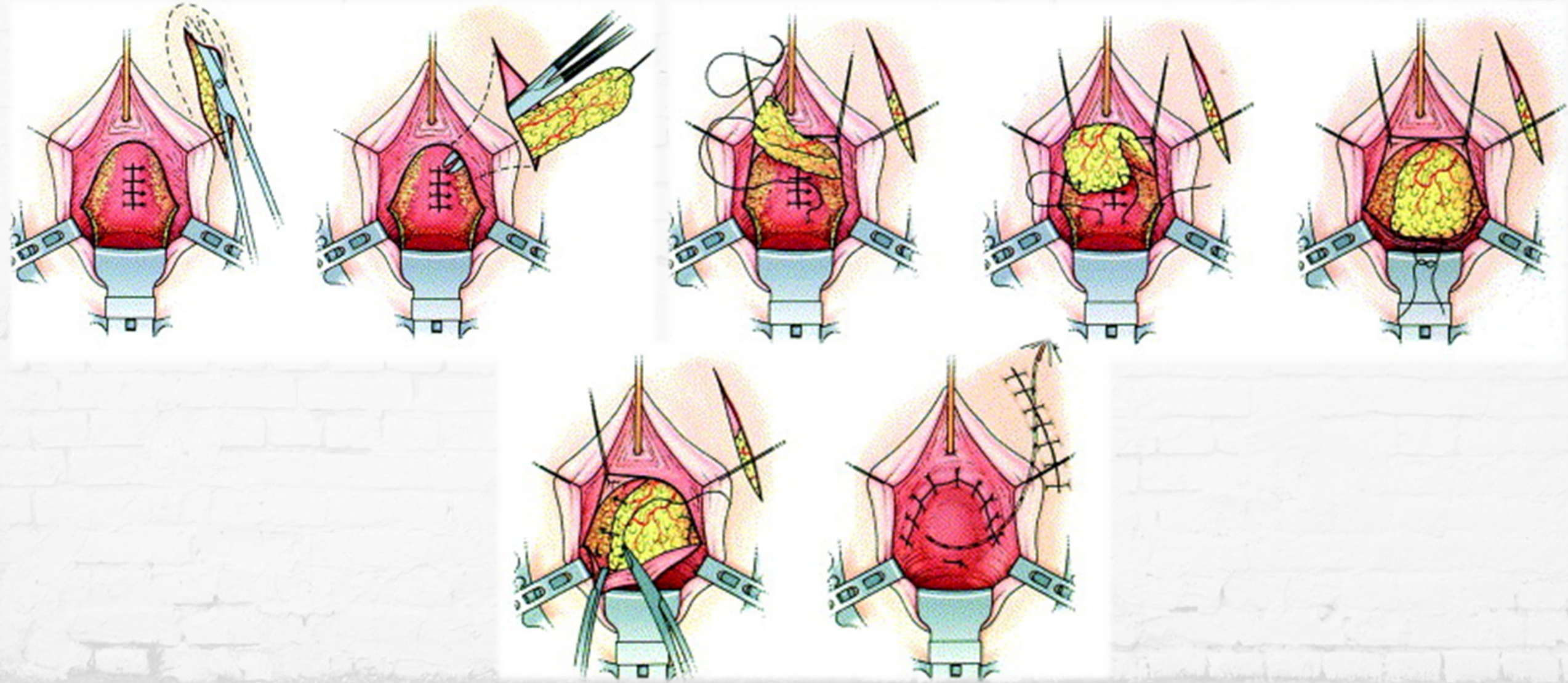
(a)

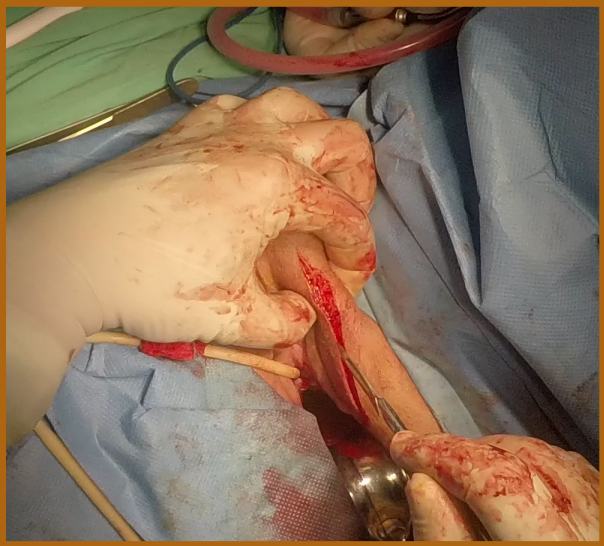
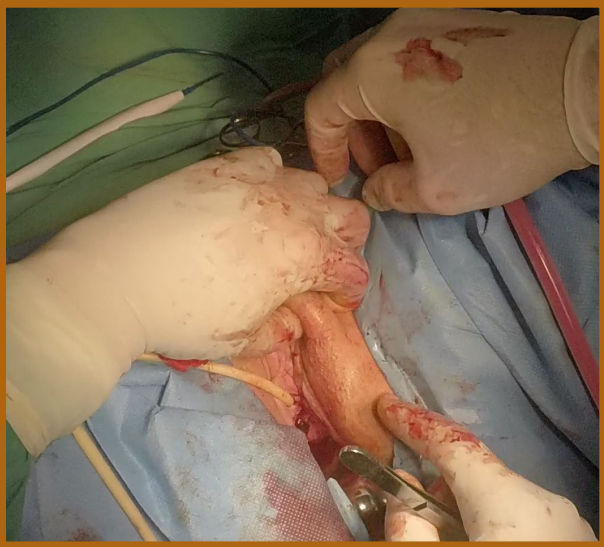


(b)

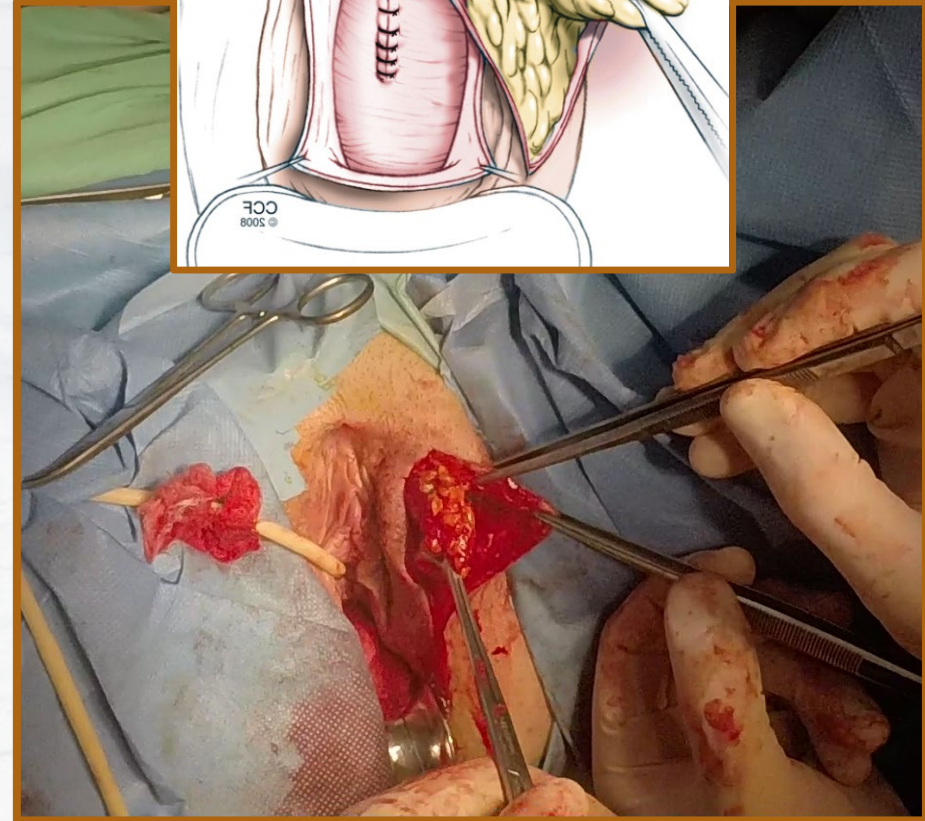
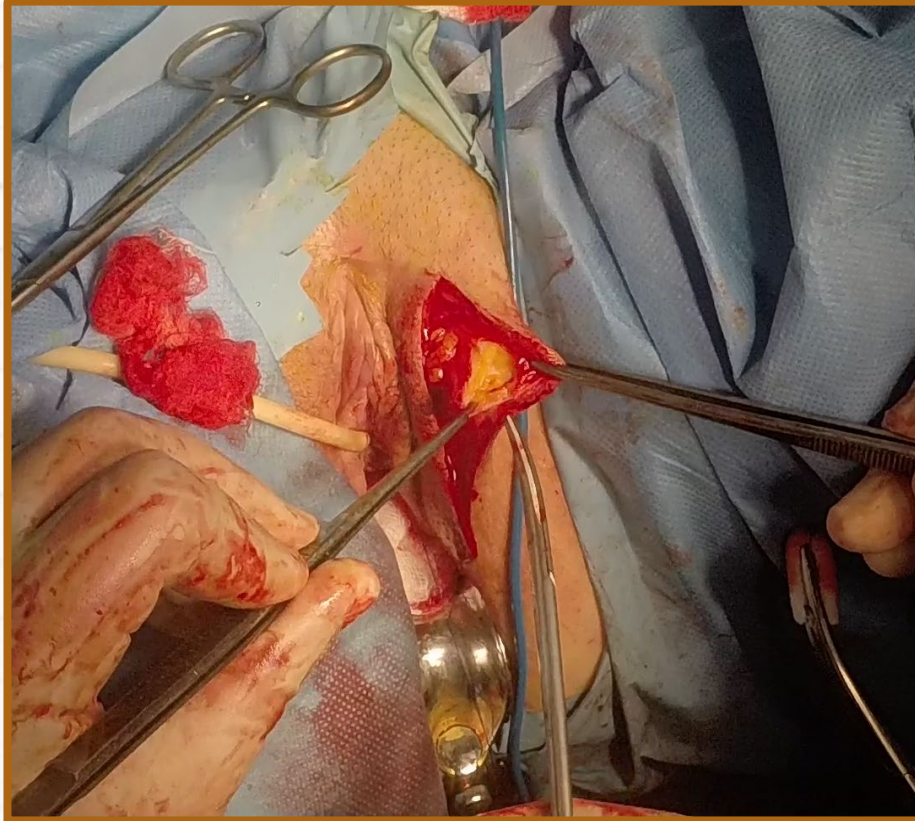


Martius (interposition graft)

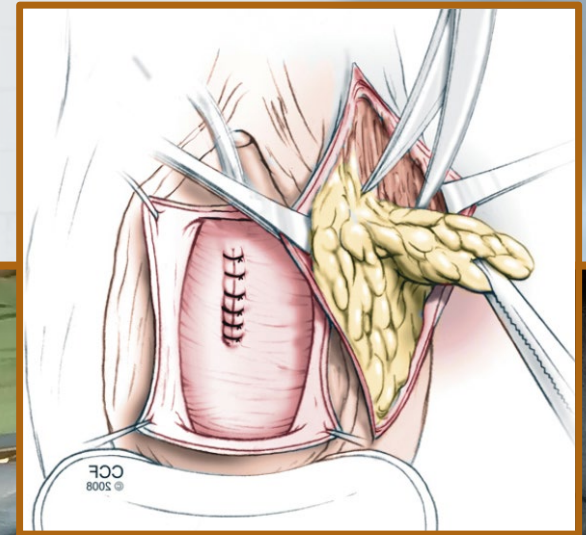


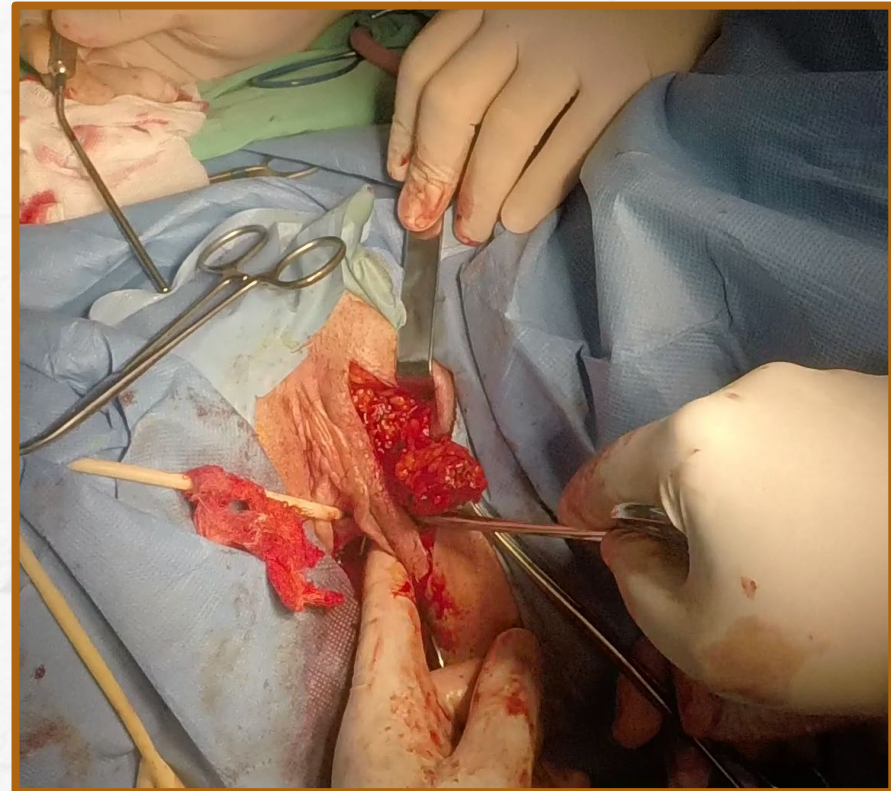


Vertical incision after pedicle base marking

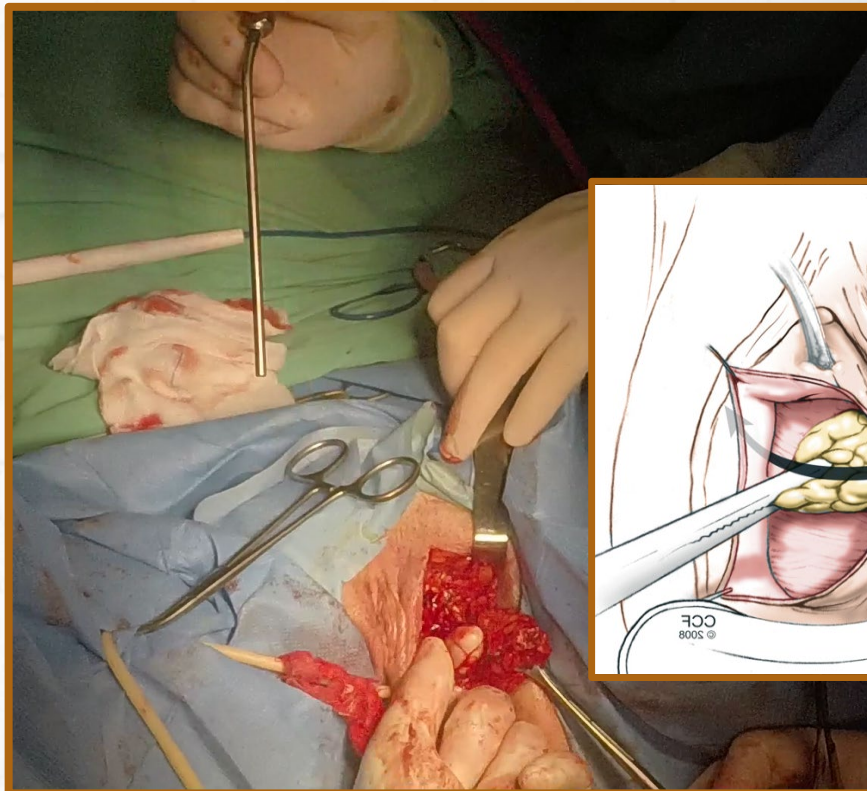


Lateral to medial adipose tissue dissection

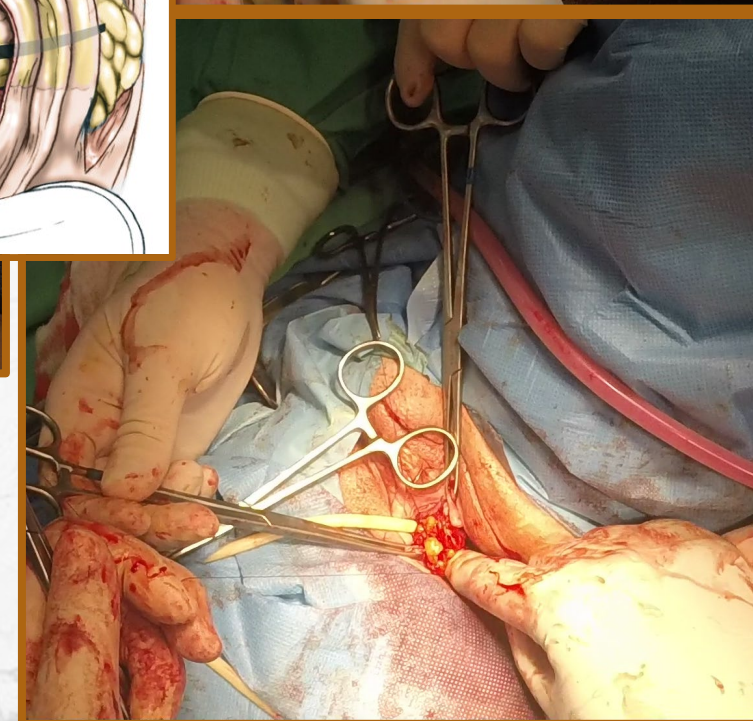
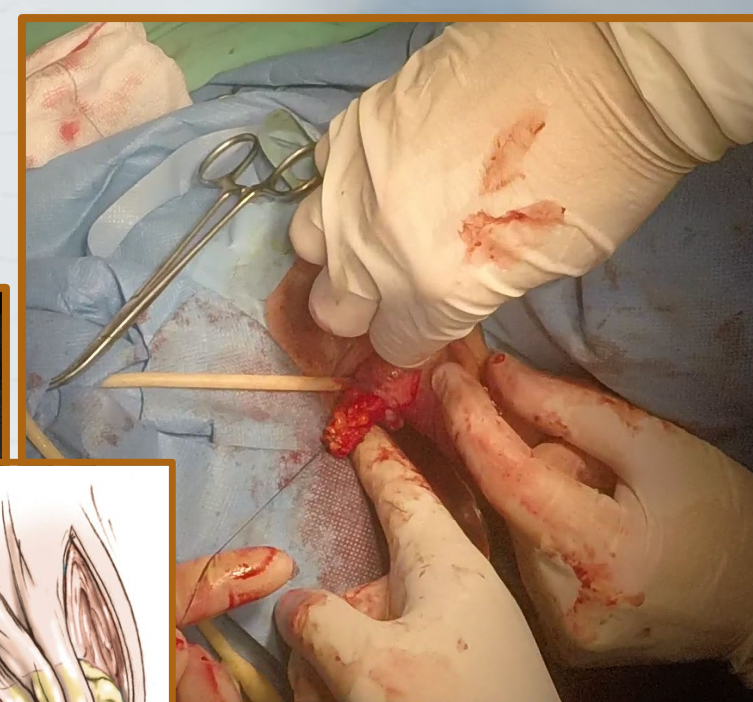




