

A photograph of an empty movie theater with rows of dark seats. A purple rectangular box is centered in the upper half of the image, containing the Greek text 'ΠΡΟΣΕΧΩΣ...'. The theater's ceiling has a grid pattern and several small lights are visible. The overall atmosphere is dark and quiet.

ΠΡΟΣΕΧΩΣ...

Δήλωση Συμφερόντων

Αδαμόπουλος Β., Γυφτόπουλος Κ., Καλυβιανάκης Δ.

Κανένα

ΠΡΟΣΟΧΗ
ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΟΝ



Η ΟΥΡΗΘΡΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΧΘΡΟΙ ΤΗΣ

ΜΙΑ ΤΑΙΝΙΑ
ΓΙΑ...ΓΕΡΑ ΝΕΥΡΑ!

ΠΑΡΑΓΩΓΗ

Κ. ΓΥΦΤΟΠΟΥΛΟΣ

Β. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Δ. ΚΑΛΥΒΙΑΝΑΚΗΣ

ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ: -



ΠΡΩΤΑΓΩΝΙΣΤΟΥΝ:

(χωρίς αλφαβητική σειρά)



**Η...ατυχήσασα
(ουρήθρα)**



**Οι ...λοιμογόνοι
παράγοντες**



Ο ...
αφελής (?)
απρόσεκτος (?)

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ



ΚΑΙ... ΚΥΡΙΩΣ

ΟΙΑΤΡΟΣ μας!



F N

Η ... (ατυχήσασα) ουρήθρα

The early years...

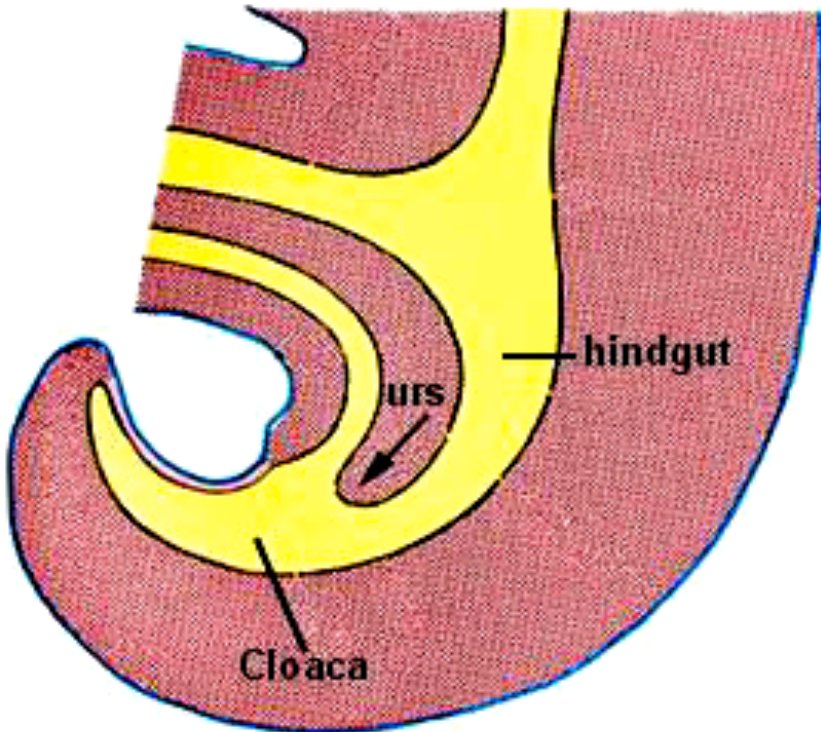


3

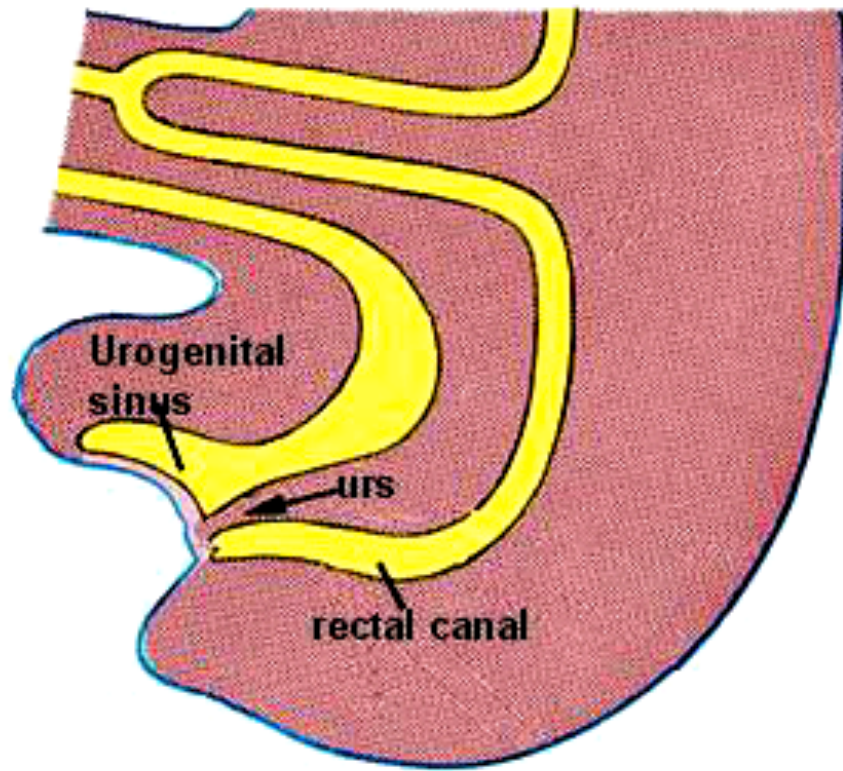
0 0

Embryology

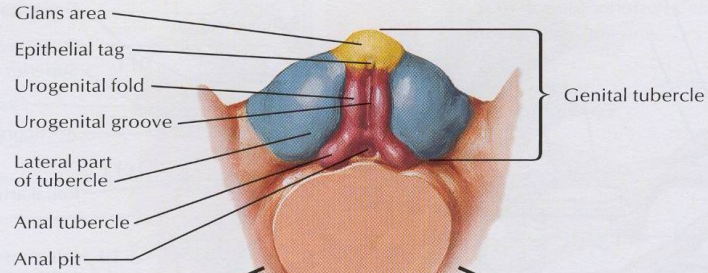
4 weeks



7 weeks

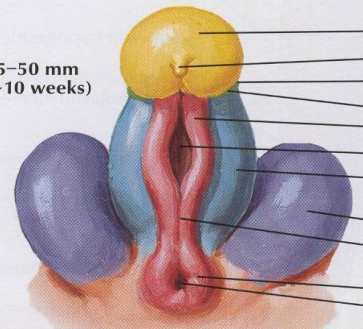


Undifferentiated



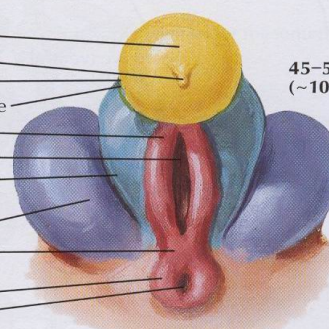
Male

45-50 mm
(~10 weeks)

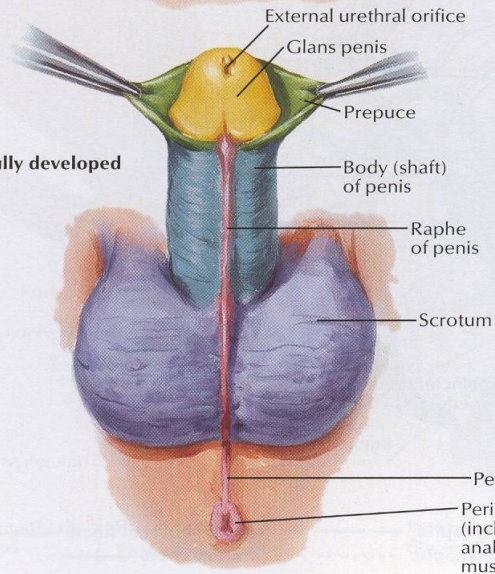


Female

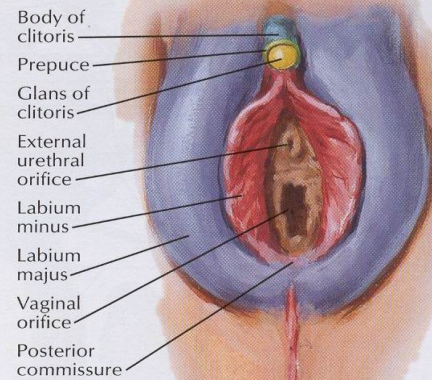
45-50 mm
(~10 weeks)



Fully developed



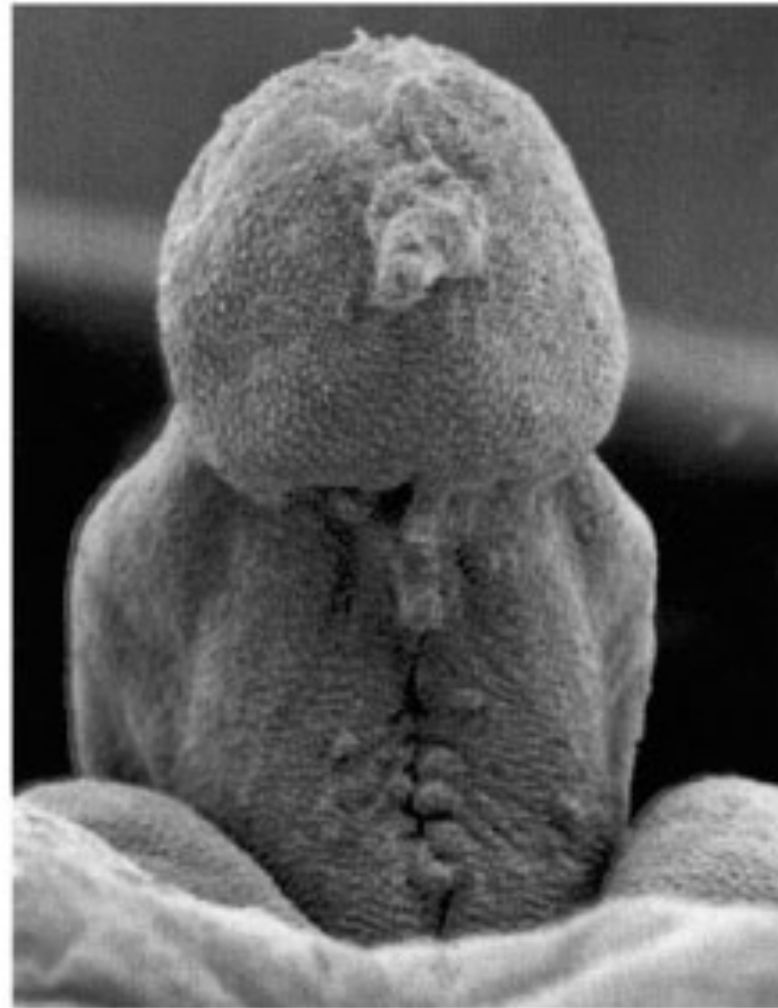
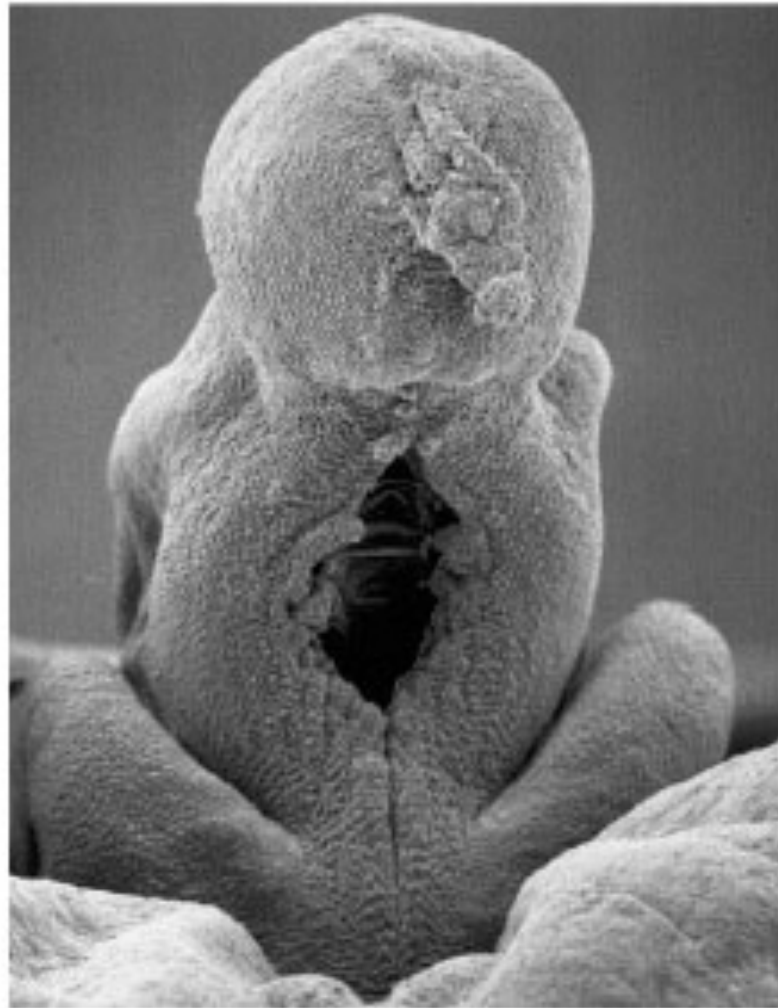
Fully developed



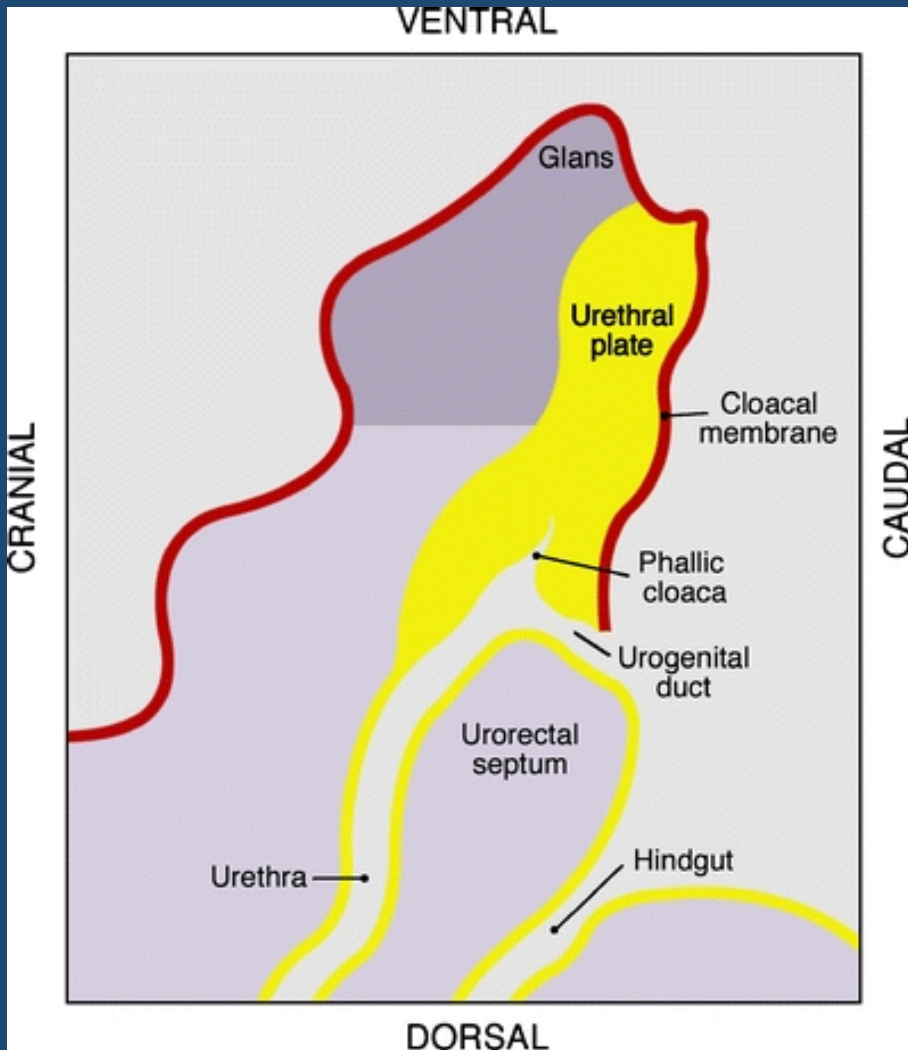
F. Netter
© IGCN



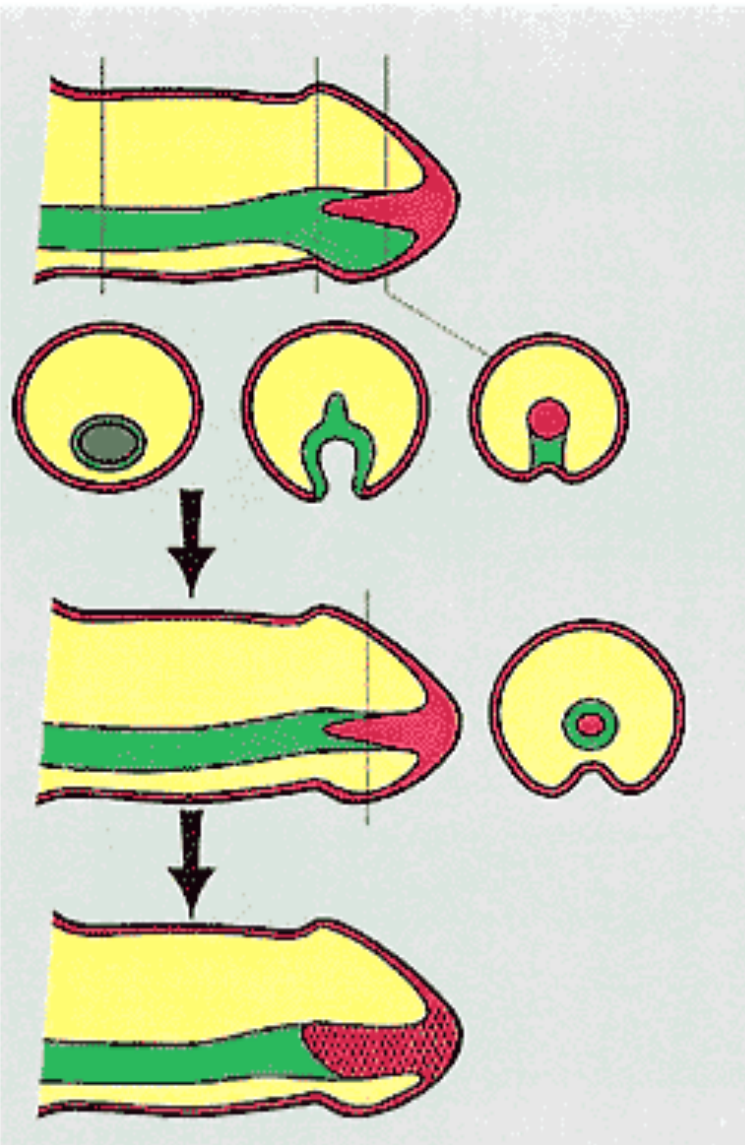
Η ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΡΑΦΗΣ (median raphe)



