

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

N. Lumen (Chair), F. Campos-Juanatey, K. Dimitropoulos, T. Greenwell, F.E. Martins, N. Osman, A. Ploumidis, S. Riehardt, M. Waterloos

Guidelines Associates: R. Barratt, G. Chan, F. Esperto, W. Verla

Guidelines Office: R. Shepherd

Εισαγωγή

Η επιτροπή των κατευθυντήριων οδηγιών για τα στενώματα της ουρήθρας σε αυτό το κείμενο ομόφωνα συμφώνησε να αποφεύγεται ο όρος "επιτυχία" καθώς δεν είναι αντικειμενικός και αντι αυτού να χρησιμοποιείται ο όρος "ποσοστό βατότητας" ή "ποσοστό υποτροπής στενώματος" για να είναι ξεκάθαρο ότι έχει ληφθεί υπόψιν μόνο η υποτροπή των στενωμάτων.

Αιτιολογία - Πρόληψη

Οι συχνότερες αιτίες ουρηθρικής στένωσης στους άνδρες:

- Σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη.
- Φλεγμονή.
- Εξωτερικό τραύμα ουρήθρας.
- Ιατρογενής κάκωση ουρήθρας: καθετηριασμός ουρήθρας, διουρηθρική εκτομή προστάτη , ακτινοβολία προστάτη ή εξάχνωση.
- Αποτυχία αποκατάστασης του υποσπαδία.
- Συγγενής.
- Ιδιοπαθής.

Η στένωση της ουρήθρας στις γυναίκες είναι κυρίως ιδιοπαθής. Άλλες αιτιολογίες είναι ή ιατρογενής κάκωση, τραυματισμός, φλεγμονή και ακτινοβολίες.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Δινετε οδηγίες για ασφαλείς σεξουαλικές επαφές, αναγνωρίστε τα συμπτώματα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων μολύνσεων και αναγνωρίστε και θεραπεύστε έγκαιρα άνδρες με ουρηθρίτιδα.	Ισχυρή
Αποφύγετε τον περιττό καθετηριασμό στους ασθενείς.	Ισχυρή
Εφαρμόστε εκπαιδευτικά προγράμματα για τους επαγγελματίες υγείας για το σωστό καθετηριασμό στους ασθενείς.	Ισχυρή
Μη χρησιμοποιείτε καθετήρες μεγαλύτερους από 18F σε ασθενείς που σκοπός είναι μόνο η λύση της επίσχεσης.	Ασθενής
Αποφύγετε τη χρήση μη επικαλυμμένων καθετήρων λατέξ.	Ισχυρή
Μη χρησιμοποιείτε ουρηθροτόμο όταν δεν υπάρχει διεγνωσμένο στένωμα ουρήθρας	Ισχυρή

Ταξινόμηση στενωμάτων

Η ταξινόμηση σύμφωνα με τη θέση στένωσης παίζει σημαντικό ρόλο για τη μετέπειτα διαχείριση

Η ανδρική ουρήθρα χωρίζεται σε:

- Πρόσθια ουρήθρα (που περιβάλλεται από σπογγιώδες σώμα): έξω ουρηθρικό στόμιο, πεική ουρήθρα και βολβική ουρήθρα.
- Οπίσθια ουρήθρα: μεμβρανώδης ουρήθρα, προστατική ουρήθρα και αυχένια της ουροδόχου κύστης.

Πίνακας 1 : Ταξινόμηση EAU σύμφωνα με τον βαθμό στένωσης της ουρήθρας.

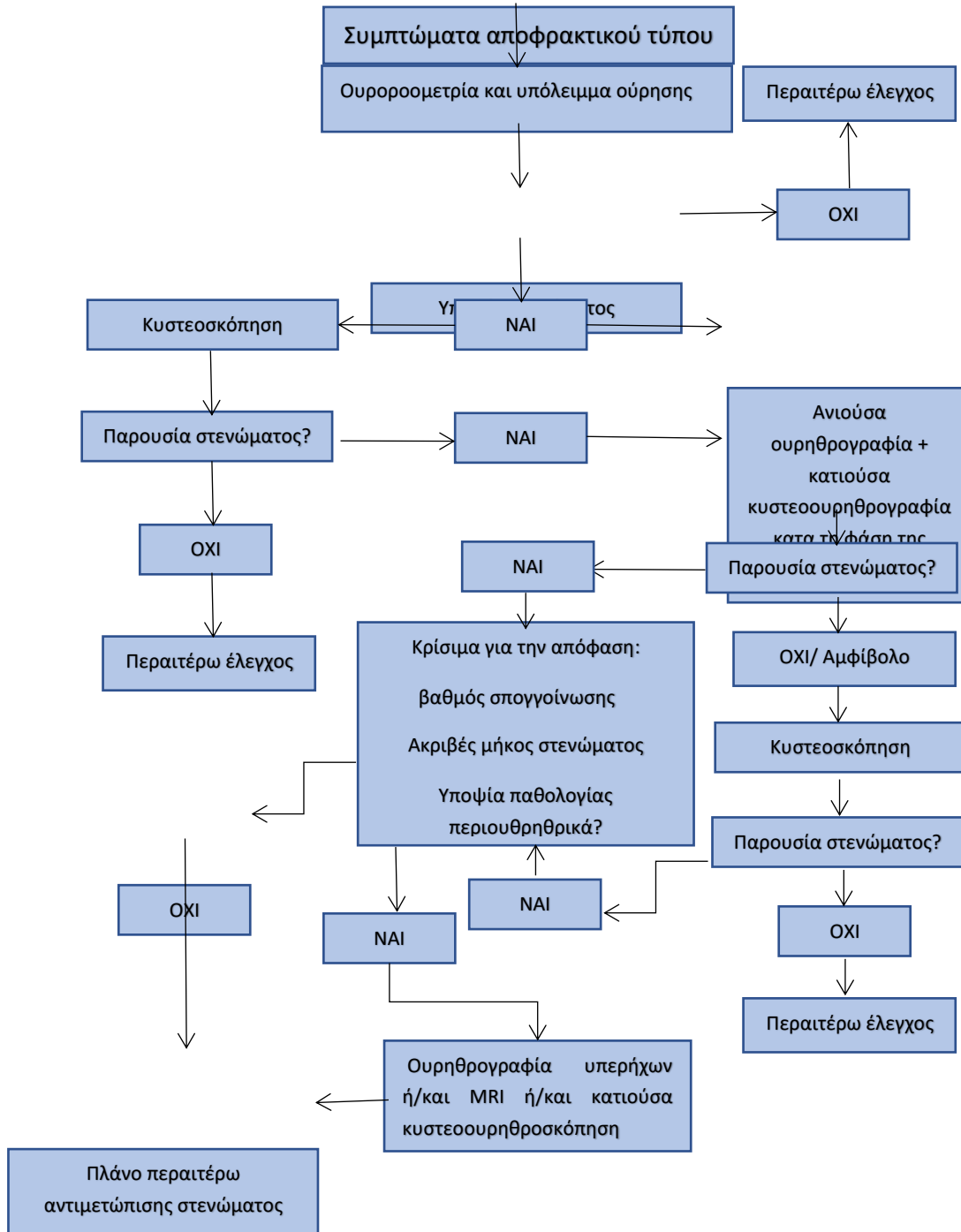
Κατηγορία	Περιγραφή	Ουρηθρικός αυλός	Βαθμός
0	Φυσιολογική ουρήθρα απεικονιστικά	-	-
1	Υποκλινικά στενώματα	Στένωση ουρήθρας αλλά $\geq 16\text{Fr}$	Χαμηλός
2	Χαμηλού βαθμού στενώματα	11-15Fr	
3	Υψηλού βαθμού ή σημαντικής μείωσης ροής στενώματα	4-10Fr	Υψηλός
4	Σχεδόν αποφρακτικά στενώματα	1-3Fr	
5	Αποφρακτικά στενώματα	Χωρίς ουρηθρικό αυλό (0Fr)	

Διαγνωστική Αξιολόγηση

Λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Χρησιμοποιήστε ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο για να αξιολογήσετε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων των ασθενών και την επίδραση που έχουν αυτά στην ποιότητα ζωής των ανδρών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για στένωμα ουρήθρας.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε ένα έγκυρο εργαλείο για να αξιολογήσετε τη σεξουαλική λειτουργία των ανδρών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για στένωμα ουρήθρας.	Ισχυρή

