

Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών

Σ. Τζαμαρίας ¹, Ι. Μοσχούρης ², Κ. Σταματίου ¹

¹ Ουρολογική Κλινική και ² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, ΓΝ Πειραιά "Τζάνειο"

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα στενώματα ουρήθρας προκαλούν απόφραξη ή μειωμένη ροή των ούρων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Η απλή οπτική εσωτερική ουρηθροτομή είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος. Αν και είναι απλή, απαιτεί δεξιοτήτες και εξοπλισμό και μπορεί να παρουσιάσει τεχνικές δυσκολίες. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζουμε την αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών.



Λέξεις Ευρετηρίου: στενώματα ουρήθρας, ουρηθροτομή, αγγειογραφικές τεχνικές.



Παραπομπή

Σ. Τζαμαρίας, Ι. Μοσχούρης, Κ. Σταματίου. Αντιμετώπιση ενός απροσπέλαστου στενώματος ουρήθρας με χρήση αγγειογραφικών τεχνικών. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(1): 92-96

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα στενώματα ουρήθρας προκαλούν απόφραξη ή μειωμένη ροή των ούρων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από εκδηλώσεις που κυμαίνονται από ήπια δυσφορία έως επίσχεση ούρων που μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια με σοβαρές επιπλοκές, όπως ουρολοιμώξεις και νεφρική ανεπάρκεια. Τα αίτια των στενωμάτων ποικίλουν και περιλαμβάνουν τραύμα της ουρήθρας,

χρόνιες φλεγμονές και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που είναι και η πιο συχνή αιτία. Η θεραπεία της στενωμάτων ουρήθρας είναι συχνά δύσκολη τόσο για τεχνικούς λόγους που σχετίζονται με το χειρουργείο όσο και γιατί αυτά χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά υποτροπής. Επί του παρόντος, τρεις διαφορετικές επεμβάσεις χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία τους: διαστολές, εσωτερική ουρηθροτομία υπό όραση και ανοιχτή

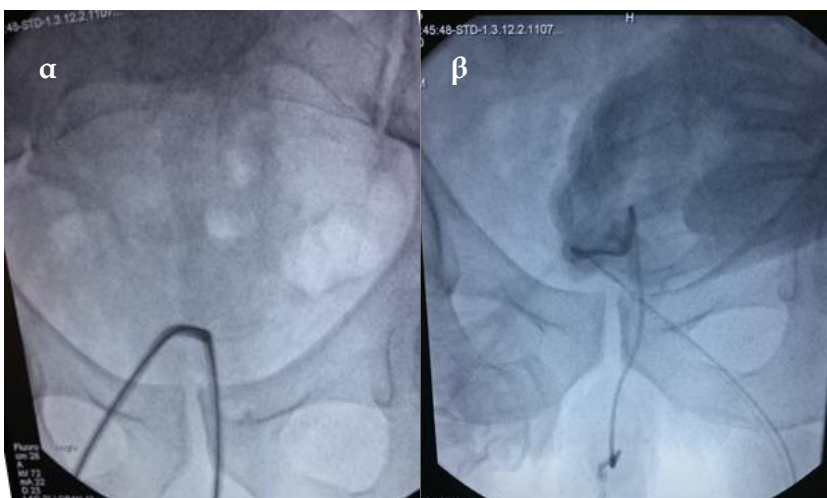
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

ουρηθροπλαστική¹. Η επιλογή θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο, το μήκος και αιτιολογία των στένωσης. Ωστόσο, η τελική απόφαση επηρεάζεται από την απλότητα της μεθόδου, τις προτιμήσεις του ασθενούς, καθώς και τον διαθέσιμο εξοπλισμό. Η απλή οπτική εσωτερική ουρηθροτομή είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος. Αν και είναι απλή, απαιτεί δεξιότητες και εξοπλισμό και μπορεί να παρουσιάσει τεχνικές δυσκολίες ειδικά όταν αντιμετωπίζονται μεταφλεγμονώδεις στενώσεις, όταν υπάρχει σοβαρή διεγχειρητική αιμορραγία καθώς και όταν τα στενώματα είναι επίμονα, μεγάλα και η βατότητα του αυλού είναι ελάχιστη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ένας 65χρονος ασθενής προσήλθε στο τμήμα μας με σοβαρή δυσχέρεια ούρησης. Από το ιστορικό ανέφερε εσωτερική ουρηθροτομία λόγω διαγνωσθέντος στενώματος της οπίσθιας ουρήθρας προ δμήνου. Αν και δεν είναι γνωστή η έναρξη της πάθησης πιθανολογείται ότι το [πρόβλημα ξεκίνησε προ 3ετίας μετά από διεγχειρητικό καθετηριασμό ουρήθρας λόγω