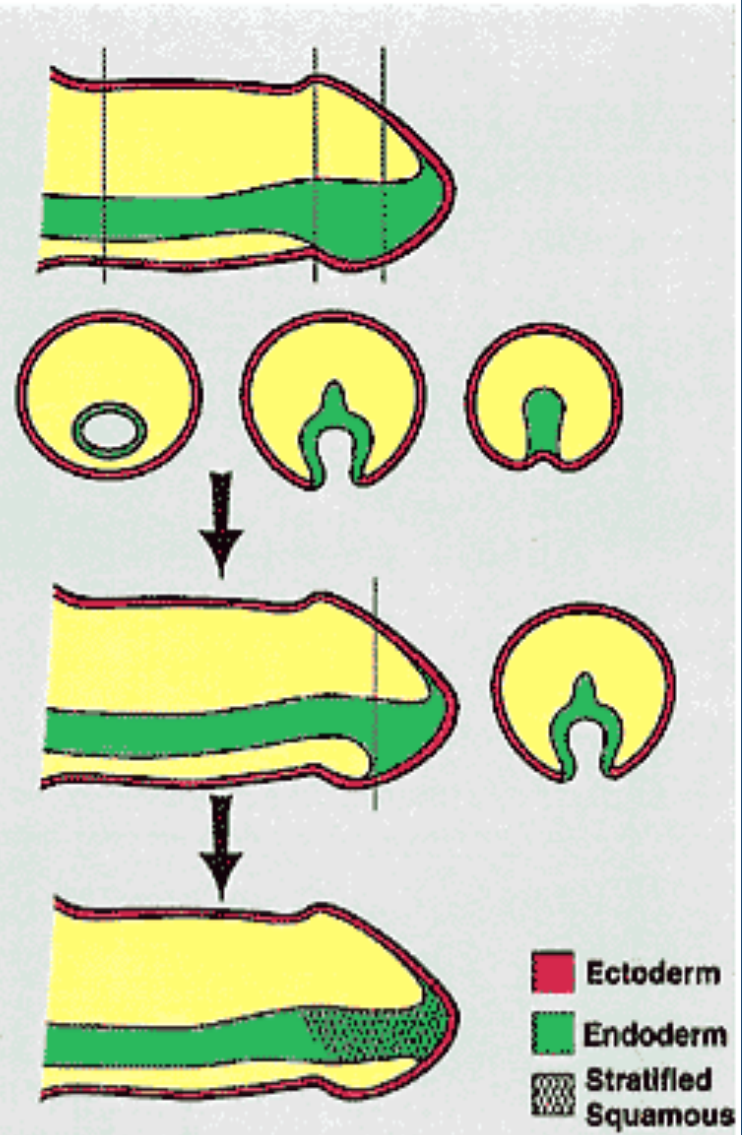
The urethral plate

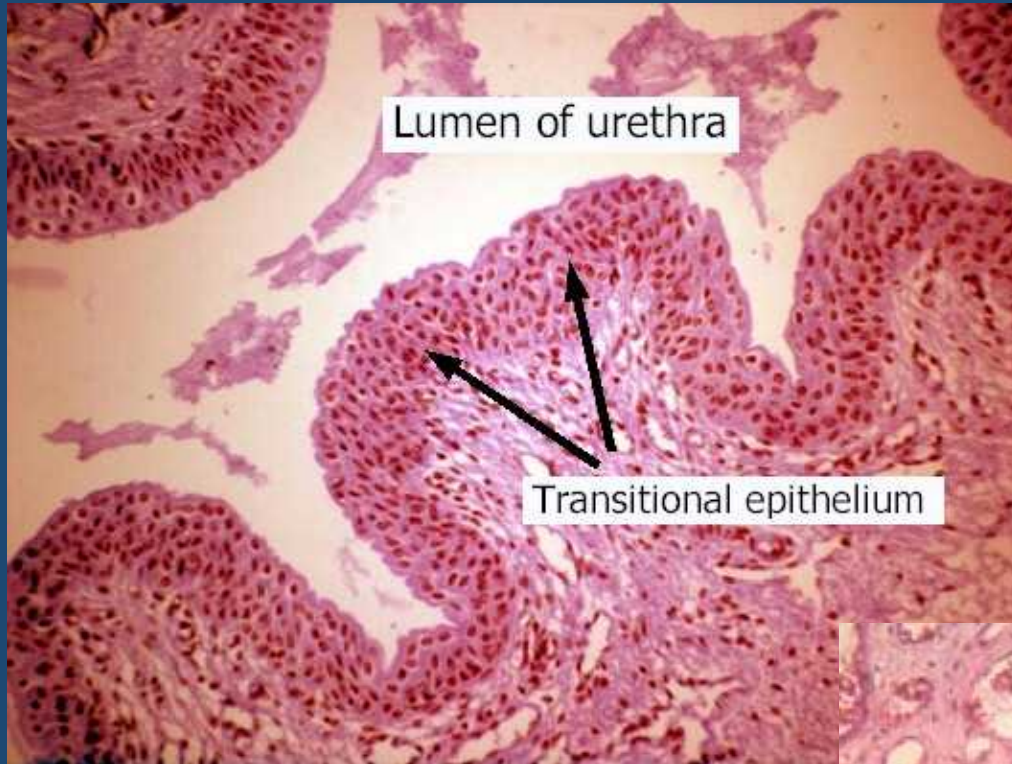


Ectodermal Intrusion Theory



Endodermal Transformation

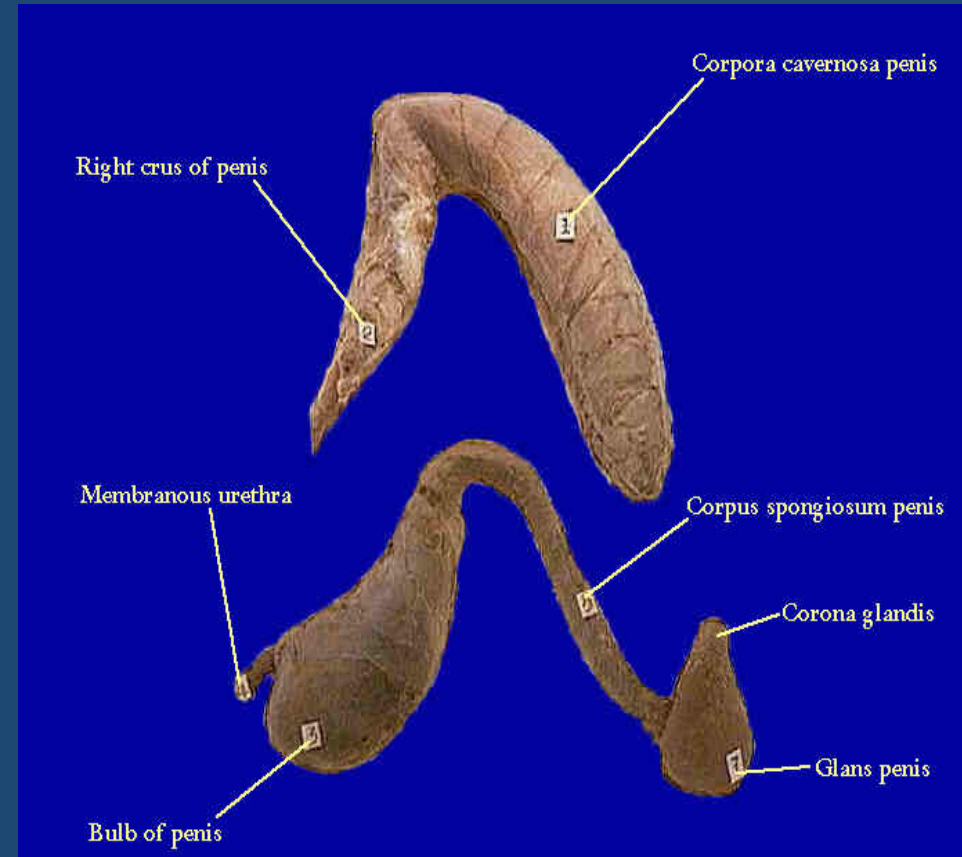
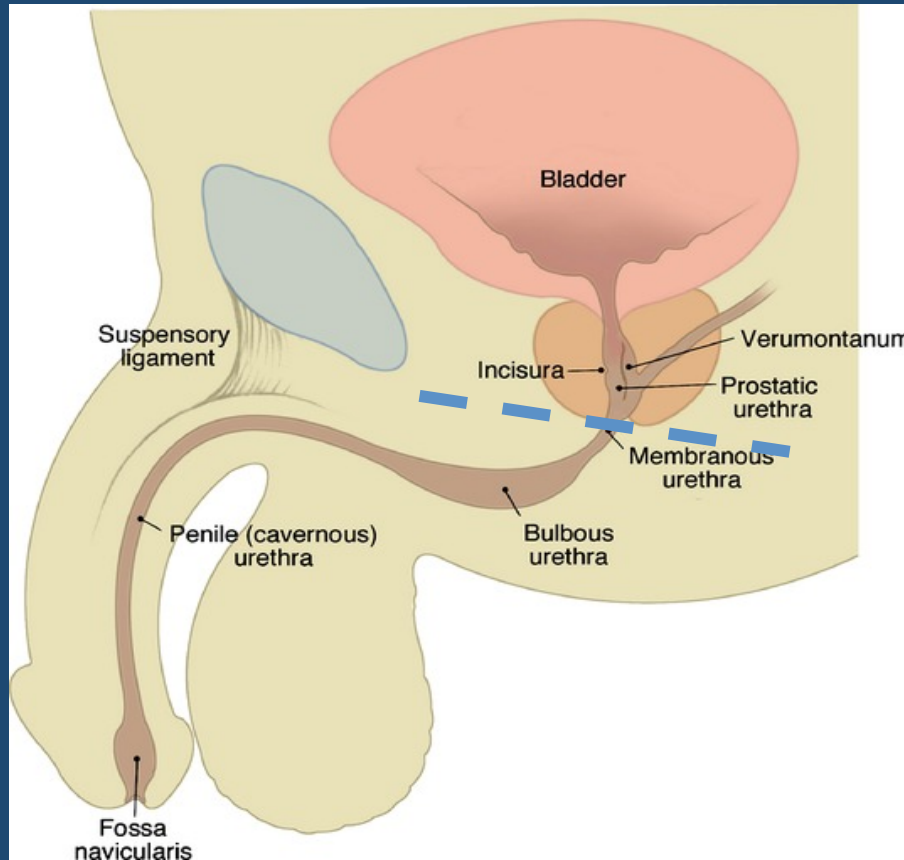




ΟΥΡΗΘΡΑ

Anterior (πρόσθια)

Posterior (οπίσθια)



ΟΥΡΗΘΡΑ

Anterior (πρόσθια)

Posterior (οπίσθια)

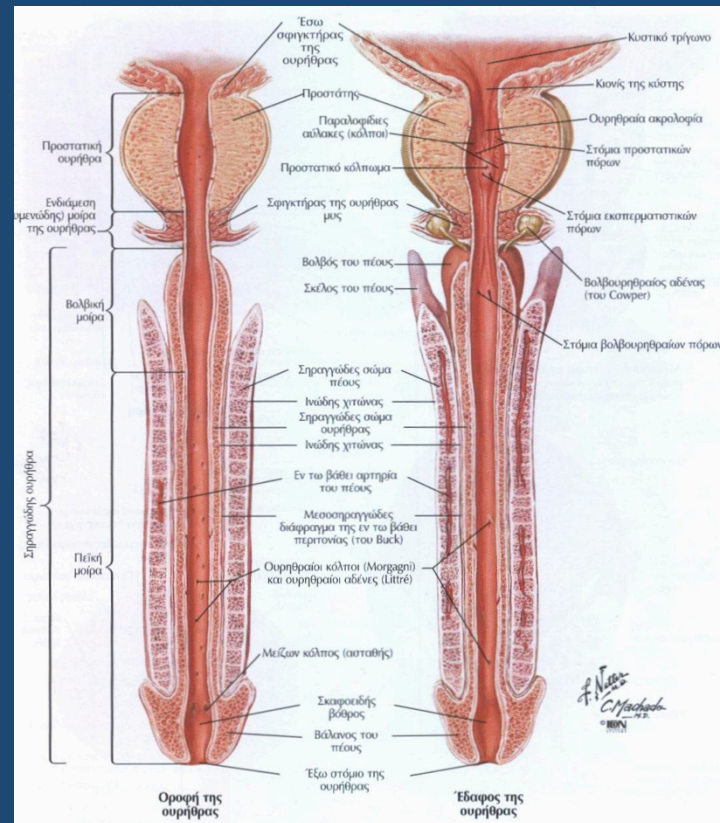
**WHO Stockholm 2002:
SIU/ICUD Consultation on urethral strictures 2014:**

NO!

NO !

**Meatus
Fossa navicularis
Penile urethra
Bulbar urethra
Membranous urethra
Prostatic urethra**

Bladder neck?



ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ ?

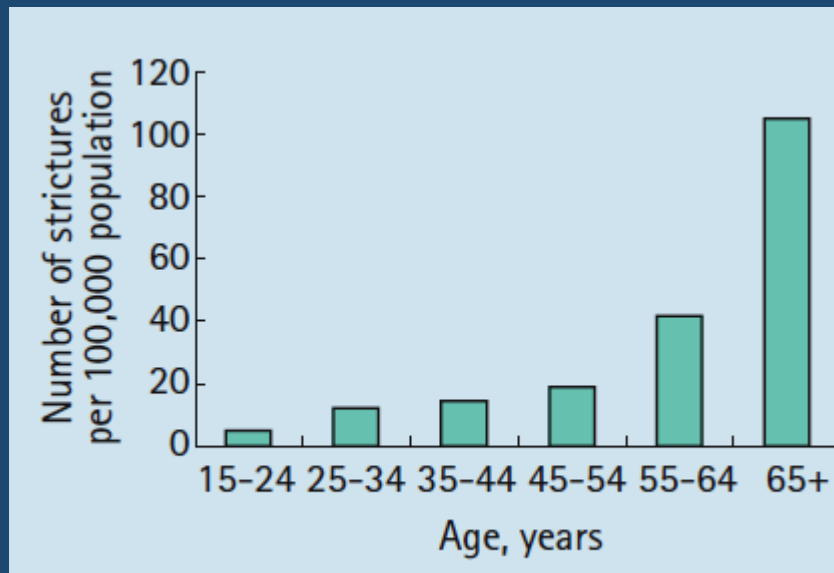
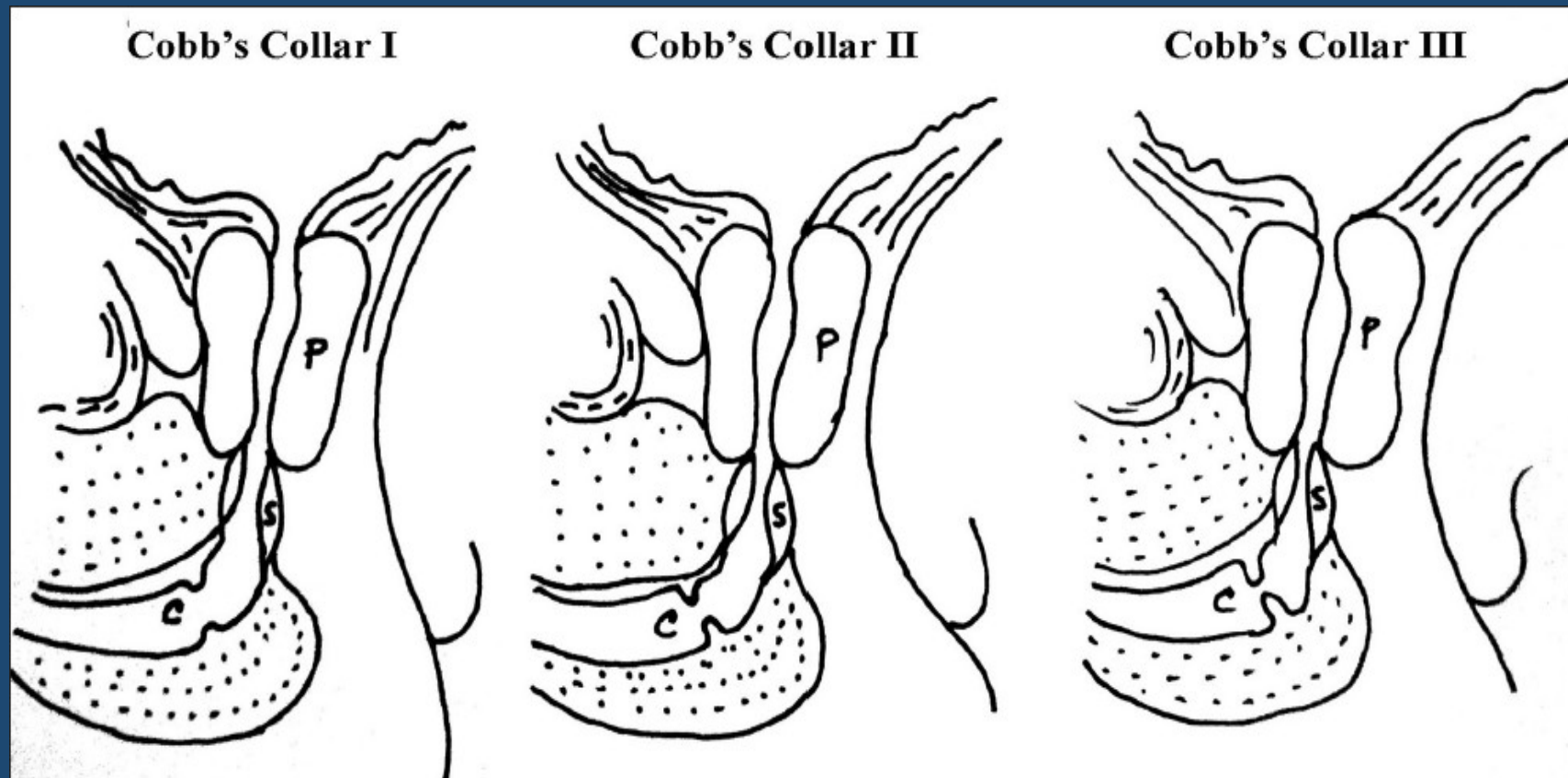


