

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.:	Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΑΝΕΖΙΝΗΣ Π.:	Διευθύντρια Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκ. Χανίων
ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Θ.:	Αναπλ. Διευθύντρια Ουρολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «Αγ. Σάββας»
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ξ.:	Επίκ. Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
ΖΑΧΑΡΗΣ Γ.:	Χειρουργός Ουρολόγος, Λάρισα
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ.:	Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΛΙΑΚΑΤΑΣ Ι.:	Αν. Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής ΓΠΠΑ «Γ. Γεννηματάς»
ΜΕΛΕΚΟΣ Μ.:	Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θεσσαλίας
ΠΑΝΟΥΣΑΚΗΣ Γ.:	Αναπληρωτής Διευθυντής Ουρολογίας Νοσ. «Αγ. Σάββας»
ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Δ.:	Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Χ.:	Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β' Νοσοκ. Άρτας
ΠΙΚΡΑΜΕΝΟΣ Δ.:	Χειρουργός Ουρολόγος, Αθήνα
ΣΕΡΑΦΕΤΙΝΙΔΗΣ Σ.:	Χειρουργός Ουρολόγος
ΣΚΡΕΠΕΤΗΣ Κ.:	Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Ουρολογικής Κλινικής Νοσ. Καλαμάτας
ΤΟΥΛΟΥΠΙΔΗΣ ΣΤ.:	Αναπλ. Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θράκης
ΦΛΑΡΑΤΟΣ Δ.:	Χειρουργός Ουρολόγος
ΛΑΜΠΟΥ Χ.:	Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Νοσοκ. Λαμίας
ΧΡΥΣΟΓΟΝΙΔΗΣ Ι.:	Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Νοσοκ. «Αγ. Δημήτριος Θεσ/νίκης»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΥΛΗΣ: Χ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Η Συντακτική Επιτροπή επισημαίνει ότι οι στήλες της εφημερίδας είναι ανοικτές για κάθε συνεργασία συναδέλφου που θα αφορά σε θεραπευτικό θέμα, ανασκόπηση, βιβλιογραφική ενημέρωση γύρω από επίκαιρα ή κλασικά ουρολογικά θέματα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO UROLOGY

Το "INFO UROLOGY" έχει βασικό στόχο την ενημέρωση των ουρολόγων και των συναφών ιατρικών ειδικοτήτων. Η ύλη δημοσιεύεται με συντομία, σαφήνεια και ακρίβεια και καλύπτει τομείς και θεματολογία από όλο το φάσμα της ουρολογίας.

Το INFO UROLOGY δέχεται για δημοσίευση:

- Ανασκοπήσεις ουρολογικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις (σε αυτή την ενότητα δημοσιεύονται όχι περισσότερα από δύο ονόματα για την επιμέλεια).
- Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα.
- Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην ουρολογία.
- Επίκαιρα ουρολογικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της ουρολογίας.
- Κλινικοπαθολογικές συζητήσεις.
- Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών.
- Ειδικά άρθρα.
- Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου.
- Ουρολογία και Πληροφορική.
- Επιστολές προς τη σύνταξη.
- Ουρολογία και Ιστορία.
- Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες.
- Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα.
- Ερωτήσεις αυτοελέγχου ουρολογικών γνώσεων.
- Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στην ουρολογία.
- Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν στον τεχνικό εξοπλισμό του ουρολογικού ιατρείου ή των ενδοσκοπικών μονάδων.
- Πρακτικά ουρολογικά θέματα.
- Γενικά ιατρικά θέματα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ουρολογία.
- Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων.

Επίσης το INFO UROLOGY δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά, με την προϋπόθεση να υπάρχει αναφορά στην πηγή και άδεια από το συγγραφέα.

Οδηγίες για τη σύνταξη χειρόγραφων και δισκετών Η/Υ προς αποστολή για το INFO UROLOGY

- Δύο αντίγραφα του χειρόγραφου, δακτυλογραφημένα ή εκτυπωμένα σε εκτυπωτή με διπλό διάστημα, σε λευκό χαρτί διαστάσεων Α4 (21 x 28 cm).
- Χρησιμοποιήστε ξεχωριστό φύλλο για από τα εξής τμήματα (που πρέπει να αποτεθούν το χειρόγραφο) καθένα:
 - α) Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο, στοιχεία των συγγραφέων (ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail (αν υπάρχει)). β) Κείμενο. γ) Βιβλιογραφία, εάν είναι απαραίτητη. δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα). ε) Υπότιτλοι των εικόνων.
 - Εικόνες - σχέδια, φωτογραφίες, slides. Τοποθετήστε αυτοκόλλητη επιγραφή στο πίσω μέρος τους με τα εξής στοιχεία: Όνομα συγγραφέα, αριθμός της εικόνας, βέλος που να δείχνει το πάνω μέρος της.
 - Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή:
 - α) είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy)
 - β) είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα "INFO UROLOGY"»