The modified Martius flap



Preparation of the tunnel behind the labium minus and bulbocavernosus muscle



Tunneling of the flap at the base of the labial incision and interpositioning between the bladder and vaginal wall

Αποτελέσματα

- **Επιτυχία 70-100% (non-RT)**

- Διακολπικά (91%) - Διακοιλιακά (97%)

- **Επιτυχία 40-100% (post-RT)**

- **Παράγοντες κινδύνου υποτροπής:**

- Πολλαπλά συρίγγια
- Διάμετρος >10mm
- Πολυπλοκότητα (αυχένα, ουρήθρα)
- UTI
- Μαιευτική αιτιολογία

- **Επιπλοκές**

- Συχνουρία, επιτακτικότητα, επιτακτική ακράτεια 50%
- Ακράτεια ούρων από προσπάθεια de novo 6-11%
- (RF:συμμετοχή αυχένα, εγγύς ουρήθρας)
- Υποτροπή



Ουρηθροκολπικό συρίγγιο

Urethrovaginal fistula-αιτιολογία

- Developing: **Δυστοκία**
- Developed: **Κολπική υστερεκτομή, διόρθωση κυστεοκήλης, κολποανάρτηση, ενδοσκοπικά χ/α, εκτομή ουρηθρικού εκκολπώματος, διάβρωση ταινίας ακράτειας, ακτινοβολία**



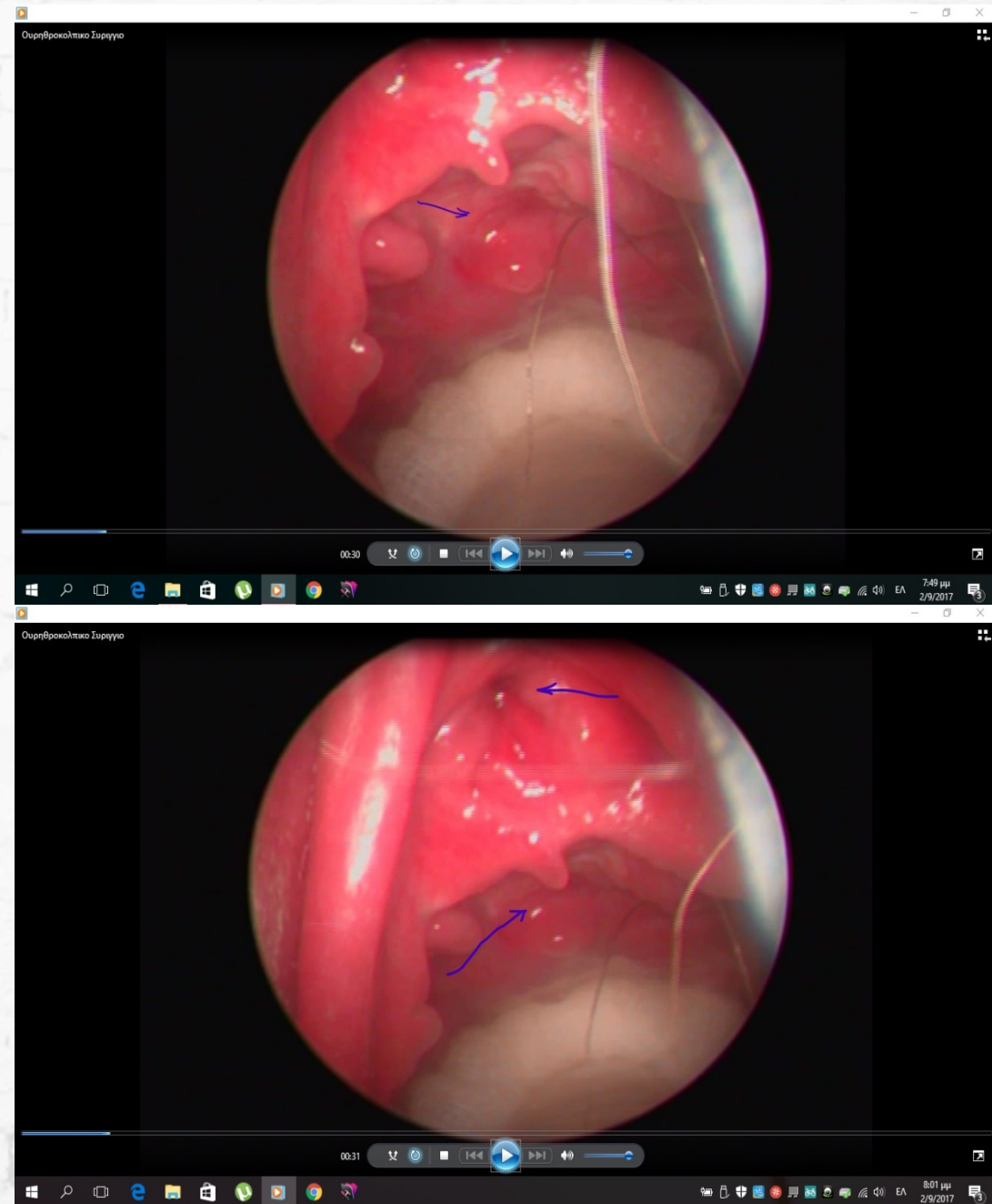
Συμπτωματολογία

- Αναλόγως **θέσης και μεγέθους και μηχανισμού**
 - Συνήθως **εγκρατείς**, χωρίς συμπτωματολογία **στο έξω τριτημόριο ουρήθρας**
 - **Διαλείπουσα απώλεια ούρων από τον κόλπο στο μέσο και έσω τριτημόριο**
 - Ερεθισμός δέρματος περινέου
 - **Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις**
 - **Κολπικές μυκητιάσεις**
 - **Πλήρης ακράτεια** σε μεγάλη έκταση/σφικτηριακή βλάβη
 - Περινεϊκό άλγος και επιτακτικότητα σε διάβρωση ταινίας
 - Εμφάνιση συμπτωματολογίας
 - 7-30d μετά από γυναικολογική επέμβαση
 - 24h μετά από τοκετό
 - 6m - χρόνια μετά από RT



Διάγνωση

- **Κυστεοσκόπηση**
 - εκτίμηση ιστών
- **Κολποσκόπηση**
 - εκτίμηση ιστών
- **Εκτίμηση ουρητηρικών στομιών σε εκτεταμένες βλάβες ή συνυπάρχων VVF**
- Stress-test
- Pad-test
- Χρήση χρωστικών
- CT/IVU (εκτίμηση ουροποιητικού, λανθάνουσας παθολογίας)



Αντιμετώπιση - Πότε;

- Μέσα στις **πρώτες 10 μέρες** (ιστών επιτρεπόντων) (Blainas, Fissler)
 - 78-95% επιτυχία

Ή...

- **Μετά από 2-3 μήνες**
 - Τουλάχιστον 2 μήνες μεταξύ παρεμβάσεων επί υποτροπής
- όχι σύγχρονη διόρθωση τυχόν ακράτειας
- damage control και αναμονή σε εκτεταμένες βλάβες



Αντιμετώπιση - Πώς;

Μικρή βλάβη

- Άμεση διόρθωση, συρραφή σε δύο στρώματα (ουρήθρα, περιουρηθρικός ιστός), αποφυγή συρραφής ουρηθρικού βλεννογόνου
- Δυνατότητα χρήσης κρημνού από την εγγύς ουρήθρα ή την κύστη



Μεγαλύτερη βλάβη ή μη δυνατότητα άμεσης διόρθωσης

- **Martius flap**
 - Επιτυχία έως 100% και εγκράτεια έως 93%
- **Gracilis muscle interposition**
- **Buccal mucosa**

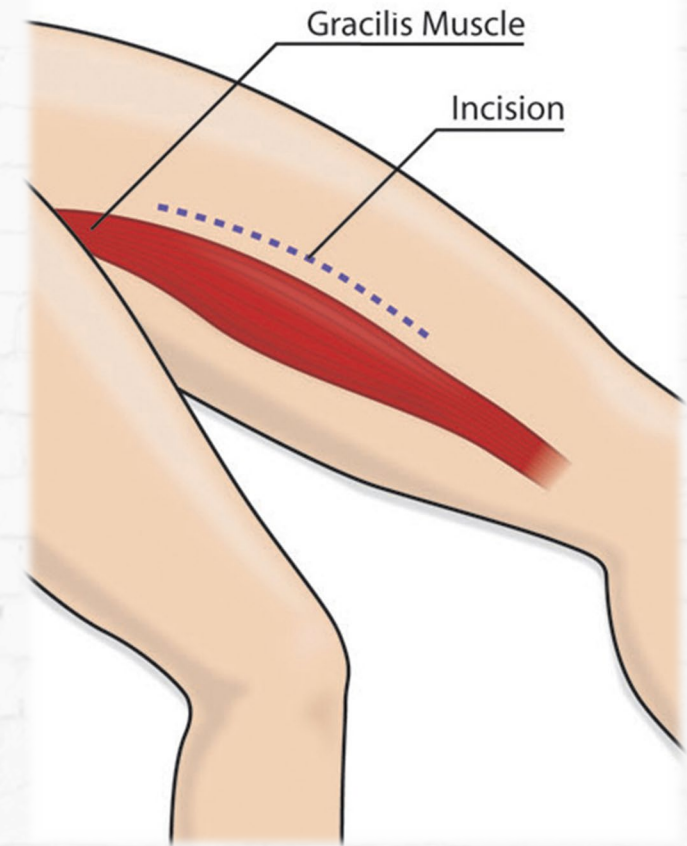


Gracilis muscle

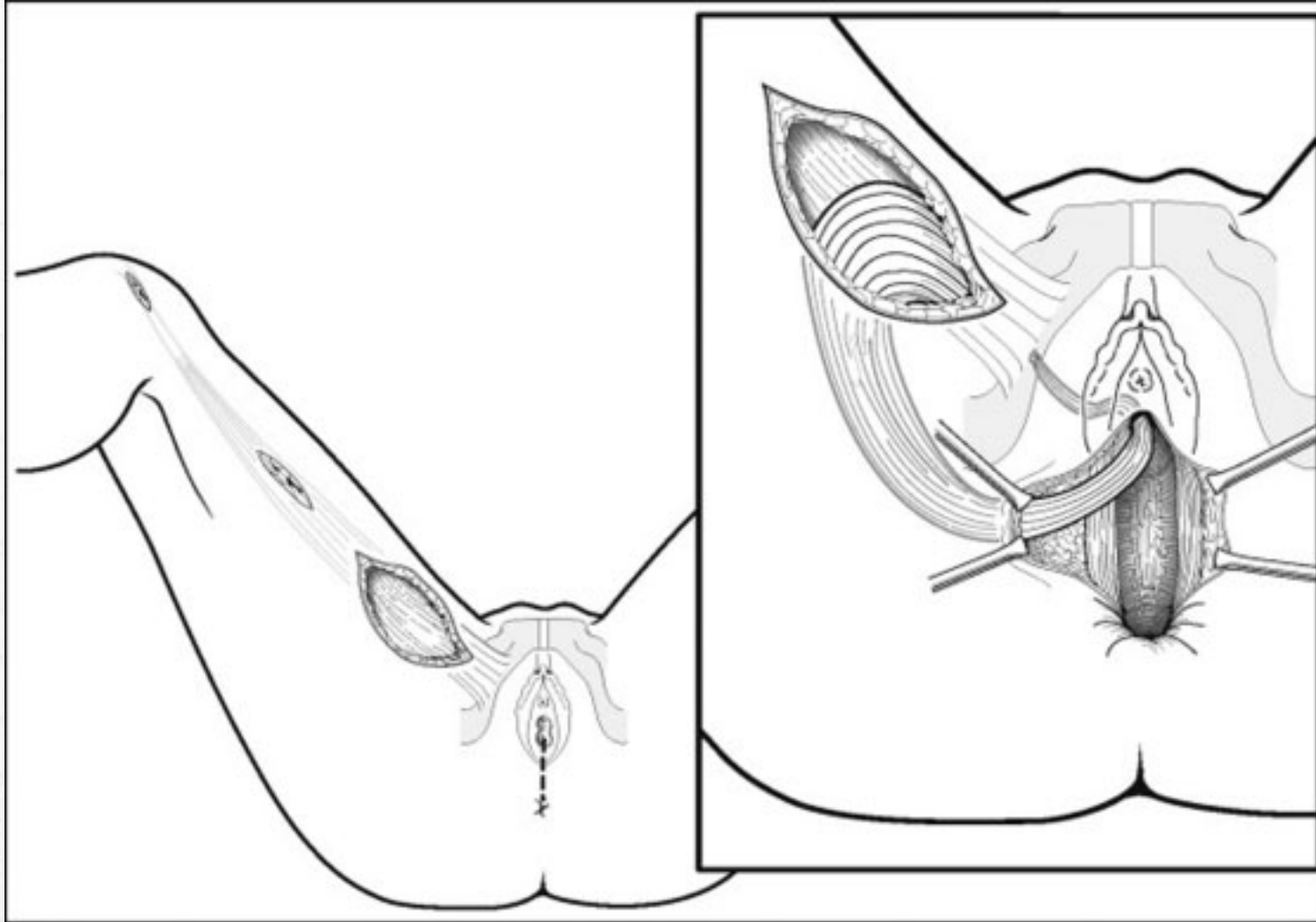
- Mobilization, proximal pedicle
- **Επιτυχία 60-100%**

Αλλά...

- Νοσηρότητα σχετιζόμενη με τη θέση λήψης
- Δυσπαρευνία έως 57%, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία λόγω εκτεταμένου τραύματος και ουλών
- Λειτουργικότητα άκρου μειωμένη σε 26%, έως 6% μακροπρόθεσμα



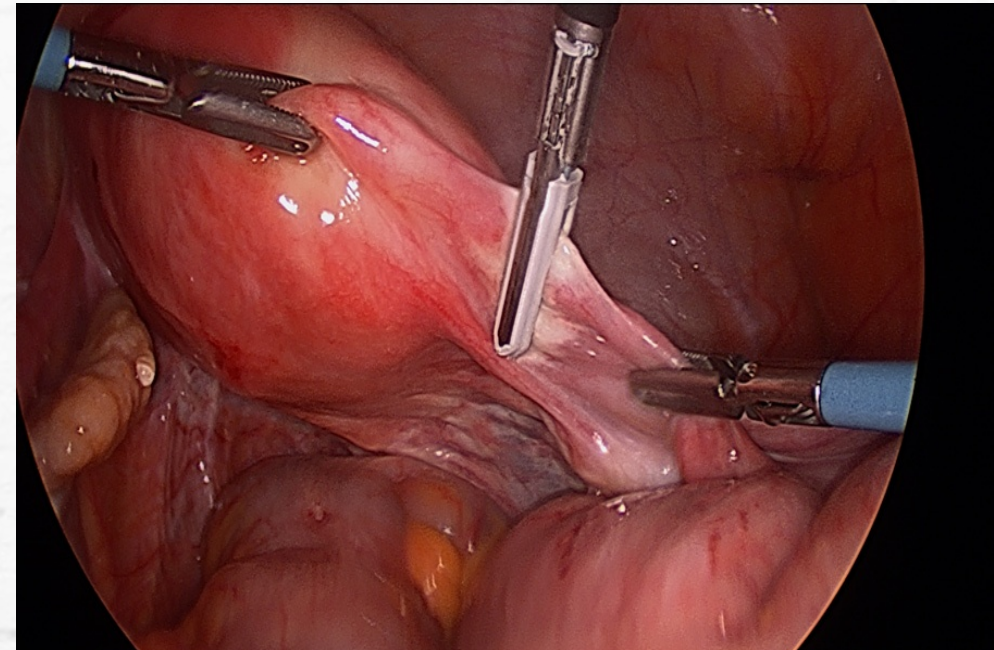
Gracilis muscle (interposition graft)



Ουρητηροκολπικά συρίγγια

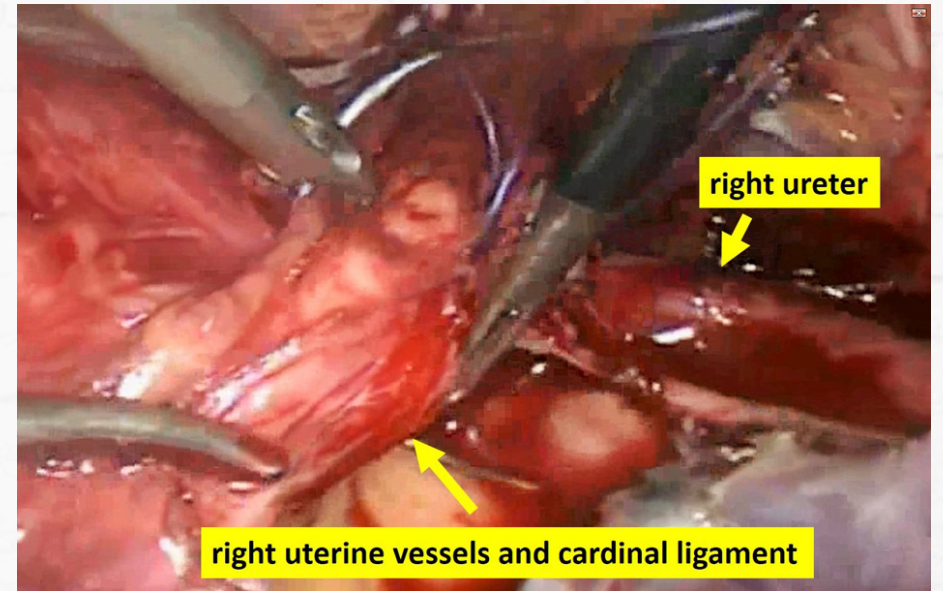
Ureterovaginal fistula-αιτιολογία

- **0,5-2%** του συνόλου γυναικολογικών συριγγίων
 - Υστερεκτομή (κολπική, λαπαροσκοπική, ανοικτή)
 - Χειρουργεία POP/incontinence
 - Μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις πυέλου για κακοήθεια
 - Κολπικές βιοψίες
 - Περίδεση τραχήλου
 - Επιπλεγμένος τοκετός (CS)± υστερεκτομή
 - ΦΤ + ρήξη μήτρας
- **RF:** Φλεγμονές πυέλου, ακτινοβολία πυέλου, παχυσαρκία, ενδομητρίωση