TABLE 1 Stricture aetiology and prevalence

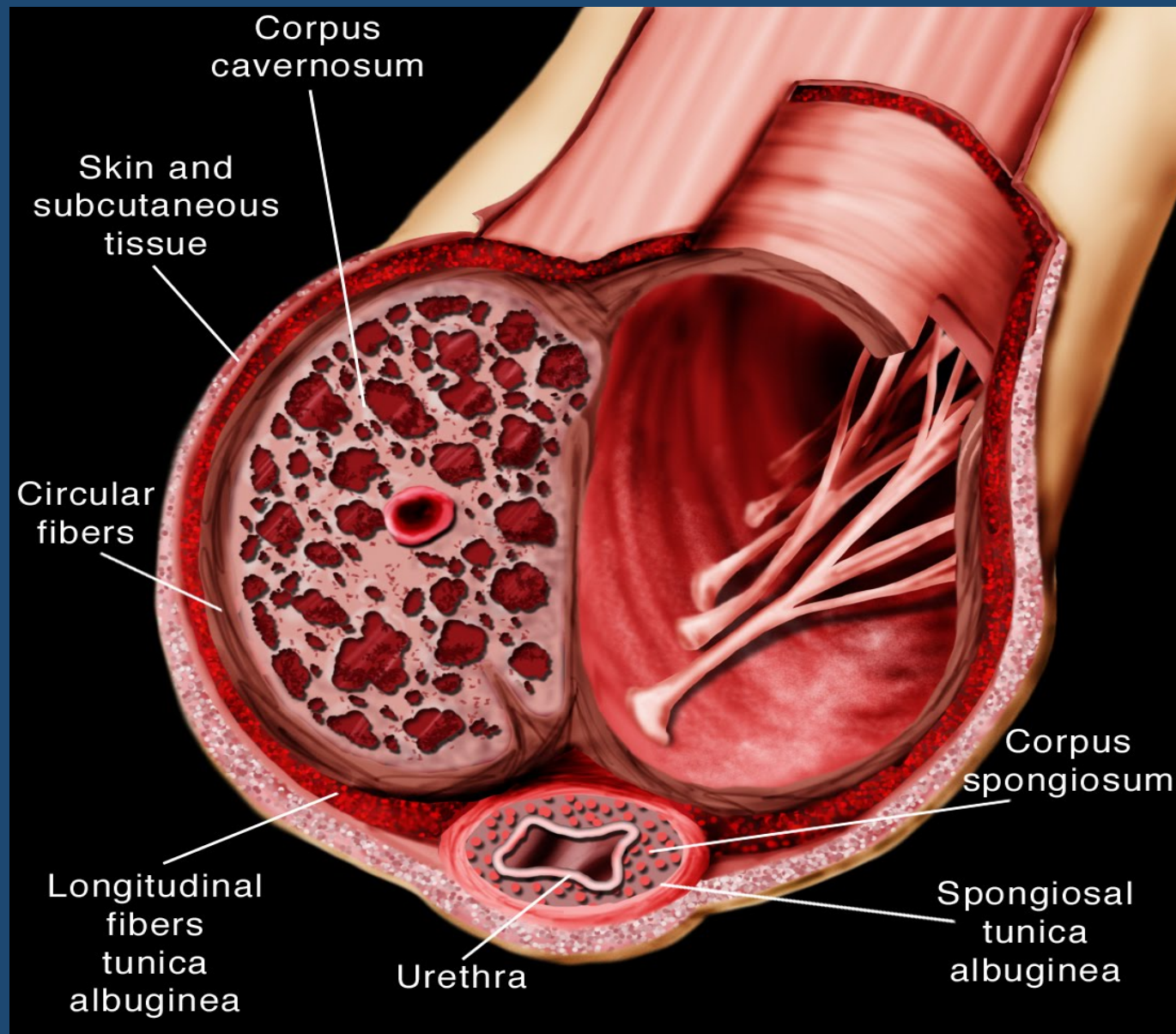
Site	Cause	Incidence, %
Penile	Idiopathic	15
	Iatrogenic	40
	Inflammatory	40
	Traumatic	5
Bulbar	Idiopathic	40
	Iatrogenic	35
	Inflammatory	10
	Traumatic	15

«ΙΔΙΟΠΑΘΗ» ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ (stenosis?)

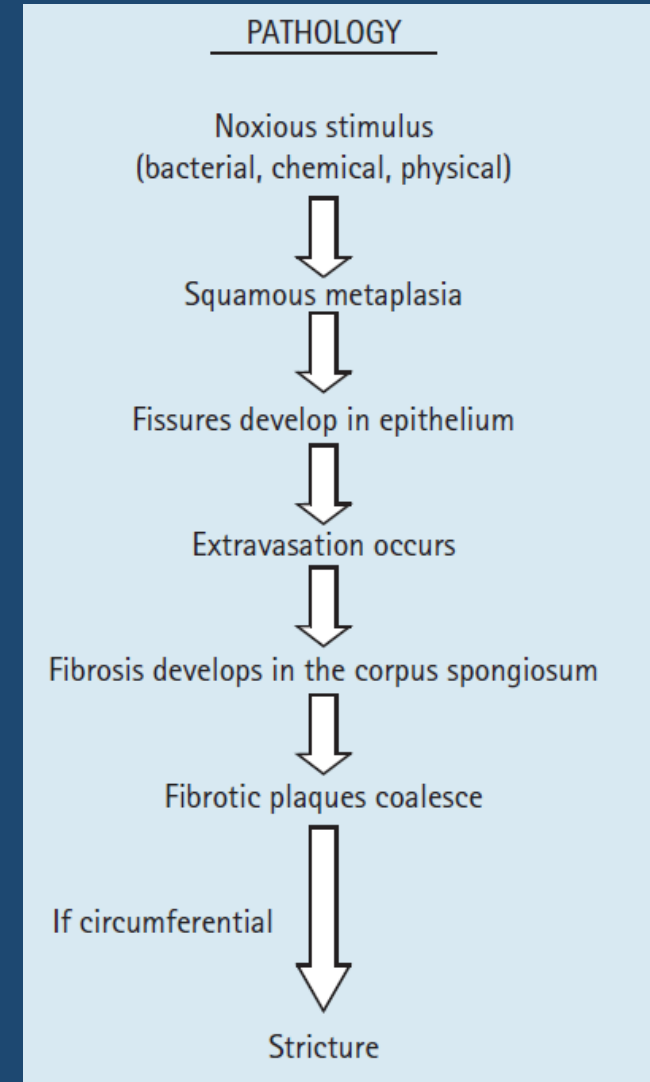
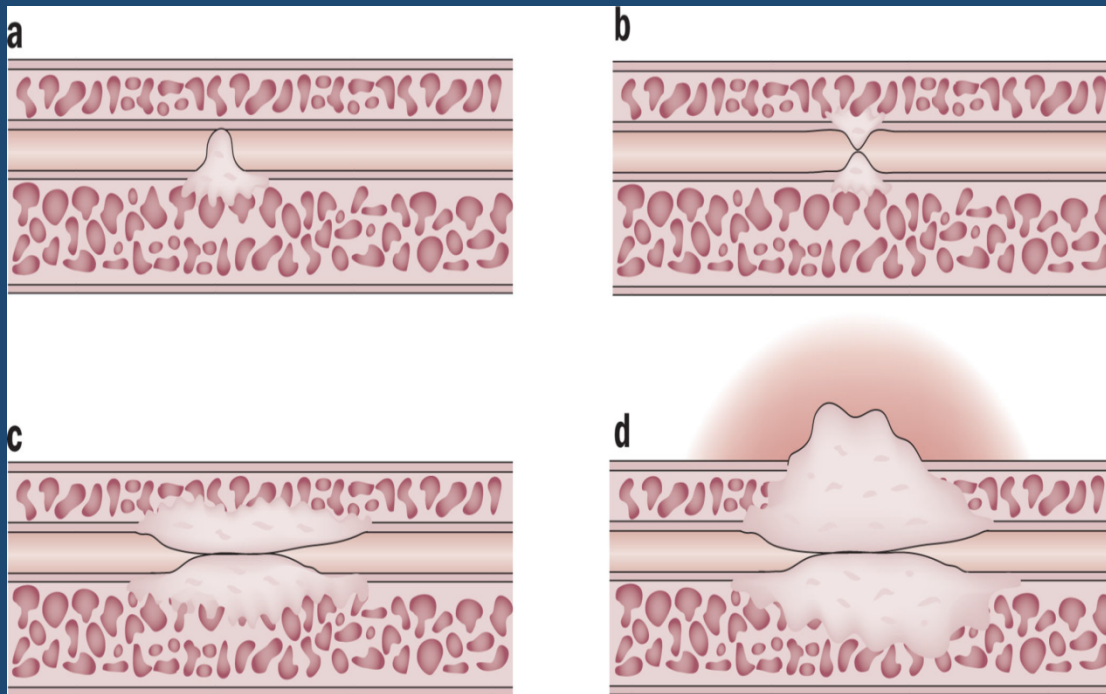
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ???

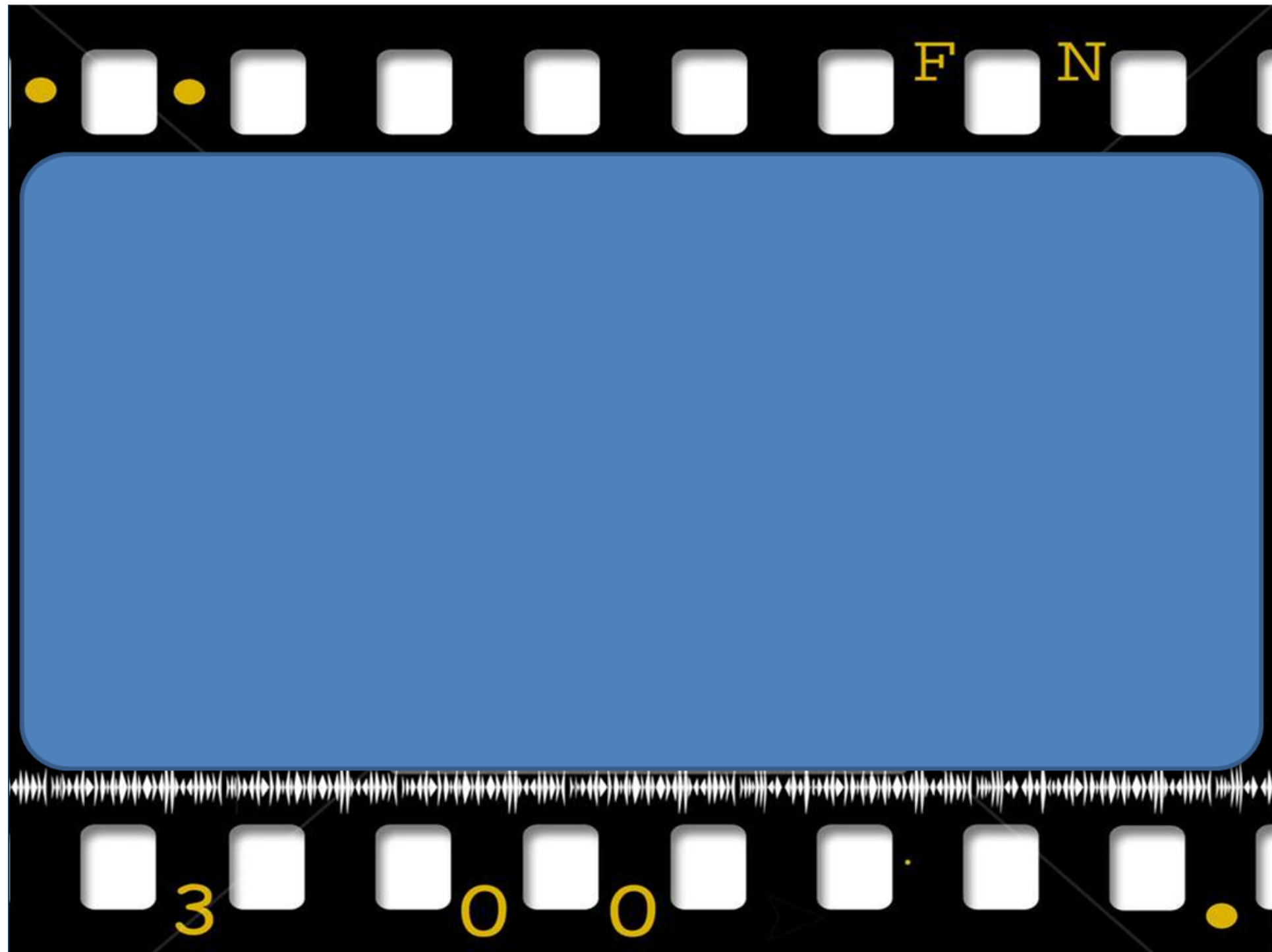


Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΝΩΣΗΣ (spongiofibrosis)



Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΕΝΟΣ ΣΤΕΝΩΜΑΤΟΣ... (stricture)







ΟΙ ΛΟΙΜΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Καλυβιανάκης Δημήτρης

ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑ

Ταξινόμηση

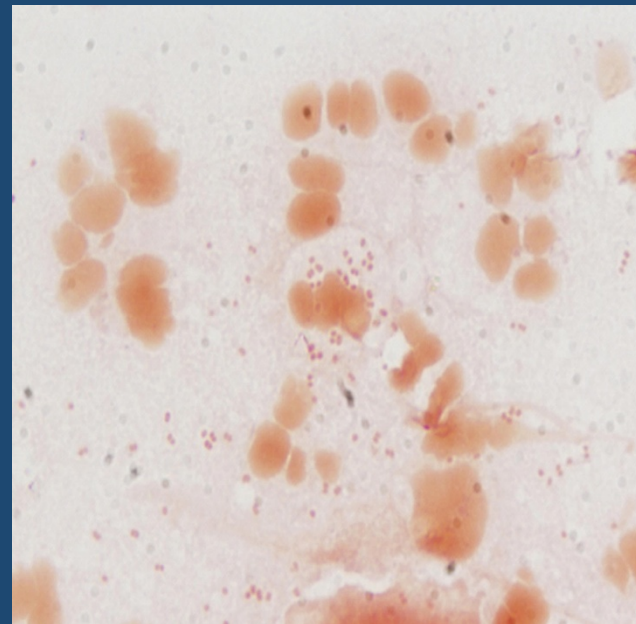
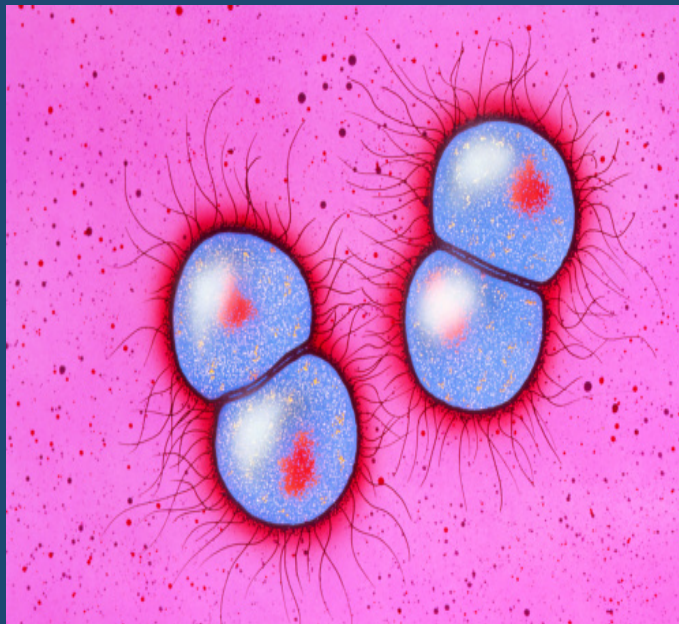
- Γονοκοκκική
- Μη γονοκοκκική

Άλλοι όροι

- Ουρηθρίτιδα μεταγονοκοκκική
- Ουρηθρίτιδα ασυμπτωματική.
- Μη λοιμώδης ουρηθρίτιδα.