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Σημείωση: Χειρόγραφα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχήματα, πίνακες, φωτογραφίες, διαφάνειες ή δισκέτες δεν επιστρέφονται.

Παρακαλώ, αποστείλατε τα χειρόγραφα, δισκέτες και το λοιπό έντυπο υλικό προς δημοσίευση, στη διεύθυνση: ΠΡΟΣ: INFO UROLOGY

Υπόψη κ. Χαλιώτη ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ, Δ/νση: Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα
Τηλ.: 210 67.77.590, Fax: 210 67.56.352, E-mail: kafkas@otenet.gr

Η τεχνική της τοποθέτησης της νέας επαναρυθμιζόμενης ταινίας εγκράτειας System Argus

Θ. ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ¹, W. HUEBNER², Θ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ³, Σ. ΜΠΙΣΙΑΣ³

¹Αναπληρωτής Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής «Άγιος Σάββας»
²HUMANISKLINICUM KORNEUBURG Austria Head of Urology Department
³Ουρολογική Κλινική «Άγιος Σάββας»

Η ακράτεια των ούρων (διαφόρων βαθμών) αποτελεί μια ενοχλητική επιπλοκή της ριζικής προστατεκτομής για καρκίνο προστάτη, τόσο για τον ασθενή, όσο και για το θεράποντα ιατρό. Ο αριθμός των ασθενών με ακράτεια μετά ριζική προστατεκτομή έχει αυξηθεί λόγω της αύξησης των επεμβάσεων κυρίως σε νέα και κατά τα άλλα υγιή άτομα που απαιτούν μια καλή ποιότητα ζωής. Η επίπτωση της ακράτειας στην ποιότητα ζωής είναι πολύ σημαντική. Σε μεγάλη έρευνα διαπιστώθηκε πως η ακράτεια και όχι η στυτική λειτουργία επιδρά περισσότερο στην ποιότητα ζωής, ενώ σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 26% των ασθενών με ακράτεια είχαν περιορίσει σημαντικά τις καθημερινές ανάγκες.

Γενικά

Από το 2004-2007, έχουμε χρησιμοποιήσει ως μεθόδους για την αντιμετώπιση μικρού και μεσαίου βαθμού ακράτειας μετά από ριζική προστατεκτομή την ταινία εγκράτειας In-Vance, καθώς και τη νεότερης γενιάς ταινία Ad Vance, ενώ για την πλήρη ακράτεια τον τεχνητό σφιγκτήρα AMS 800. Τελευταία δοκιμάσαμε και για τη μικρού-μεσαίου βαθμού ακράτεια, καθώς και για την πλήρη ακράτεια τη νέα καινοτόμο ταινία ακράτειας male sling Argus.

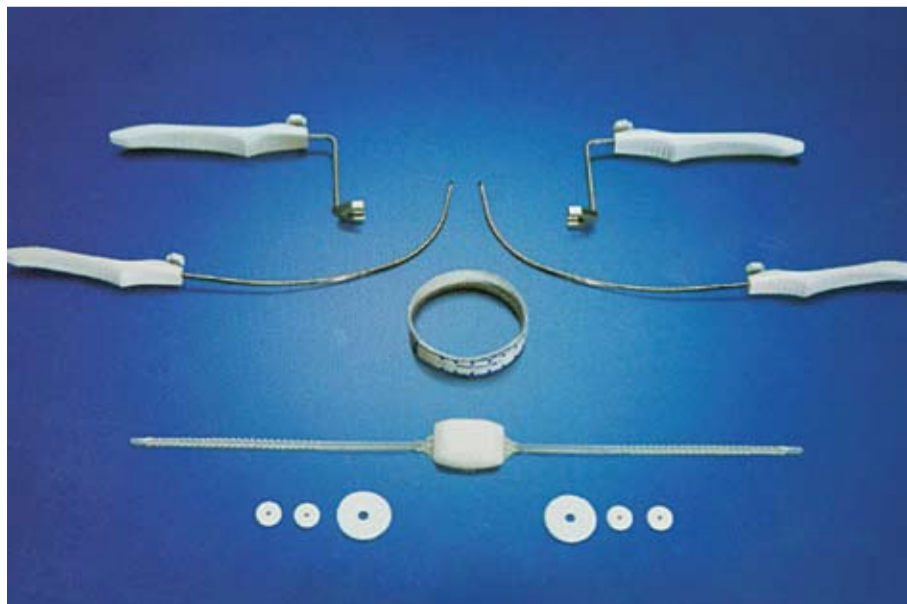
Στις 12-3-09, στην Ουρολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας», μαζί με τον Καθηγητή Wilhelm Huebner από τη Βιέννη τοποθετήσαμε σε 3 ασθενείς ταινία εγκράτειας οπισθοθηβικής προσπέλασης μετά από ριζική προστατεκτομή.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να αναλύσουμε την τεχνική της επέμβασης και στο τέλος να τη συγκρίνουμε με τις άλλες συσκευές.