Εικόνα 1 : Διαγνωστικό ρόγραμμα ασθενών με υποψία στενώματος ουρήθρας



Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε ουροροομετρία και εκτίμηση του υπολειπόμενου όγκου ούρων μετά την ούρηση σε ασθενείς με υποψία στενώματος ουρήθρας	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε ανιούσα ουρηθρογραφία για να εκτιμήσετε το μήκος και τη θέση του στενώματος σε άντρες με στένωμα ουρήθρας υποψήφιους για χειρουργική αντιμετώπιση	Ισχυρή
Συνδυάστε την ανιούσα ουρηθρογραφία με τη κυστεοουρηθρογραφία κατά την ούρηση για να αξιολογήσετε τα σχεδόν αποφρακτικά στενώματα και σε περιπτώσεις ουρηθρικής κάκωσης κατόπιν πυελικού κατάγματος	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε συσκευές αποκλεισμού της ουρήθρας αντί της τεχνικής με τον καθετήρα foley για την ουρηθρογραφία για να μειώσετε τον πόνο.	Ασθενής
Πραγματοποιήστε ουρηθροκυστεοσκόπηση σαν επιπρόσθετη εξέταση της απεικόνισης εαν απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες	Ασθενής
Συνδυάστε την ανιούσα ουρηθρογραφία και την κυστεοσκόπηση απο υπερηβικό καθετήρα, σαν επιπρόσθετη εξέταση της απεικόνισης εαν απαιτούνται περισσότερες πληροφορίες, για την αξιολόγηση ουρηθρικής κάκωσης κατόπιν πυελικού κατάγματος.	Ασθενής
Σκεφτείτε τη μαγνητική ουρηθρογραφία σαν επιπρόσθετη εξέταση σε στενώματα της οπίσθιας ουρήθρας	Ισχυρή

Συντηρητική θεραπεία σε Άντρες

Οι ασθενείς με στένωμα ουρήθρας ή υποτροπή στενώματος ($\geq 16\text{Fr}$) σπάνια θα χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μην παρεμβαίνετε σε ασθενείς με ασυμπτωματικό τυχαίο εύρημα στενώματος ουρήθρας ($\geq 16\text{Fr}$)	Ασθενής
Σκεφτείτε τον υπερηβικό καθετήρα για μεγάλο διάστημα σε ασθενείς με στένωμα βολβομεμβρανώδους ουρήθρας μετά απο ακτινοθεραπεία ή/και κακή φυσική κατάσταση	Ασθενής

Ενδοαυλική θεραπεία σε στενώματα πρόσθιας ουρήθρας στους άνδρες

Οπτική ουρηθροτομή και διαστολή

Η οπτική ουρηθροτομή ή/και διαστολή είναι θεραπεία 1ης γραμμής σε μη πλήρως αποφρακτικά στενώματα της ουρήθρας. Δεν υπάρχει διαφορά στο ποσοστό βατότητας μεταξύ διαστολής και οπτικής ουρηθροτομής.

Τα καλύτερα ποσοστά βατότητας με οπτική ουρηθροτομή/διαστολή αναφέρονται σε ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε θεραπεία και προσέρχονται με ένα μικρό (μέγιστο 2 cm) στένωμα βολβικής μοίρας της ουρήθρας. Η οπτική ουρηθροτομή/διαστολή αποδίδει ελάχιστα σε μεγάλου μήκους στενώματα και σε στενώσεις της πεικής ουρήθρας. Η οπτική ουρηθροτομή στη πεική ουρήθρα μπορεί να προκαλέσει φλεβική διαφυγή από το σπληνικό σώμα με επακόλουθο κίνδυνο στυτικής δυσλειτουργίας (ΣΔ).

Οι επαναλαμβανόμενες διαστολές/οπτικές ουρηθροτομές δεν έχουν καλά ποσοστά μη υποτροπής μακροπρόθεσμα και ενδέχεται να αυξήσουν την πολυπλοκότητα της στένωσης.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μη χρησιμοποιείται οπτική ουρηθροτομή σε στενώματα πεικής ουρήθρας.	Ισχυρή
Μη χρησιμοποιείται οπτική ουρηθροτομή ή/και διαστολές ως μοναδική θεραπεία σε μεγάλο μήκους (> 2εκ) στενώματα της ουρήθρας	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε οπτική ουρηθροτομή/διαστολές για πρωτοπαθές, μονήρες, μικρού μήκους (< 2εκ) και μη αποφρακτικό στένωμα της βολβικής μοίρας της ουρήθρας	Ασθενής
Πραγματοποιήστε οπτική ουρηθροτομή/διαστολές για μικρού μήκους υποτροπιάζων στένωμα της ουρήθρας πριν την ουρηθροπλαστική για τη βολβική μοίρα της ουρήθρας	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε είτε "θερμού" είτε "ψυχρού" μαχαιριδίου τεχνική για τη διενέργεια της οπτικής ουρηθροτομής ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και της δεξιότητες του χειρουργού.	Ασθενής
Πραγματοποιήστε διαστολές ουρήθρας υπό όραση παρά τυφλές τεχνικές.	Ασθενής
Μην πραγματοποιείτε επαναλαμβανόμενες (>2) οπτικές ουρηθροτομές της η ουρηθροπλαστική είναι μια διαθέσιμη επιλογή.	Ισχυρή

Στρατηγικές μετά από οπτική ουρηθροτομή ή διαστολή

Οι διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί (ISD) είναι ικανοί να μειώσουν τα ποσοστά υποτροπής του στενώματος και την ανάγκη για επανεπέμβαση αλλά με κόστος την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής (QoL) σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών. Η ενδοουρηθρική χρήση κορτικοστεροειδών μέσω αλοιφής πάνω στον καθετήρα διαστολών μπορεί να καθυστερήσουν το χρόνο έως την υποτροπή της στένωσης. Οι ενέσεις με στεροειδή και μιτομυκίνη C(MMC) επί του στενώματος έχουν προταθεί για τη μείωση της υποτροπής της στένωσης μετά από οπτική ουρηθροτομή. Για της ενέσεις στεροειδών, δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό υποτροπής αν και ο χρόνος μέχρι την υποτροπή ήταν μεγαλύτερος. Η έγχυση μιτομυκίνης C μπορεί να μειώσει τα ποσοστά υποτροπής της στένωσης αν και, ανεπίσημα, έχουν αναφερθεί σοβαρές επιπλοκές.

Τα μόνιμα stents από πλέγμα ανοξειδωτού χάλυβα δεν είναι πλέον εμπορικά διαθέσιμα. Η προσωρινή τοποθέτηση στεντ μετά από οπτική ουρηθροτομή ή/και διαστολές παρατείνει τον χρόνο μέχρι την επανεμφάνιση των βολβικών στενώσεων. Η χρήση στεντ στην πεική μοίρα της ουρήθρας είναι ανεπίσημη και φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό υποτροπής.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς για να σταθεροποιήσετε ένα στένωμα μετά της διαστολές ή οπτική ουρηθροτομή της η ουρηθροπλαστική δεν είναι διαθέσιμη επιλογή.	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε κορτικοστεροειδή ενδοουρηθρικά μαζί με διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς για να σταθεροποιήσετε της ουρηθρικό στένωμα.	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε επι του στενώματος ενέσεις μόνο στα πλαίσια κλινικών μελετών	Ασθενής
Μην χρησιμοποιείτε μόνιμα ουρηθρικά στέντ	Ισχυρή
Μην χρησιμοποιείτε ουρηθρικά στέντ για στενώματα πεικής ουρήθρας	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε ένα προσωρινό στέντ για υποτροπιάζων στένωμα βολβικής μοίρας μετά της οπτική ουρηθροτομή για να παρατείνετε το χρόνο μέχρι την επόμενη υποτροπή της η ουρηθροπλαστική δεν είναι διαθέσιμη επιλογή.	Ασθενής

Εμποτισμένοι με φαρμακευτική ουσία διαστολείς με μπαλόνι

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Προτείνετε εμποτισμένους με φαρμακευτική ουσία (πακλιταξέλη) διαστολείς με μπαλόνι για μικρού μήκους (< 3 εκ) στενώματα βολβικής μοίρας ουρήθρας που υποτροπιάζει μετά της τουλάχιστον δύο προηγούμενες ενδοσκοπικές παρεμβάσεις αλλά μόνο σε ασθενείς της οποίους η ουρηθροπλαστική δεν είναι διαθέσιμη επιλογή.	Ασθενής

Ουρηθροπλαστική σε άνδρες

Ο ρόλος της ουρηθροπλαστικής στην αντιμετώπιση των στενωμάτων πεικής μοίρας της ουρήθρας.