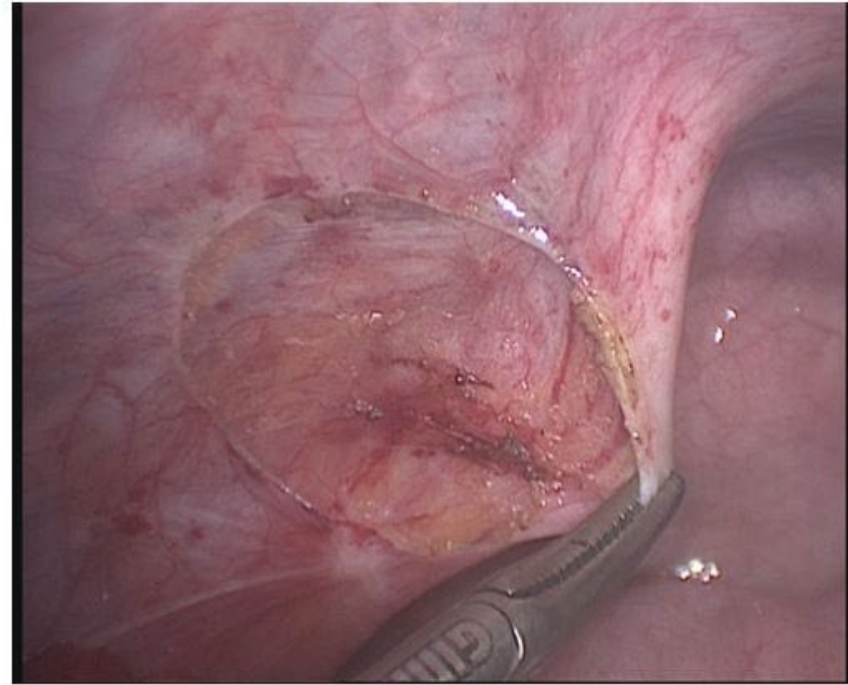
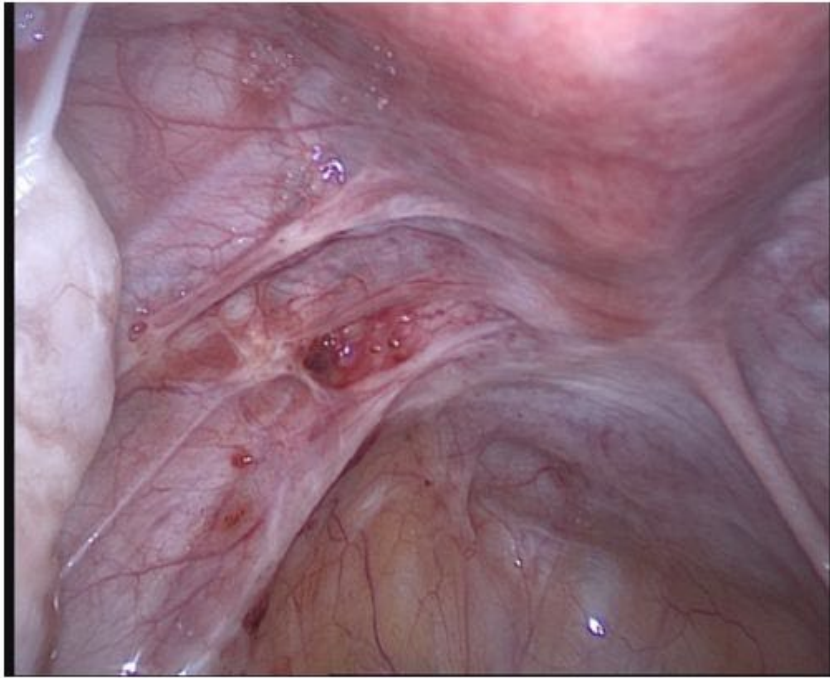
Αιτιολογία – Κάκωση ουρητήρα

- Ολική διατομή ουρητήρα
- Μερική διατομή ουρητήρα
- Μερική απόφραξη με ράμμα ουρητήρα
- Έγκαυμα ουρητήρα
- Πλήρης απολίνωση ουρητήρα



- Άμεσα μετεγχειρητικά (ουροπεριτόναιο)
- 12^η – 25^η μετεγχειρητική ημέρα (ουρητηροκολπικό συρίγγιο)
- Μετά την 30^η μετεγχειρητική ημέρα (ουρίνωμα)

Ureteral injury would seem most likely in patients undergoing complicated gynecological procedures with distorted pelvic anatomy. However, studies reveal that most ureteral injuries occur during simple routine pelvic surgeries, such as an uncomplicated hysterectomy. This seeming paradox may be due to a **false sense of security that surgeons who perform routine pelvic surgeries develop and become neglectful of fundamental techniques and surgical principles** for avoiding ureteral injury



Πρωτογενής πρόληψη – προεγχειρητικά pigtails

Int Urogynecol J (2009) 20:689–693
DOI 10.1007/s00192-008-0788-3

ORIGINAL ARTICLE

Prophylactic ureteral catheterization in gynecologic surgery: a 12-year randomized trial in a community hospital

Mou-Tsy Chou • Chung-Jing Wang • Ray-Chang Lien

Conclusions

In our study, the incidence of ureteral injury in patients who underwent gynecologic surgery was low (1.15%) and comparable, as reported. However, prophylactic ureteral catheterization did not eliminate ureteral injuries. Addition-

SCIENTIFIC PAPER

JSLs

Protect the Ureters

Jay A. Redan, MD, Steven D. McCarus, MD

JSLs (2009)13:139–141

the patient's lifetime. Therefore, we also additionally conclude that technology exists today to essentially prevent all injuries to the lower urinary tract and should be used in any surgical procedure where the potential for lower urinary tract injury exists.



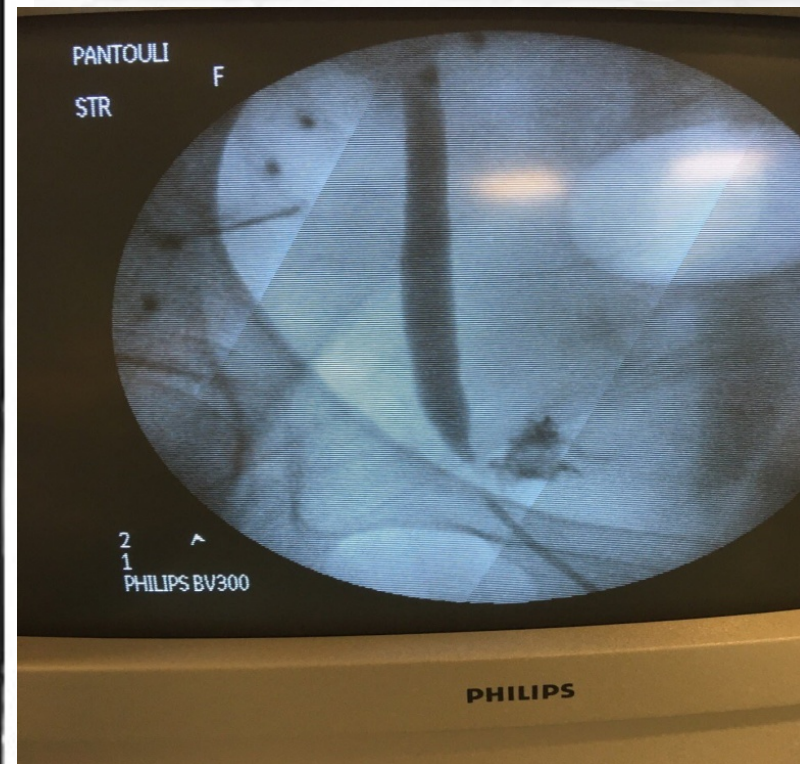
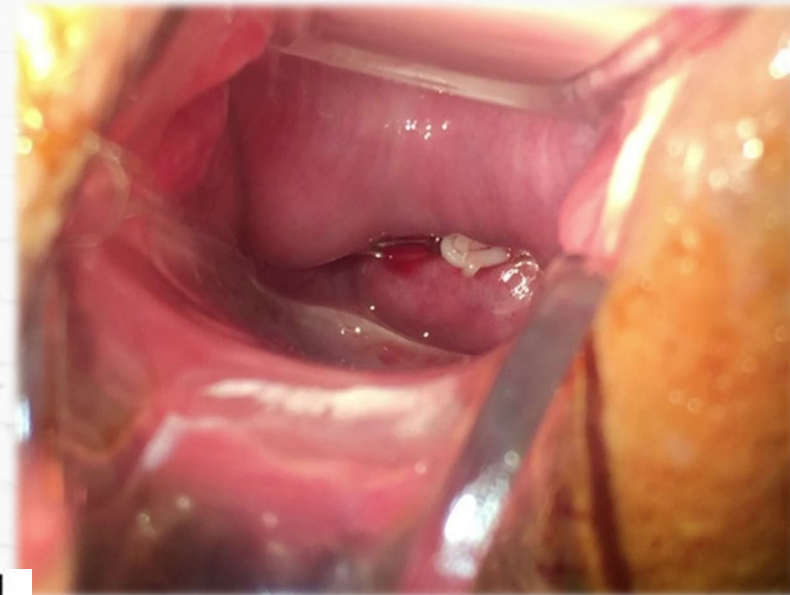
Συμπτωματολογία

- Ανάπτυξη συριγγίου **2-4 εβδομάδες μετά** την επέμβαση
- **Κανονικές εκούσιες ουρήσεις**
 - Ενδιάμεσα απώλειες από τον κόλπο (διαλείπουσα ακράτεια ούρων)
- **ΠΑΝΤΑ** συνυπάρχει κάποιου βαθμού **ουρητηρική απόφραξη** και υδρονέφρωση
 - Αιματουρία (απουσιάζει σε >30%)
 - Οσφυικό άλγος
 - Εμπύρετο/ Σήψη
 - Ουρίνωμα
 - Έκπτωση νεφρικής λειτουργίας



Διάγνωση

- Κυστεοσκόπηση/Κολποσκόπηση
- Χρήση χρωστικών
- CT/IVU
- MR Urography
- **Retrograde pyelogram**
- **ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΗΣΗ**

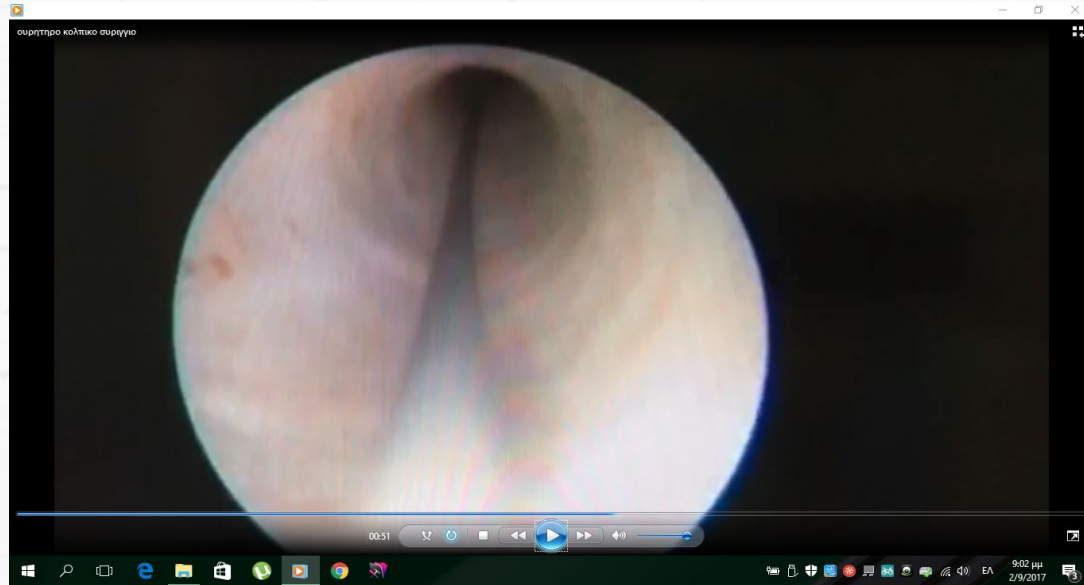


Ταξινόμηση κάκωσης Ουρητήρα

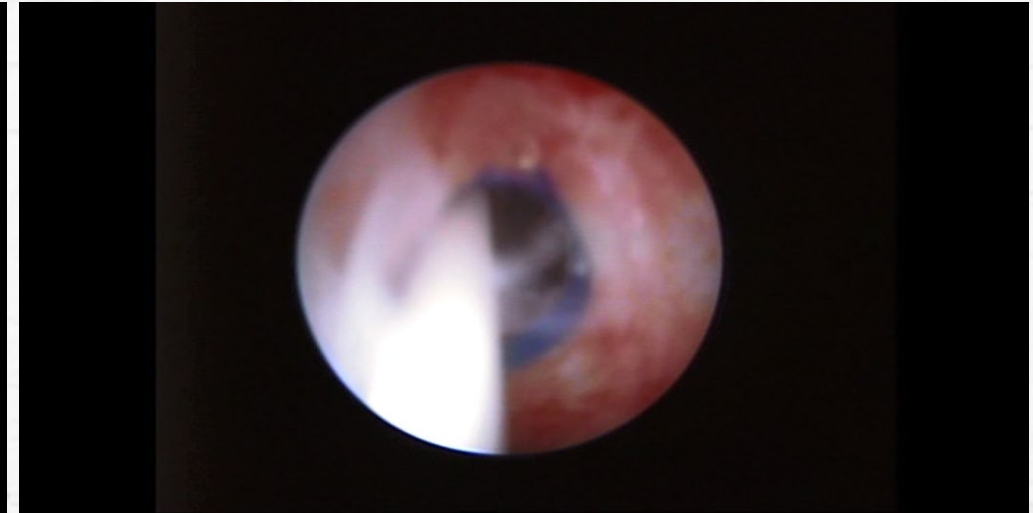
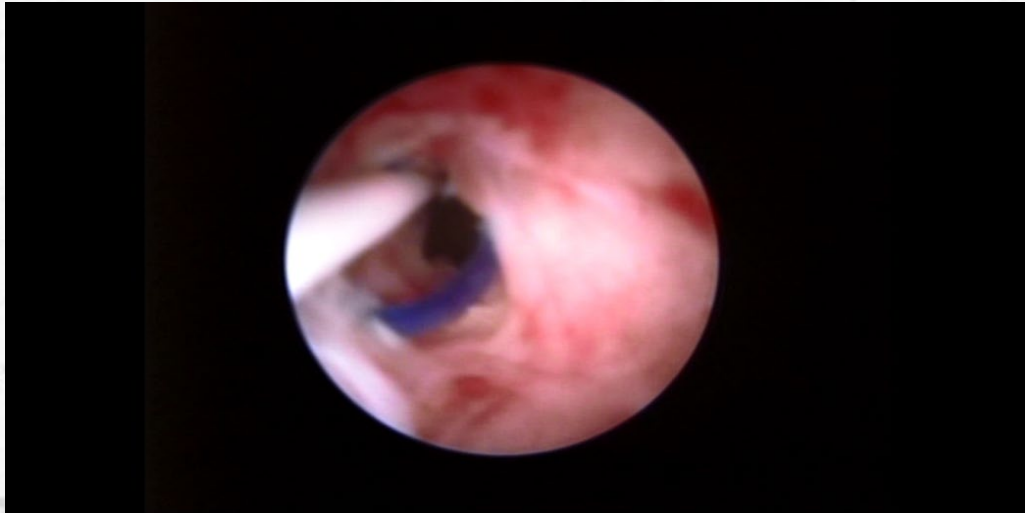
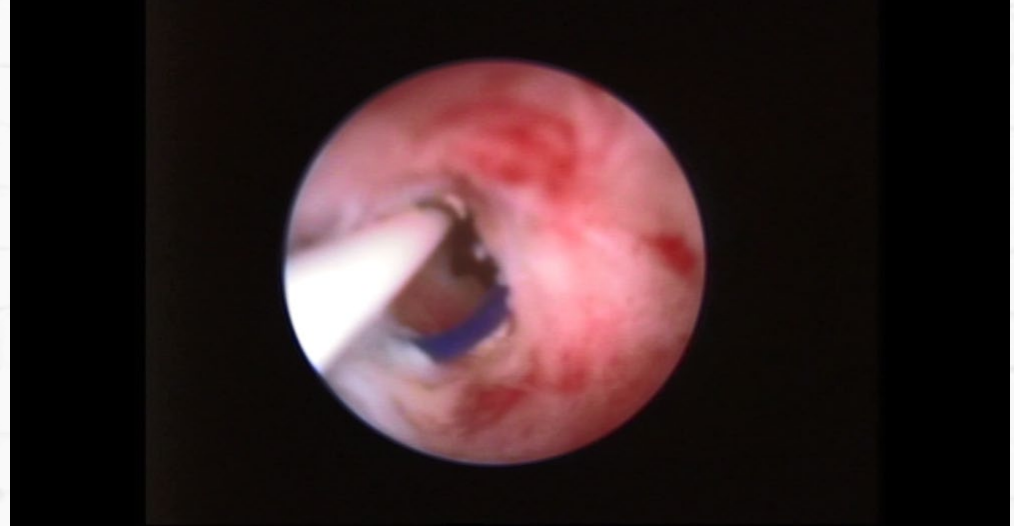
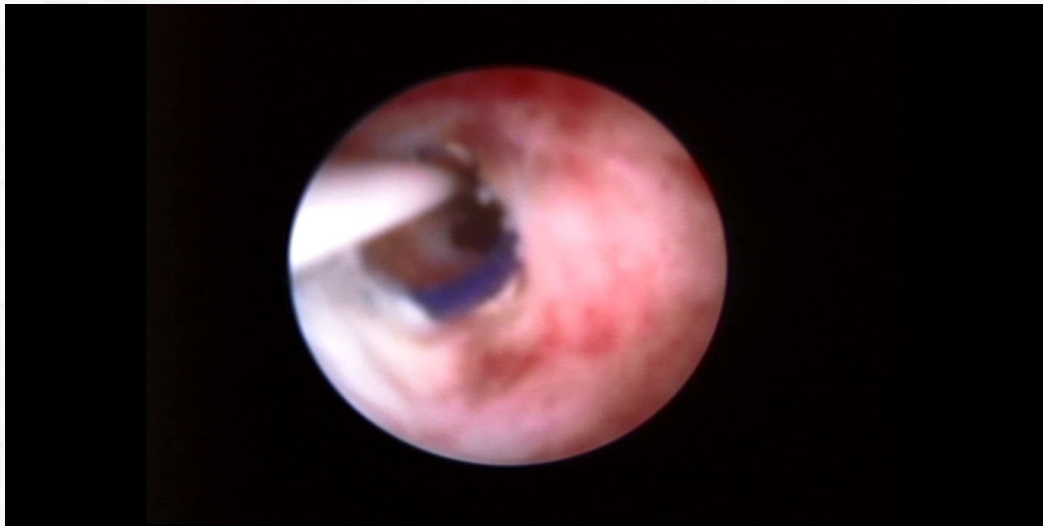
Grade Description of ureteric injury