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΥΧΝΟΤΕΡΟ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΑΙΤΙΟ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ;

- **Neisseria gonorrhoeae**
- **C. trachomatis, Mycoplasma genitalium και Trichomonas vaginalis**
- **Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum***
*Waites KB, New Developments in Human Diseases Due to Mycoplasmas. Horizon Bioscience; 2005; 9:289-354
- **Gardnerella vaginalis, Neisseria meningitides, Candida species, Haemophilus species, Herpes simplex virus 1, 2.**



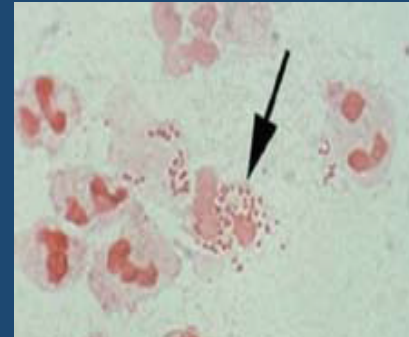
Κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας

- Chlamydia trachomatis 20-40%
- Ureoplasma Ureolyticum 15-25%
- Mycoplasma genitalium 12-50%
- Είδη κάντιντας 5%
- Αναερόβια
- Τριχομονάδες κόλπου 5-10%
- Έρπης γεννητικών οργάνων 5-10%
- Κονδυλώματα ουρήθρας/στομίου ουρήθρας
- Μη ανιχνεύσιμοι/ιδιοπαθείς 25-30%.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ;

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Κλινικό χαρακτηριστικό	Γονοκοκκική	Μη γονοκοκκική
Χρόνος επώασης	Βραχύτερος <4 ημ. 70% <2 εβδ. 90%	Μακρότερος <4 ημ. 40% 2-3 εβδ. ~ 30%
Έναρξη συμπτωμάτων	Αιφνίδια	Βαθμιαία
Έκκριμα και δυσουρία	70%	40%
Έκκριμα	Πυώδες	Βλενώδες ή βλεννοπυώδες



ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΟΓΗΣ;

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΟΓΗΣ;

ΓΟΝΟΚΚΟΚΙΚΗ:

- **ceftriaxone, 1 g ενδομυϊκά**
- **azithromycin, 1 g από το στόμα¹**
(Chlamydia trachomatis)
- **Κινολόνες ?²**

1. GRASP Steering Group. The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Programme (GRASP) Year 2007 report. London: Health Protection Agency 2008.

2. Tzelepi E, et al. Changing figures of antimicrobial susceptibility and serovar distribution in Neisseria gonorrhoeae isolated in Greece. STD 2009; 36:1-6.

ΜΗ ΓΟΝΟΚΚΟΚΙΚΗ:

As first choice of treatment:	LE	GR
azithromycin, 1 g orally as single dose	1b	A
doxycycline, 100 mg orally twice daily for 7 days	1b	A
As second choice of treatment:		
erythromycin base, 500 mg orally four times daily for 14 days	1b	A
erythromycin ethylsuccinate, 800 mg orally four times daily for 7 days		
ofloxacin, 300 mg orally twice daily for 7 days	1b	A
levofloxacin, 500 mg orally once daily for 7 days		

ΟΤΑΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΜΕΝΟΥΝ...



ΟΤΑΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΜΕΝΟΥΝ

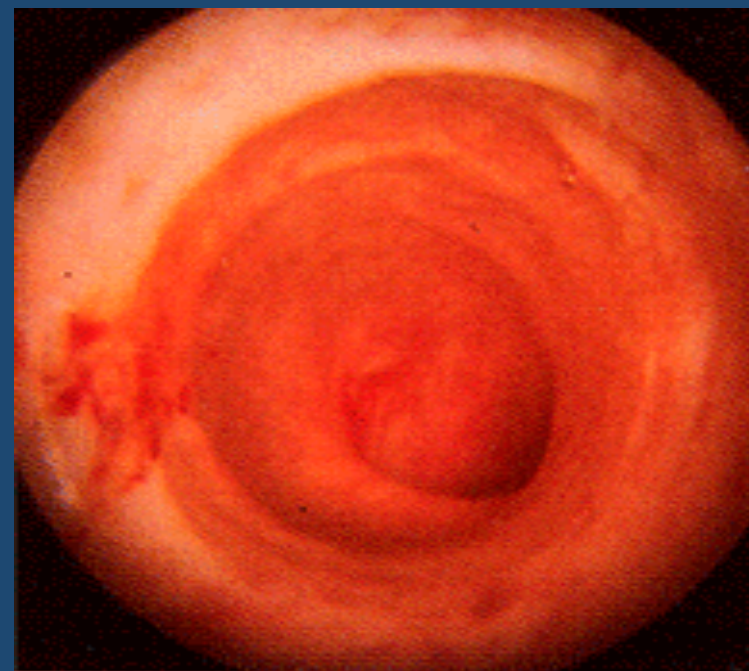
- Επανεκθεση
 - Μη συνεργασία
 - Χρόνια προστατίτιδα
 - *Ureoplasma urealyticum* και *Mycoplasma genitalium*
-
- ✓ Τριχομονάδα *vaginalis*
 - Μετρονιδαζόλη ή τινιδαζόλη 2gr εφάπαξ
 - ✓ *M.genitalium* σύνηθες αίτιο μετά από δοξυκυκλίνη
 - ✓ Επί αποτυχίας εκρίζωσης *M.genitalium* με αζιθρομυκίνη → μοξιφλοξασίνη 400mg/ημ για 10 ημέρες



ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΙ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΕΣ ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ;

Causes of urethral stricture

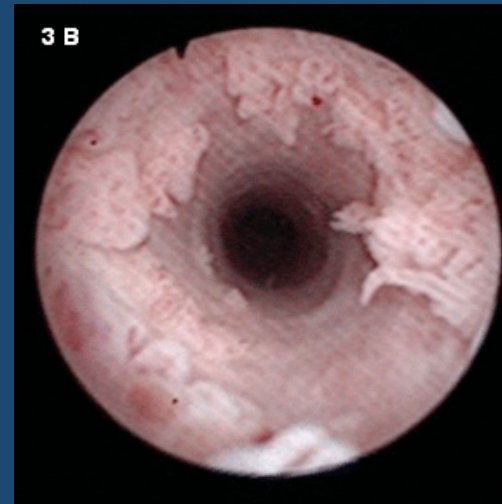
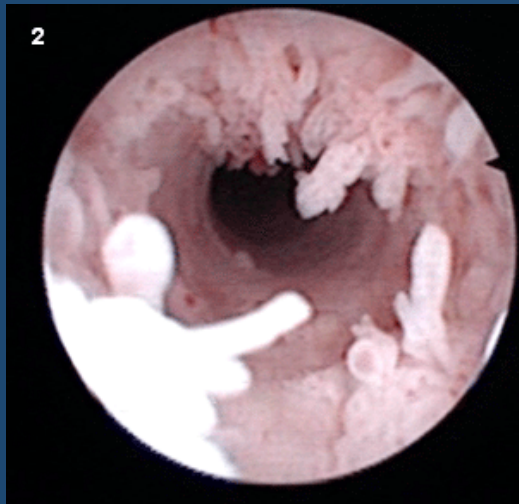
Causes		Incidence
Iatrogenic	Transurethral prostate resection	45%
	Radical prostatectomy	
	Hypospadias correction	
	Indwelling catheter	
	Cystoscopy	
Bacterial urethritis		20%
Lichen sclerosus et atrophicus		5%
Idiopathic		30%



HPV ΚΑΙ ΟΥΡΗΘΡΑ;

- Εμφανίζονται κυρίως στην βάλανο και την ακροποσθία
- Επιβεβλημένη η επισκόπηση του έξω στομίου της ουρήθρας
- Ενδοουρηθρική ανάπτυξη περίπου στο 5% ασθενών
- Σπάνια εντόπιση στην κύστη και τους ουρητήρες
- **Αντιπροσωπεύουν το 30% των όγκων της ουρήθρας**

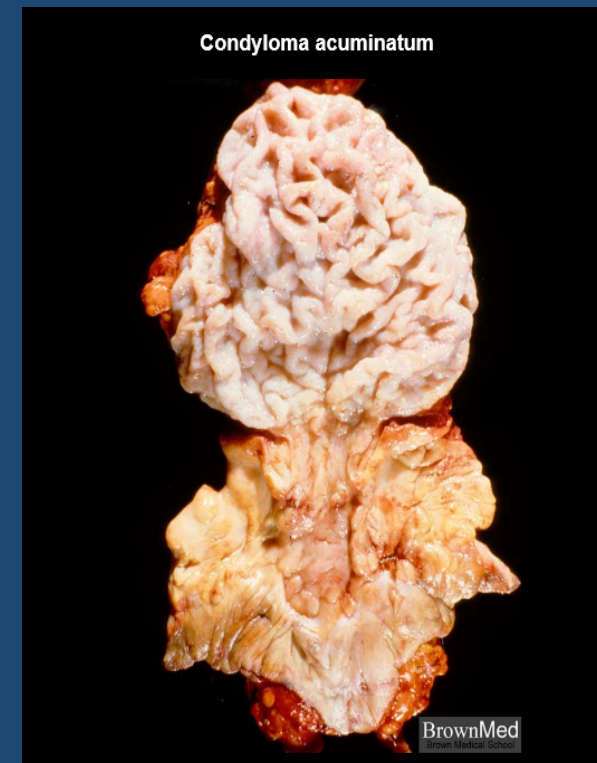
Lynch DF, Pettaway CA. Viral-related dermatologic lesions. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, eds. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2002:2947-2950.



**ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ Η
ΟΥΡΗΘΡΟΣΚΟΠΗΣΗ;**

ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ Η ΟΥΡΗΘΡΟΣΚΟΠΗΣΗ;

- Η ανάγκη για ουρηθροσκόπηση παραμένει αμφιλεγόμενη
- Σε άνδρες με βλάβες στο έξω στόμιο της ουρήθρας
- Στους υπόλοιπους δεν συστήνεται (μικρή πιθανότητα ευρημάτων)
- Μέχρι τον έξω σφιγκτήρα



ΣΚΛΗΡΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ

Χρόνια, ουλτική, με διαμεσολάβηση λεμφοκυττάρων δερματοπάθεια

Εντοπίζεται κυρίως στην γεννητική περιοχή

Η αιτιολογία του LS παραμένει άγνωστη, αλλά μια ποικιλία από αιτίες έχουν προταθεί:

- Αυτοάνοσοι και γενετικοί παράγοντες
- Λοίμωξη (*Borrelia burgdorferi*)
- Ορμονική επίδραση
- Τοπικοί παράγοντες



**Σχετίζεται ο LS με στενώματα
ουρήθρας;**

Σχετίζεται ο LS με στενώματα ουρήθρας;

Παραμένει αμφιλεγόμενο

Δερματολογική εταιρεία αποτυγχάνει να αναγνωρίσει την συμμετοχή της πρόσθιας ουρήθρας

106 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ουρητροπλαστική για πρόσθια στένωση ουρήθρας

31 (29%) έλαβαν συγκεκριμένη παθολογική διάγνωση του LS

- σε ποσοστό 19% εμπλεκόταν το στόμιο,
- σε 16% ο σκαφοειδής βόθρος,
- σε 3% η ουρήθρα του πέους,
- ενώ ολόκληρη η πρόσθια ουρήθρα σε ποσοστό 52% των περιπτώσεων.



Barbagli G, Lazzeri M, Palminteri E, Turini D. Lancet. 1999 Jul 31;354(9176):429

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Επιδιδυμίτιδα:

- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα παθογόνα σε ασθενείς νεότερους των 35 ετών
- *N.gonorrhoeae* το αίτιο οξείας επιδιδυμίτιδας στο 20% αυτών των ασθενών.
- Σε ασθενείς >35 ετών *E.coli*, *Pseudomonas*, Gram (+) cocci

Στενώματα ουρήθρας:

- Το χρονικό διάστημα ποικίλει από 18 μήνες ως 30 χρόνια
- 2% - 50%

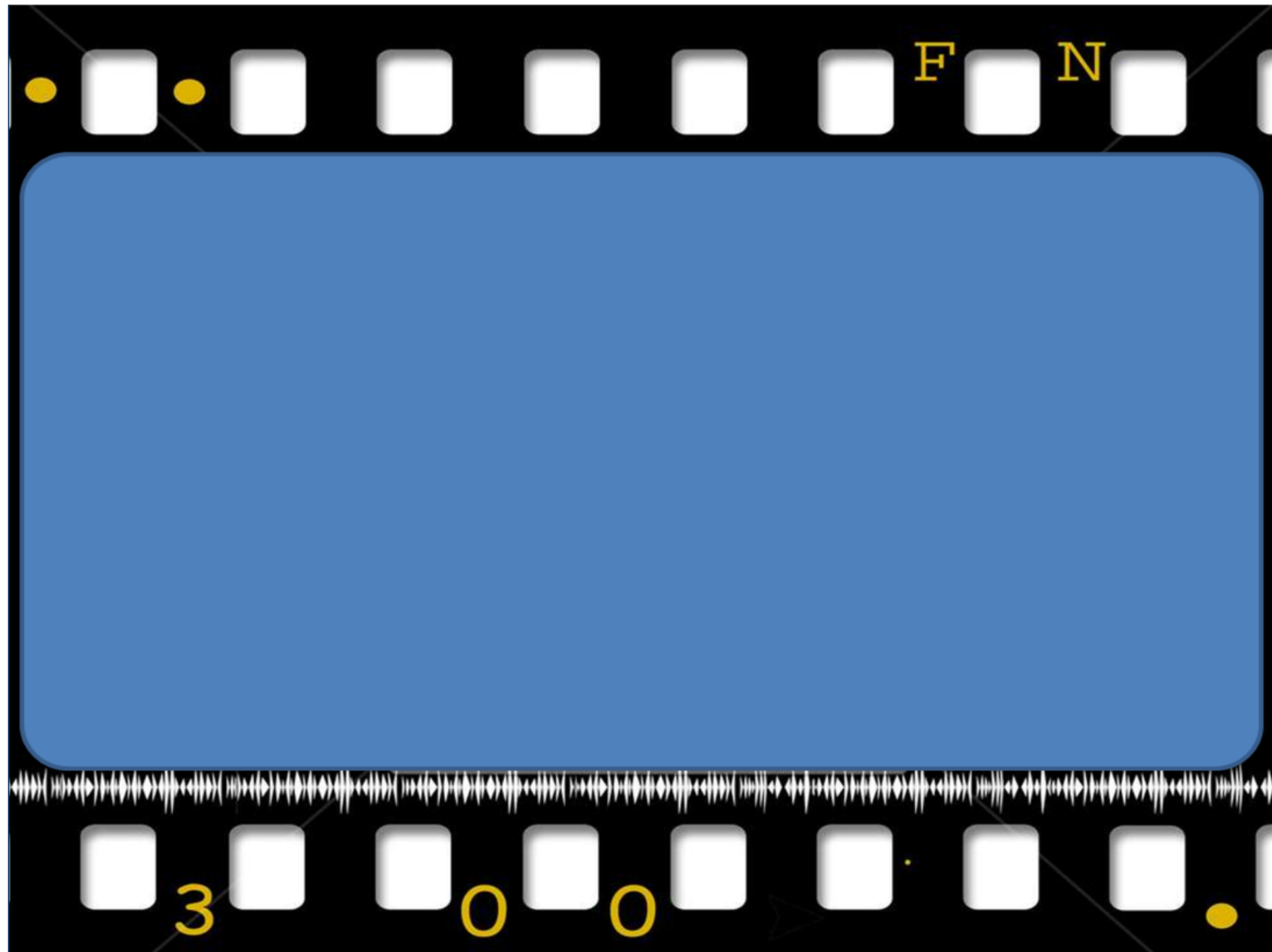
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΑΣ

Διάχυτη γονοκοκκική λοίμωξη:

- Σε 1% των ασθενών
- Κυρίως σηπτική αρθρίτιδα
- Ηπατίτιδα
- Μυοπερικαρδίτιδα
- Μηνιγγίτιδα
- ARDS

Σύνδρομο Reiter's:

- Σε 1-4% στην NGU
- Αρχικά ουρηθρίτιδα ακολουθούν αρθρίτιδα, ραγοειδίτιδα και δερματικές βλάβες



F N



ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ...ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ....

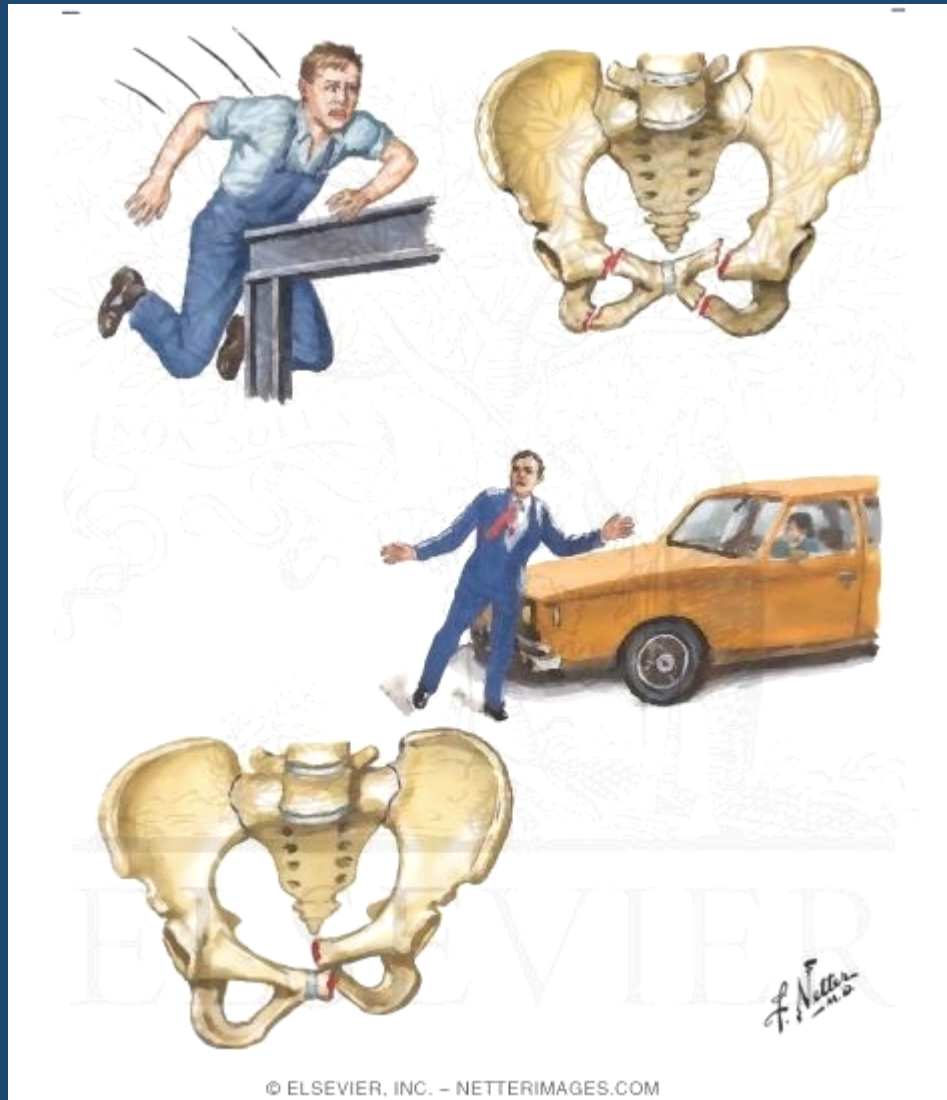
3

0

0

.