Ουρηθροπλαστική της σταδίου Vs αυξητικής ουρηθροπλαστικής πολλαπλών σταδίων Vs αναστομωτικής ουρηθροπλαστικής.

Η αυξητική ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων προτιμάται σε άνδρες με πιο σύνθετη νόσο στενώματος της ουρήθρας (πολλαπλές επεμβάσεις στο παρελθόν, δυσμενή κλινικά ευρήματα της σημαντική σπογγίωση ή ουλή που απαιτεί εκτομή ή κακή ποιότητα της ουρήθρας). Επί απουσίας αυτών των παραγόντων μπορεί να είναι δυνατή η προσέγγιση με ουρηθροπλαστική της σταδίου.

Αφήστε ένα διάστημα τεσσάρων έως έξι μηνών πριν προχωρήσετε στη σωληνοποίηση της ουρήθρας στην περίπτωση ουρηθροπλαστικής πολλαπλών σταδίων.

Αναθεώρηση του πλάνου (συνήθως λόγω συρρίκνωσης μοσχεύματος) μετά το 1^ο στάδιο έχει αναφερθεί στο 0-20% των περιπτώσεων.

Η αναστομωτική ουρηθροπλαστική της πεικής ουρήθρας σχετίζεται με κίνδυνο σχηματισμού χορδής, ειδικά εάν η στένωση είναι μεγαλύτερη από 1 εκατοστό.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Προτείνετε σε άντρες με στένωμα πεικής ουρήθρας ουρηθροπλαστική είτε της σταδίου είτε πολλαπλών λαμβάνοντας υπόψη της προηγούμενους χειρισμούς και τα χαρακτηριστικά του στενώματος	Ισχυρή
Αφήστε ένα διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων με έξι μηνών πριν προχωρήσετε στο δεύτερο στάδιο της ουρηθροπλαστικής εφόσον το αποτέλεσμα του πρώτου σταδίου είναι ικανοποιητικό.	Ασθενής
Μη προσφέρετε αναστομωτική ουρηθροπλαστική σε ασθενείς με στενώματα πεικής ουρήθρας > 1 εκατοστού λόγω του ρίσκου σχηματισμού χορδής μετεγχειρητικά	Ισχυρή
Συμβουλευστε της ασθενείς με στενώματα πεικής ουρήθρας ότι η ουρηθροπλαστική της σταδίου μπορεί να μετατραπεί σε πολλαπλών σταδίων ανάλογα με τα διεγχειρητικά ευρήματα	Ισχυρή

Ειδικές για αποτυχημένες στενώσεις που σχετίζονται με την αποκατάσταση του υποσπαδία και τον σκληρυντικό λειχήνα

Η αντιμετώπιση της αποτυχημένης αποκατάστασης του υποσπαδία είναι δύσκολη και πολύπλοκη καθώς η ουρήθρα, το δέρμα του πέους και η περιτονία του δαρτού είναι συχνά ελλειείς ή/και ανύπαρκτες.

Δεδομένου ότι ο σκληρός λειχήνας επηρεάζει το δέρμα, δεν συνιστάται η χρήση δέρματος των γεννητικών οργάνων ως κρημονού ή μοσχεύματος.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Οι άντρες με αποτυχημένη αποκατάσταση υποσπαδία πρέπει να θεωρούνται περίπλοκα περιστατικά και να κατευθύνονται σε κέντρα αναφοράς για περαιτέρω διερεύνηση.	Ασθενής
Προτείνετε ψυχολογική ή/και ψυχοσεξουαλική καθοδήγηση σε άντρες με αποτυχημένες κοσμητικά επεμβάσεις και σεξουαλική ή ουρολογική δυσλειτουργία απότοκο αποτυχημένης αποκατάστασης υποσπαδία.	Ασθενής
Μη χρησιμοποιείτε δέρμα της το πέος για κρημό ή μόσχευμα σε ασθενείς με αποτυχημένη αποκατάσταση υποσπαδία και σκληρυντικό λειχήνα ή ουλωτικό δέρμα.	Ισχυρή
Μη χρησιμοποιείτε δέρμα γεννητικών οργάνων σε ουρηθροπλαστική σε άντρες με στενώματα σχετιζόμενα με σκληρυντικό λειχήνα.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε της σταδίου ουρηθροπλαστική με χρήση μοσχεύματος στοματικού βλεννογόνου εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις τοπικά σε άντρες με στενώματα σχετιζόμενα σε σκληρυντικό λειχήνα.	Ασθενής

Στενώματα πρόσθιας ουρήθρας

Η ανοικτή αποκατάσταση των στενωμάτων της πρόσθιας ουρήθρας μπορεί να γίνει με τεχνική Malone, με μετατόπιση δέρματος ή μόσχευμα (δέρματος,στοματικός βλεννογόνος) ουρηθροπλαστική.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Προσφέρετε ανοικτή αποκατάσταση ή περιφερική ουρηθροπλαστική σε ασθενείς με στένωση ή με στενώσεις σκαφοειδούς βόθρου ή πρόσθιας ουρήθρας.	Ασθενής

Ουρηθροπλαστική για στενώματα βολβική μοίρας

Μικρού μήκους στενώματα βολβικής μοίρας ουρήθρας

Τα μικρού μήκους στενώματα της βολβικής μοίρας της ουρήθρας μπορούν να αποκατασταθούν με εκτομή και αναστόμωση με όριο τα 2-3 εκατοστά.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε αναστόμωση μετά της εκτομή για μικρά μετατραυματικά στενώματα βολβικής μοίρας ουρήθρας με σχεδόν αποφρακτικά στενώματα του αυλού και πλήρους πάχους σπογγόινωση.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε εκτομή χωρίς διατομή και αναστόμωση ή ουρηθροπλαστική με μόσχευμα για μικρά στενώματα βολβικής μοίρας μη σχετιζόμενα με κάκωση	Ασθενής

Μεγάλου μήκους στενώματα βολβικής μοίρας ουρήθρας. Ουρηθροπλαστική με χρήση μοσχεύματος.

Υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα για να προταθεί η νευροπροστατευτική και μυοπροστατευτική παραλλαγή της ουρηθροπλαστικής της βολβικής μοίρας της ουρήθρας.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε ουρηθροπλαστική με χρήση ελεύθερου μοσχεύματος για στενώματα βολβικής μοίρας τα οποία δεν υπόκεινται σε εκτομή και αναστόμωση	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε μόσχευμα της στοματικό βλεννογόνο για επαναληπτική ουρηθροπλαστική σε περίπτωση στενώματος μεγάλου μήκους	Ισχυρή

Πραγματοποιήστε διευρυμένη ανακατασκευή της αναστόμωσης για στενώματα βολβικής μοίρας που δεν υπόκεινται σε πρωτογενή αναστόμωση αλλά με μικρού μήκους μερικώς αποφρακτικό τμήμα ανάμεσα στο στενωμένο σημείο	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε ραχιαία, πλάγια ραχιαία ή κοιλιακή προσπέλαση ανάλογα με την εμπειρία του χειρουργού και διεγχειρητικά ευρήματα	Ισχυρή

Ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων για στενώσεις της βολβικής ουρήθρας

Η ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων μπορεί να θεωρηθεί πιθανή όταν:

- υπάρχουν τοπικά δυσμενείς καταστάσεις, της συρίγγιο, κάκωση από λάθος τοποθέτηση καθετήρα, απόστημα ή καρκίνος,
- έχει προηγηθεί ανεπιτυχής περίπλοκη ουρηθροπλαστική, συμπεριλαμβανομένης της αποτυχημένης επιδιόρθωσης του υποσπαδία,
- υπάρχει έλλειψη βεβαιότητας εκ μέρους του χειρουργού όσον αφορά την καταλληλότερη μορφή ουρηθροπλαστικής για τον ασθενή,
- η στένωση προκαλείται από ακτινοθεραπεία,
- η στένωση είναι συνέπεια σκληρυντικού λειχήνα (αυτό είναι αμφιλεγόμενο και για ορισμένες ομάδες ο σκληρυντικός λειχήνας αποτελεί αντένδειξη για μια σταδιακή ουρηθροπλαστική),
- σοβαρή σπογγιοίνωμάτωση.