- I Haematoma only
- II Laceration < 50% of circumference
- III Laceration > 50% of circumference
- IV Complete tear < 2 cm of devascularisation
- V Complete tear > 2 cm of devascularisation

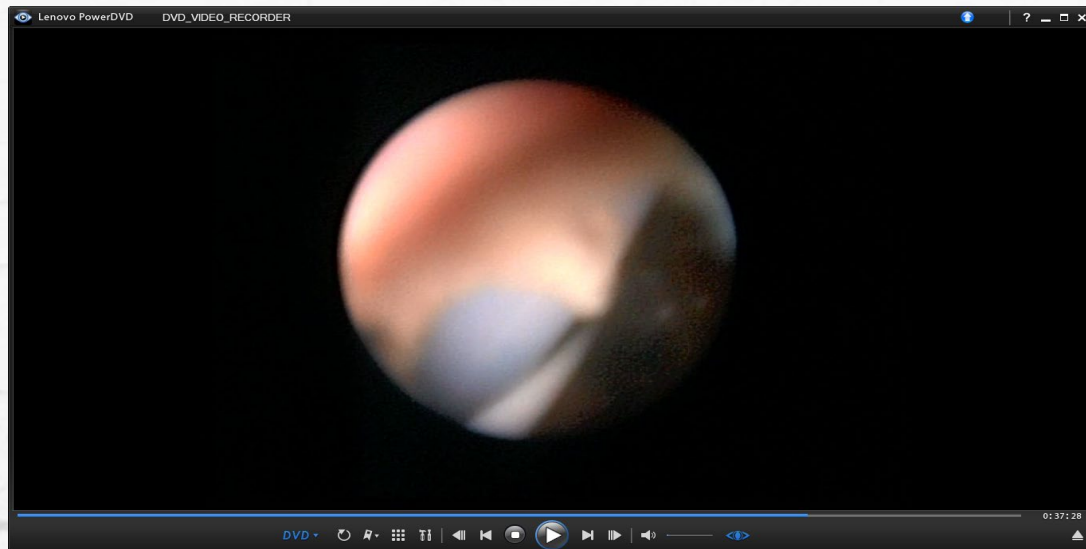
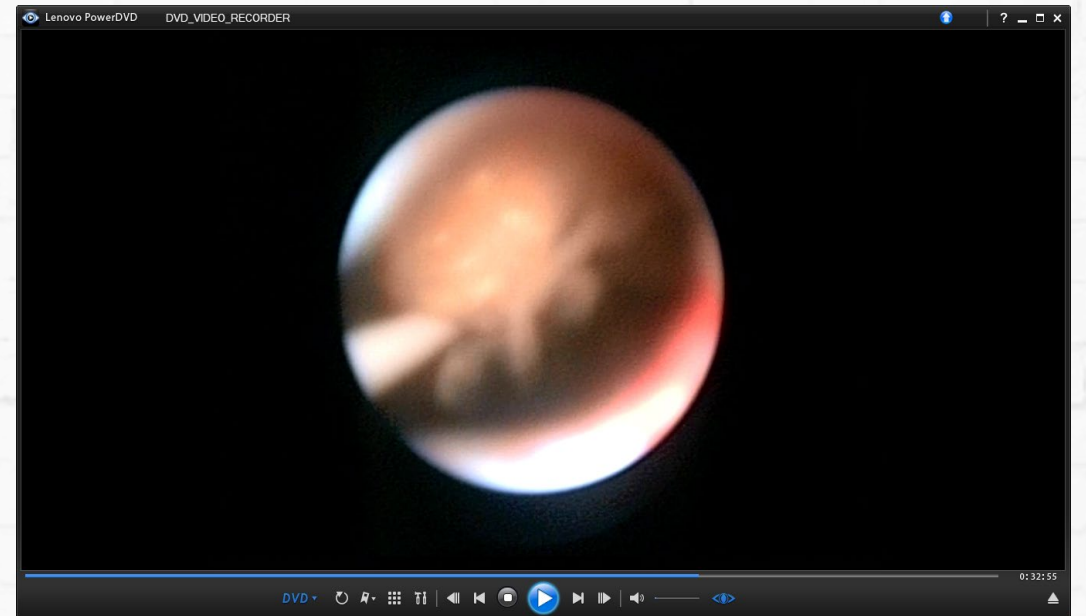
Ουρητηροκολπικό Συρίγγιο Grade II



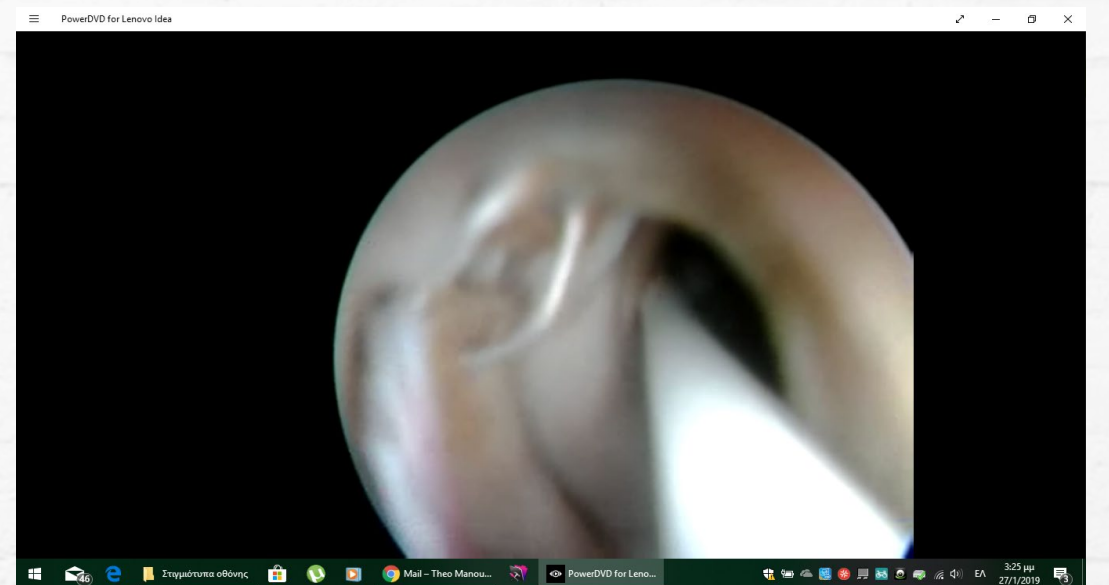
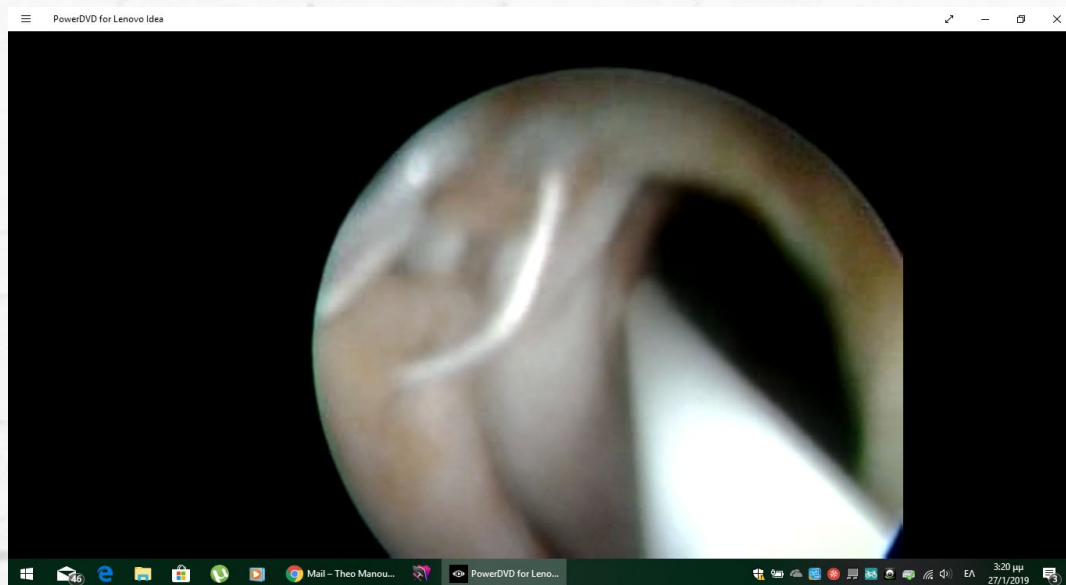
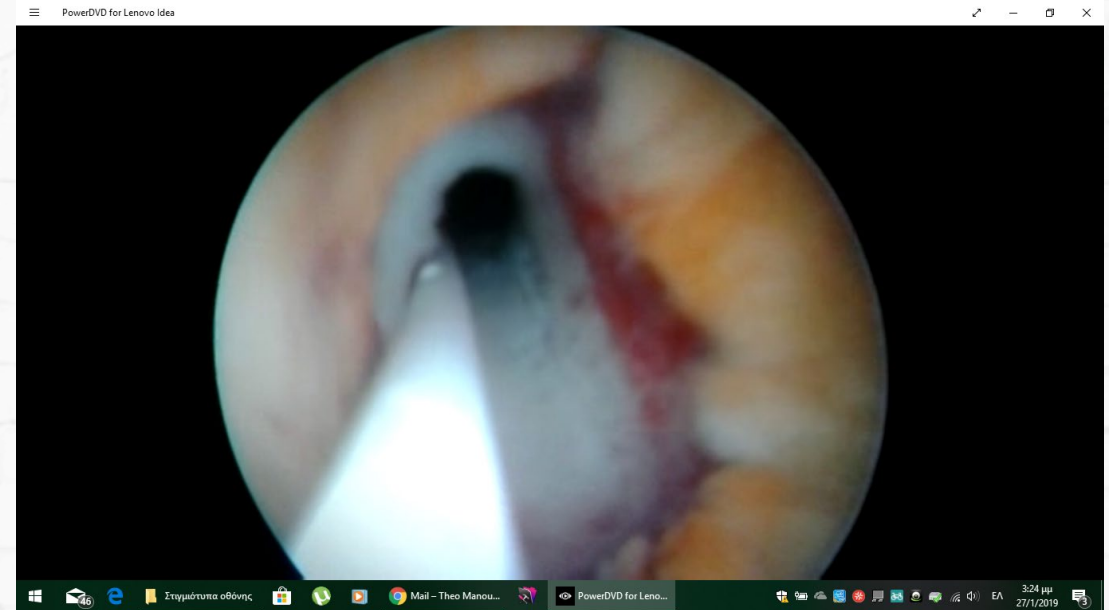
Σημασία της ουρητηροσκόπησης



Σημασία της ουρητηροσκόπησης



Σημασία της ουρητηροσκόπησης



Clinical Management of Ureteral Injury

Intra-operative period

- Findings:
- obvious injury
 - leakage of indigo carmine

Minor injury

- Ureteral stent placement via cystotomy / cystoscopy
- follow-up intravenous pyelogram at 6 weeks, remove stent if normal

Major injury

Location?

Upper

- Ureteroilio-neocystotomy

Middle

- End to end anastomosis ± psoas hitch

Distal

- Ureteral reimplantation

Postoperative period

- Findings:
- transient elevation of creatinine
 - Symptoms of costovertebral angle tenderness, fever, ileus

Diagnostic Workup

- Intravenous pyelogram
- Cystoscopy with fluoroscopy
- Ureteral stent if minor injury
- If major injury - may require additional surgical treatment (see flowchart on left)



Αντιμετώπιση - Πότε;

- **ΑΜΕΣΑ!!!**

- **"damage control"** για τη διασφάλιση της νεφρικής λειτουργίας και λειτουργικότητας

- Τοποθέτηση rigtail
- Νεφροστομία

- Rigtail και Foley για 10 ημέρες αρκεί ??

- Αποκατάσταση συριγγίου σε δεύτερο χρόνο



Αντιμετώπιση - Πώς;

- **Συντηρητική** αντιμετώπιση

- pigtail stent
- Metallic ureteral stent (UVENTA, Memokath)
 - Μικρές σειρές, αναφορές σε ικανοποιητική αποτελεσματικότητα, άγνωστος χρόνος παραμονής
 - 6-8 εβδομάδες, αυτόματη σύγκλειση σε **60-70%**

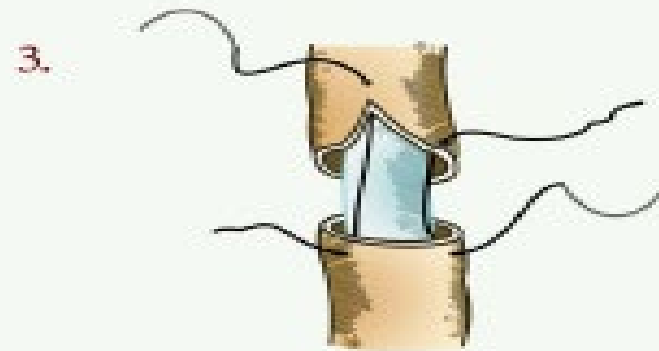
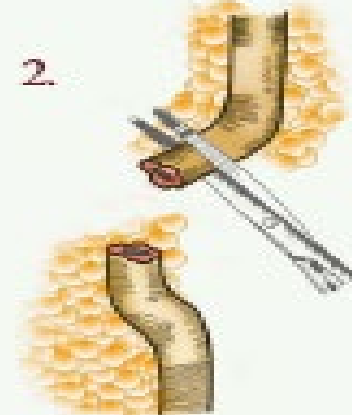
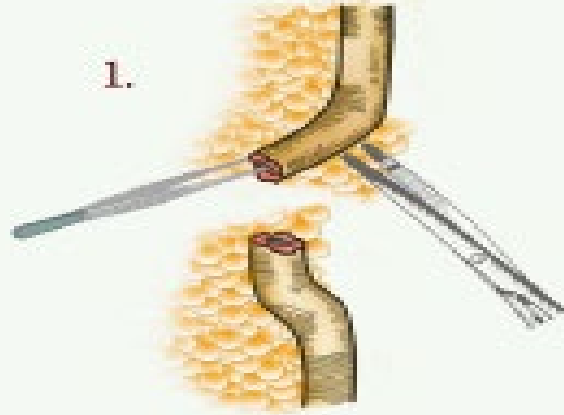


- **Χειρουργική** αποκατάσταση

- Debridement – τελικοτελική αναστόμωση ουρητήρα
- Μετεμφύτευση με τεχνικές κέρδους σε μήκος
 - Boari flap
 - Psoas hitch