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ



© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM

Classification: A. Tile's Classification

TYPE A
Stable

- A1- Fractures of the pelvis not involving the ring
- A2- Stable, minimally displaced fractures of the ring

TYPE B
Rotationally
unstable,
vertically
stable

- B1- Open book
- B2- Lateral compression: ipsilateral
- B3- Lateral compression: contralateral (bucket-handle)

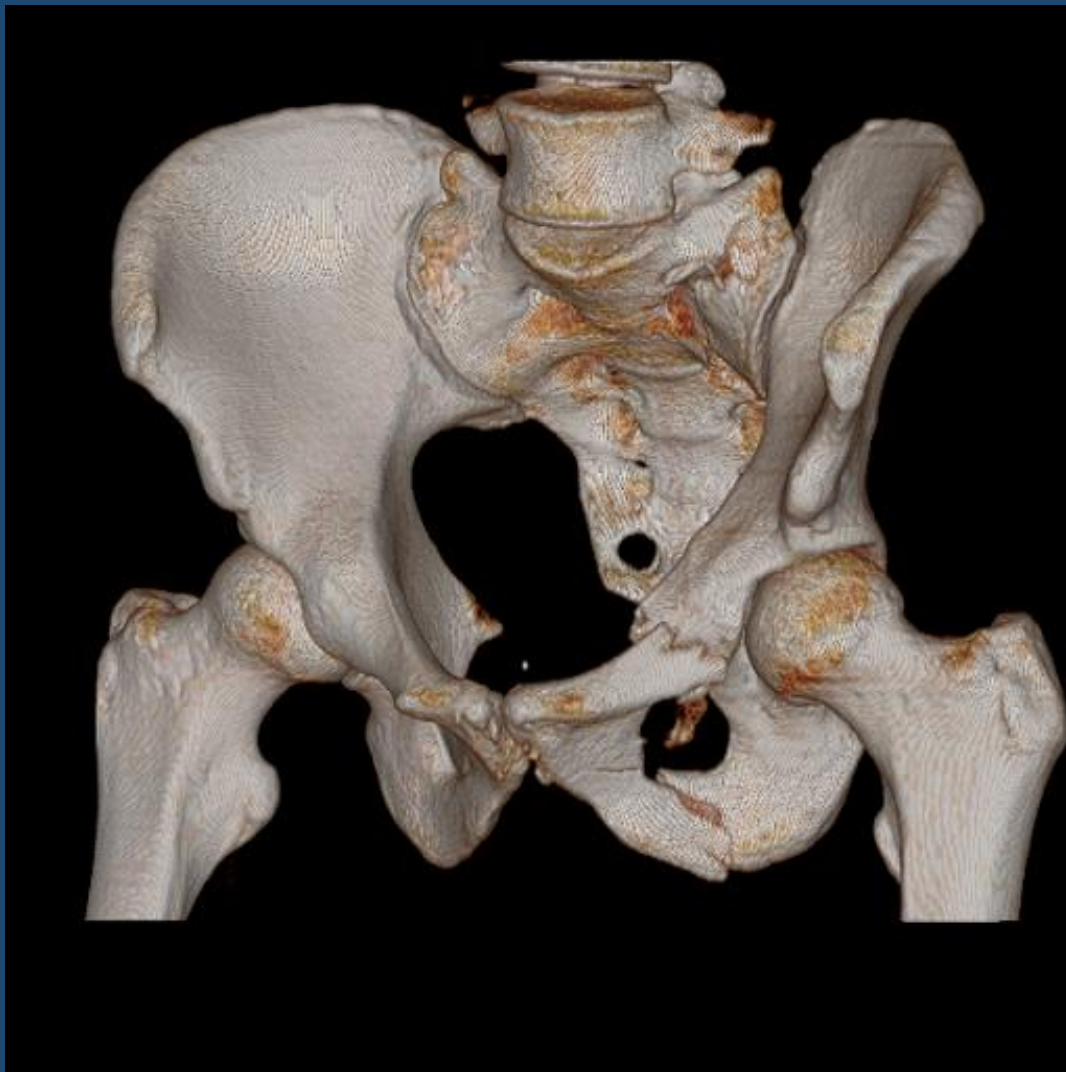
TYPE C
Rotationally
and
vertically
unstable

- C1- Rotationally and vertically unstable
- C2- Bilateral
- C3- Associated with an acetabular fracture

16

7/24/2014

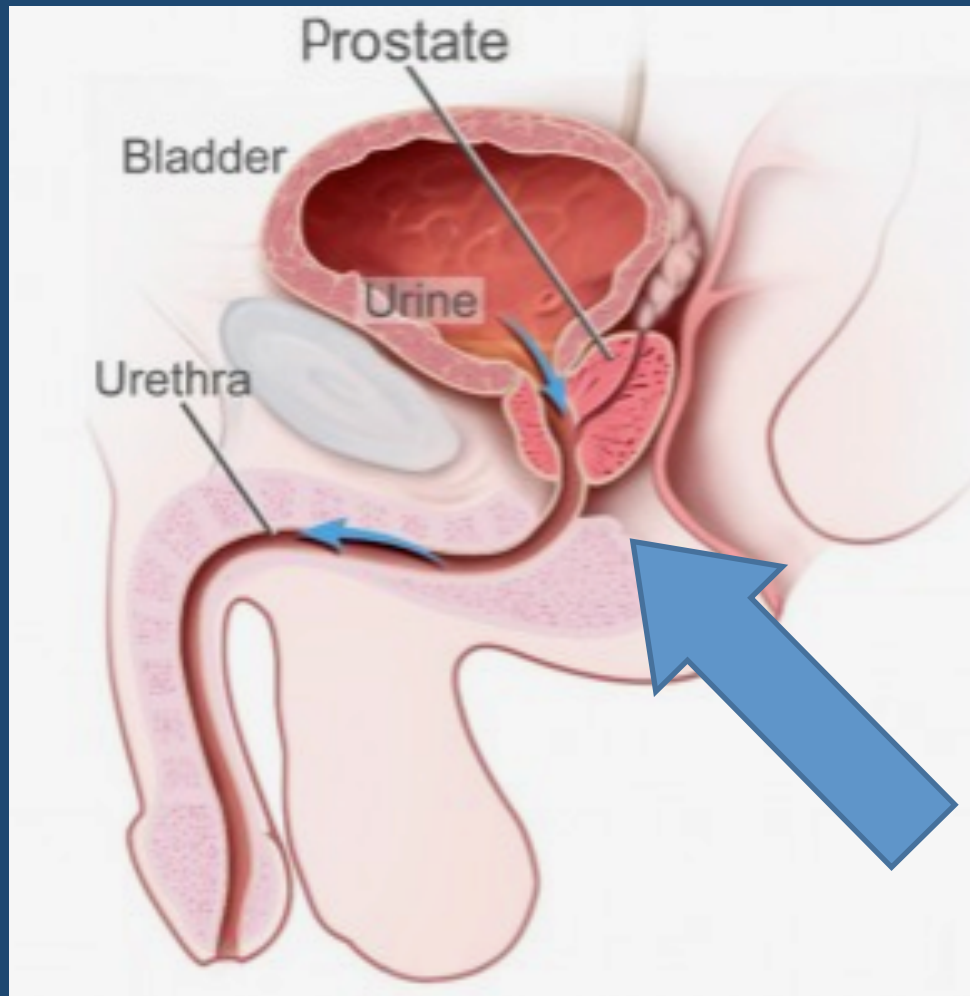
ΣΥΝΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΝΤΑ ΚΑΚΩΣΗ ΟΥΡΗΘΡΑΣ ΣΕ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΥΕΛΟΥ ??



**Pelvic fracture
urethra injuries**

~10% (3-25%)

**ΠΟΙΑ ΜΟΙΡΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΠΛΕΟΝ ΕΥΑΛΩΤΗ
ΣΤΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΥΕΛΟΥ?**



ΥΜΕΝΩΔΗΣ!

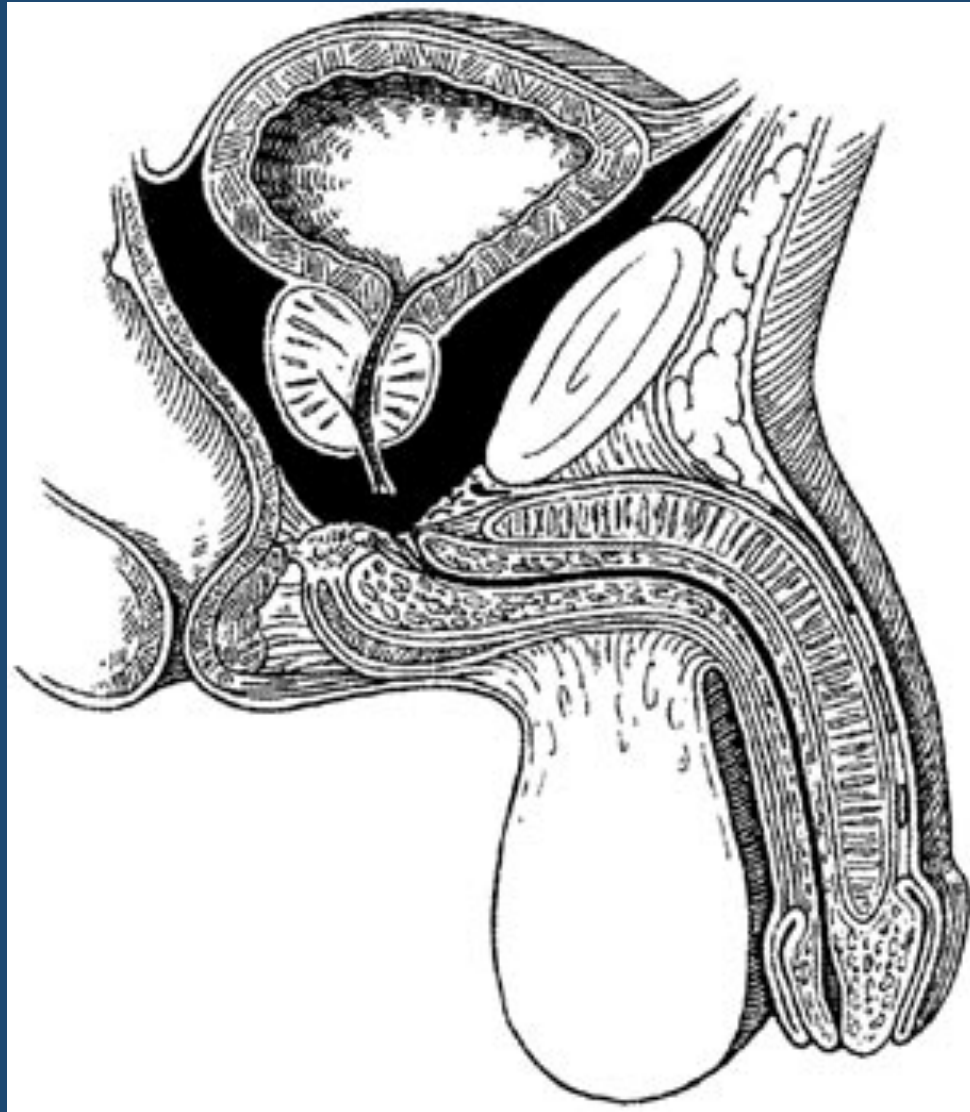
ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ?



ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΚΛΟΓΗΣ ?



ΑΝΙΟΥΣΑ ΟΥΡΗΘΡΟΓΡΑΦΙΑ (RUG)



ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΑΤΟΜΗ ΟΥΡΗΘΡΑΣ
(complete urethral disruption)

High riding prostate

Ποιά είναι η αξία της
δακτυλικής εξέτασης (DRE)?

Low sensitivity !
Rectal injuries

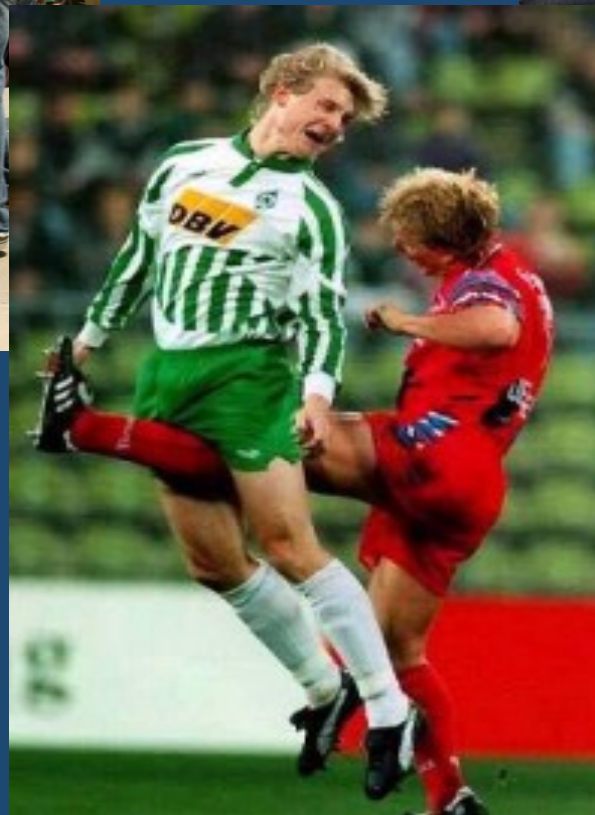
LoE 3

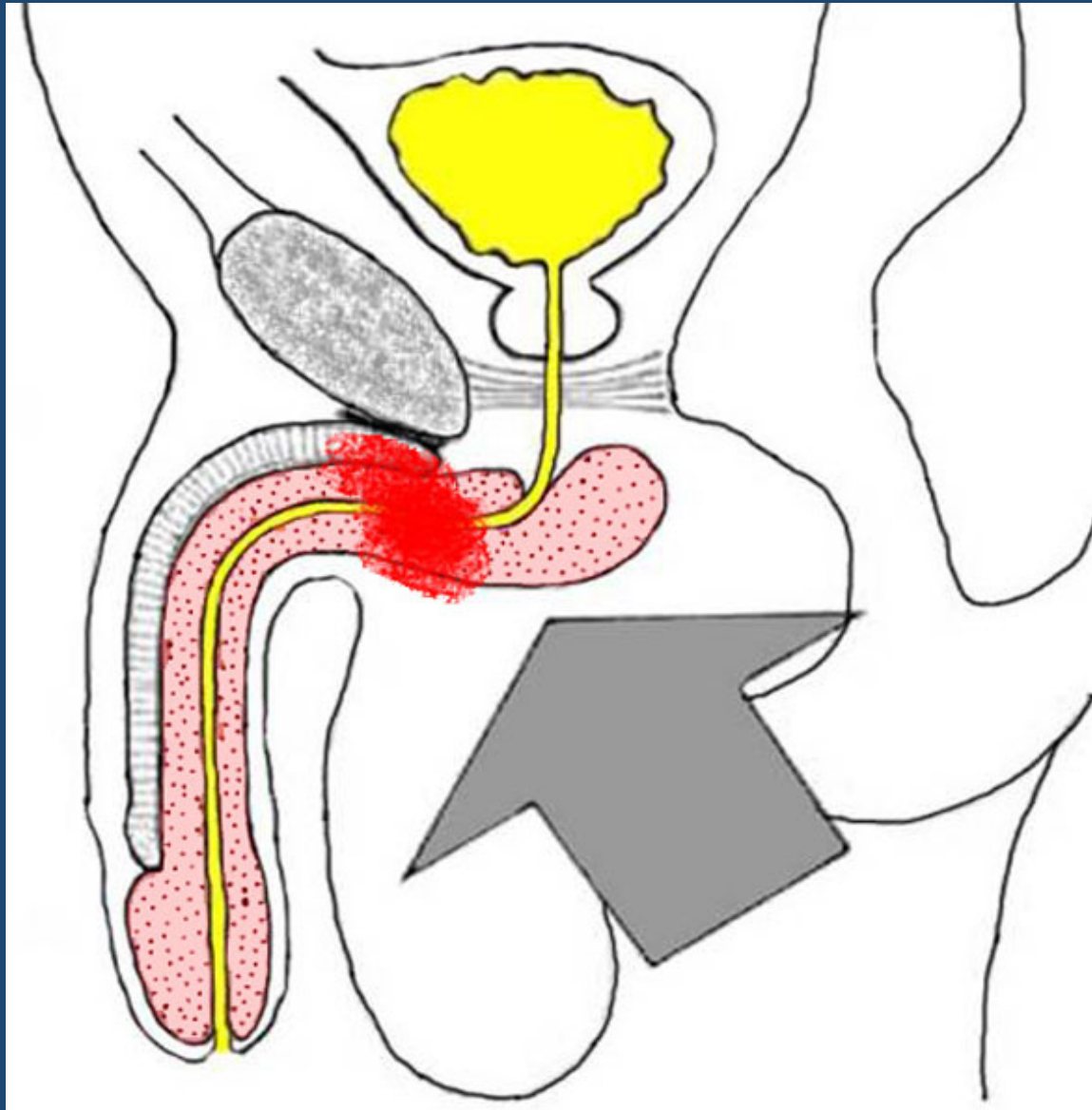
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ? ΑΜΕΣΑ Η ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ??