χολοκυστεκτομής. Κατά την διενέργεια της ουρηθροσκοπησης διαπιστώθηκε απόλυτο κώλυμα στην οπίσθια ουρήθρα λίγα εκατοστά πριν το σπερματικό λοφίδιο. Έγινε απόπειρα διενέργειας εσωτερικής ουρηθροτομίας χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα. Τοποθετήθηκε υπερηβικός καθετήρας και ο ασθενής προγραμματίστηκε για ορθόδρομη (υπερηβική) τοποθέτηση οδηγού σύρματος προς διευκόλυνση της εσωτερικής ουρηθροτομίας σε δεύτερο χρόνο. Μέσω της υπερηβικής κυστεοστομίας η ουροδόχος κύστη γέμισε με 300 ml αραιωμένου ιωδιούχου σκιαγραφικού μέσου (διάλυμα: 1/3). Ένα απλό αγγειογραφικό σύρμα εισήχθη στην ουροδόχο κύστη μέσω του υπερηβικού καθετήρα (εικόνα 1α). Ο τελευταίος απομακρύνθηκε και ανταλλάχθηκε με ένα βραχύ (11 εκατοστά) αγγειογραφικό θηκάρι 5-fr. Το αγγειογραφικό σύρμα στη συνέχεια αποσύρθηκε και στη θέση του τοποθετήθηκε ένας αγγειογραφικός καθετήρας τύπου cobra με ένα υδρόφιλο οδηγό σύρμα, J-tip. Υπό ακτινοσκόπηση ο καθετήρας με το οδηγό σύρμα οδηγήθηκε προς την κατεύθυνση του εγγύς στομίου της ουρήθρας και στη συνέχεια στην ουρήθρα έως το έξω στόμιο (εικόνα 1β).



Εικόνα 1. α) Εισαγωγή αγγειογραφικού οδηγού σύρματος εντός της ουροδόχου κύστεως, δια του υπερηβικού καθετήρα. β) Καθετηριασμός του στενώματος της ουρήθρας με τη βοήθεια του υδρόφιλου σύρματος και αγγειογραφικού καθετήρα.



Εικόνα 2. Κλινική φωτογραφία αμέσως μετά την διέλευση του αγγειογραφικού καθετήρα δια του στενώματος και την έξοδό του από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Ο καθετήρας αγγειογραφίας στη συνέχεια προωθείται κατά μήκος της στένωσης πάνω από το οδηγό σύρμα. Ο καθετήρας και το σύρμα περνούν μέσα από τον υπερηβικό καθετήρα και τον ουροσυλλέκτη (εικόνα 2). Ο ασθενής στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο χειρουργείο και τοποθετήθηκε σε θέση λιθοτομίας υπό ραχιαία αναισθησία. Το οδηγό σύρμα τοποθετήθηκε μέσω του καναλιού εργασίας του ουρηθροτομου. Διατηρώντας τον καθετήρα αγγειογραφίας τεντωμένο, το όργανο εισήχθη στην ουρήθρα και οδηγήθηκε προς την στένωση. Η στένωση αποκόπηκε στη έκτη ώρα κατά μήκος της στενωμένης ουρήθρας (εικόνες 3α και 3β). Μετά την ολοκλήρωση της εσωτερικής τομής το σύρμα και ο αγγειογραφικός καθετήρας αποσύρθηκαν και ένας καθετήρας Foley εισήχθη στην ουροδόχο κύστη. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε την 10η μετεγχειρητική ημέρα.