Οι όψιμες επιπλοκές της ουρηθροπλαστικής του πρώτου σταδίου περιλαμβάνουν την ανάγκη

για αναθεώρηση σε ποσοστό έως και 19% - ως συνέπεια υποτροπής του σκληρυντικού λειχήνα στο μόσχευμα (8,8%), συστολή του μόσχευματος (6,6%) και στένωση του στομίου(3.3%).

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Προσφέρετε ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων σε άνδρες με περίπλοκο στένωμα πρόσθιας ουρήθρας που δεν είναι υποψήφιοι για της σταδίου και είναι υποψήφιοι για χειρουργική ανοικτή αποκατάσταση.	Ασθενής
Μην πραγματοποιείτε ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων σε στενώματα βολβικής μοίρας σε έδαφος σκληρυντικού λειχήνα της η ουρηθροπλαστική της σταδίου είναι εφικτή.	Ασθενής
Σκεφτείτε την πολλαπλών σταδίων αποκατάσταση σε ασθενείς που δεν δέχονται περινεϊκή ουρηθροστομία σε σύγκριση με ουρηθρική αποκατάσταση.	Ασθενής
Προειδοποιήστε της ασθενείς της η ουρηθροπλαστική πολλαπλών σταδίων μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερα των δύο σταδίων.	Ασθενής

Ουρηθροπλαστική για στενώματα βολβικής και πεικής ουρήθρας ή στενώματα της της ουρήθρας

Μόνο τα κέντρα αναφοράς δημοσιεύουν σειρές ασθενών για πανουρηθρικές ουρηθροπλαστικές. Εναλλακτικές τεχνικές και μόσχευματα μπορεί να απαιτηθούν διεγχειρητικά.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε πανουρηθρικές ουρηθροπλαστικές μόνο σε κέντρα αναφοράς γιατί μπορεί να χρειαστούν εναλλακτικές τεχνικές και υλικά.	Ασθενής
Συνδυάστε τεχνικές για την αποκατάσταση πανουρηθρικών στενωμάτων της μία τεχνική δεν της αρκετή	Ασθενής

Περινεϊκή ουρηθροστομία

Η περινεϊκή ουρηθροστομία προσφέρει μόνιμη ή προσωρινή λύση για την διούρηση σε άνδρες με περίπλοκα ουρηθρικά στενώματα της οποίους :

- δεν υπάρχουν περαιτέρω επιλογές για την αποκατάσταση της βατότητας της ουρήθρας είτε λόγω πολλαπλών προηγούμενων αποτυχημένων ουρηθροπλαστικών είτε λόγω πολλαπλών συνοσηροτήτων που αποκλείουν ένα πιο εκτεταμένο ανοικτό χειρουργικό εγχείρημα μετά από αποτυχημένη ενδοσκοπική αντιμετώπιση.

- υπάρχει έλλειψη βεβαιότητας εκ μέρους του χειρουργού σχετικά με την καταλληλότερη μορφή ουρηθροπλαστικής για τον ασθενή

- μετά από ουρηθρεκτομή ή/και πρεεκτομή για καρκίνο.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Προσφέρετε περινεϊκή ουρηθροστομία ως επιλογή σε άνδρες με περίπλοκα στενώματα πρόσθιας ουρήθρας	Ισχυρή
Προσφέρετε περινεϊκή ουρηθροστομία σε άνδρες με στενώματα πρόσθιας ουρήθρας οι οποίοι δεν θέλουν η δεν μπορούν να υποβληθούν σε αποκατάσταση των στενωμάτων της.	Ασθενής
Διαλέξτε το τύπο περινεϊκής ουρηθροστομίας ανάλογα με την χειρουργική της εμπειρία και τα χαρακτηριστικά του ασθενή	Ασθενής
Σκεφτείτε τη διευρυμένη Gil-Vernet-Blandy περινεϊκή ουρηθροστομία ή τη "7 flap" σε άνδρες με στένωμα βολβικής ή μεμβρανώδους μοίρας της ουρήθρας	Ασθενής
Σκεφτείτε την "7 flap" περινεϊκή ουρηθροστομία σε παχύσαρκους άνδρες	Ασθενής

Οπίσθια ουρήθρα

Μη τραυματική στένωση οπίσθιας ουρήθρας

Ενδοαυλική αντιμετώπιση της μη τραυματικής στένωσης της οπίσθιας ουρήθρας

Η ενδοαυλική θεραπεία των πλήρους αποφρακτικών στενωμάτων δεν συνιστάται λόγω της πολύ χαμηλής πιθανότητας μόνιμης βατότητας και του κινδύνου δημιουργίας κάκωσης της το ορθό.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε διαστολές ουρήθρας υπό όραση ή οπτική ουρηθροτομή ως θεραπεία 1 ^{ης} γραμμής σε μη αποφρακτικά στενώματα κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης (VUAS) ή στενώματα βόλβομεμβρανώδους μοίρας (BMS) απότοκα ακτινοθεραπείας	Ασθενής
Μη διενεργείτε βαθιές τομές στην 6 ^η και 12 ^η ώρα της την οπτική ουρηθροτομή σε VUAS ή BMS απότοκα ακτινοθεραπείας	Ισχυρή
Διενεργήστε διουρηθρική εκτομή ή τεχνική θερμού μαχαϊριδίου ουρηθροτομή ως πρώτη θεραπεία σε ασθενείς με μη αποφρακτικό στένωμα αυχένα ουροδόχου κύστης (BNS) μετά της χειρουργείο για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη	Ισχυρή

Διενεργήστε επαναλαμβανόμενες ενδοσκοπικές θεραπείες σε μη αποφρακτικά στενώματα κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης (VUAS) ή στενώματα βόλβομεμβρανώδους μοίρας (BMS) σε μια προσπάθεια σταθεροποίησης του στενώματος.	Ασθενής
Προειδοποιήστε της ασθενείς για το ρίσκο de novo ακράτειας ούρων ή χειροτέρευση των συμπτωμάτων της ήδη εγκατεστημένης ακράτειας μετά της ενδοσκοπική θεραπεία.	Ασθενής
Μη διενεργείτε ενδοσκοπική θεραπεία σε περιπτώσεις αποφρακτικών στενωμάτων VUAS, BMS, BNS	Ισχυρή
Μη χρησιμοποιείτε στεντ για στενώματα οπίσθιας ουρήθρας	Ασθενής

Αποκατάσταση του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος για μη τραυματική στένωση της οπίσθιας ουρήθρας