Table 1 – Classification of blunt anterior and posterior urethra with management according to injury grade

Grade	Description	Appearance	Management
I	Stretch injury	Elongation of the urethra without extravasation on urethrography	No treatment required
II	Contusion	Blood at the urethral meatus; no extravasation on urethrography	Grades II and III can be managed conservatively with suprapubic cystostomy or urethral catheterization
III	Partial disruption	Extravasation of contrast at injury site with contrast visualized in the proximal urethra or bladder	Suprapubic cystostomy and delayed repair or primary endoscopic realignment in selected patients ± delayed repair
IV	Complete disruption	Extravasation of contrast at injury site without visualization of proximal urethra or anterior urethra or bladder	
V	Complete or partial disruption of posterior urethra with associated tear of the bladder neck, rectum or vagina	Extravasation of contrast at urethral injury site ± presence of blood in the vaginal introitus in women. Extravasation of contrast at bladder neck during suprapubic cystography ± rectal or vaginal filling with contrast material	Primary open repair

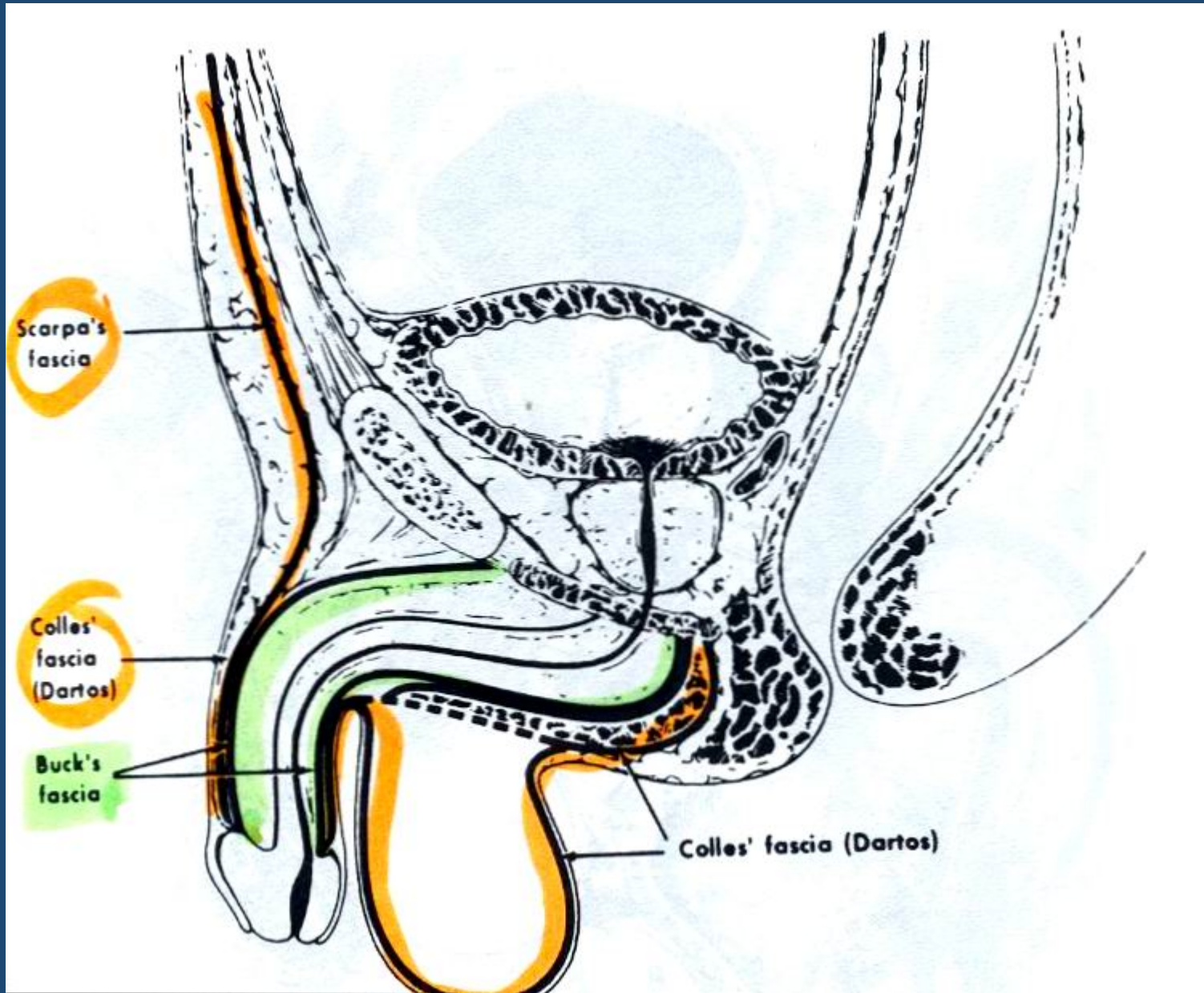
ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΦΙΠΠΕΥΣΗΣ (straddle injury)



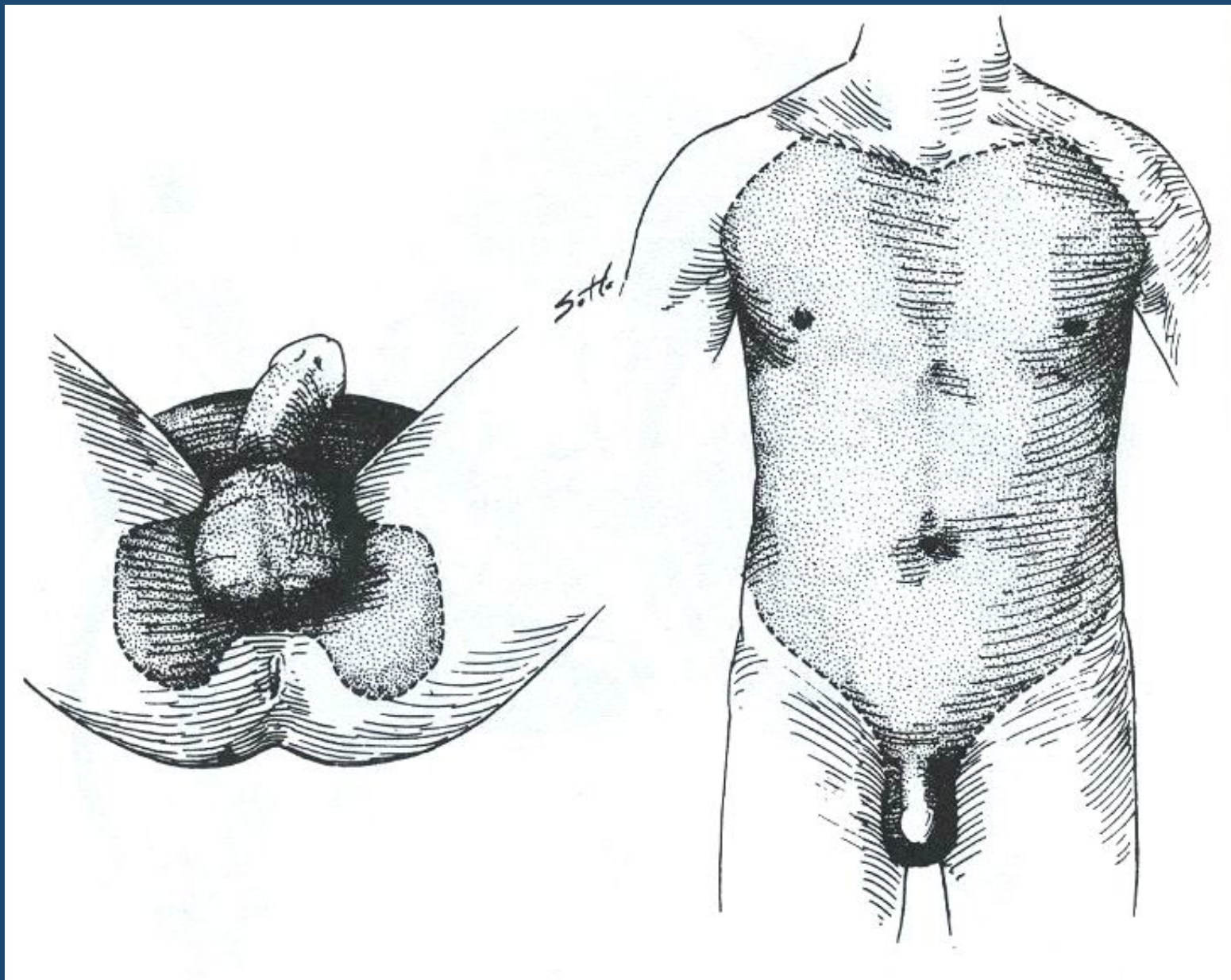


ΣΠΟΓΓΙΩΔΗΣ ΜΟΙΡΑ

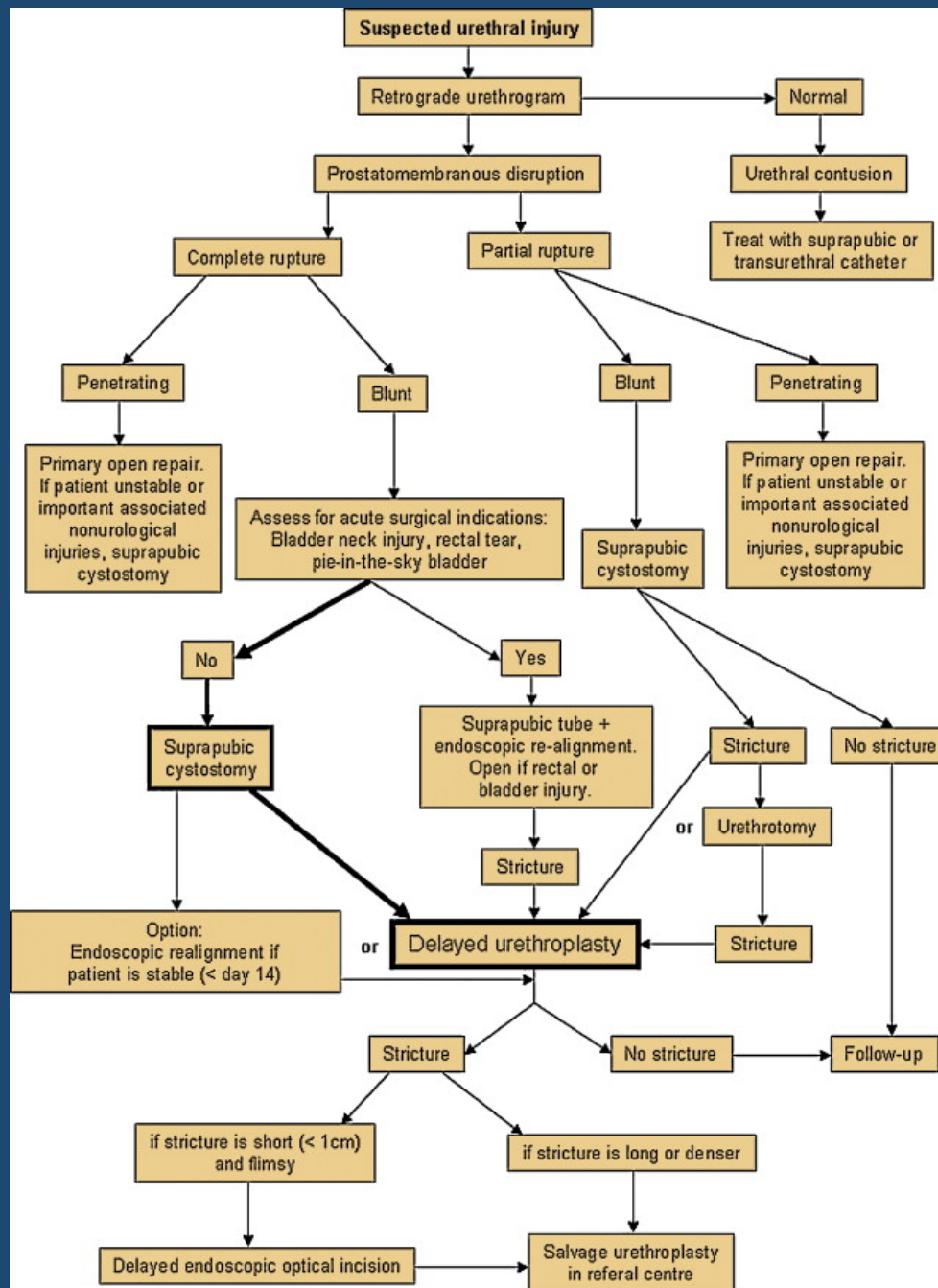




Colles fascia – Scarpa fascia







ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΕΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ





**ΣΕ ΤΙ ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΝΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΚΩΣΗ
ΟΥΡΗΘΡΑΣ
ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΕΟΥΣ??**

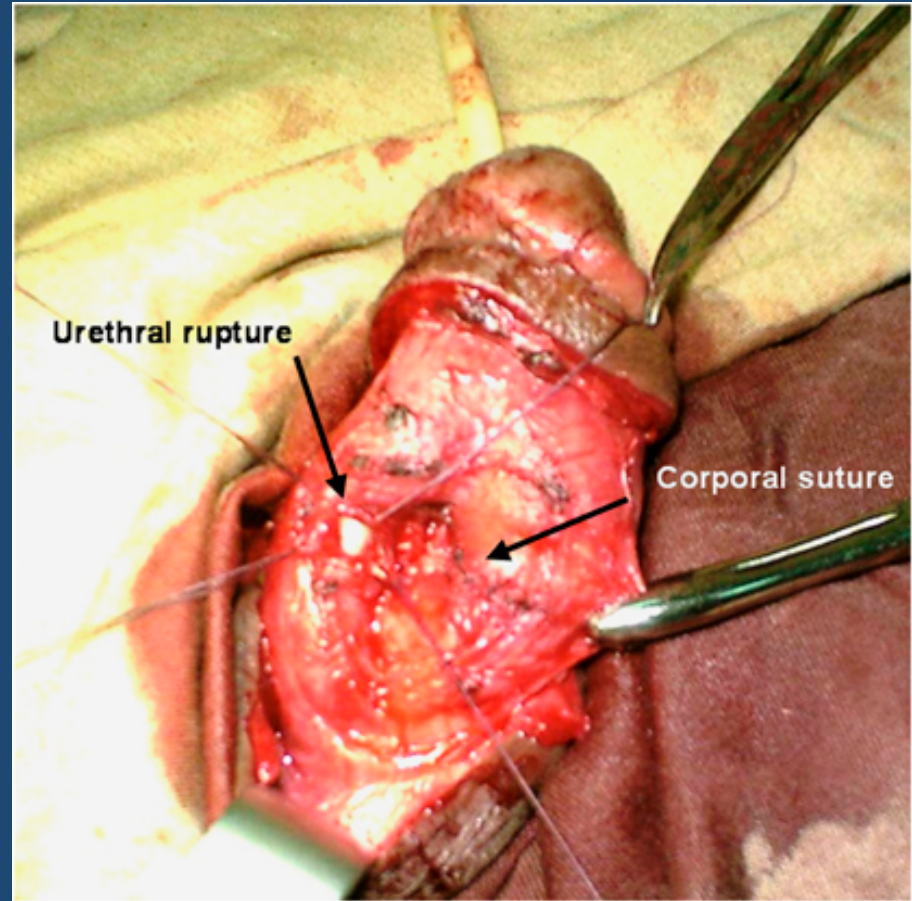
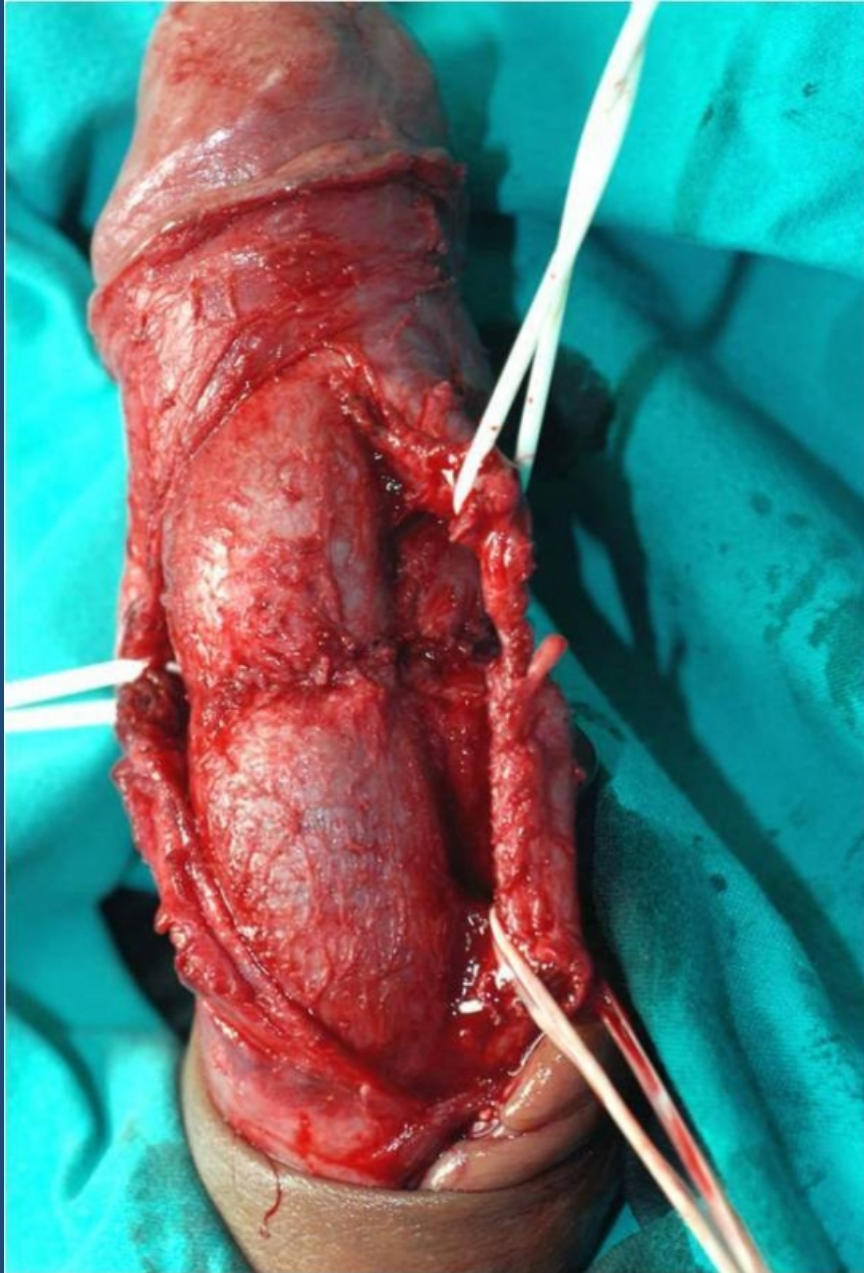
3-20%

ΑΙΜΑ ΣΤΟ ΕΞΩ ΟΥΡΗΘΡΙΚΟ ΣΤΟΜΙΟ!