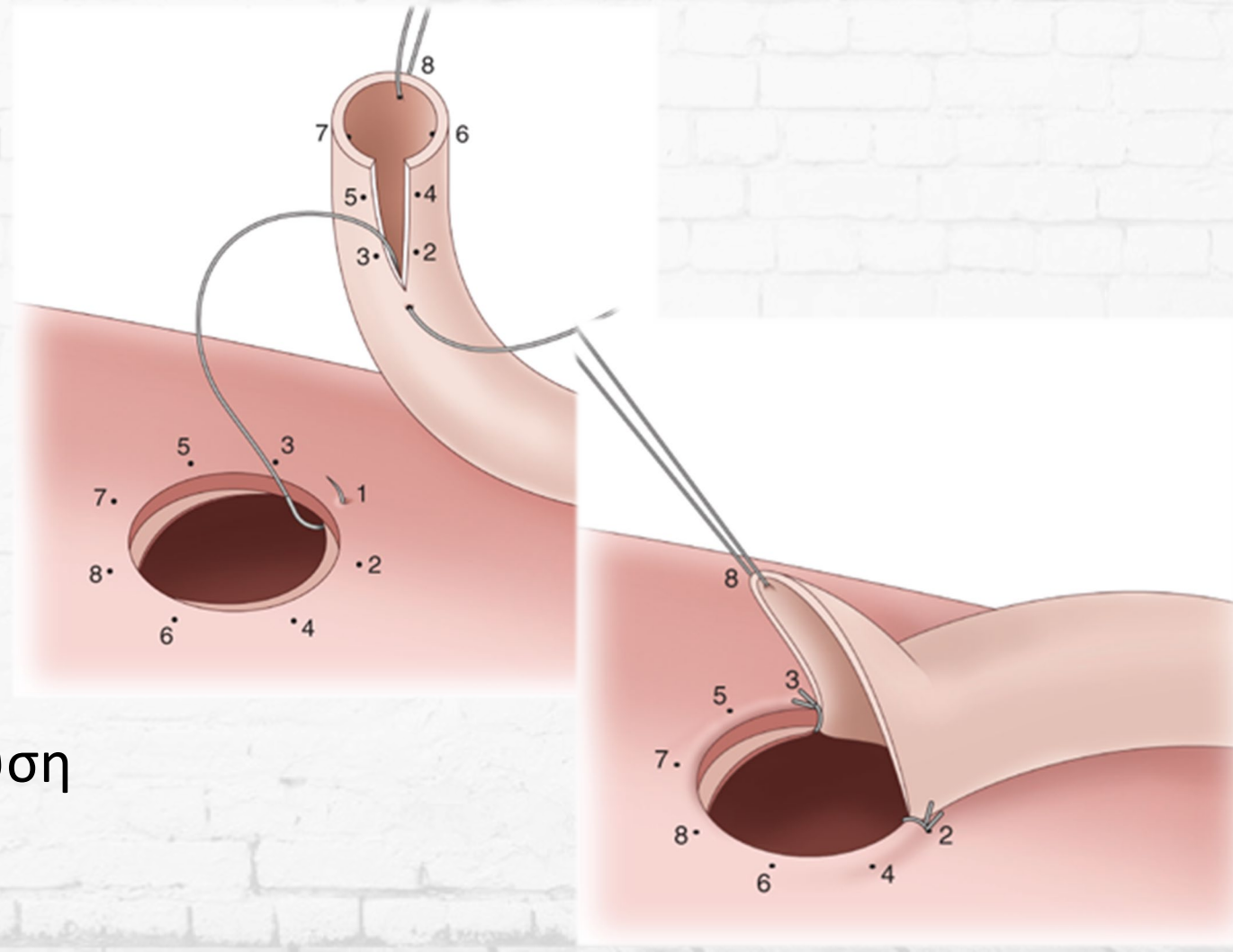


Τελικοτελική αναστόμωση ουρητήρα

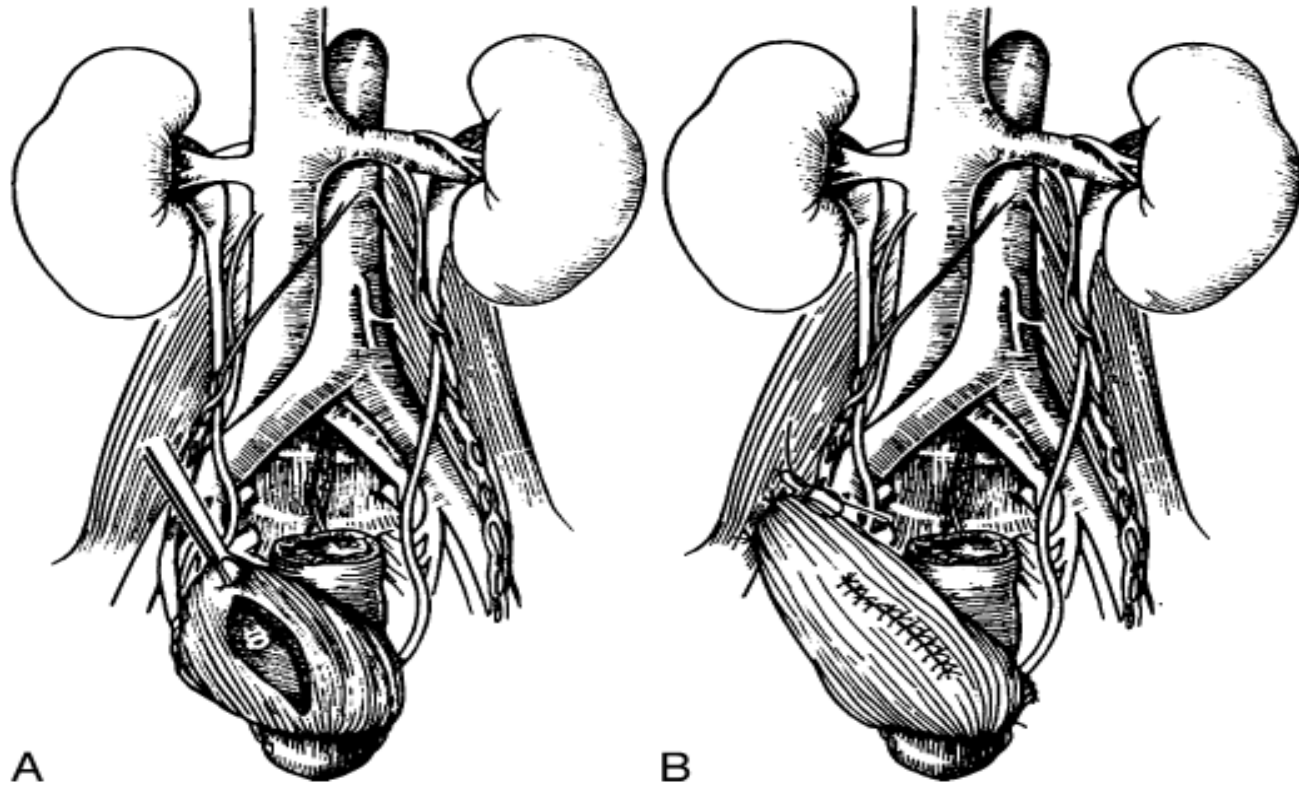


Μετεμφύτευση ουρητήρα

- 3-4 εκατοστά
- Κατώτερο τριτημόριο
- Προσέγγιση
 - Ανοικτή
 - Λαπαροσκοπική/Ρομποτική
- **Reflux vs antireflux?**
 - Χωρίς διαφορά σε ποσοστά στένωσης, διατήρηση νεφρικής λειτουργικότητας
- **ΠΡΟΣΟΧΗ:** drainage κύστης, παροχέτευση



Μετεμφύτευση ουρητήρα (psoas hitch: κυστεο-ψοϊτικός κρημνός)



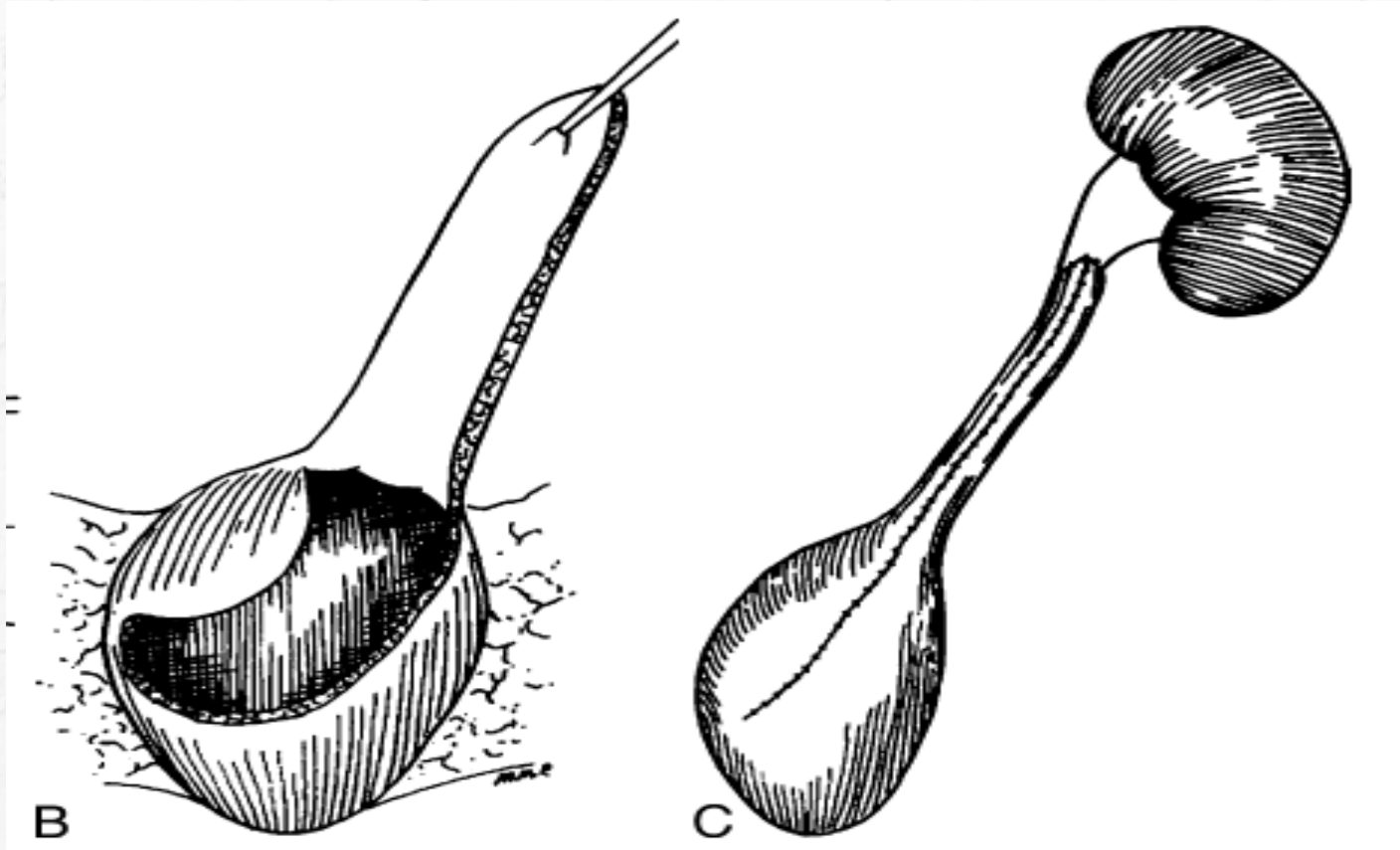
Επιπλοκές: **2.6%**

Απόφραξη: **1.6%**

Παλινδρόμηση: **1%**

Ποσοστό επιτυχίας: **97.4%**

Μετεμφύτευση ουρητήρα Boari flap (σωληνοποιημένος κρημνός κύστεως)



Αντιμετώπιση αναλόγως ελλείμματος

Τεχνική	Μήκος ελλείμματος (cm)
Τελικο-τελική αναστόμωση	2-3
Μετεμφύτευση ουρητήρα	4-5
Psoas hitch	6-10
Boari flap	12-15
Κινητοποίηση νεφρού	>15



Κυστεομητρικό συρίγγιο

Επίπτωση και αιτιολογία

- **Σπάνια οντότητα**
 - 2-5% των ουρογεννητικών συριγγίων
- **Αιτιολογία**
 - Καισαρική τομή
 - Εργώδης ΦΤ
 - **Ενδομητρίωση**
 - **Ενδομητρικά αντισυλληπτικά μέσα**
 - **Διήθηση από νεοπλασία**
 - Εμβολισμός μητριαίας αρτηρίας



Συμπτωματολογία

- Τριάδα **Youseff**
 - Υδαρές έκκριμα κόλπου - ακράτεια
 - Κυκλική αιματουρία
 - Αμηνόρροια

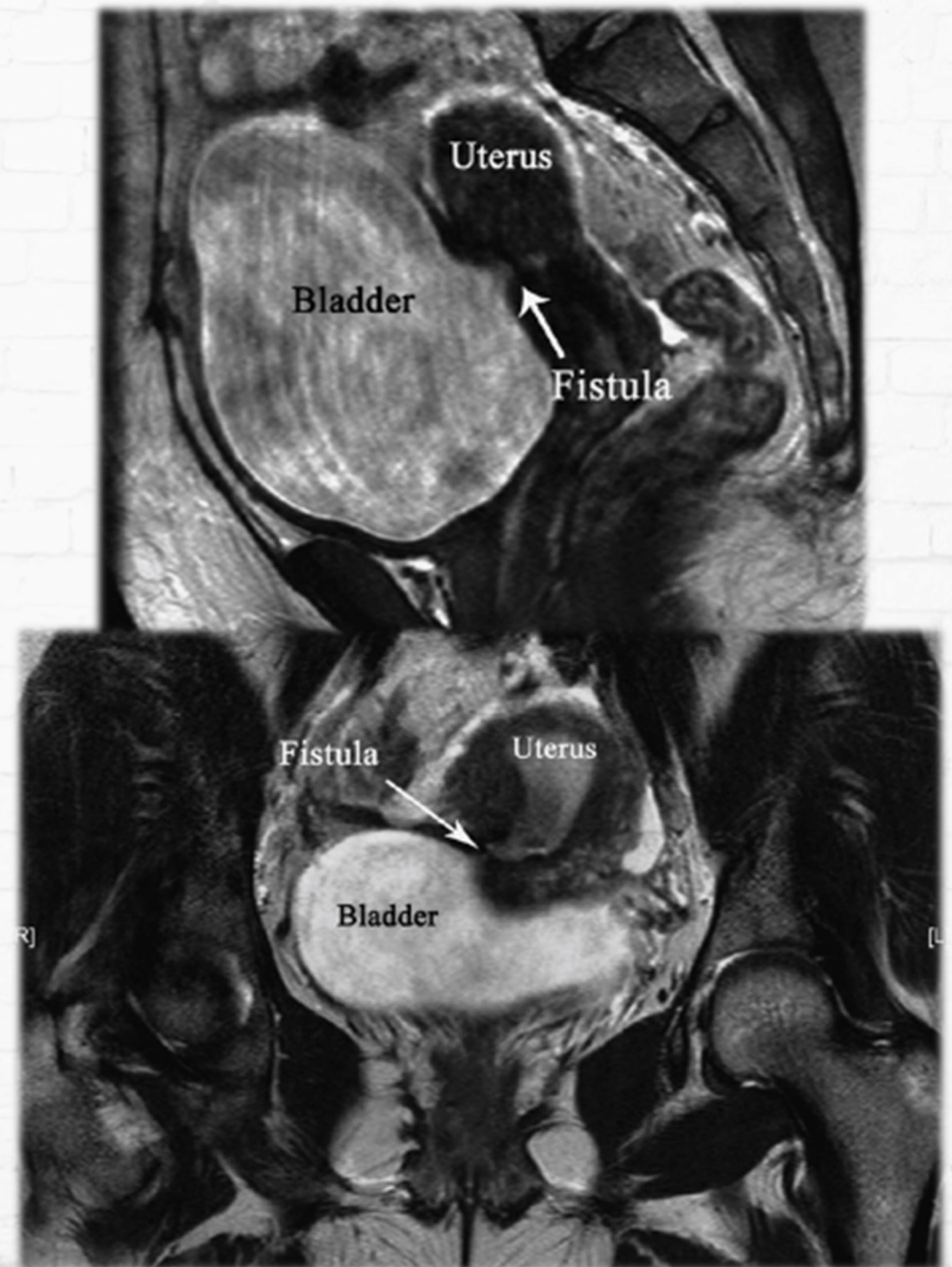


Symptoms



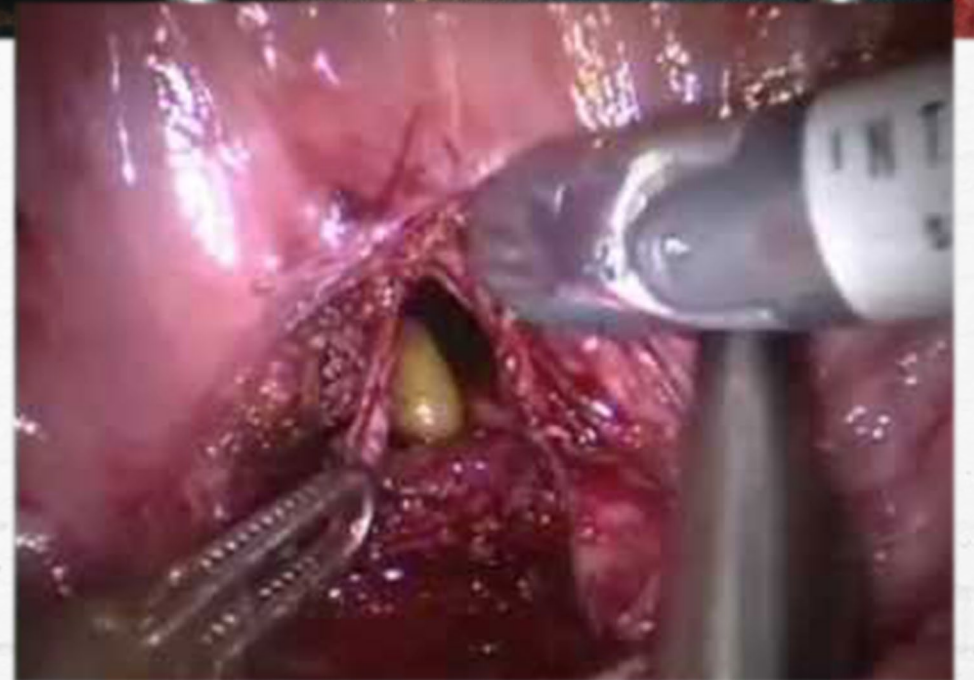
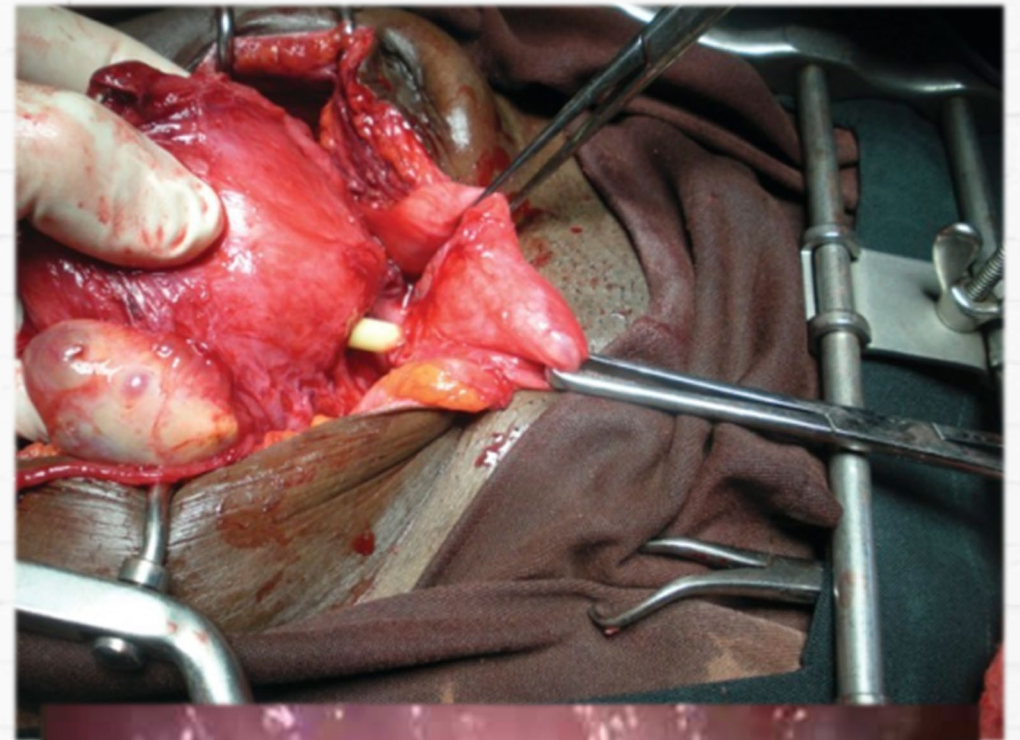
Διάγνωση

- Κυστεοσκόπηση
- ΙVU/ CT ΙVU
- Χρήση χρωστικών
- Κυστεογραφία
- **Υστεροσαλιγγογραφία**
- Vaginal U/S



Αντιμετώπιση

- **Αυτόματη σύγκλιση 5%**
 - Καθετηριασμός κύστης βοηθά στην αυτόματη σύγκλιση
- **Χειρουργική αποκατάσταση**
 - Διακυστική, εξωπεριτοναϊκή προσέγγιση
 - Διακυστική, ενδοπεριτοναϊκή προσέγγιση
 - Υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας
 - Χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής
- ± υστερεκτομή
- ± χρήση επιπλόου
- **Pregnancy rate 31,5%**



Finally...

