

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Α.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

- ΑΝΕΣΙΝΗΣ Π.: Διευθυντής «Βενιζέλειου» Γ.Ν. Ηρακλείου
ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι.: Λέκτορας Ουρολογικής Κλινικής Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΓΚΕΖΕΡΛΗΣ Γ.: Διευθυντής ΕΣΥ Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα»
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΜΕΛΕΚΟΣ Μ.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θεσσαλίας
ΠΑΝΟΥ Χ.: Επιμελητής Α', Ουρολογικής Κλινικής Παν/μίου Λαμίας
ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Χ.: Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β' Γ.Ν. Άρτας
ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΣ Α.: Διευθυντής Ιπποκρατείου Γ.Ν.Α.
ΡΟΥΣΗΣ Α.: Χειρουργός Ουρολόγος
ΣΕΡΑΦΕΤΙΝΙΔΗΣ Σ.: Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική «Ασκληπείου Βούλας»
ΣΙΔΕΡΩΜΕΝΟΣ Π.: Διευθυντής 3ο Νοσοκομείο ΙΚΑ
ΣΚΡΕΠΕΤΗΣ Κ.: Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Νοσ. Καλαμάτας
ΣΤΕΦΑΝΑΚΗΣ Σ.: Διευθυντής ΕΣΥ Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»
ΤΟΥΛΟΥΠΙΔΗΣ ΣΤ.: Καθηγητής Ουρολογίας Παν/μίου Θράκης
ΦΛΩΡΑΤΟΣ Δ.: Χειρουργός Ουρολόγος
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 σύγχρονων τεχνολογιών 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 σύντομα 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 αποτελούν 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/ση: Μεσογείων 215, 115 25 Αθήνα

Τηλ.: 210 67.77.590, Fax: 210 67.56.352, E-mail: kafkas@otenet.gr

Επιπλεγμένα Εκκολπώματα Γυναικείας Ουρήθρας

Δύο Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις και Βιβλιογραφική Αναφορά

Α. ΠΤΩΧΟΣ¹, Ε. ΜΟΥΡΤΖΙΛΑΣ²

¹Δ/ντής ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική, ΓΝ «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη, ²Ειδικός Ουρολόγος

Τα επιπλεγμένα συμπτωματικά εκκολπώματα της γυναικείας ουρήθρας είναι σπάνιες παθολογικές οντότητες στη γυναικολογική ουρολογία. Η δυσκολία στη διαγνωστική προσέγγιση, όσο και στη χειρουργική αντιμετώπισή τους αποτελούν μια πρόκληση για τον ουρολόγο. Παρουσιάζουμε 2 περιπτώσεις ευμεθέων και επιπλεγμένων συμπτωματικών εκκολπωμάτων γυναικείας ουρήθρας και συζητούμε τις αναφορές, σε σχέση με αυτά, στη διεθνή βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: Εκκόλπωμα ουρήθρας, γυναικολογική ουρολογία, επιπλεγμένο εκκόλπωμα ουρήθρας.

Εισαγωγή

Η πρώτη περίπτωση εκκολπώματος της γυναικείας ουρήθρας αναφέρθηκε από τον Hey το 1805¹. Παρόλο που η ακριβής συχνότητα εμφάνισής τους είναι άγνωστη, το αναφερόμενο ποσοστό εμφάνισής τους κυμαίνεται από 1% έως 5%, ανάλογα με τον αριθμό του γυναικείου πληθυσμού που μελετήθηκε^{2,3}. Αν και έχουν αναφερθεί σε όλες τις ηλικίες, πιο συχνά αναφέρονται μεταξύ τρίτης και έκτης δεκαετίας της ζωής². Τα εκκολπώματα της γυναικείας ουρήθρας εξορμούνται από το τοίχωμα της ουρήθρας και αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό μαζί με επιθήλιο⁴.