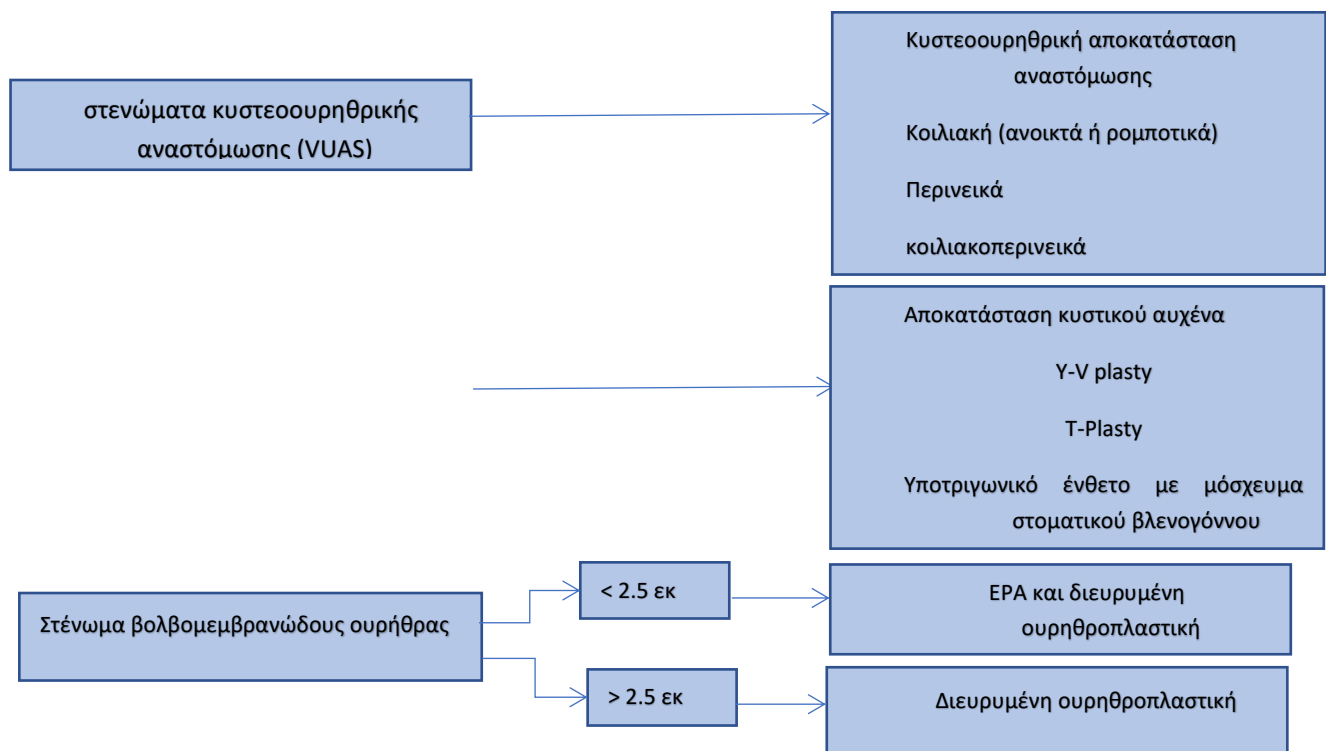
Η de novo ακράτεια ούρων (UI) με διαπερινεϊκή ReDo κυστεοουρηθρική αναστόμωση (VUA) είναι καθολική και η τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα ούρων μπορεί να προσφερθεί μετά από 3-6 μήνες. Το ποσοστό de novo ακράτειας ούρων UI με οπισθοβική ReDo κυστεοουρηθρική αναστόμωση (VUA) είναι 0-58%.

Τα ποσοστά ακράτειας ούρων είναι έως 14% με την ανακατασκευή του αυχένα της ουροδόχου κύστης και έως 25% μετά την ανακατασκευή των στενωμάτων της βολβομεμβρανώδους ουρήθρας (BMS) μετά από χειρουργική επέμβαση καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη (BPO).

De novo ακράτεια ούρων (UI) και νέα εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας (ED) μετά από χειρουργική επέμβαση στην ουρήθρα για στενώματα βολβομεμβρανώδους ουρήθρας BMS απότοκο ακτινοβολίας αναφέρονται σε 11-50% και 0-35% των περιπτώσεων, αντίστοιχα.

Η προστατεκτομή διάσωσης είναι σε θέση να επιτύχει βατότητα στο 67% των ασθενών για προστατικές στενώσεις μετά από ακτινοβολία ή θεραπείες υψηλής ενέργειας, αλλά νοσηρότητα είναι σημαντική.

Εικόνα 2 : Επιλογές για την αποκατάσταση του κατώτερου ουροποιητικού σε μη τραυματικά στενώματα οπίσθιας ουρήθρας



Εκτροπή των ούρων σε μη τραυματικά στενώματα οπίσθιας μοίρας της ουρήθρας

Αυτή η μέθοδος διαφυλλάσσεται για περίπλοκα ή/και επαναλαμβανόμενες περιπτώσεις σχετιζόμενες με εκτεταμένη νέκρωση, επασβέστωση και σημαντική νοσηρότητα ιδίως έντονο πόνο, έντονη αιματουρία ή δημιουργίας συρριγίου.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε επαναληπτικές κυστεοουρηθρικές αναστομώσεις σε μη ακτινοβολημένους ασθενείς και σε ακτινοβολημένους ασθενείς με επαρκή λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστης με αποφρακτικό στένωμα κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης ή στένωμα κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης που αποτυγχάνει η διουρηθρική διάνοιξη	Ασθενής
Προειδοποιήστε της ασθενείς της η ακράτεια ούρων είναι αναπόφευκτη μετά της διαπερινεϊκή επαναληπτική επέμβαση αποκατάστασης κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης και της μπορεί να χρειαστεί μετέπειτα χειρουργική επέμβαση για διόρθωση της μετά της ζωής 6 μήνες.	Ισχυρή
Προσφέρετε την οπισθοβική επαναληπτική επέμβαση αποκατάστασης κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης της ο ασθενής είναι εγκρατής προεγχειρητικά	Ασθενής
Πραγματοποιήστε την αποκατάσταση του κυστικού αυχένα με Y-V ή T τεχνική για ανθεκτικά στενώματα του κυστικού αυχένα.	Ασθενής
Προειδοποιήστε της ασθενείς για νεοεμφανιζόμενη ακράτεια ούρων μετά της χειρουργική αποκατάσταση για στένωμα του κυστικού αυχένα η της βολβομεμβρανώδους ουρήθρας απότοκα χειρουργείων για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε διατομή και αναστόμωση ή διευρυμένη ουρηθροπλαστική για μικρού μήκους στενώματα (<2.5εκ) της βολβομεμβρανώδους ουρήθρας απότοκα ακτινοθεραπείας ανθεκτικά στην διουρηθρική διάνοιξη ανάλογα με την εμπειρία του χειρουργού.	Ασθενής
Πραγματοποιήστε διευρυμένη ουρηθροπλαστική για μεγάλου μήκους στενώματα (>2.5εκ) της βολβομεμβρανώδους ουρήθρας απότοκα ακτινοθεραπείας	Ασθενής
Προειδοποιήστε της ασθενείς για το ρίσκο της νεοεμφανιζόμενης ακράτειας ούρων και σεξουαλικής δυσλειτουργίας μετά της ουρηθροπλαστική για στενώματα της βολβομεμβρανώδους ουρήθρας απότοκα ακτινοθεραπείας	Ισχυρή
Προσφέρετε προστατεκτομή διάσωσης σε ασθενείς ικανούς και πρόθυμους να υποβληθούν σε αυτην τη θεραπεία σε περίπτωση στενώματος προστατικής μοίρας απότοκα ακτινοθεραπείας ή θεραπείας με υψηλή ενέργεια.	Ασθενής
Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε εκτροπή ούρων σε επαναλαμβανόμενες ή περίπλοκες περιπτώσεις με απώλεια χωρητικότητας της κύστης ή σχετικά συμπτώματα.	Ασθενής
Πραγματοποιήστε κυστεκτομή της τη διάρκεια επέμβασης για εκτροπή ούρων σε περίπτωση αφόρητου πόνου ουροδόχο κύστης , σπασμών ή/και αιματουρίας	Ασθενής

Μετα -τραυματικά στενώματα οπίσθιας ουρήθρας

Η οξεία και πρώιμη αντιμετώπιση των τραυματισμών της ουρήθρας με κάταγμα της πυέλου (PFUIs) εξετάζεται της κατευθυντήριες γραμμές της EAU για το ουρολογικό τραύμα. Η καθυστερημένη αντιμετώπιση των PFUI μπορεί να γίνει το νωρίτερο της τρεις μήνες μετά το τραυματισμό, όταν έχει σχηματιστεί μια σταθερή μετατραυματική οπίσθια στένωση.

Ενδοαυλική θεραπεία για μετατραυματική οπίσθια στένωση

Η ενδοαυλική θεραπεία μιας αποφρακτικής στένωσης δεν θα είναι επιτυχής και ενέχει τον κίνδυνο δημιουργίας ψευδούς διόδου της τη βάση της ουροδόχου κύστης ή το ορθό. Η ενδοαυλική θεραπεία μικρών ($\leq 1,5$ εκ), μη αποφρακτικών στενώσεων έχει ποσοστό 20-96,5% ελεύθερο στενώματος, με ποσοστό 4% de novo ακράτειας ούρων (UI).