ΣΧΟΛΙΟ

Η εσωτερική ουρηθροτομή έχει τα πλεονεκτήματα της ευκολίας, της απλότητας, της ταχύτητας και της σύντομης ανάρρωσης. Ωστόσο, τα ποσοστά επιτυχίας δεν είναι



Εικόνα 3. α,β) Ουρηθροσκοπικές εικόνες κατά τη διάρκεια της διάνοιξης του στενώματος, με οδηγό τον αγγειογραφικό καθετήρα.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

υψηλά και μάλιστα τα βραχυπρόθεσμα (3-6 μήνες) ποσοστά επιτυχίας είναι 70 έως 80%. Μολαταύτα το ποσοστό αυτό δεν επιδεινώνεται στο βάθος του χρόνου και μετά από πέντε έτη το ποσοστό υποτροπής είναι μεταξύ 74 και 86%. Αν και διαφορετικές μελέτες έχουν προτείνει διαφορετικές αιτίες ως υπεύθυνες για την κακή απόκριση της εσωτερικής ουρηθροτομίας, τεχνικοί και ανατομικοί παράγοντες, όπως η μειωμένη ορατότητα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, το μήκος στένωσης, η εξαιρετικά στενή ή ελικοειδής ουρήθρα είναι οι κύριοι λόγοι που προδιαθέτουν στην αποτυχία. Η ανάδρομη ενστάλαξη του κυανού του μεθυλενίου μέσα από τον

υπερηβικό καθετήρα και η ετερόδρομη προώθηση ουρητηρικού καθετήρα χρησιμοποιούνται συνήθως προκειμένου να απεικονιστεί το στόμιο της ουρήθρας και να καθοδηγήσει τον ουρηθροτόμο σε περιπτώσεις που υπάρχουν οι παραπάνω παράγοντες. Ωστόσο η βοήθεια είναι περιορισμένη. Σε αντίθεση, η ορθόδρομη τοποθέτηση του καθετήρα αγγειογραφίας είναι ασφαλής και αποδοτική μέθοδος ενώ μειώνει δραματικά τον χειρουργικό χρόνο. Συμπερασματικά, η περιγραφείσα τεχνική μπορεί να βοηθήσει τόσο στο έδαφος τεχνικών όσο και ανατομικών παραγόντων που καθιστούν δύσκολη την οπτική εσωτερική ουρηθροτομία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tritschler S, Roosen A, Fullhase C, et al., Urethral stricture: etiology, investigation and treatments. *Deutsches Arzteblatt International*, 2013;110(13):220-226.
2. Tinaut-Ranera J, Arrabal-Polo MA, Merino-Salas S, et al. Outcome of urethral strictures treated by endoscopic urethrotomy and urethroplasty. *Can Urol Assoc J*. 2014; 8(1-2): E16-E19.
3. Stamatiou K, Papadatou P, Moschouris H, et al. A Simple Technique to Facilitate Treatment of Urethral Strictures with Optical Internal Urethrotomy. *Case Reports in Urology* 2014, ID 137605.
4. Zehri AA, M.H. Ather, Afshan Q. Predictors of recurrence of urethral stricture disease following optical urethrotomy. *Int Jour Surg* 2009;7(4):361-364.

Treatment of an inaccessible urethral stricture with utilization of angiographic techniques

S. Tzamarias ¹, H. Moschouris ², K. Stamatiou ¹

¹ Department of Urology and ² Department of Interventional Radiology, General Hospital "Tzaneio", Piraeus, Greece

ABSTRACT

Urethral strictures can cause blockage or reduced flow of urine which may lead to serious complications. The simple visual internal urethrotomy is the most common method. Although it is simple, it requires skills and equipment and can present technical difficulties. In this article we present the treatment of an inaccessible urethral stricture using angiographic techniques.



Keywords: urethral strictures, urethrotomy, angiographic techniques



Citation

S. Tzamarias, H. Moschouris, K. Stamatiou. Treatment of an inaccessible urethral stricture with utilization of angiographic techniques. *Scientific Chronicles* 2016; 21(1): 92-96

Συγγραφέας επικοινωνίας

Κωνσταντίνος Σταματιού, E-mail addresses: stamatiouk@gmail.com