Ο ακριβής μηχανισμός σχηματισμού τους είναι άγνωστος. Η πιο κοινή θεωρία εμπλέκει τους περιουρηθρικούς αδένες^{5,6}. Η απόφραξη του πόρου των περιουρηθρικών αδένων έχει σαν αποτέλεσμα τη μετέπειτα λοίμωξη και το σχηματισμό αποστήματος (Εικόνα 1). Η ρήξη του αποστήματος μέσα στον αυλό της ουρήθρας, λόγω τραυματισμού⁷ ή νέκρωσης του ιστού, έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό του εκκολπώματος⁸.

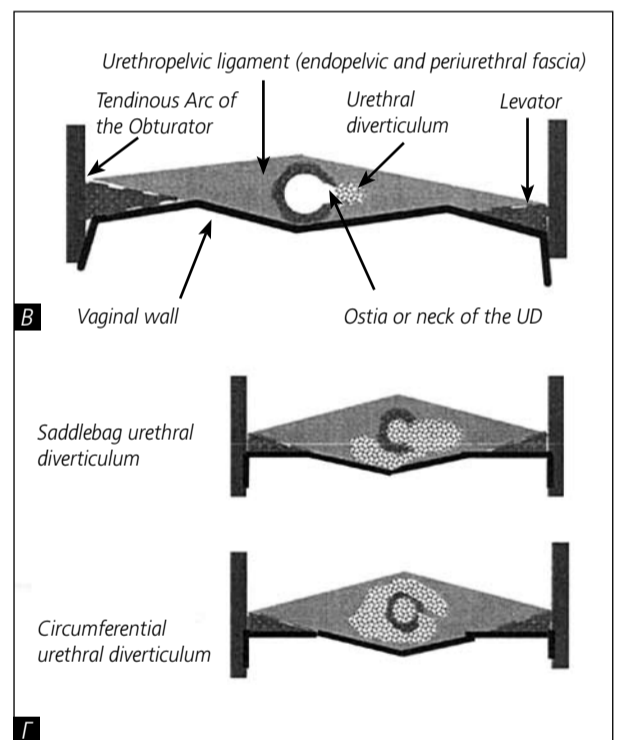
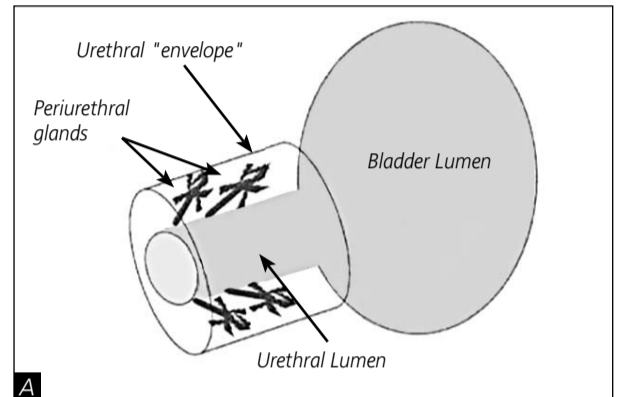
Οι επιπλοκές των εκκολπωμάτων της γυναικείας ουρήθρας μπορεί να περιλαμβάνουν τη λοίμωξη (οξεία ή χρόνια)⁹, το σχηματισμό λίθων^{10,11} και την κακοήθεια^{12,13}.