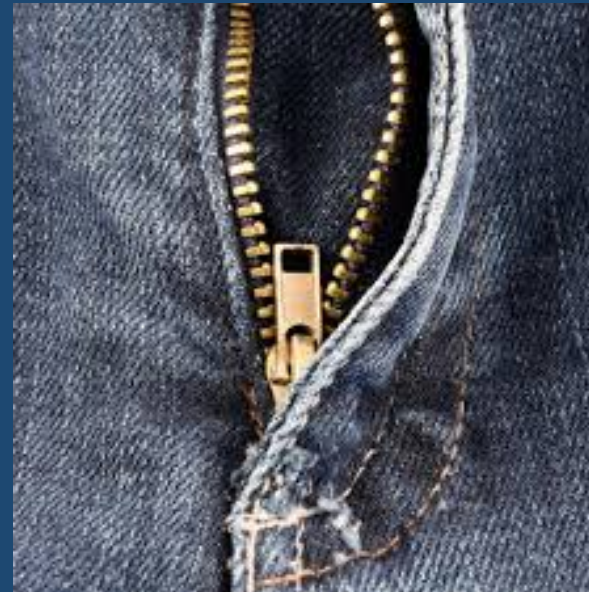
ΟΥΡΗΘΡΟΓΡΑΦΙΑ??

ΑΜΕΣΗ χειρουργική

αποκατάσταση!!



ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΕΣ..ΚΑΚΩΣΕΙΣ !



**ΚΑΚΩΣΕΙΣ
ΑΥΤΟΕΡΩΤΙΣΜΟΥ**

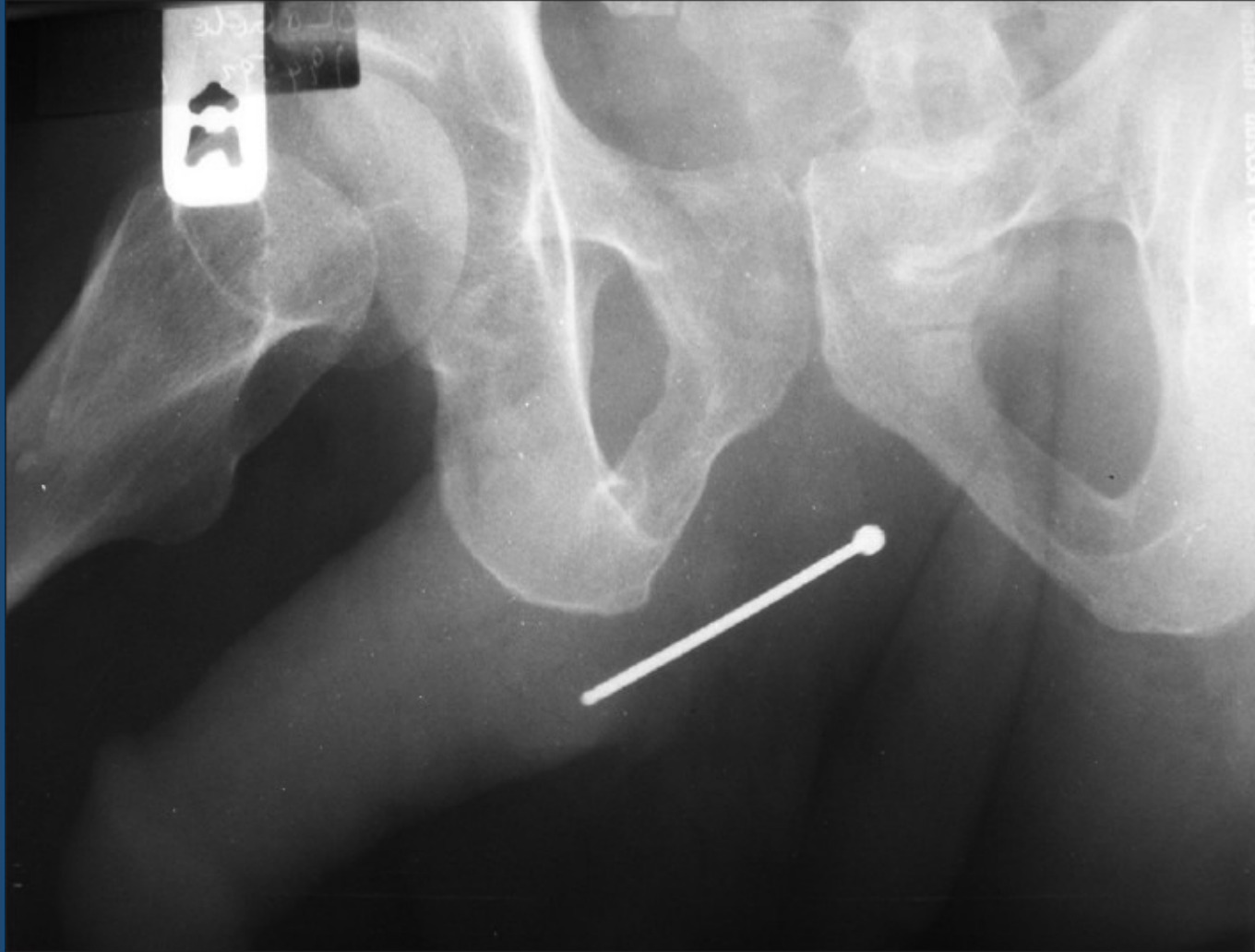


click here to...

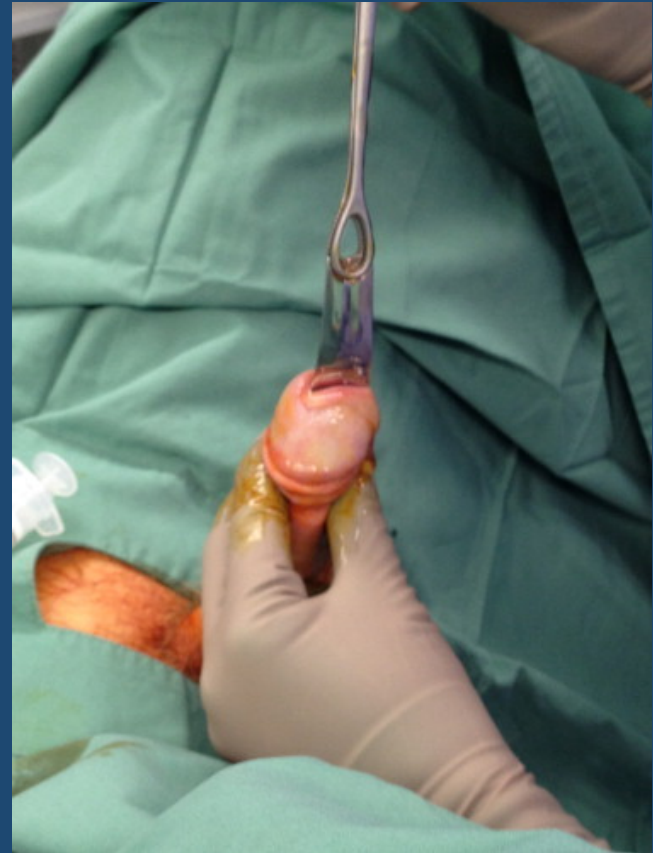


shop our **Penis Plug Super Store**







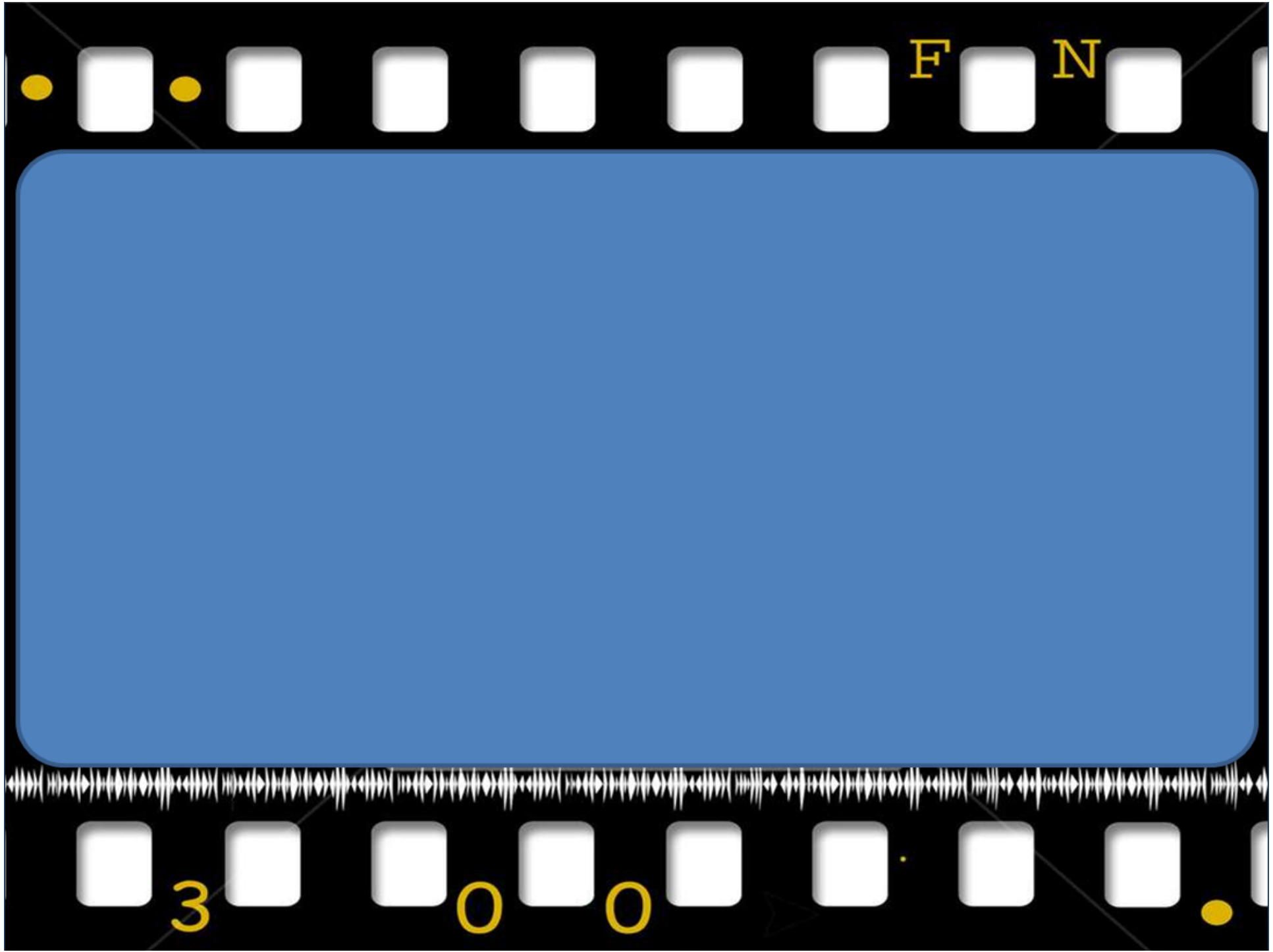


ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΥΠΟΨΙΑΣ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ
ΣΕ ΕΠΙΜΟΝΟ «ΕΚΡΙΜΜΑ» ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΥΡΗΘΡΑ !!!

ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ -- ΔΥΣΟΥΡΙΑ

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΔΟΧΟ ΚΥΣΤΗ ???!
ΛΙΘΙΑΣΗ
«ΑΝΘΕΚΤΙΚΕΣ» ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ + ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ
ΚΥΣΤΕΟΤΟΜΙΑ



ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Αδαμόπουλος Βασίλης

Εχθροί της ουρήθρας



➤ Ιατροί

➤ Νοσηλεύτες



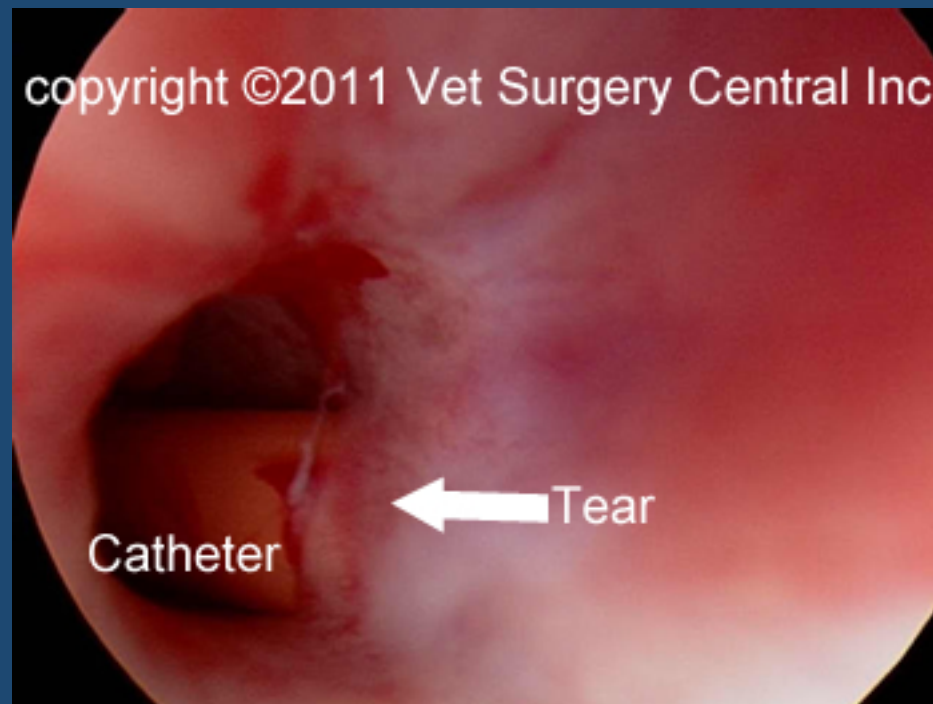
➤ Ασθενείς



Ιατρογενείς Κακώσεις

Το συχνότερο αίτιο τραυματισμού
(45% των στενωμάτων είναι ιατρογενή)

EAU Guidelines 2014



Αίτια ιατρογενούς κάκωσης ουρήθρας

Τοποθέτηση καθετήρα	Ανοικτές επεμβάσεις
Διουρηθρικές επεμβάσεις	Κυστεοσκόπηση
Διαλείπων καθετηριασμός (χρόνιος)	Διαστολές ουρήθρας
Χρήση – τοποθέτηση Stent	Επεμβάσεις για υποσπαδία
Περιτομή	Φτωχός γλυκαιμικός έλεγχος
Φτωχή υποστήριξη κυκλοφορίας (υπόταση, ισχαιμία)	Συμπληρωματικές θεραπείες

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΑΙΤΙΑ

✓ Καθετηριασμός ουρήθρας

(μόνιμος, προσωρινός, διαλείπων)

✓ Εργαλεία:

Ρεζεκτοσκόπια – κυστεοσκόπια – ουρητηροσκόπια.

✓ Χειρουργεία: Για **BPH** – **CaP**

✓ Νέες τεχνικές: **TURis**- Βραχυθεραπεία

✓ Νέες πηγές ενέργειας: **Laser** - διπολικές

Ιατρογενείς Κακώσεις

- ✓ Οι περισσότερες μελέτες είναι αναδρομικές από μεμονωμένα κέντρα.
- ✓ Μόνο λίγες προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες είναι διαθέσιμες.
- ✓ Το επίπεδο τεκμηρίωσης είναι χαμηλό.

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

- Αφορά στο 32% των ιατρογενών στενωμάτων.
- Τα περισσότερα αφορούν τη βολβική ουρήθρα.
- Κακή θέση αυξάνει τον κίνδυνο κάκωσης σε 3,2/1000 νοσηλευόμενους.

Ιατρογενείς Κακώσεις

- ✓ Στενώματα από μόνιμους καθετήρες αφορούν κυρίως στην πρόσθια ουρήθρα.

J Urol 1992;147:648-51

- ✓ Πρόληψη και μείωση της συχνότητας κακώσεων μπορεί να συμβεί με προγράμματα «εκπαίδευσης» των επαγγελματιών υγείας.

L.E: 2b

J Urol 2008;179:2254-7
BJU Int 2009;104:1109-12

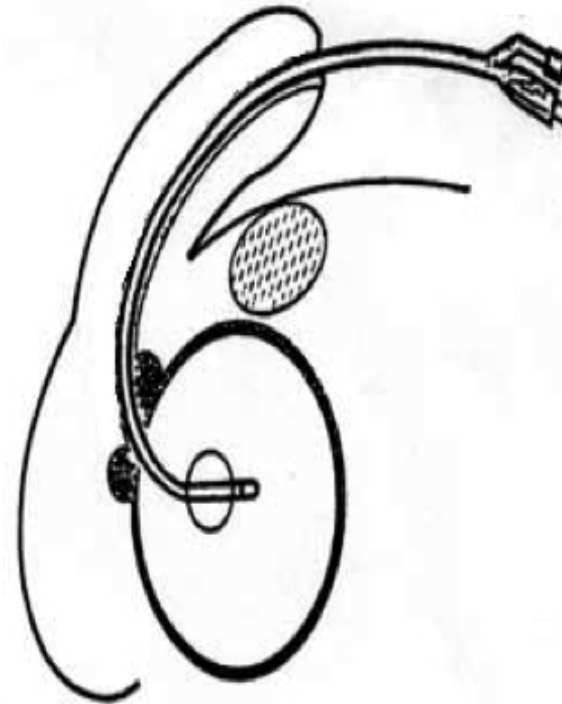
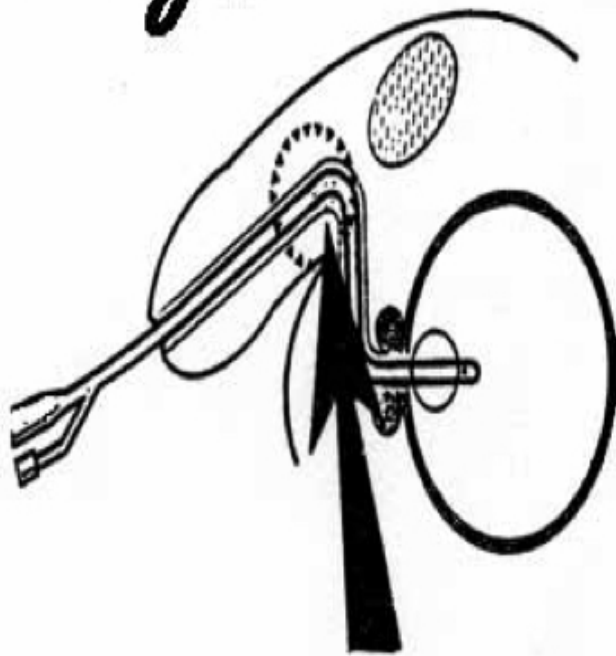
Ιατρογενείς Κακώσεις

- ✓ Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (bypass) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για στένωμα λόγω υπότασης – απώλειας αίματος – τοπικής ισχαιμίας
- ✓ Το μέγεθος και το είδος του καθετήρα έχει επίδραση στη δημιουργία στενωμάτων
- ✓ Θέση καθήλωσης του πέους λειτουργεί προφυλακτικά

Katz G, Milgalter E, Landau Y, Borman JB. Prevention of urethral strictures following coronary artery bypass graft surgery. *Urology* 1992;39:433-5.