Τι είναι η ταινία εγκράτειας ARGUS οπισθοθηβικής προσπέλασης (εικόνα 1) και πώς λειτουργεί

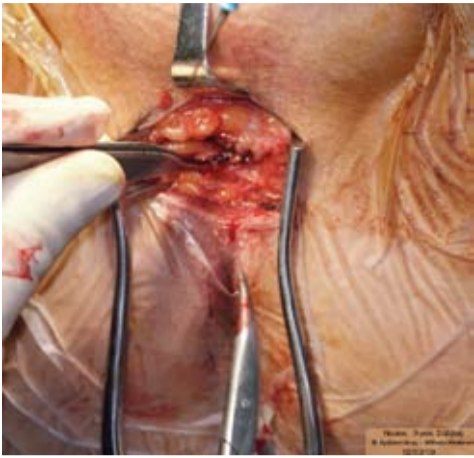
Το μαξιλαράκι (foam) που εφάπτεται της βοβηλικής

Από το 2004-2007, έχουμε χρησιμοποιήσει ως μεθόδους για την αντιμετώπιση μικρού και μεσαίου βαθμού ακράτειας μετά από ριζική προστατεκτομή την ταινία εγκράτειας In-Vance, καθώς και τη νεότερης γενιάς ταινία Ad Vance, ενώ για την πλήρη ακράτεια τον τεχνητό σφιγκτήρα AMS 800. Τελευταία δοκιμάσαμε και για τη μικρού-μεσαίου βαθμού ακράτεια, καθώς και για την πλήρη ακράτεια τη νέα καινοτόμο ταινία ακράτειας male sling Argus



Εικόνα 1. Η ταινία εγκράτειας ARGUS αποτελείται από τα εξής μέρη, όπως βλέπετε την εικόνα 1 από πάνω προς τα κάτω:

- 1: 2 σφιγκτήρες των ρυθμιζόμενων-δακτυλίδια
- 2: 2 βελόνες
- 3: Το μέτρο για τη ρύθμιση των πιέσεων
- 4: Η ταινία με το μαξιλαράκι 42mm από πολυδιμεθυλοσιλοξάνη ακτινοδιαπερατό
- 5: 4 δακτυλίδια (2 μικρά και 2 μεγάλα για τη σταθεροποίηση της ταινίας).



Εικόνα 2, 3, 4. Τεχνική της τοποθέτησης της νέας επαναρρυθμιζόμενης ταινίας εγκράτειας.

ουρήθρας είναι χαμηλής τάσης. Με αυτόν τον τρόπο κρατά κλειστή την ουρήθρα κατά την πλήρωση της κύστεως, έτσι ώστε ο ασθενής να μην έχει ακούσια απώλεια ούρων.

Στην κατάσταση αυτή παραμένει μέχρι να πληρωθεί πλήρως η ουροδόχος κύστη. Τότε, με τη σύσπαση του εξωστήρα μυ, το μαξιλαράκι(foam) χαλαρώνει και η κύστη του ασθενούς αδειάζει φυσιολογικά.

Τεχνική της επέμβασης

Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής, με επισκληρίδιο αναισθησία και, αφού τοποθετηθεί καθετήρας 16ch, εκτελείται μέση περινεϊκή τομή 5-6cm και ανευρίσκεται η ουρήθρα και ο βομβοσηραγωγός μυς (εικόνα 2).