Περιγραφή περιπτώσεων

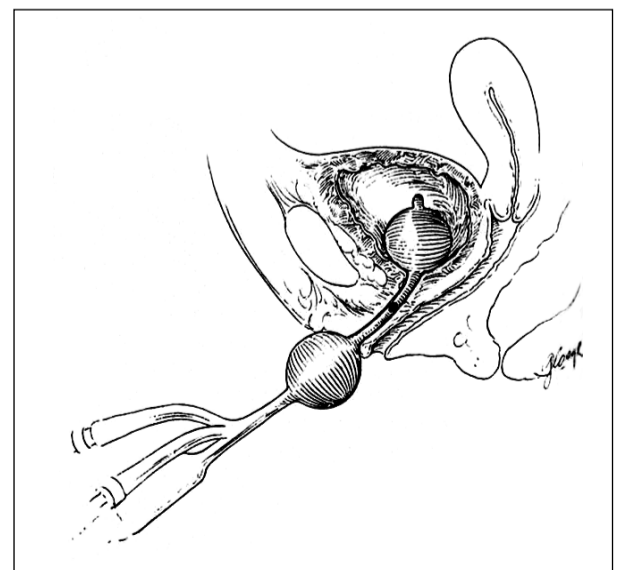
Πρώτο περιστατικό

Γυναίκα, ηλικίας 36 ετών, προσήλθε στα Εξωτερικά μας Ιατρεία με μακρύ ιστορικό επιτακτικής ούρησης, δυσουρίας, συχνών επεισοδίων ουρολοιμώξεων, διπλής ούρησης, ουρηθρικού άλγους και δυσπαρέυνης. Από το ατομικό αναμνηστικό, η ασθενής δεν ανέφερε κάτι αξιόλογο (δύο τοκετού από τη φυσιολογική οδό), η δε κλινική εξέταση έδειξε μικρού βαθμού ακράτεια ούρων αμέσως μετά την έγερση από την τουαλέτα και κατά την πίεση στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η διαγνωστική προσέγγιση που ακολουθήσαμε περιελάμβανε κοιλιακή εξέταση, US νεφρών, ουρητήρων, ουροδόχου κύστης, α/α ΝΟΚ, κυστεοουρηθροσκόπηση, ακτινολογική απεικόνιση της θέσεως, του μεγέθους και της φύσεως του εκκολπώματος (πυώδες), με χρήση ειδικά διαμορφωμένου ουρηθρικού καθετήρα Foley (Εικόνες 2, 3).

Από τον ακτινολογικό έλεγχο προέκυψε ευμέγεθες εκκόλπωμα στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της ουρήθρας και προς τον κόλπο (Εικόνα 4). Η χειρουργική αντιμετώπιση έγινε με τομή ανεστραμμένου U στο κοιλιακό τοίχωμα κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, προσεκτική παρασκευή του εκκολπώματος, αφαίρεση αυτού και σύγκλιση του τραύματος σε δύο στρώματα (Εικόνες 5, 6), πρώτα με ράμμα Vicryl 4/0 και εξωτερικά με ράμμα Vicryl 3/0 διακεκομμένα σε διαφορετικά «επίπεδα». Ο καθετήρας Foley αφαιρέθηκε την 6η μετεχειρτητική ημέρα.



Εικόνα 1. Α. Διάγραμμα της ανατομικής θέσης των περιουρηθρικών αδένων. **Β.** Διάγραμμα της ανατομίας ενός απλού εκκολπώματος. **Γ.** Διάγραμμα της μορφολογίας ενός συμπλεγμένου ουρηθρικού εκκολπώματος.



Εικόνα 2. Ουρηθρικός καθετήρας με διπλό μπαλόνι.



Εικόνα 3. Ειδικά διαμορφωμένος ουρηθρικός καθετήρας Foley.



Εικόνα 4. Ακτινολογική απεικόνιση της θέσεως και του μεγέθους του εκκολπώματος, με ρήξη σκιαστικού δια μέσου ειδικά διαμορφωμένου ουρηθρικού καθετήρα Foley.

Η έκθεση της ιστοπαθολογικής εξέτασης ήταν η ακόλουθη:

- Παρασκευάσμα: Εκκόλπωμα ουρήθρας, εκτομή.
- Μακροσκοπική Περιγραφή: Λευκόφαιο ανώμαλο ιστοτεμάχιο διαστάσεων 4x2,3εκ., ελαστικής συστάσεως.
- Μικροσκοπική Διάγνωση: Ινομυώδες τοίχωμα το οποίο καλύπτεται εν μέρει από πολύστιβο πλάκωδες επιθήλιο και εν μέρει από μεταβατικό επιθήλιο με εστιακή πλάκωδη διαφοροποίηση και καταδύσεις στο υποκείμενο υπόστρωμα.