Possible complications - from strictures to spastic bladders explained?

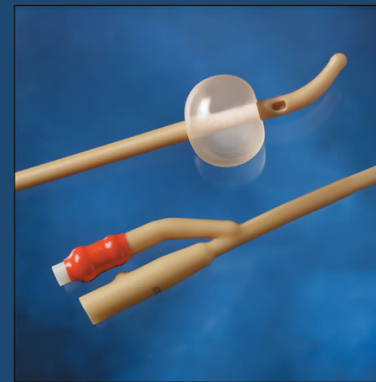
wrong!



correct!

Ιατρογενείς Κακώσεις

- Καθετήρες Σιλικόνης.
- Μικρής διαμέτρου καθετήρες.
- Υπερηβικοί καθετήρες.



Μειωμένες πιθανότητες για στενώματα

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

- Καλή λίπανση (10-15cc λιπαντικού)
- Κατάλληλο είδος καθετήρα



(πχ Tiemann - folley επί ΚΥΠ, 12-16Fr)

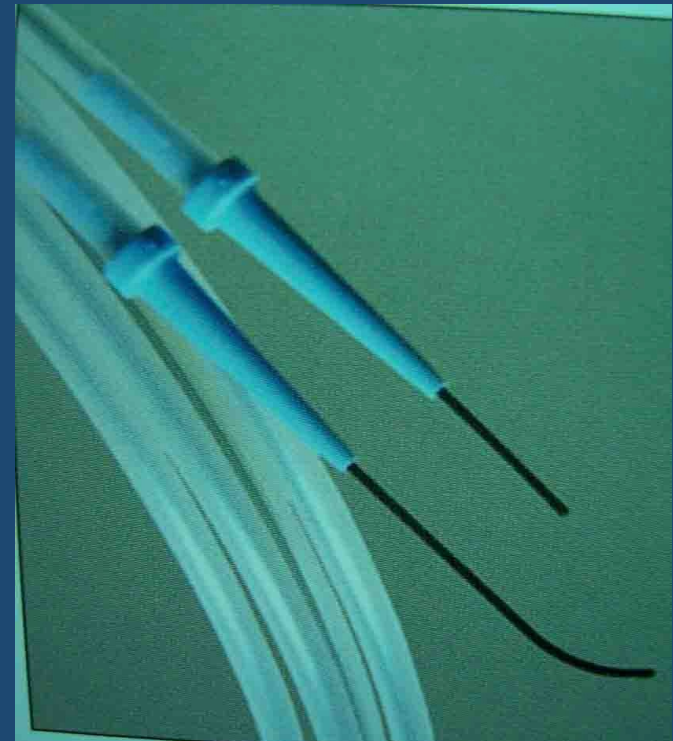


Ιατρογενείς Κακώσεις

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ

✓ Αποφυγή τυφλής προσπέλασης στενωμάτων.

✓ Χρήση Glide – wire
(υδρόφιλων) συρμάτων – οδηγών



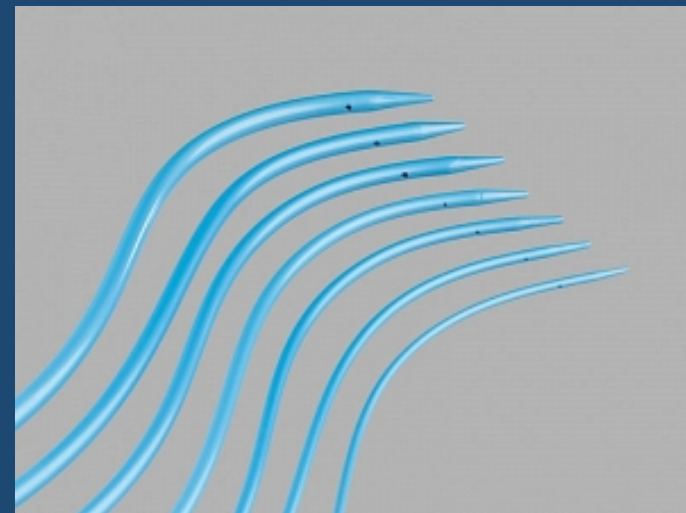
Ιατρογενείς Κακώσεις

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ

➤ Χρήση εύκαμπτου
κυστεοσκοπίου (Bed-side
cystoscopy).

➤ Χρήση υδρόφιλων
διαστολέων (over-the-wire)
τυφλά ή ακτινοσκοπικά

➤ Χρήση καθετήρα μόνο όπου
είναι απαραίτητο.



Ιατρογενείς Κακώσεις

ΑΠΟΦΥΓΗ ΧΡΗΣΗΣ:

- Μεγάλης ή Μικρής διαμέτρου καθετήρα
- Μεταλλικών διαστολέων (Για προσπέλαση στενωμάτων)
- Μειωμένης λίπανσης



Ιατρογενείς Κακώσεις

ΥΠΕΡΗΒΙΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ

Χρήση:

- ✓ Όταν έχουν αποτύχει όλες οι προσπάθειες διουρηθρικής προσπέλασης.
- ✓ Σε φλεγμονή προστάτη - ουρήθρας

Ιατρογενείς Κακώσεις

Πρόταση για μελέτη

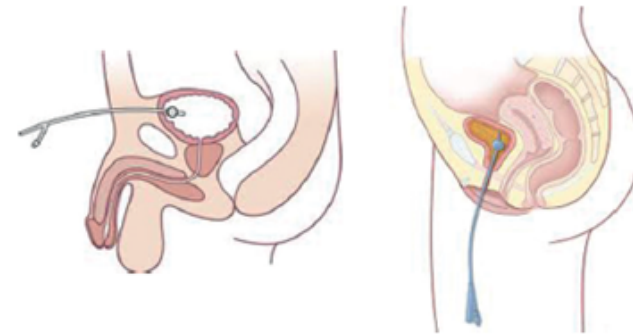
Evidence-based Guidelines for
Best Practice in Urological Health Care

Catheterisation

Indwelling catheters in adults

Urethral and Suprapubic

2012



eaun European
Association
of Urology
Nurses

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

✓ Σε TUR-P η διαρροή ρεύματος και η διάμετρος του εργαλείου είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη δημιουργία στενώματος.

Eur Urol 1992;21:280-3

✓ Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο:

- Αυξημένος όγκος προστάτη
- Καρκίνος προστάτη
- Εμπειρία χειρουργού

Br J Urol 1989;63:397-400

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

- ✓ Στενώματα έξω στομίου οφείλονται στη δυσαναλογία εργαλείου – στομίου της ουρήθρας.
- ✓ Βολβικά στενώματα οφείλονται σε ελλιπή λίπανση – μόνωση προκαλώντας διαρροή του διπολικού ρεύματος.

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ

Πρόληψη:

- ✓ Ανανέωση του λιπαντικού επί παράτασης του TUR-P
- ✓ Εσωτερική ουρηθροτομή πρέπει να γίνεται όταν υπάρχουν προϋπάρχουσες στενώσεις στο meatus ή την ουρήθρα.



Eur Urol 2006;50:969-80

Eau Guidelines 2014

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ (Ριζική προστατεκτομή)

- ✓ Στενώματα μπορεί να εντοπίζονται οπουδήποτε στην ουρήθρα.
- ✓ Αύξηση του κινδύνου υπάρχει μετά ριζική προστατεκτομή με επικουρική εξωτερική ακτινοβολία.
- ✓ Σε πολυπαραμετρική ανάλυση, ο προηγούμενος τύπος θεραπείας, η ηλικία και η παχυσαρκία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για στένωμα.

L.E: 2b

Ιατρογενείς Κακώσεις

- ✓ Ρομποτικά υποβοηθούμενη προστατεκτομή: επηρεάζει τον κίνδυνο για ιατρογενή κάκωση του κυστικού αυχένα στο 2,2%, ποσοστό ίδιο με τη συμβατική ριζική προστατεκτομή.
- ✓ Στένωμα στις Λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενες προστατεκτομές, λαμβάνοντας υπόψιν προοπτικές μελέτες:
Δεν υπάρχει διαφορά με τη ρομποτική προσέγγιση

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

✓ Μελέτη Ca P.S.U.R.E :

Η βραχυθεραπεία είναι αναγνωρισμένη αιτία στενωμάτων σε ασθενείς με εντοπισμένο Ca P.

✓ Προηγούμενη TUR-P αυξάνει τον κίνδυνο.

L.E: 2

Urology 2010;75:1412-6
EAU Guidelines 2014

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ:

- ✓ Οι ΙΚ είναι συχνές σε χειρουργεία κοιλιάς και πυέλου.
- ✓ Ο καθετηριασμός πρέπει να γίνεται προεγχειρητικά για πρόληψη επιπλοκών.

Int Urol Nephrol 1997;29:13-8

ΠΕΡΙΤΟΜΗ:

- ✓ Η απολίνωση του αγγείου του χαλινού και τη χρήση διαθερμίας αυξάνουν τον κίνδυνο.

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΙΑΤΡΟΓΕΝΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ:

- ✓ Πείκός ή περινεϊκός πόνος (100%)
- ✓ Εκροή αίματος από την ουρήθρα (86%)

J Urol 1992;147:648-51

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

- ✓ Uroflow
- ✓ Ουρηθρογραφία
- ✓ Ουρηθροσκόπηση

EAU Guidelines 2014

Ιατρογενείς Κακώσεις

- ✓ Σε μικρή τραυματική επιφάνεια ο καθετηριασμός δεν έχει αποδείξει όφελος.
- ✓ Προσωρινή τοποθέτηση καθετήρα είναι η συνηθέστερη αντιμετώπιση σε ένα οξύ τραύμα.
- ✓ Σε δύσκολες περιπτώσεις χρειάζεται κυστεοσκόπηση και τοποθέτηση οδηγού σύρματος.
- ✓ Υπερηβικός καθετήρας είναι εναλλακτική.

Ιατρογενείς Κακώσεις

Ασθενείς που αναφέρουν:

- ✓ Προηγούμενη τοποθέτηση καθετήρα
- ✓ LUTS
- ✓ ΣΔ τύπου 2 υπό αγωγή για μεγάλο διάστημα
- ✓ Ιστορικό Bypass
- ✓ Κάπνισμα – αγγειοπάθεια
- ✓ Χειρουργεία: διουρηθρικά ή ανοιχτά στην πύελο
- ✓ Νοσηλεία σε ΜΕΘ

Είναι υποψήφιοι για δημιουργία ή ύπαρξη στενώματος

Ιατρογενείς Κακώσεις

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

Statements	LE
Iatrogenic causes are the most common type of urethral injury in Europe and therefore the most common cause of urethral stricture formation.	2a
Implementing training programmes on urinary catheter insertion significantly improves the rate of catheter-related complications.	2b
New technologies represent an additional source of urethral injury.	3

Recommendations	GR
Proper training should be provided to reduce the risk of traumatic catheterisation.	A
Urethral instrumentation should only be carried out when there are valid clinical indications.	A
When catheterisation is necessary, its duration should be kept to a minimum.	B

Προβληματισμοί.....



Προβληματισμοί.....

1. Είναι καλύτερη η αντιμετώπιση με διαστολείς ή με οπτική ουρηθροτομή;

Δεν υπάρχει διαφορά στη συχνότητα υποτροπής μεταξύ διατάσεων με κηρία vs εσωτερικής ουρηθροτομής.



J Urol. 1997 Jan;157(1):98-101
Cochrane Database Syst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD006934

Προβληματισμοί

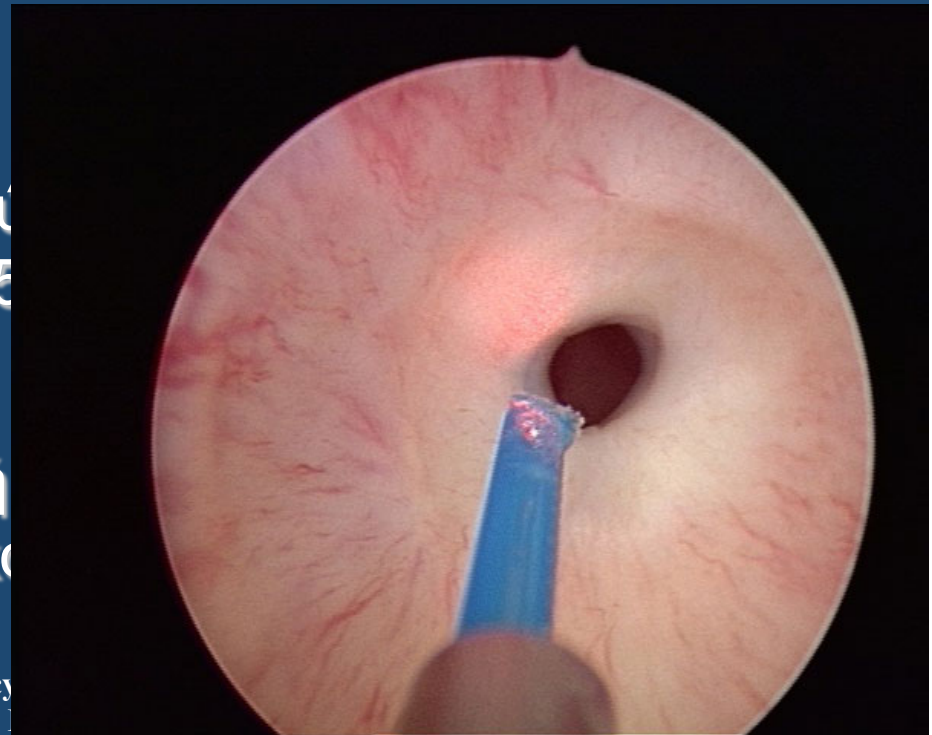
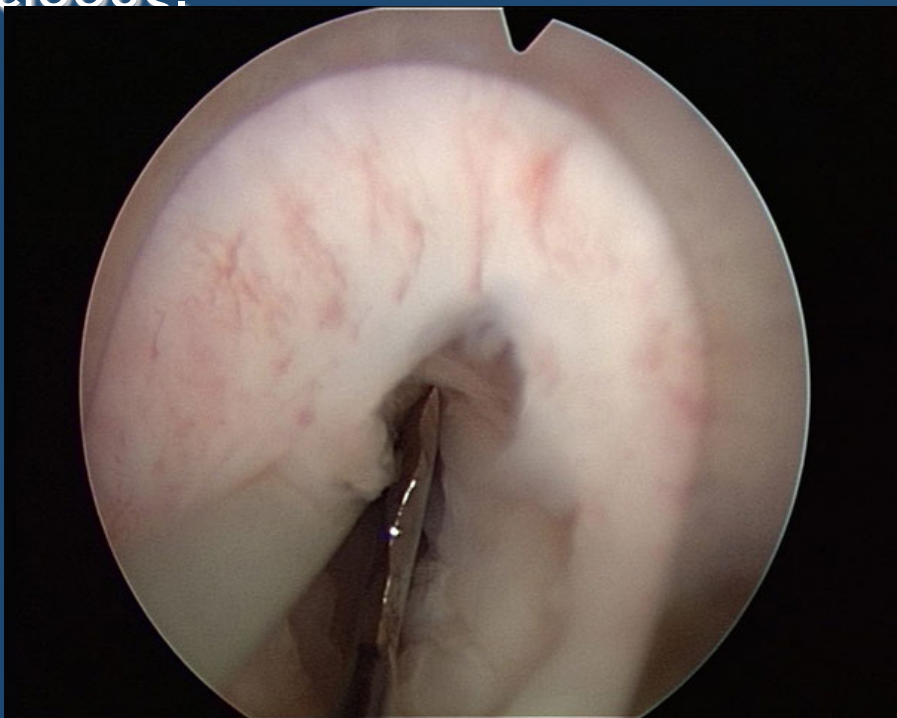
1. Χρειάζεται ο αυτοκαθετηριασμός μετά τη διάνοιξη του στενώματος;

Οι απόψεις δίστανται με αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα που αναφέρουν βελτίωση όσο και για αποτυχία και αύξηση επιπλοκών.

Προβληματισμοί.....

1. Ουρηθροτομή με “cold knife” ή “lasers”;

Ίδια ποσοστά επιπλοκών και επιτυχίας για τα lasers κάθε είδους.



Προβληματισμοί.....

1. Stents ουρήθρας: Έχουν θέση;

Τα προσωρινά stents τα οποία έχουν θέση κυρίως για την οπίσθια ουρήθρα, χρειάζονται αλλαγή κάθε 3-12 μήνες.

Med Devices (Auckl). 2011; 4():27-33

Τα stents βολβικής ουρήθρας έχουν αποσυρθεί, λόγω υψηλών ποσοστών επιπλοκών και δυσανεξίας, από πολλές χώρες.

Nat Rev Urol. 2014 Jan; 11(1): 43–50.

Ιατρογενείς Κακώσεις

5. Πόσο ασφαλής είναι η Glide Wire τεχνική τοποθέτησης- διαστολής?

- ✓ Η προσπέλαση ενός μη εκτεταμένου στενώματος με την Over-the-glide-wire τεχνική είναι ασφαλέστατη όσο για το επίπεδο των επειγόντων νοσοκομείου, όσο και για το ιδιωτικό ιατρείο.
- ✓ Είναι εξαιρετικά atraumatic σε σημείο που δεν χρειάζεται να διακοπεί ακόμα και η 2πλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.
- ✓ Το κόστος των υλικών είναι εξαιρετικά χαμηλό και cost-effective σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις.

