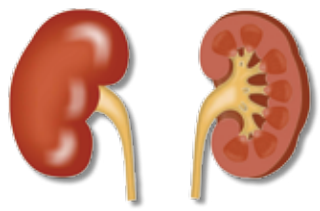
Κακώσεις Ουρητήρα

Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ
Χειρουργός Ουρολόγος, Βιοιατρική Θεσσαλονίκη
Πρόεδρος Συντονιστικής Επιτροπής ΟΝΟΓΟ της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας



Οι κακώσεις του ουρητήρα στη Γυναικολογική Χειρουργική, παρόλο που αποτελούν σπάνια επιπλοκή, μπορεί να επιφέρουν σοβαρά προβλήματα εάν δεν αναγνωριστούν έγκαιρα, και αντιμετωπισθούν κατάλληλα.
Η συχνότητα των ουρητηρικών κακώσεων κατά τη διάρκεια επεμβάσεων στην πύελο αναφέρεται διεθνώς να κυμαίνεται μεταξύ 0,5% έως 1,5%. Από αυτές περίπου το 75% συμβαίνει σε Γυναικολόγους, ακριβώς επειδή αυτοί δουλεύουν πολύ κοντά στον ουρητήρα[1].

Μελετήσαμε σε ένα μεγάλο Νοσοκομείο τη συχνότητα κακώσεων του ουροποιητικού και τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτές.

Δημοσιεύσαμε τα συμπεράσματα μας το έτος 2000[2].

Σε σύνολο 15.448 Γυναικολογικών και Μαιευτικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, σε μια περίοδο 13 ετών, διαπιστώθηκαν συνολικά 96 κακώσεις, δηλαδή ποσοστό 0,62%.

Από αυτές 79 αφορούσαν τους ουρητήρες, ποσοστό δηλαδή 82,3% επί του συνόλου των κακώσεων τον ένα ουρητήρα και 4,17% τους δύο ουρητήρες.

Το κλειδί της πρόληψης είναι η προσοχή κατά τη διάρκεια της επέμβασης και η προσεκτική αναζήτηση του ουρητήρα. Αυτό γίνεται με την αναζήτηση της περίσταλσής του, ή με την αναζήτησή του στον οπισθοπεριτοναικό χώρο σε υψηλότερη θέση από αυτήν της παθολογίας και βασικά στο διχασμό των λαγονίων αγγείων.

Ταξινομώντας τις ουρητηρικές κακώσεις ανάλογα με το είδος της επέμβασης κατά τη διάρκεια της οποίας συνέβησαν, διαπιστώθηκε ότι το 33% των ουρητηρικών κακώσεων έγιναν κατά τη διάρκεια ολικής υστερεκτομής, το 20% υφολικής υστερεκτομής, 8,4% κατά τη διάρκεια κολπικής υστερεκτομής, 8,4% κατά την ανάρτηση του κυστικού αυχένα κατά Burch, 7,2% σε εξαρτηματεκτομή, 4,8% κατά την λαπαροσκοπική υστερεκτομή και μικρότερα ποσοστά σε άλλες σπανιότερες αιτίες.

Το συνολικό ποσοστό των ουρητητικών κακώσεων διαπιστώθηκε να κυμαίνεται περίπου στο 0,54%. Αυτό αφορά επιπλοκή που διαπιστώθηκε διεγχειρητικά.

Επειδή το 70% των κακώσεων του ουρητήρα επιφανοποιείται μετεγχειρητικά, το πραγματικό ποσοστό κακώσεων ουρητήρων ανεβαίνει στο 1,8% των συνολικών επεμβάσεων, ποσοστά χαμηλά και συγκρίσιμα με της διεθνούς βιβλιογραφίας που κυμαίνονται από 0,5% έως 1,5%.

Οι κακώσεις του ουροποιητικού κατά τη διάρκεια χειρ/κών επεμβάσεων και κυρίως του ουρητήρα, αποτελούν αντικείμενο προβληματισμού για τους Γυναικολόγους - Μαιευτήρες, επειδή στο 75% των περιπτώσεων είναι οι χειρουργοί. Η διαπίστωση αυτή δεν αντικατοπτρίζει την έλλειψη δεξιοτεχνίας, αλλά μάλλον αντανακλά το γεγονός ότι πραγματοποιούν την πλειονότητα των επεμβάσεων στην μικρή πύελο και σε γειτνίαση με τους ουρητήρες. Βέβαια, θα πρέπει να είναι σε θέση να προλαμβάνουν, να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αυτή την επιπλοκή.