Στο υπόστρωμα παρατηρείται οίδημα, αραιές χρόνιες φλεγμονώδεις διηθήσεις, ιστοκυτταρική αντίδραση με παρουσία πολυπύρηνων γιγαντοκυττάρων του τύπου του ξένου σώματος και υπεραιμικά τριχοειδή αγγεία με υπερπλαστικά ενδοθήλια. Συνυπάρχουν εστιακές επασβεστώσεις.

Δεύτερο Περιστατικό

Γυναίκα, ηλικίας 62 ετών, προσήλθε στα Εξωτερικά μας Ιατρεία με μακρύ ιστορικό επιτακτικής ούρησης, δυσουρίας, συχνών επεισοδίων ουρολοιμώξεων, στάγδην ούρησης, ουρηθρικού άλγους και κνησμού στο αιδοίο. Δεν ανέφερε ακράτεια ούρων. Από το ατομικό αναμνηστικό η ασθενής δεν ανέφερε κάτι αξιόλογο (τρεις τοκετοί από τη φυσιολογική οδό), η δε κλινική εξέταση έδειξε μια σκληρή, ψηλαφητή μάζα στο πρόσθιο μέρος του κοιλιακού τοιχώματος. Η διαγνωστική προσέγγιση που ακολουθήσαμε περιελάμβανε κοιλιακή εξέταση, US νεφρών, ουρητήρων, ουροδόχου κύστης, α/α NOK, κυστεοουρηθροσκόπηση, IVP, ακτινολογική απεικόνιση της θέσεως, του μεγέθους και της φύσεως του εκκολπώματος, με χρήση ειδικά διαμορφωμένου ουρηθρικού καθετήρα Foley (Εικόνες 2, 3).

Από τον ακτινολογικό έλεγχο τεκμηριώθηκε διπλή ευμεγέθης λιθίαση, η οποία στην αρχή θεωρήθηκε ως λιθίαση ουροδόχου κύστεως. Κατά την κυστεοουρηθροσκόπηση δε διαπιστώθηκε ύπαρξη λίθου εντός της ουροδόχου κύστης, οπότε και τέθηκε η υποψία της ύπαρξης εκκολπώματος με την παρουσία λίθων εντός αυτού. Από τον περαιτέρω έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη ευμεγέθους εκκολπώματος στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα της ουρήθρας και προς τον κόλπο, με την ύπαρξη δύο ευμεγέθων λίθων εντός αυτού (Εικόνες 7, 8). Η χειρουργική αντιμετώπιση έγινε με τομή ανεστραμμένου U κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας, προσεκτική παρασκευή του εκκολπώματος, αφαίρεση των δύο λίθων, αφαίρεση του εκκολπώματος και σύγκληση του τραύματος σε δύο στρώματα (Εικόνες 9-12), πρώτα με ράμμα Vicryl 4/0 και εξωτερικά με αντίστοιχο ράμμα 3/0, κατά τρόπο "κάθετο" μεταξύ τους, για αποφυγή κυστεο-ουρηθρικού συριγγίου. Ο καθετήρας αφαιρέθηκε την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

Συζήτηση

Τα αναφερόμενα συμπτώματα των εκκολπώματων της ουρήθρας ποικίλουν σημαντικά (Πίνακας 1^{4,5,8,9}).