Στη συνέχεια παρασκευάζεται ο χώρος δεξιά και αριστερά από την ουρήθρα για να αποκαλυφθούν οι ηβοϊσχιακοί κλάδοι, χωρίς όμως να διαταμεί ο βομβοσηραγωγός μυς (εικόνας 3, 4).

Αφού παρασκευαστούν οι κλάδοι, γίνεται η τοποθέτηση της πρώτης βελόνας δεξιά, η οποία θα εισέλθει κάτω από τον κλάδο, με φορά παράλληλη προς το έδαφος, για να εξέλθει υπερηβικά σε δύο μικρές τομές που έχουν γίνει προηγουμένως. Το ίδιο γίνεται και από την αριστερή πλευρά (εικόνας 5, 6).

Μετά την εισαγωγή των βελονών, γίνεται έλεγχος της ουροδόχου κύστεως για τυχόν ρήξη της, με κυστεοσκόπηση ή βλέποντας το χρώμα των ούρων που εξέρχονται από τον καθετήρα (εικόνα 7).

Στη συνέχεια προσαρμόζουμε την άκρη της ταινίας στο άκρο της κάθε βελόνας (πρώτα δεξιά και μετά αριστερά) και τραβάμε τις βελόνες προς τα επάνω για να εξέλθουν οι άκρες της ταινίας (εικόνας 8, 9).

Όταν περάσουν οι άκρες της ταινίας υπερηβικά και στις δύο πλευρές, θα έχουμε την εικόνα που φαίνεται στην εικόνα 10.

Στη φάση αυτή, αφαιρείται ο καθετήρας και ετοιμαζόμαστε να ρυθμίσουμε την ταινία με βάση τις πιέσεις.

Η μέτρηση των πιέσεων γίνεται με ένα σύστημα ορού NaCl 0,9% 1lt, το οποίο συνδέεται με την είσοδο του κυστεοσκοπίου, ενώ πάνω στο stateau του ορού προσαρμόζεται η μεζούρα μέτρησης των πιέσεων, η οποία και περιέχεται μέσα στο σύστημα (εικόνα 10). Όλες οι μετρήσεις που θα περιγραφούν παρακάτω γίνονται με το κρεβάτι του ασθενούς σε οριζόντιο επίπεδο σε σχέση με το έδαφος.

Αρχικά, εισάγεται το κυστεοσκόπιο στην ουροδόχο κύστη και κενώνεται η κύστη από τα περιεχόμενα ούρα. Κατόπιν, ανοίγουμε σε πλήρη ροή το σύστημα του ορού και στο σημείο της μεζούρας που σταματάει η ροή του ορού παίρνουμε την πρώτη μέτρηση που είναι κυρίως μια ένδειξη στανταρίσματος του συστήματος μέτρησης και αναμένεται να είναι περίπου 10-15cm στήλης ύδατος. Στη συνέχεια, τοποθετείται το κυστεοσκόπιο στο μέσο της πείκης ουρήθρας και αφού συγκλεισθεί η ουρήθρα πιέζοντας με το δάκτυλό μας πάνω στο κυστεοσκόπιο για να μην υπάρχει διαφυγή ύδατος, παίρνουμε με το σύστημα του ορού μια δεύτερη μέτρηση που αντικατοπτρίζει και την εναπομείνασα σφιγκτηριακή λειτουργία του ασθενούς ανάλογα με το βαθμό ακράτειας, η οποία κυμαίνεται μεταξύ 20-25cm στήλης ύδατος.

Με βάση αυτή τη μέτρηση τραβάμε υπερηβικά τα δυο άκρα της ταινίας, ώστε να σφίξει το μαξιλαράκι πάνω στην ουρήθρα και ξαναμετράμε με τον ίδιο μηχανισμό τις πιέσεις που μετά από την εφαρμογή της ταινίας πάνω στην ουρήθρα πρέπει να είναι περίπου 10-15cm στήλης ύδατος μεγαλύτερες από την προηγούμενη μέτρηση,



Εικόνας 5, 6. Είσοδος της βελόνας και έξοδος υπερηβικά.



Εικόνας 8, 9. Η εφαρμογή της ταινίας πάνω στη βελόνα.



Εικόνα 7. Έλεγχος της ουροδόχου κύστεως για τυχόν ρήξη της.



Εικόνα 10. Το μαξιλαράκι της ταινίας μπροστά από την ουρήθρα.