Η πλειοψηφία των κακώσεων συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ολικής ή υφολικής κοιλιακής υστερεκτομής. Αντίθετα, μικρός είναι ο αριθμός κατά τις κολπικές υστερεκτομές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πρώτες γίνονται για κακοήθεις παθήσεις με διαταραγμένη την ανατομία της περιοχής και οι δεύτερες σε καλοήθεις παθήσεις.

Το ποσοστό των κακώσεων ήταν πολύ χαμηλό στις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (4,8%) σε αντίθεση με τα διεθνή δεδομένα (περίπου 25%), που ερμηνεύεται με την πρόσφατη για το 2000 ανάπτυξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής με μικρό αριθμό επεμβάσεων.

Η κάκωση στον ουρητήρα επέρχεται με σύνθλιψή του, περίδεση, διατομή, γωνίωση και απόφραξή του, ισχαιμία και τέλος πλήρη εκτομή του. Τα συχνότερα σημεία κάκωσης είναι στα τρία τελευταία εκατοστά του, μεταξύ των μητριαίων αγγείων και της κύστης[3].

Βασικό ρόλο στην αποφυγή της κάκωσης έχει πάντα η πρόληψη.

Προεγχειρητικά, η ενδοφλέβια πυελογραφία και η αξονική τομογραφία έχουν αξία όταν υπάρχει υπόνοια συγγενούς ανωμαλίας ή ενδομητρίωσης του ουροποιητικού. Ούτως ή άλλως δεν μεταβάλουν τη στρατηγική της εγχείρησης σε μεγάλους όγκους ή επανεπεμβάσεις στην πύελο[4].

Το ίδιο ισχύει και για την τοποθέτηση ουρητηρικών stents προεγχειρητικά, όπου οι ουρητήρες θα ψηλαφώνται καλύτερα, αλλά συνήθως αναστέλλουν τη φυσιολογική περίσταλση του ουρητήρα[5].

Το κλειδί της πρόληψης είναι η προσοχή κατά τη διάρκεια της επέμβασης και η προσεκτική αναζήτηση του ουρητήρα. Αυτό γίνεται με την αναζήτηση της περίσταλσής του, ή με την αναζήτησή του στον οπισθοπεριτοναικό χώρο σε υψηλότερη θέση από αυτήν της παθολογίας και βασικά στο διχασμό των λαγονίων αγγείων.

Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η κυστεοσκόπηση αμέσως μετά από κάθε επέμβαση στην πύελο. Έτσι, δεν προλαμβάνεται η κάκωση βεβαίως, αλλά οι επιπλοκές της κάκωσης.

Η νοσηρότητα μετά την κάκωση έχει την παθολογία του ουρινώματος ή συριγγίου μετά νέκρωση, ουρητηρουδρονέφρωσης ή σιγής του νεφρού μετά από απόφραξη, ή νεφρικής ανεπάρκειας μετά από άμφω απόφραξη των ουρητήρων.

Τα συμπτώματα και σημεία που εγείρουν την υποψία για ουρητηρική κάκωση είναι τα αναγραφόμενα εις τον πίνακα 1.

Για την αντιμετώπιση των ουρητηρικών κακώσεων ακολουθούμε το ακόλουθο πρωτόκολλο.