- **Πολυσύνθετο** ιατρικό ζήτημα
 - Σωματική υγεία
 - Ψυχολογία
- **Νομικές** προεκτάσεις
- Απαραίτητη αντιμετώπιση από **εξειδικευμένους ουρολόγους**

Κάτι τελευταίο...

Τα συρίγγια δεν είναι επικίνδυνα για τη ζωή. Όμως...



...υπάρχει μια ασθενής **στα κάγκελα**...

...το περιβάλλον της **στα κάγκελα**...



...και ένας γιατρός που κινδυνεύει να βρεθεί εκεί...

Εκκόλπωμα Ουρήθρας

Urethral diverticula in women

Tamsin J. Greenwell and Marco Spilotros

Greenwell, T. J. & Spilotros, M. *Nat. Rev. Urol.* advance online publication 13 October 2015; doi:[10.1038/nrurol.2015.230](https://doi.org/10.1038/nrurol.2015.230)

Εκκόλπωμα ουρήθρας – Επιδημιολογία

- 872 ασθενείς με εκκολπωματεκτομή στις δημοσιευμένες σειρές από 1956 ως 1998.

Dmochowski, Campbell's Urology, 8th edition 2002.

- 27000 χειρουργημένες ασθενείς (ΗΠΑ) μεταξύ 1979-1997, διακύμανση 500 ως 3400 ανά έτος. Data from NHDS (National Hospital Discharge Survey).

Burrows, Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005.

- Επίπτωση 0,6-6% στο γενικό πληθυσμό.
- Συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης 30-60 ετών.

Εκκόλπωμα ουρήθρας - Αιτιολογία

Επίκτητα

- Ουρηθρικό τραύμα
- Φλεγμονή-Απόφραξη ουρηθρικών αδένων (ψευδοεκκόλπωμα)
- Ταινίες ακράτειας !!!!!

Συγγενή

- Υπολείμματα πόρου Gartner
- Υπολείμματα πόρου Muller
- Κατάληξη τυφλού ουρητήρα
- Ατελής ουρηθρικός διπλασιασμός

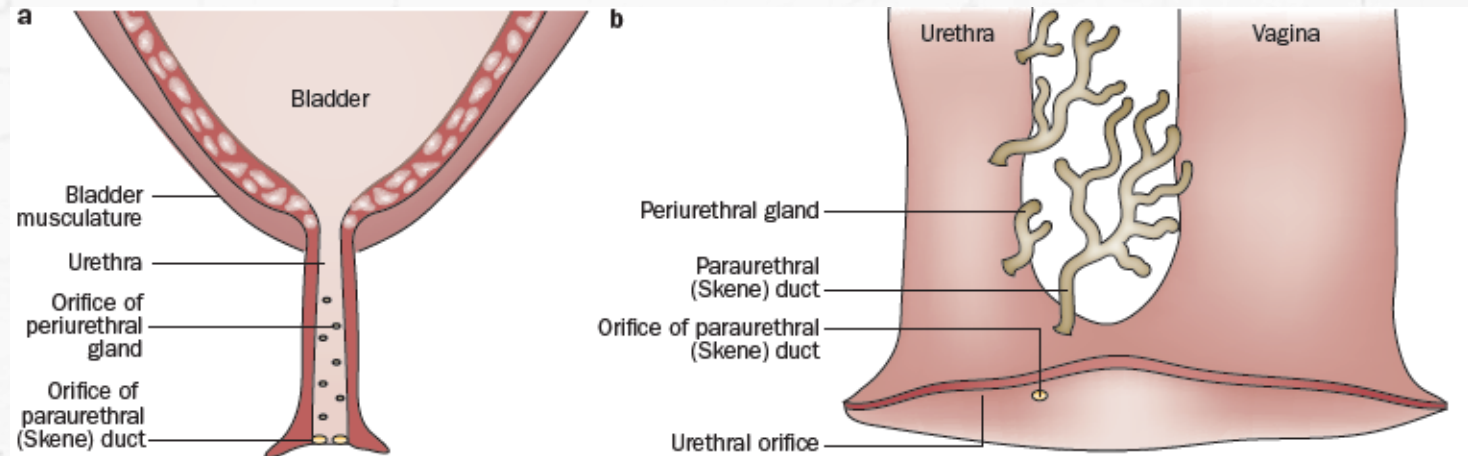
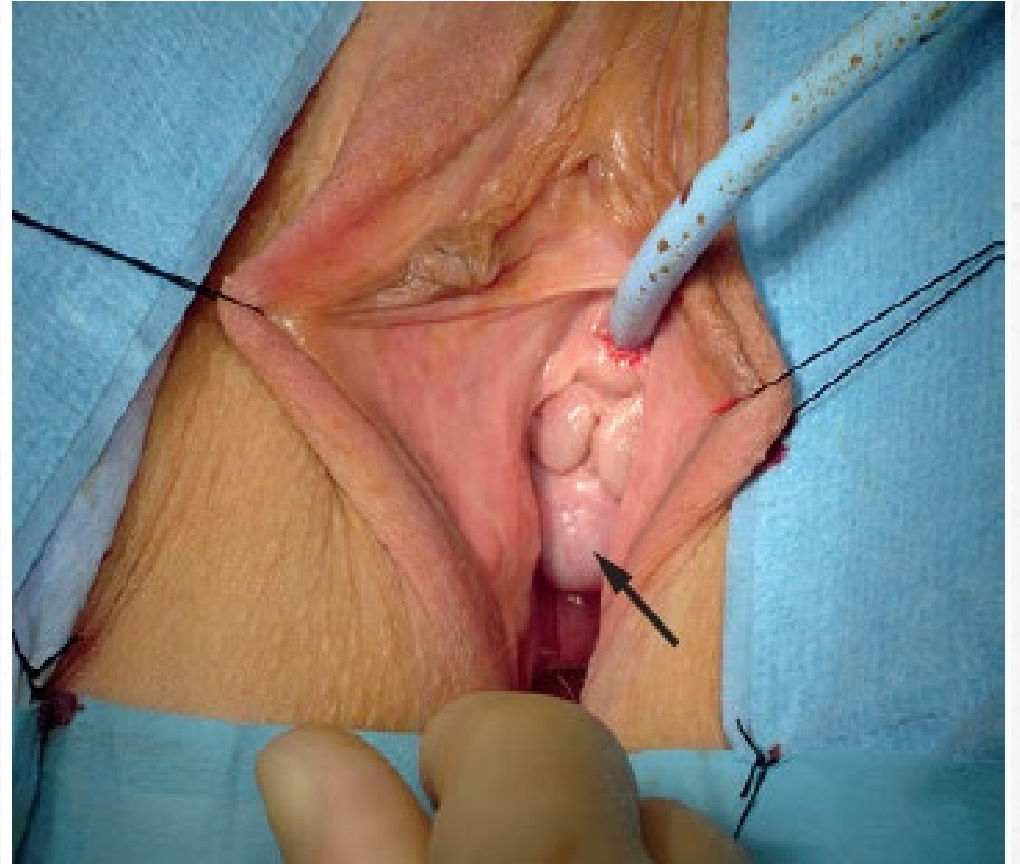


Figure 2 | The anatomy of the periurethral glands and the paraurethral glands of Skene in relation to the bladder and urethra in women. **a** | The openings of the periurethral glands and the paraurethral glands of Skene into the urethra. **b** | The location of periurethral ducts and paraurethral ducts of Skene in relation to the urethra. The function of the periurethral glands is to secrete mucins, which protect the urethra from the irritative and potentially toxic effects of urine. The glands are generally sited between 3 o'clock and 9 o'clock within the submucosa of the urethra, adjacent to a rich network of vascular spongy tissue, predominantly within the distal two-thirds of the urethra. They terminate in the paraurethral glands of Skene which empty via 6–30 paraurethral ducts into the distal third of the urethra.

Εκκόλπωμα ουρήθρας - Συμπτωματολογία

3Ds

- Δυσουρία, συχνουρία, επιτακτικότητα (50%)
- Δυσπαρέυνια (10%)
- Σταγονοειδής απώλεια ούρων μετά ούρηση (25%)
- Υποτροπιάζουσες Ουρολοιμώξεις (50%)
- Ακράτεια προσπάθειας (60%)
- Αιματουρία
- Ασυμπτωματικά (3-20%)



Εκκόλπωμα ουρήθρας - Διάγνωση

- Επισκόπηση
- Έκκριμα στην ψηλάφηση
- **Κυστεοσκόπηση**
- VCUG (κυστεοουρηθρογραφία κατά την ούρηση)
- Ανιούσα Ουρηθρογραφία
- Κολπικό υπερηχογράφημα
- CT
- **MRI**
- Ουροδυναμική μελέτη

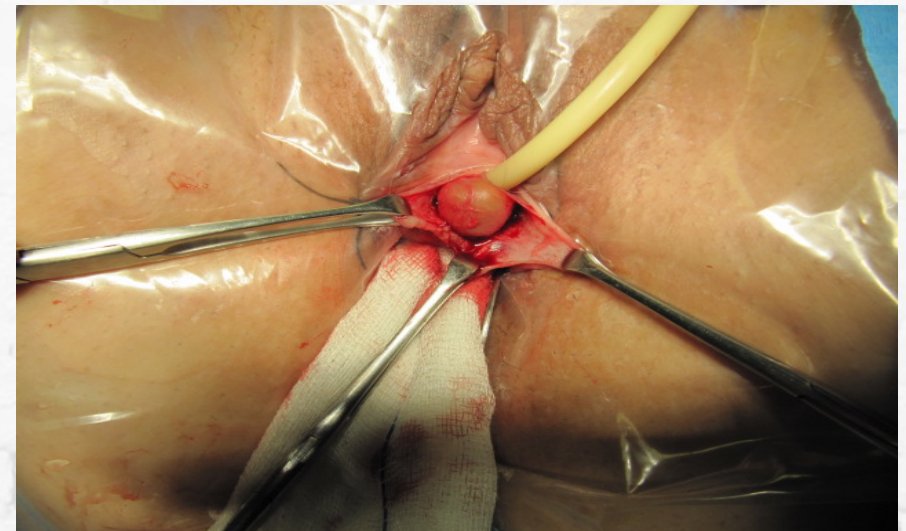


Εκκόλπωμα ουρήθρας - Διαφορική Διάγνωση

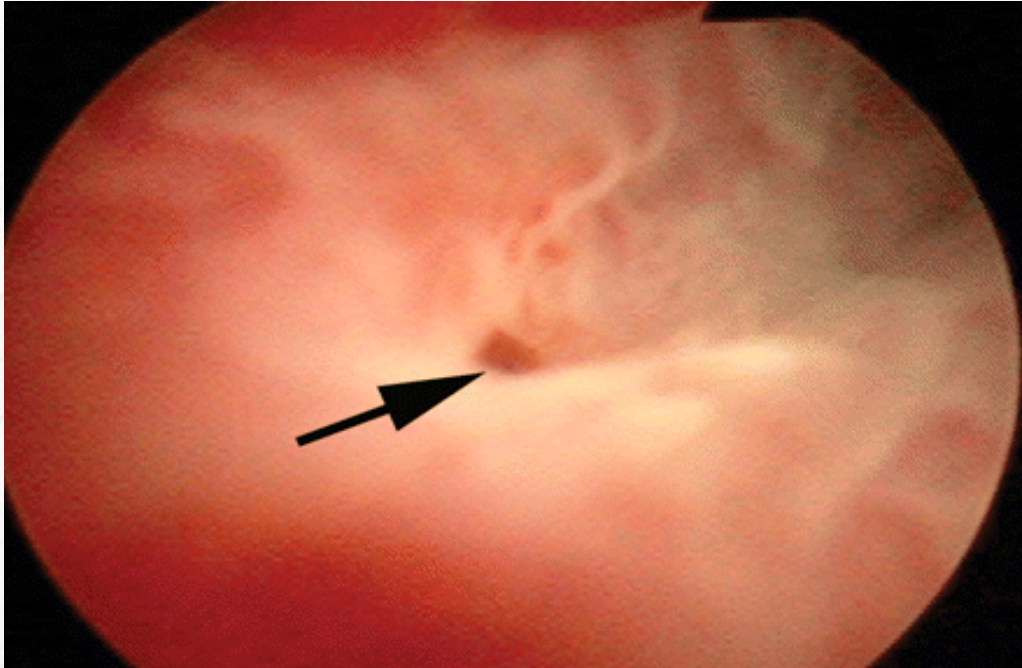
- Παραουρηθρική κύστη
- Κύστη Gartner
- Κύστη υπολειμμάτων πόρου Muller

- Ουρητηροκήλη

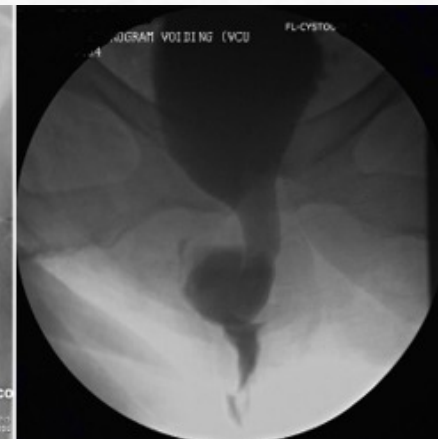
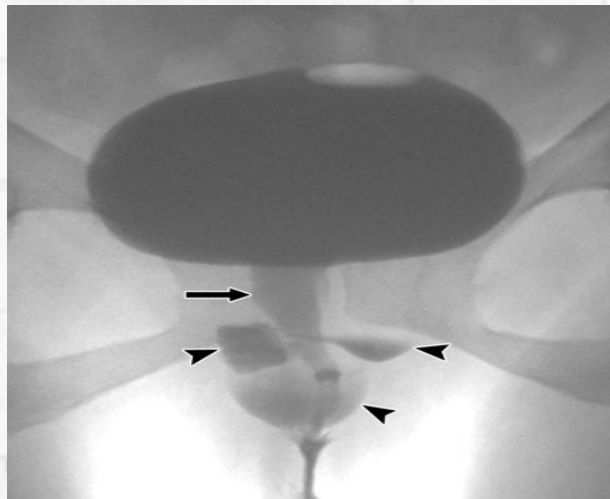
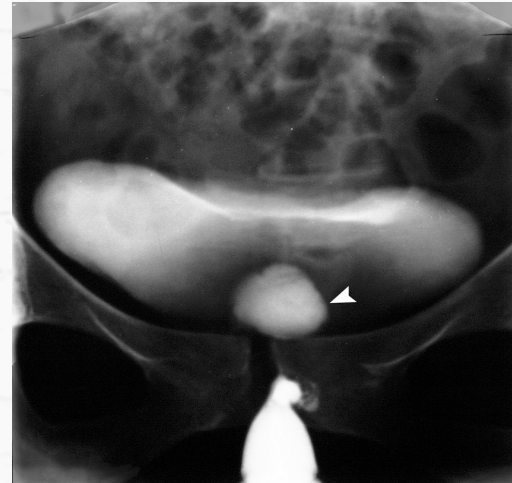
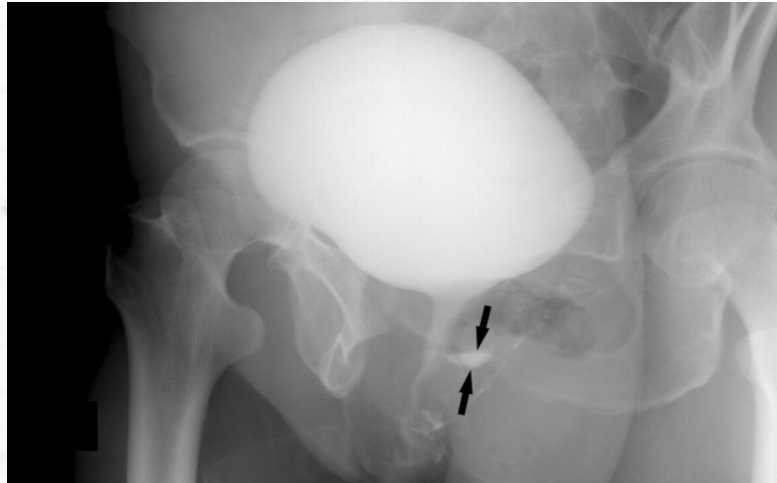
- Νεόπλασμα ουρήθρας