υποδόριο ιστό στην υπερηβική τομή (εικόνα 13) και κατόπιν κλείνουμε κατά στρώματα, τόσο την περινεϊκή τομή, όσο και την υπερηβική και τοποθετούμε καθετήρα 16ch.

Ο καθετήρας θα παραμείνει για δύο μέρες και ο ασθενής μπορεί να εξέλθει από το νοσοκομείο υπό αντιβιοτική αγωγή για μία εβδομάδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανδρική ταινία Argus είναι μια νέα συσκευή, η οποία χρησιμοποιείται τουλάχιστον 5 χρόνια στην Ευρώπη και ειδικότερα στην Γερμανία.

Η διαδικασία της τοποθέτησής της είναι μικρής χειρουργικής παρεμβατικότητας και θεωρούμε ότι πλεονεκτεί σε τρία σημεία έναντι των άλλων ταινιών:

- Η ταινία είναι επαναρρυθμιζόμενη που σημαίνει ότι, εάν για τον οποιονδήποτε λόγο μετά από ένα χρονικό διάστημα ο ασθενής έχει πάλι απώλεια ούρων, μπορεί να επαναρρυθμιστεί με πολύ απλή διαδικασία μέσω της υπερηβικής τομής.

αλλά όχι πάνω από 35-40cm στήλης ύδατος, ώστε να μην προκληθεί επίσχεση των ούρων. Στο σημείο αυτό θα γίνει υπερηβικά και η σταθεροποίηση της ταινίας με τα δύο δακτυλίδια.

Η μέθοδος αυτή ρύθμισης των πιέσεων που πρέπει να ασκηθούν από την ταινία στην ουρήθρα, αν και φαίνεται κάπως εμπειρική, έχει προκύψει μετά από ουροδυναμικές μελέτες και πολλές δοκιμές που έχουν γίνει στην κλινική του κ. Huebner σε άνω των 600 ασθενών και είναι πρακτική αλλά και, όπως διαπιστώσαμε, αποτελεσματική (εικόνας 11, 12).

Τέλος, ενταφιάζονται τα άκρα της ταινίας κάτω από τον



Εικόνα 11. Μέτρηση των πιέσεων.



Εικόνα 12. Σταθεροποίηση της ταινίας με το δακτυλίδι.



Εικόνα 13. Ενταφιασμός της ταινίας.

- Το μαξιλαράκι που παθητικά πιέζει την ουρήθρα έχει πολύ καλή κατασκευή, είναι μαλακό και έχει ικανοποιητικό μέγεθος 42mm, ώστε να μη στραγγαλίζει την ουρήθρα.
- Το αποτέλεσμα της επέμβασης είναι άμεσο μετά τη μέτρηση των ενδοουρηθρικών πιέσεων και την τελική ρύθμιση της ταινίας.

Βέβαια, αν και τα αρχικά αποτελέσματα από την επέμβαση είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, το διάστημα παρακολούθησης των 3 ασθενών που υποβλήθηκαν στην ανωτέρω επέμβαση είναι σχετικά μικρό, ώστε τα απώτερα αποτελέσματα της μεθόδου να είναι συγκρίσιμα με αυτά των άλλων μεθόδων αντιμετώπισης της ακράτειας που έχουμε εφαρμόσει στο παρελθόν.

Ωστόσο, από τη διεθνή βιβλιογραφία και από πολυκεντρικές μελέτες, τα αναφερόμενα ποσοστά επιτυχίας αγγίζουν το 85%.

Βιβλιογραφία

1. Madjar S, Jacoby K, Giberti C et al. Bone anchored sling for the treatment of post-prostatectomy incontinence. J Urol 2001; 165:72-6.
2. Comiter CV. The male sling for stress urinary incontinence: a prospective study. J Urol 2002; 167:597-601.
3. Tse V, Stone AR. Incontinence after prostatectomy: the artificial urinary sphincter. BJU Int 2003; 92:886-9.
4. Palma PC, Netto NR. Alça puburetral sintética no tratamento da incontinência urinária masculina. J Bras Urol 1993.
5. Romano S., Metrebian S E, Vaz F, Muller, V, D' Ancona, C A, Costa, D E, Souza E A, Nakamura F. An adjustable male sling for treating urinary incontinence after prostatectomy: Aphase III multicentre trial. BJU Int 2006; 97:533-8. 