Η οπτική ουρηθροτομή (DVIU) έχει ποσοστά ελεύθερα στενώσεων 22,9-77,3% για υποτροπή μη αποφρακτικών μικρού μήκους στενωμάτων μετά από εκτομή και πρωτογενή αναστόμωση EPA.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μην πραγματοποιείτε διουρηθρική επέμβαση για θεραπεία αποφρακτικής στένωσης	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε μία προσπάθεια διουρηθρικής επέμβασης για θεραπεία μικρού μήκους μη αποφρακτικής στένωσης	Ασθενής
Μην πραγματοποιείτε περισσότερες από δύο οπτικές ουρηθροτομές ή/και διαστολές για μικρού μήκους μη αποφρακτικά στενώματα μετά της εκτομή και πρωτογενή αναστόμωση για στένωμα οπίσθιας ουρήθρας απότοκο τραυματισμού της ο στόχος είναι η μακροχρόνια βατότητας της ουρήθρας.	Ασθενής

Ουρηθροπλαστική για μετατραυματική οπίσθια στένωση

Έχει υπολογιστεί ότι για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί επαρκής εμπειρία στην αποκατάσταση των κακώσεων της ουρήθρας σε κατάγματα πυέλου (PFUI), αρκεί ένα κέντρο αναφοράς ανά δώδεκα εκατομμύρια κατοίκους (για χώρες με επαρκείς πόρους).

Σε περίπτωση υποτροπιάζουσας στένωσης, μια επαναληπτική («ReDo») ουρηθροπλαστική είναι δυνατή σε ασθενείς πρόθυμους να υποβληθούν σε αυτή. Για το σκοπό αυτό έχουν περιγραφεί διάφοροι τύποι ουρηθροπλαστικής με ποσοστό βατότητας 37,5-100%.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Πραγματοποιήστε ανοικτή επέμβαση αποκατάστασης μετατραυματικής στένωσης οπίσθιας ουρήθρας μόνο σε κέντρα αναφοράς με μεγάλο όγκο επεμβάσεων	Ασθενής
Πραγματοποιήστε προσδευτική περινεϊκή εκτομή και πρωτογενή αναστόμωση (EPA) για αποφρακτική στένωση	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε προσδευτική περινεϊκή εκτομή και πρωτογενή αναστόμωση (EPA) για μη αποφρακτική στένωση μετά από αποτυχημένη ενδοαυλική θεραπεία.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε μια μέση περινεϊκή τομή για να αποκτήσετε πρόσβαση στην οπίσθια ουρήθρα.	Ισχυρή
Μην προβείτε σε ολική ηβική εκτομή κατά τη διάρκεια της κοιλιοπερινεϊκής ανακατασκευής.	Ισχυρή
Διαφυλάξτε την κοιλιοπερινεϊκή αποκατάσταση για περίπλοκες καταστάσεις, της το πολύ μεγάλο έλλειμμα διάσπασης, το παραουρηθρικό συρίγγιο της βάσης της ουροδόχου κύστης, το ορθο-ουρηθρικό συρίγγιο που σχετίζεται με τραυματισμό και ο τραυματισμός του αυχένα της ουροδόχου κύστης	Ασθενής
Πραγματοποιήστε άλλη μια ουρηθροπλαστική μετά την πρώτη αποτυχημένη ουρηθροπλαστική σε ασθενείς που δεν είναι πρόθυμοι να δεχθούν παρηγορητικές ενδοαυλικές θεραπείες ή εκτροπή ούρων.	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε έναν τοπικό ιστικό κρημόν για την πλήρωση του υπερβολικού νεκρού χώρου ή μετά τη διόρθωση της συνοδού συριγγίου ορθού-ουρήθρας.	Ασθενής

Στενώσεις της γυναικείας ουρήθρας

Τα συμπτώματα της γυναικείας ουρηθρικής στένωσης (FUS) είναι μακροχρόνια και μη ειδικά, αλλά τα πιο κοινά συμπτώματα που αναφέρονται της η συχνουρία, η επιτακτικότητα, η χαμηλή ροή, το αίσθημα ατελούς κένωσης και η ακράτεια ούρων (UI). Είναι σημαντικό να αποκλείεται η γυναικεία ουρηθρική στένωση σε γυναίκες ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.

Είναι σημαντικό να αξιολογούνται ο ρυθμός ροής και τα υπολείμματα μετά την ούρηση. Της οι ασθενείς που υπάρχει το ενδεχόμενο από το ιστορικό για στένωση της ουρήθρας θα πρέπει να υποβάλλονται σε κυστεοουρηθρογραφία ούρησης(VCUG) ή βίντεο-ουροδυναμική (VUDS) για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μετρήστε τη ροή ούρων, το υπόλειμμα μετά την ούρηση και κυστεοουρηθρογραφία ούρησης ή βιντεοουροδυναμική σε της της γυναίκες με ανθεκτικά συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε διαστολή της ουρήθρας στα 24-41 Fr ως αρχική θεραπεία της γυναικείας ουρηθρικής στένωσης (FUS).	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε επαναληπτική διαστολή της ουρήθρας και ξεκινήστε προγραμματισμένη εβδομαδιαία διαλείπουσα αυτοδιαστολή (ISD) με καθετήρα 16-18 Fr για την πρώτη υποτροπή της FUS.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε ουρηθροπλαστική της γυναίκες με δεύτερη υποτροπής της FUS και που δεν μπορούν να κάνουν διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς ή επιθυμούν οριστική θεραπεία. Η τεχνική για την ουρηθροπλαστική θα πρέπει να καθορίζεται από την εμπειρία του χειρουργού, τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα του υλικού του μοσχεύματος/του κρημνού και την ποιότητα της κοιλιακής έναντι της ραχιαίας ουρήθρας.	Ισχυρή
Αντιμετωπίστε της στενώσεις του έξω στομίου της ουρήθρας με meatotomy/meatoplasty.	Ασθενής

Διαχείριση της νόσου σε τρανσξέουαλ ασθενείς

Της τρανς άνδρες, η θεραπεία της στένωσης εξαρτάται από το χρόνο μετά τη νεοφαλλική ανακατασκευή, τη θέση της στένωσης, το μήκος της στένωσης και την ποιότητα των τοπικών ιστών. Η ενδοσκοπική τομή έχει πραγματοποιηθεί για στενώσεις μικρού μήκους (< 3 cm) σε τρανς άνδρες, συνήθως στην αναστομωτική περιοχή, με ποσοστό βατότητας 45,5%. Η ενδοσκοπική τομή λίγο μετά τη νεοφαλλική ανακατασκευή και οι επαναλαμβανόμενες τομές δεν είναι επιτυχείς. Μετά την αποτυχία της ενδοσκοπικής τομής ή σε περίπτωση (σχεδόν) αποφρακτικής βραχείας στένωσης στην αναστόμωση, έχει προταθεί η εκτομή και η πρωτογενής αναστόμωση με ποσοστό βατότητας 57,1%.

Οι στενώσεις της νεοφαλλικής ουρήθρας αντιμετωπίζονται συνήθως με ουρηθροπλαστική της στάδια (+/- επαύξηση με μόσχευμα).