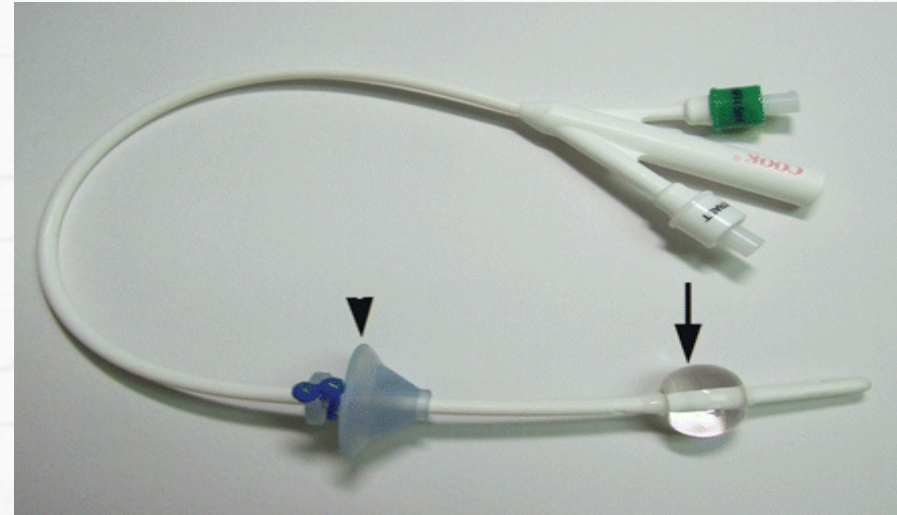
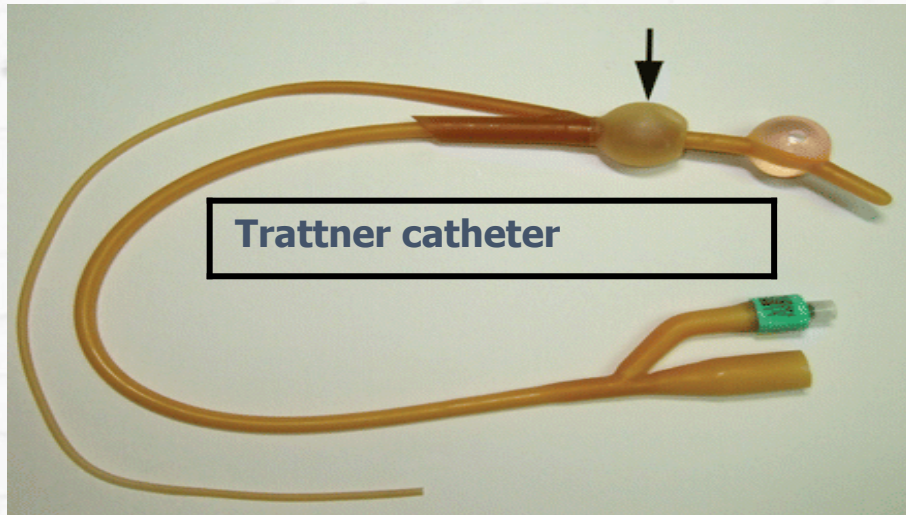
Εκκόλπωμα ουρήθρας - Κυστεοσκόπηση



Εκκόλπωμα ουρήθρας - VCUG



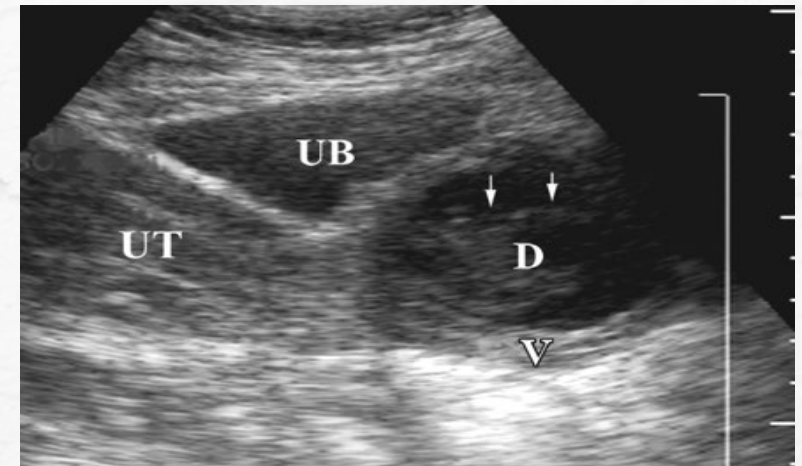
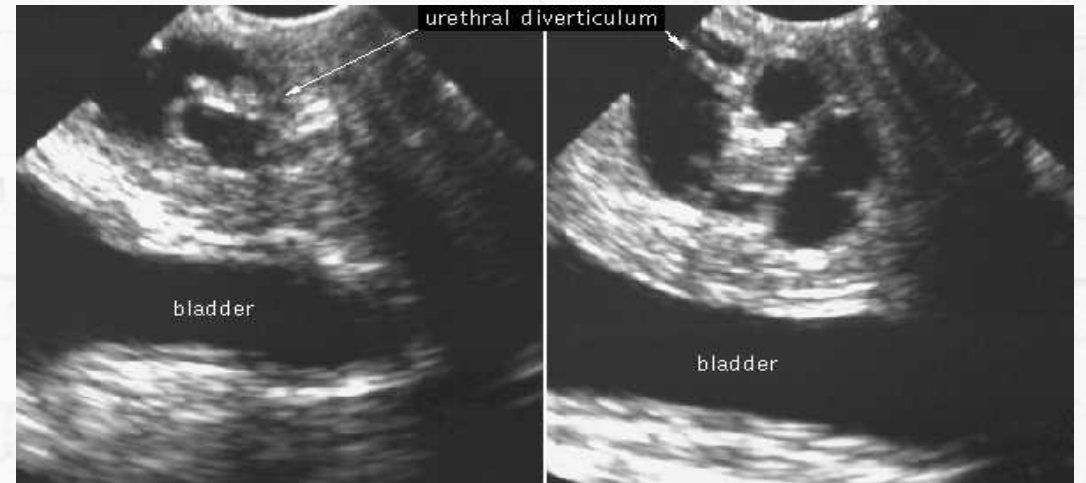
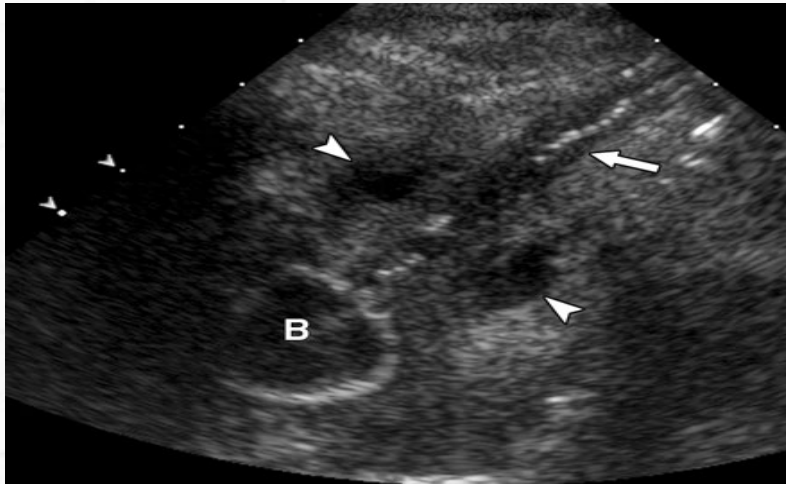
Εκκόλπωμα ουρήθρας Ανιούσα Ουρηθρογραφία (Double balloon – High pressure)



Davis and Cian, J Urol 1956



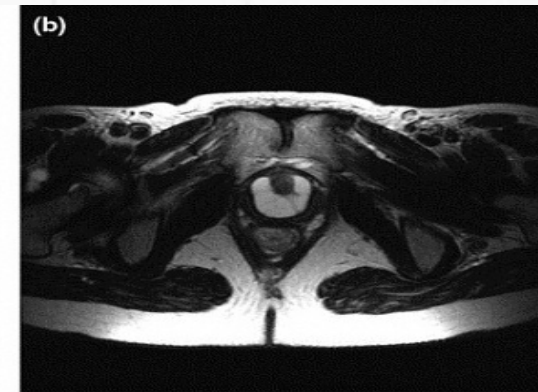
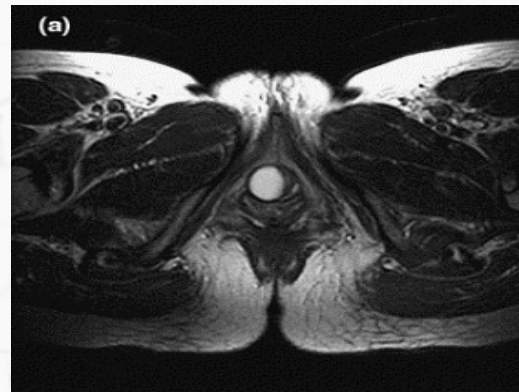
Εκκόλπωμα ουρήθρας – κοιλικό US



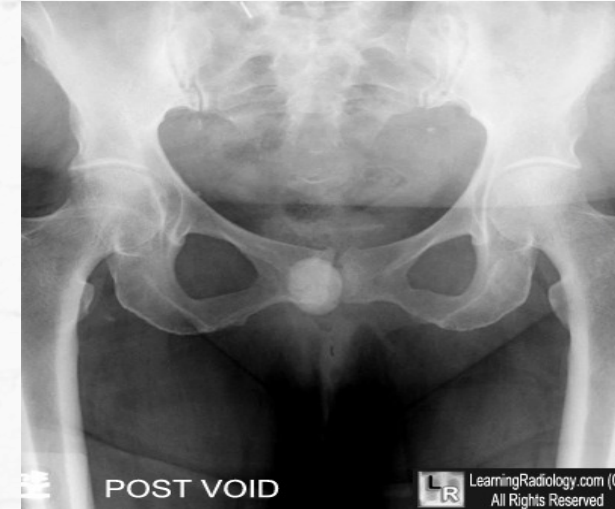
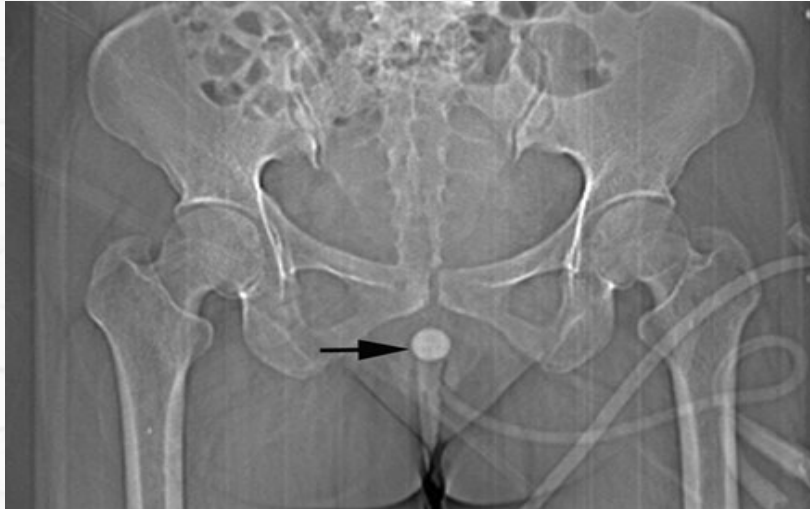
Εκκόλπωμα ουρήθρας - MRI

Μορφολογία

1. Απλά
2. Σχήματος U
3. Κυκλοτερή
4. Πολλαπλά



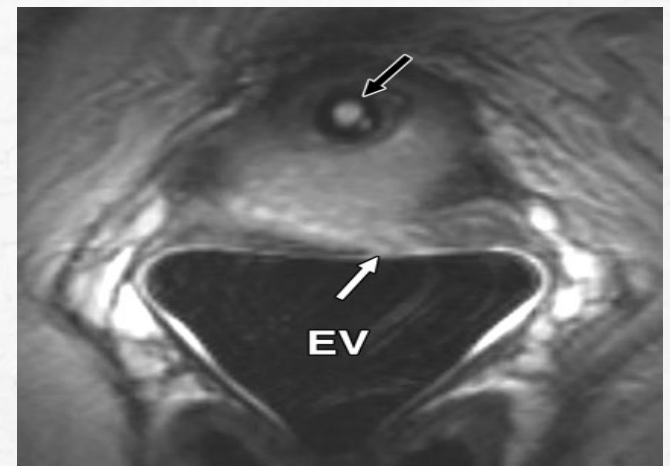
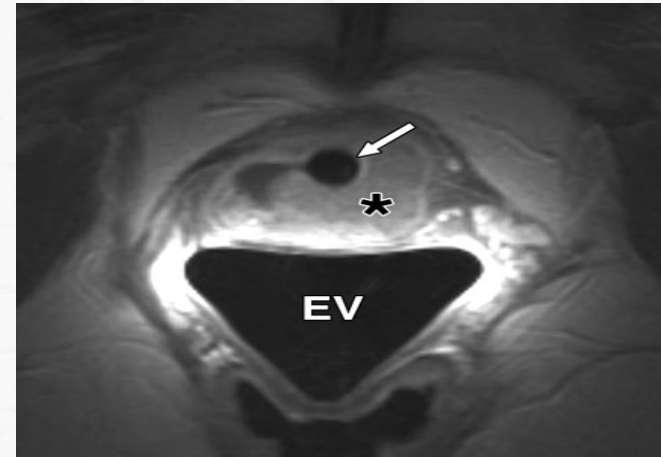
Εκκόλπωμα ουρήθρας Επιπλοκές (1) Λιθίαση



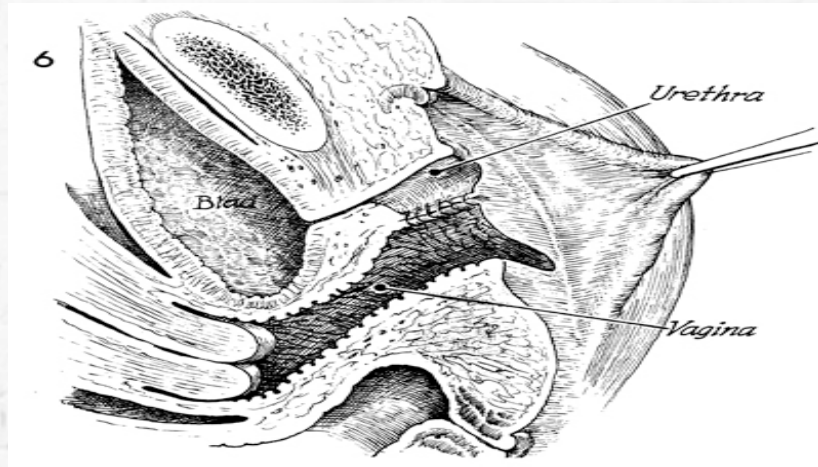
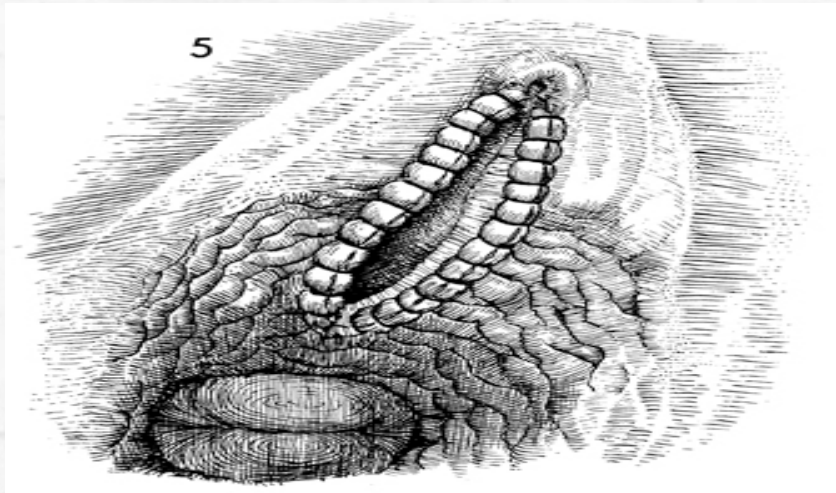
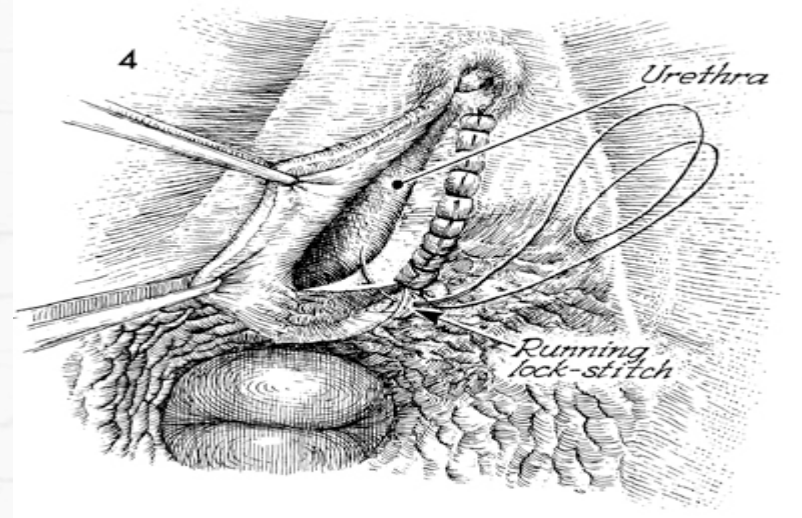
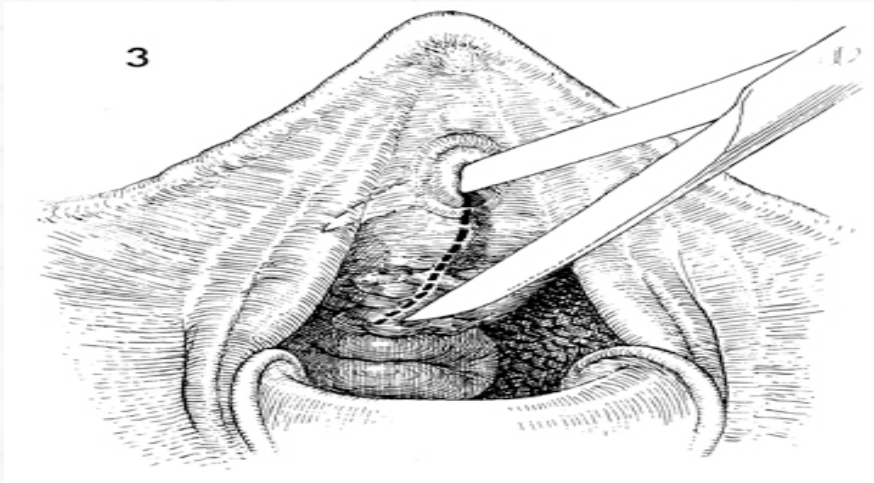
Εκκόλπωμα ουρήθρας Επιπλοκές (2) Κακοήθεια