Σε κάθε υποψία εκτελείται ενδοφλέβια πυελογραφία. Εφόσον υπάρχει ένδειξη επηρεασμένης νεφρικής λειτουργίας, γίνεται προσπάθεια τοποθέτησης ουρητηρικού νάρθηκα ενδοσκοπικά, που παραμένει για δυο έως τέσσερις εβδομάδες. Εάν η προσπάθεια δεν είναι επιτυχής, μπορεί να δοκιμαστεί η ουρητηροσκοπική τοποθέτηση νάρθηκα. Εάν κι αυτό αποτύχει, τότε αποφασίζεται, είτε η άμεση χειρουργική αποκατάσταση, είτε η τοποθέτηση νεφροστομίας για έξι έως οκτώ εβδομάδες και χειρουργική διόρθωση σε δεύτερο χρόνο, εφόσον η βλάβη παραμένει. Εάν η βλάβη αναγνωρίστηκε μέσα σε 72 ώρες, οδηγούμαστε σε άμεση επανεπέμβαση, ενώ εάν διαπιστώθηκε μετά από 2 εβδομάδες, η καθυστερημένη αποκατάσταση είναι προτιμότερη. Το δίλημμα υφίσταται όταν η κάκωση διαγιγνώσκεται μεταξύ των 3 και 15 ημερών, οπότε και η απόφαση εξατομικεύεται (Πίνακας 2).

Η χειρουργική των ουρητήρων διέπεται από κάποιες βασικές αρχές. Αυτές εξασφαλίζουν μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία και εγγυώνται ένα καλό εγχειρητικό αποτέλεσμα:

α) πολύ ευγενική μεταχείριση των ουρητήρων και πάντα με ατραυματικές λαβίδες,
β) τα άκρα του ουρητήρα που πρόκειται να συρραφούν να νεαροποιούνται,
γ) η κινητοποίηση του ουρητήρα να είναι να είναι τόσο, όσο χρειάζεται,
δ) ο συμπλησιασμός των βλεννογόνων να γίνεται με λεπτό απορροφήσιμο ράμμα,
ε) να μην ασκείται καμία τάση στις αναστομώσεις,
στ) να τοποθετείται πάντα οπισθοπεριτοναική παροχέτευση,
ζ) να παραμένει ουρητηρικός νάρθηκας και
η) το σημείο της αναστόμωσης να καλύπτεται με επίπλουν, αν είναι δυνατόν, για να παρέχει μεγαλύτερη αγγείωση (Πίνακας 3).

Ωστόσο, ευτυχώς, τα ουρολογικά προβλήματα κατά τη διάρκεια των γυναικολογικών επεμβάσεων, κύρια οι κακώσεις των ουρητήρων, είναι σπάνιες επιπλοκές και έχουν πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για το χειρουργό που δεν τα προκάλεσε, για μια σωστή διάγνωση και θεραπεία.

Βέβαια, οι επιπλοκές είναι μέρος της πραγματικότητας στη φροντίδα του αρρώστου. Ο χειρουργός είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει κάθε επιπλοκή με πρεμία και ακρίβεια. Και αυτό χαρακτηρίζει τον καλό χειρουργό.

Πίνακας 1. Συμπτώματα και σημεία ουρητηρικής κάκωσης
Άλγος στη νεφρική χώρα
Πυρετός
Παρατεταμένος ειλεός
Ασκίτης
Οπισθοπεριτοναική συλλογή
Έξοδος ούρων από τον κόλπο
Αιματουρία
Ολιγουρία ή ανουρία

Πίνακας 2. Πρωτόκολλο αποκατάστασης ουρητηρικών κακώσεων
Ενδοφλέβια πυελογραφία
Ενδοσκοπική τοποθέτηση νάρθηκα
Ουρητηροσκοπική τοποθέτηση νάρθηκα
Τοποθέτηση νεφροστομίας
Άμεση χειρουργική αποκατάσταση
Χειρουργική αποκατάσταση μετά από 6-8 εβδομάδες

Πίνακας 3. Βασικές αρχές αποκατάστασης των ουρητήρων
Ευγενική μεταχείριση
Νεαροποίηση άκρων
Κινητοποίηση τόσο, όσο χρειάζεται
Λεπτό απορροφήσιμο ράμμα για το βλεννογόνο
Καμία τάση στις αναστομώσεις
Οπισθοπεριτοναική παροχέτευση
Ουρητηρικός νάρθηκας
Επικάλυψη με επίπλουν ει δυνατόν

Βιβλιογραφία

1. Thomson. Operative Gynecology. Lippincot 2007.
2. Ουρολ. Νέα 6; 3:235-241.
3. Clin Obstet Gynecol 2009; 5:123-149.
4. Obstet Gynecol 2008; 69:541-545.
5. Gynecol Surg 2008; 5:74-83.