Της τρανς γυναίκες, είναι αποδεκτό να ξεκινήσετε με διαστολή της μικρού και μη αποφρακτικού στενώματος. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό ή εάν αποτύχει, μια μικρού μήκους (< 1 εκ) στένωση του έξω στομίου μπορεί να αντιμετωπιστεί με πλαστική του έξω στομίου με Y-V τεχνική με ποσοστό ελεύθερο στενωμάτων 85%. Λίγο μεγαλύτερες (1-2 εκ) στενώσεις του έξω στομίου μπορούν να αντιμετωπιστούν με νεοκολπικό κρημό.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μην διενεργείτε ενδοσκοπική τομή ή ουρηθροπλαστική εντός έξι μηνών μετά την νεοφαλοπλαστική.	Ισχυρή

Μη εκτελείτε περισσότερες της δύο ενδοσκοπικές θεραπείες για στενώματα σε τρανς-άντρες εκτός της η πρόθεση είναι μόνο παρηγορητική.	Ισχυρή
Εκτελέστε ουρηθροπλαστική της στάδια για στενώσεις στη νεοφαλλική ουρήθρα, εάν ενδείκνυται ανοικτή αποκατάσταση.	Ασθενής
Πραγματοποιήστε Y-V τεχνική πλαστικής αποκατάστασης του έξω στομίου για μικρού μήκους (<1εκ) στενώματα του έξω στομίου σε τρανς γυναίκες της ενδείκνυται ανοικτή αποκατάσταση.	Ασθενής

Μεταφορά ιστών

Έχουν περιγραφεί διάφοροι τοπικοί κρημνοί: δερματικός κρημνός του πέους, περινεϊκός και οσχεικός κρημνός (φέρων τρίχες). Οι κρημνοί έχουν υψηλότερη ουρογεννητική νοσηρότητα αλλά ανάλογο ποσοστό βατότητας σε σύγκριση με τα μοσχεύματα. Όταν απαιτείται πλήρης σωληνοποίηση με προσέγγιση της σταδίου, τα μοσχεύματα έχουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών σε σύγκριση με της κρημνούς. Οι τριχοφόροι κρημνοί έχουν χαμηλότερο ποσοστό βατότητας της ουρήθρας σε σύγκριση με της μη τριχοφόρους κρημνούς.

Πιθανά μοσχεύματα είναι ο βλεννογόνος του στόματος, το δέρμα του πέους και πλήθος άλλων αυτόλογων μοσχευμάτων. Τα ποσοστά βατότητας του βλεννογόνου του στόματος και του γλωσσικού βλεννογόνου είναι ανάλογα. Διαφορετικοί τύποι στοματικών μοσχευμάτων έχουν διαφορετικούς τύπους στοματικής νοσηρότητας και ορισμένες από της στοματικές επιπλοκές ενδέχεται να επιμείνουν μακροπρόθεσμα. Τα ποσοστά βατότητας με τα μοσχεύματα δέρματος του πέους είναι 79-81,8% έναντι 85,9-88,1% με τον βλεννογόνο του στόματος. Σε στενώσεις που σχετίζονται με σκληρυντικό λειχήνα (LS), η χρήση δερματικού μοσχεύματος γεννητικού συστήματος σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά βατότητας (4%).

Η μετεγχειρητική νοσηρότητα της σύγκλεισης έναντι της μη σύγκλεισης του σημείου σύλληψης του βλεννογόνου έχει αξιολογηθεί και δεν μπορεί να δοθεί σαφής σύσταση για το αν πρέπει ή όχι να κλείσει το σημείο συλλογής.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Χρησιμοποιήστε ένα μόσχευμα έναντι της κρημνού όταν και τα δύο ενδείκνυται εξίσου	Ισχυρή
Μην χρησιμοποιείτε μοσχεύματα με σωληνοειδή τρόπο σε προσέγγιση της σταδίου.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε κρημνούς σε περίπτωση κακής αγγείωσης της ουρηθρικής κοίτης.	Ασθενής
Μη χρησιμοποιείτε τριχοφόρους περινεϊκούς ή οσχεικούς κρημνούς, εκτός εάν δεν είναι εφικτή άλλη επιλογή.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε τον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας ή της γλώσσας, εάν απαιτείται μόσχευμα και τα μοσχεύματα αυτά είναι διαθέσιμα.	Ασθενής
Ενημερώστε τον ασθενή σχετικά με της πιθανές επιπλοκές των διαφόρων τύπων στοματικού μοσχεύματος (στοματικής κοιλότητας έναντι γλωσσικού έναντι κάτω χείλους) όταν προτείνεται ένα στοματικό μόσχευμα.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε δέρμα πέους εάν ο βλεννογόνος του στόματος/γλώσσας δεν είναι διαθέσιμος, κατάλληλος ή αποδεκτός από τον ασθενή για ανακατασκευή.	Ασθενή
Μην χρησιμοποιείτε μόσχευμα δέρματος των γεννητικών οργάνων σε περίπτωση σκληρού λειχήνα.	Ισχυρή
Μην χρησιμοποιείτε ιστικά μοσχεύματα χωρίς κύτταρα σε περίπτωση εκτεταμένης σπογγιοίνωσης, μετά από αποτυχημένη προηγούμενη ουρηθροπλαστική ή μήκος στένωσης > 4 cm.	Ασθενής
Μην χρησιμοποιείτε αυτόλογα μοσχεύματα στοματικού βλεννογόνου μηχανικής ιστών εκτός του πλαισίου μιας κλινικής δοκιμής.	Ισχυρή

Περιεγχειρητική φροντίδα της χειρουργικής της ουρήθρας

Μετά από οποιαδήποτε μορφή χειρισμού της ουρήθρας (ουρηθρικός καθετήρας, ISD, διαστολή, DVIU), μια περίοδος ανάπαυσης της ουρήθρας είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτραπεί η αποκατάσταση των ιστών και η «ωρίμανση» της στένωσης πριν εξεταστεί το ενδεχόμενο ουρηθροπλαστικής.

Μια καλλιέργεια ούρων πραγματοποιείται μία έως δύο εβδομάδες πριν από τη χειρουργική επέμβαση και εάν υπάρχει λοίμωξη, συνιστάται θεραπευτική αγωγή με αντιβιοτικά προεγχειρητικά. Μια διεγχειρητική προφυλακτική αγωγή με αντιβιοτικά είναι αποτελεσματική στη μείωση του ποσοστού των μετεγχειρητικών λοιμώξεων της χειρουργικής περιοχής και των ουρολοιμώξεων.

Πριν από την αφαίρεση του καθετήρα μετά από ουρηθροπλαστική, είναι σημαντικό να εκτιμάται η διαφυγή ούρων για την αποφυγή επακόλουθων επιπλοκών, της η περιουρηθρική φλεγμονή, ο σχηματισμός αποστήματος και η συρίγγιο.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Μην εκτελείτε ουρηθροπλαστική εντός τριών μηνών από οποιαδήποτε μορφή χειρισμού της ουρήθρας.	Ασθενής
Χορηγήστε μια διεγχειρητική προφυλακτική αγωγή με αντιβιοτικά κατά τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης στην ουρήθρα.	Ισχυρή
Διενεργήστε μιας μορφής ουρηθρογραφία μετά την ουρηθροπλαστική για να αξιολογήσετε τυχόν διαφυγή ούρων πριν την αφαίρεση του καθετήρα	Ισχυρή
Αφαιρέστε το καθετήρα μέσα σε 72 ώρες μετά της ανεπίπλεκτη οπτική ουρηθροτομή ή ουρηθρικές διαστολές	Ασθενής
Εξετάστε το ενδεχόμενο 1 ^{ης} ουρηθρογραφίας επτά έως δέκα ημέρες μετά την απλή ουρηθροπλαστική για να εκτιμήσετε αν είναι δυνατή η αφαίρεση του καθετήρα, ιδίως σε ασθενείς με ενοχλήσεις από τον ουρηθρικό καθετήρα της.	Ασθενής

Παρακολούθηση

Μετά από χειρουργική επέμβαση ουρηθροπλαστικής, εμφανίζονται υποτροπιάζουσες στενώσεις με διαφορετική συχνότητα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της στένωσης και της τεχνικές ουρηθροπλαστικής.