Thomas et al: Urethral diverticula in 90 female patients: a study with emphasis on neoplastic alterations. J Urol 2008

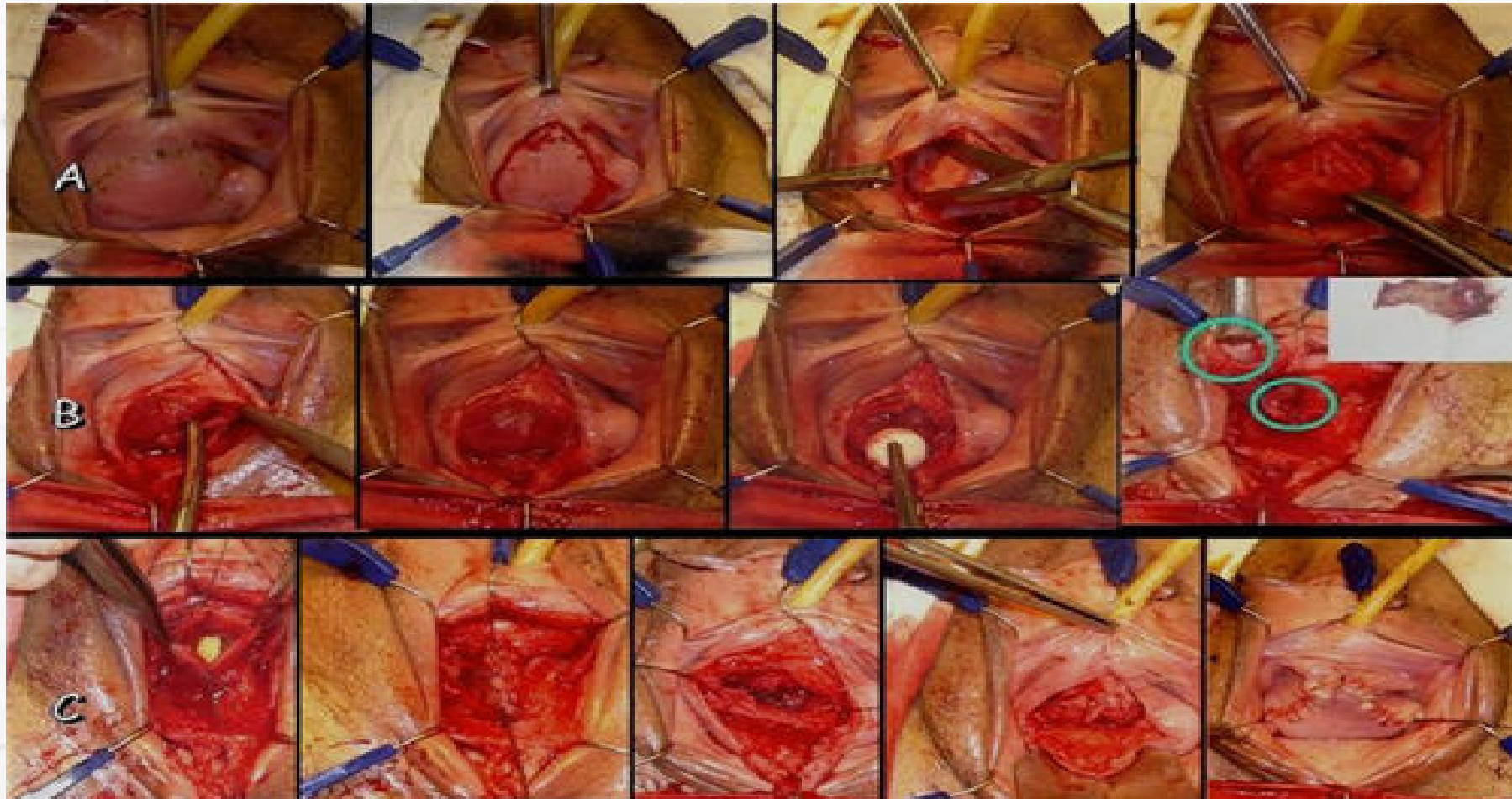
- 68 ίνωση-φλεγμονή
- 10 νεφρογενές αδένωμα
- 1 λαχνωτό αδένωμα
- 3 αδενική μετάπλαση
- 3 high grade δυσπλασία
- 5 αδενοκαρκινώματα



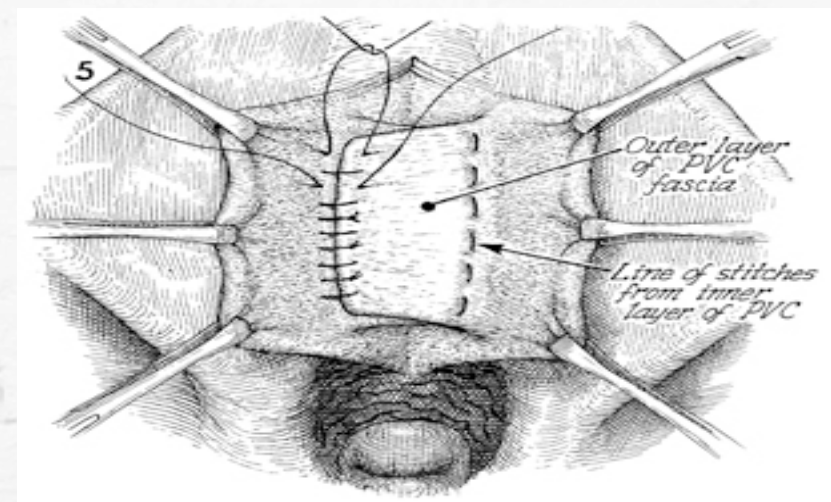
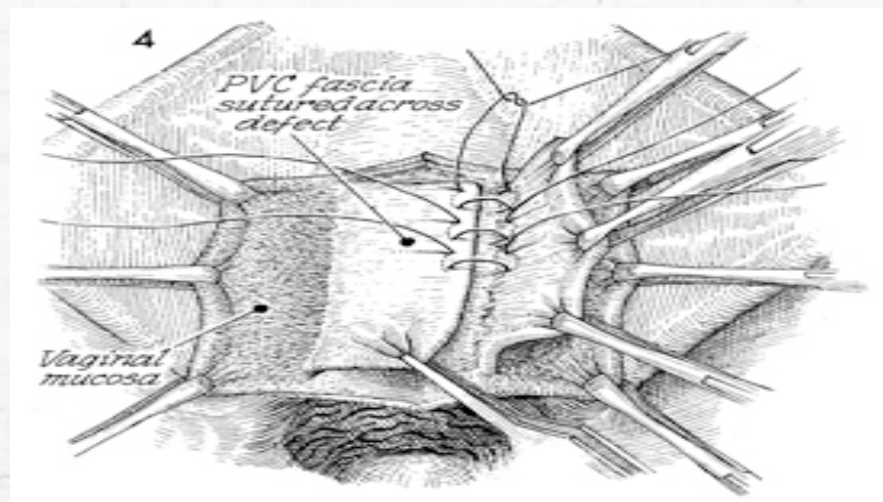
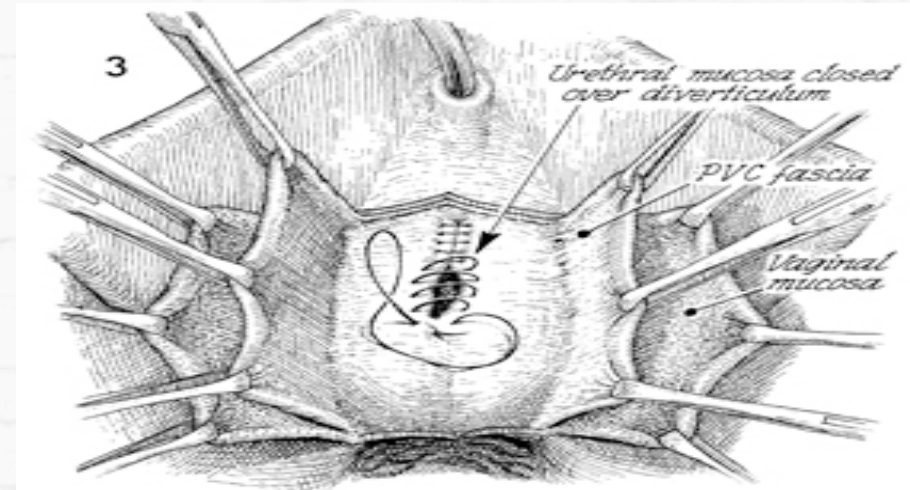
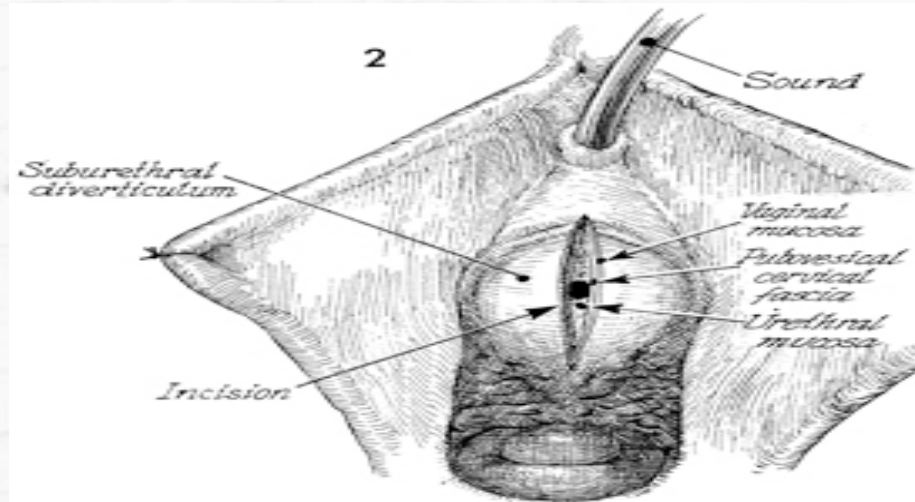
Χειρουργική θεραπεία: Marsupialization Spence and Duckett: J Urol 1970



Χειρουργική θεραπεία: εκκολπωματεκτομή Moore: J Urol 1952 (vaginal flap)



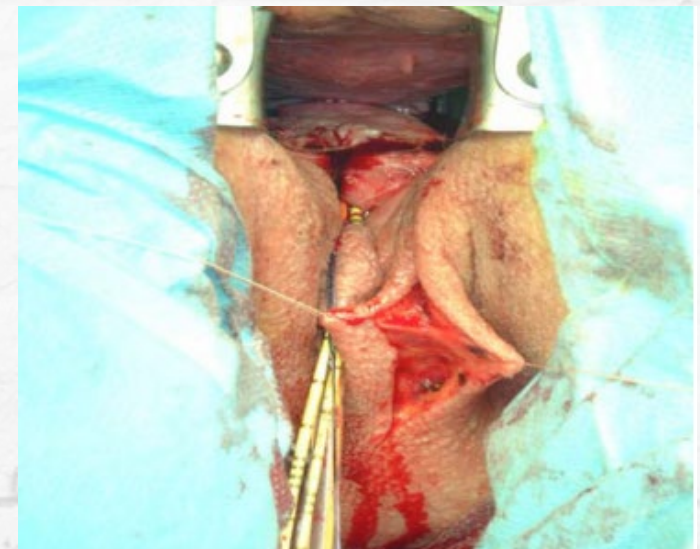
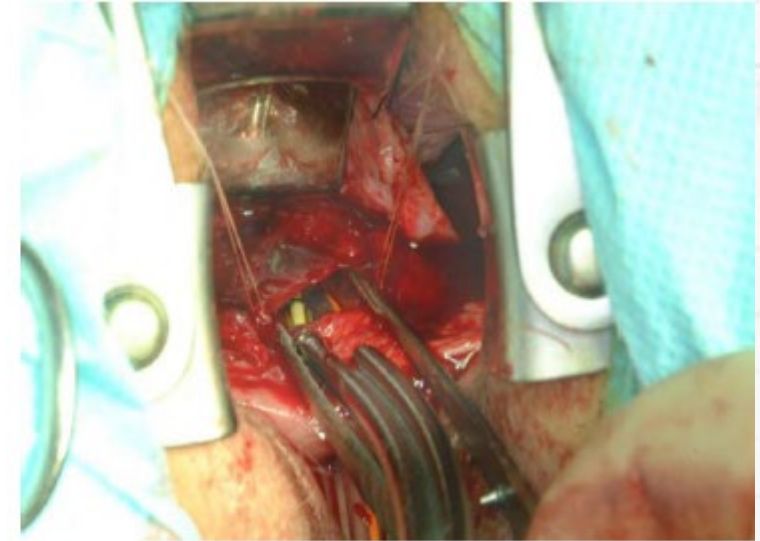
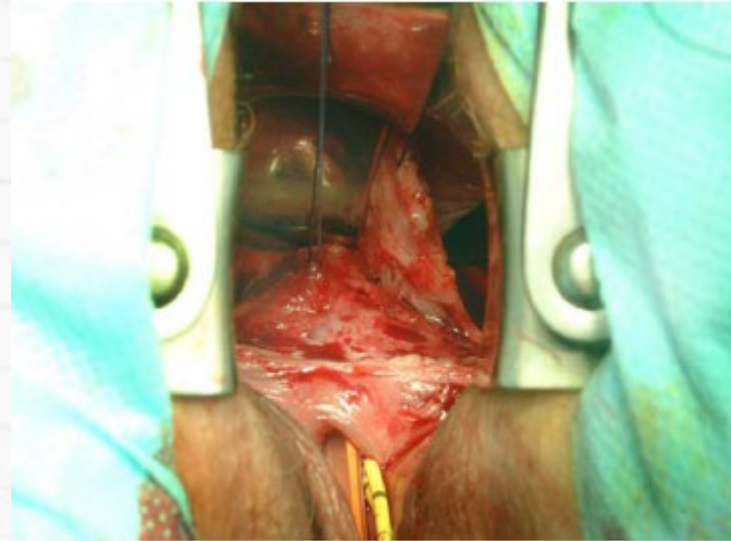
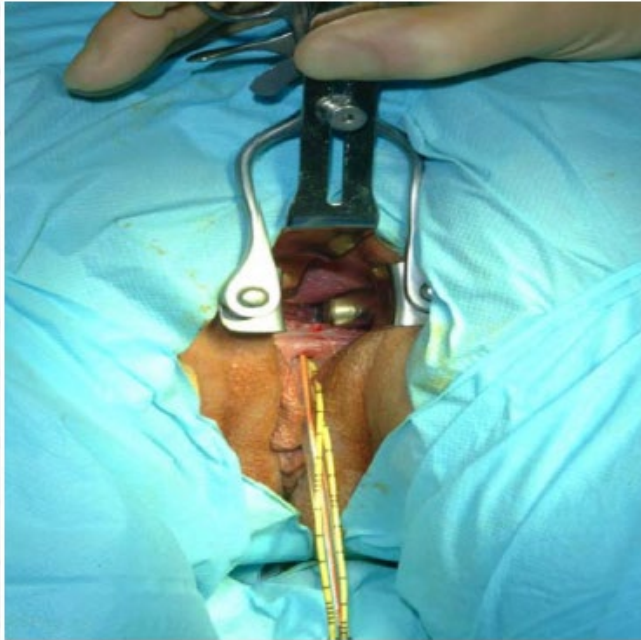
Χειρουργική θεραπεία: εκκολπωματεκτομή (vaginal flap – double breasted technique)



Management of Symptomatic Urethral Diverticula in Women: A Single-centre Experience

Felicity A. Reeves, Richard D. Inman, Christopher R. Chapple *

The Royal Hallamshire Hospital, Sheffield Teaching Hospitals, Sheffield, UK Eur Urol (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.02.041>



Χειρουργική Θεραπεία

1. Αρκεί μόνη η εκκολπωματεκτομή? **ΝΑΙ αλλά...**
 - Martius flap
Ockrim et al: BJU Int, 2009
 - Porcine xenograft (SIS-SURGISIS)
Lee et al: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2009
2. Αν η ασθενής έχει και stress ακράτεια? **Ταυτόχρονα...??**
 - Ταινίες ακράτειας
Leach and Ganabathi: Urol Clin North Am, 2014
3. Κι αν υποτροπιάσει το εκκόλπωμα?
 - Μερική ουρηθρεκτομή – Ουρηθροπλαστική
Rovner and Wein: J Urol, 2003

Complications and their prevalence

- New-onset stress urinary incontinence: 8–49%
- Persistence of dysuria: 0–26%
- Persistence of recurrent UTI: 0–23%
- Recurrence: 0–22%
- New-onset urgency: 0–13%
- Urethrovaginal fistula: 0–8%
- Urethral stricture: 0–2%

Χειρουργική Θεραπεία: Επιπλοκές

	N	fistula	recurrence	SUI De novo	stricture
Benjamin, Urology, 1974	30	3%	3%	3%	
Peters, Obstet Gynecol, 1976	32	6%	25%		
Ginsberg, Obstet Gynecol Surg, 1984	52	2%	25%		2%
Lee, Clin Obstet Gynecol, 1984	108	1%	10%	15%	2%
Ward, Obstet Gynecol Surg, 1989	24	8%	30%	13%	
Ganabathi, J Urol, 1994	56	2%	4%	16%	
Leng, J Urol, 1998	18			11%	
Ljungqvist, J Urol, 2007	64	6%	17%	50%	2%
Lee, Urology, 2008	50	3%	10%	49%	
Stav, J Urol, 2008	25	4%	12%	16%	

Εκκόλπωμα ουρήθρας - Συμπεράσματα

- Πολύ συχνότερο από ότι πιστεύαμε.
- Διερεύνηση κάθε γυναίκας με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και ακράτεια προσπαθείας.
- Πιθανότερη διάγνωση για κάθε παραουρηθρική διόγκωση στο άνω κοιλικό τοίχωμα.
- Κυστεοσκόπηση – MRI
- Εκκολπωματεκτομή
- Προσοχή στα πεταλοειδή και κυκλωτερή εκκολπώματα.
- Καλοήθης πάθηση με δυνητικά «κακοήθεις» επιπλοκές.

Σας ευχαριστώ πολύ!!!