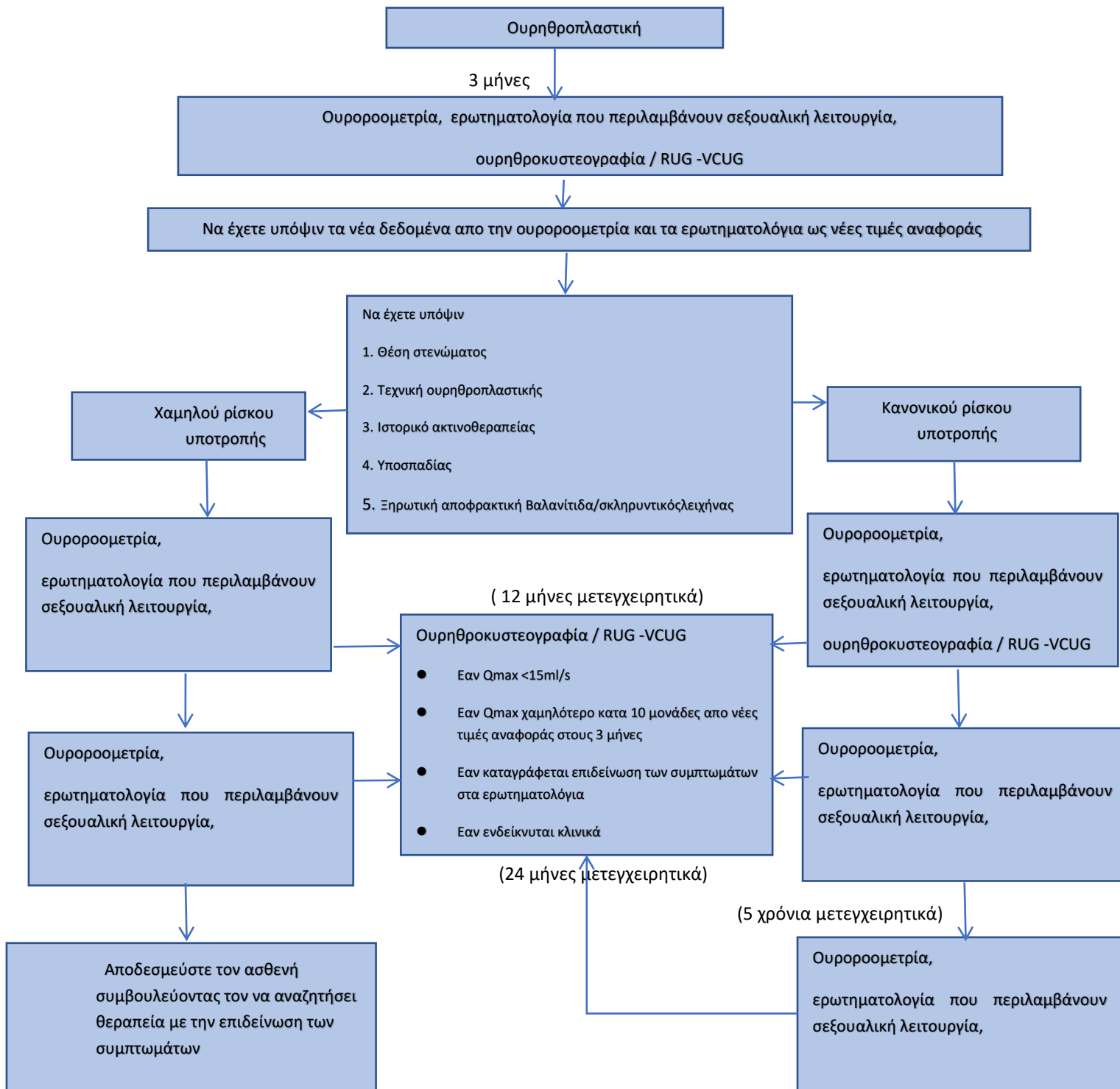
Η παρακολούθηση δεν θα πρέπει να επικεντρώνεται μόνο στην ανίχνευση υποτροπής της στένωσης, αλλά θα πρέπει της να αξιολογεί τα λειτουργικά αποτελέσματα και την ικανοποίηση του ασθενούς.

Τα ίδια εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αρχική διάγνωση της ουρηθρικού στενώματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση υποτροπής της στένωσης (Εικόνα 3).

Η πλειονότητα των υποτροπών της στένωσης παρουσιάζεται εντός της έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση, αν και είναι δυνατόν να εμφανιστούν καθυστερημένες υποτροπές, ιδίως μετά από αυξητική ουρηθροπλαστική.

Τα πρωτόκολλα που είναι προσαρμοσμένα στον κίνδυνο παρακολούθησης είναι οικονομικά αποδοτικά και ασφαλή για της ασθενείς (πίνακες 2 και 3).

Εικόνα 3: Μετεγχειρητική παρακολούθηση ουρηθροπλαστικής



Πίνακας 2: Πρωτόκολλο παρακολούθησης για ουρηθροπλαστική με χαμηλό κίνδυνο υποτροπής

- Αναστομωτικές ουρηθροπλαστικές στην βολβομεμβρανώδη μοίρα της ουρήθρας χωρίς ιστορικό ακτινοθεραπείας, υποσπαδία ή με χαρακτηριστικά σκληρού λειχήνα/ξηρωτικής αποφρακτικής βαλανίτιδας

Χειρουργείο	3 μήνες	12 μήνες	24 μήνες*
Ουροροομετρία	+	+	+
PROM (περιλαμβ, σεξουαλικής λειτουργίας)	+	+	+
Αξιολόγηση ανατομίας (ουρηθροκυστεοσκόπηση, ουρηθρογραφία – κυστεουρηθρογραφία της την ούρηση)	+**	Κατόπιν ενδείξεως	Κατόπιν ενδείξεως

* Η παρακολούθηση θα μπορούσε να διακοπεί μετά από δύο χρόνια, συμβουλευόντας τον ασθενή να αναζητήσει ουρολογική επανεκτίμηση εάν τα συμπτώματα επιδεινωθούν. Τα ακαδημαϊκά κέντρα θα μπορούσαν να αυξήσουν τη διάρκεια της παρακολούθησης για ερευνητικούς σκοπούς.

** Η ομάδα των κατευθυντήριων οδηγιών προτείνει την αξιολόγηση της ανατομίας της τρεις μήνες

Πίνακας 3: Πρωτόκολλο παρακολούθησης για ουρηθροπλαστική με κανονικό κίνδυνο υποτροπής

- Αναστομωτικές ουρηθροπλαστικές στο βολβικό τμήμα με προηγούμενο ιστορικό ακτινοθεραπείας, υποσπαδία ή ΒΧΟ/LS χαρακτηριστικά,

- Ουρηθροπλαστικές πεικίχης μοίρας,

- Μη τραυματικές οπίσθιες ουρηθροπλαστικές,

- Μόσχευμα ή/και κρημνός – υποκατάσταση – ουρηθροπλαστικές

Χειρουργείο	3 μήνες	12 μήνες	24 μήνες	5 χρόνια*
Ουροροομετρία	+	+	+	+
PROM (περιλαμβ, σεξουαλικής λειτουργίας)	+	+	+	+
Αξιολόγηση ανατομίας (ουρηθροκυστεοσκόπηση, ουρηθρογραφία – κυστεουρηθρογραφία της την ούρηση)	+	+	+	Κατόπιν ενδείξεως

* Η παρακολούθηση θα μπορούσε να διακοπεί μετά από πέντε χρόνια, συμβουλευόντας τον ασθενή να αναζητήσει ουρολογική επανεκτίμηση σε περίπτωση επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Μια μεγαλύτερη περίοδος παρακολούθησης θα πρέπει να εξεταστεί μετά από ουρηθροπλαστικές πεικίχης μοίρας. Τα ακαδημαϊκά κέντρα θα μπορούσαν να αυξήσουν τη διάρκεια της παρακολούθησης για ερευνητικούς σκοπούς.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης
Παρακολουθήστε όλους τους ασθενείς μετά απο χειρουργεία ουρηθροπλαστικής	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε τη κυστεοσκόπηση ή την ανιούσα ουρηθρογραφία για την αξιολόγηση της ανατομικής επιτυχίας μετά απο χειρουργείο ουρηθροπλαστικής.	Ασθενής
Χρησιμοποιήστε ερωτηματολόγια μέτρησης των αποτελεσμάτων που αναφέρουν οι ασθενείς για την αξιολόγηση των υποκειμενικών αποτελεσμάτων και της ικανοποίησης των ασθενών.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε επικυρωμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας μετά από στένωση της ουρήθρας	Ισχυρή
Προσφέρετε τακτική παρακολούθηση τουλάχιστον ενός έτους μετά την ουρηθροπλαστική.	Ισχυρή
Υιοθετήστε ένα πρωτόκολλο παρακολούθησης με βάση τον κίνδυνο υποτροπής	Ασθενής