Η αναφερόμενη από πολλούς, κλασική τριάδα συμπτωμάτων (δυσουρία, στάγδην εκροή ούρων μετά την ούρηση και δυσπαρέυνεια), δεν αποτελεί τον πιο συχνό συνδυασμό συμπτωμάτων⁸. Η δυσλειτουργική ούρηση, η ακράτεια, οι λοιμώξεις και το αίσθημα πόνου είναι τα κυρίαρχα συμπτώματα^{8,14}. Στις δικές μας περιπτώσεις οι ασθενείς ανέφεραν επιτακτική ούρηση, συχνά επεισόδια ουρολοιμώξεων, ουρηθρικό άλγος, δυσπαρέυνεια, διπλή ούρηση, στάγδην ούρηση και κνησμό στο αιδοίο.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη χρόνια βακτηριακή κυστίτιδα, τη διάμεση κυστίτιδα, το σύνδρομο χρόνιας πνευλικού άλγους, την ενδομυτρίωση, την ουρηθρίτιδα, το καρκίνωμα in

situ του ουροθηλίου, το στένωμα της ουρήθρας κ.ά.¹⁵.

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει συστηματική εξέταση της πυέλου, συμπεριλαμβανομένης και ψηλάφησης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και της ουρήθρας¹⁶. Η συμπίεση του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος μπορεί να αποκαλύψει θερμότητα, ψηλαφητή μάζα ή παροχέτευση του εκκολπώματος στο έξω στόμιο της ουρήθρας (πυώδους υγρού, ούρων ή αίματος)^{15,17}.

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) θεωρείται η καλύτερη μέθοδος απεικόνισης για την αναγνώριση και το χαρακτηρισμό των γυναικείων εκκολπώματων της ουρήθρας¹⁸⁻²⁰.

Συγκριτικά με την MRI μια σωστά πραγματοποιημένη κυστεοουρηθρογραφία ούρησης (VCUG), θεωρούνται παλαιότερα από πολλούς ο καλύτερος ακτινολογικός έλεγχος για την επιβεβαίωση της παρουσίας, την έκταση και τη δομή του εκκολπώματος⁸. Σήμερα, η VCUG δε θεωρείται μέθοδος εκλογής, συγκρινόμενη με την MRI, λόγω της μικρότερης ευαισθησίας της^{19,20}. Άλλες λιγότερο χρησιμοποιούμενες μέθοδοι είναι η ενδοφλέβια ουρογραφία (IVU)²¹ και η ανιούσα (double-balloon) με θετική πίεση ουρηθρογραφία^{4,22} και η υπερηχογραφία²³. Από άλλους η ανιούσα (double-balloon) με θετική πίεση ουρηθρογραφία θεωρείται πιο ευαίσθητη μέθοδος, από την κυστεοουρηθρογραφία ούρησης (VCUG), στη διάγνωση των εκκολπώματων της γυναικείας ουρήθρας²⁴. Η κυστεοουρηθροσκόπηση συνιστάται σε συνδυασμό με τις απεικονιστικές μεθόδους²⁵. Η ουρηθροσκόπηση επιτρέπει καλύτερη εκτίμηση της θέσης, του μεγέθους και της σύστασης του εκκολπώματος. Ουροδυναμική μελέτη πρέπει να γίνεται προεγχειρητικά σε ασθενείς με ιστορικό ακράτειας των ούρων⁸.

Στα περιστατικά μας, η διαγνωστική προσέγγιση περιελάμβανε την κυστεοουρηθρογραφία, με την οποία και στις δύο περιπτώσεις διαπιστώθηκε η ύπαρξη εκκολπώματος στην πρώτη περίπτωση και η ύπαρξη εκκολπώματος με συνοδό διπλή λιθίαση στη δεύτερη. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε τη φυσιολογική λειτουργία του ανώτερου ουροποιητικού και στις δύο περιπτώσεις. Η κοιλιακή εξέταση οδήγησε στην ανακάλυψη επώδυνης μάζας στην πρώτη περίπτωση, η οποία κατά την πίεσή της οδήγησε στην εκροή πυώδων ούρων από την ουρήθρα, ενώ στη δεύτερη περίπτωση με την κοιλιακή εξέταση ανακαλύψαμε μια σκληρή, επώδυνη ψηλαφητή μάζα. Κατά την κυστεοουρηθροσκόπηση δεν μπορέσαμε να ανακαλύψουμε το στόμιο του εκκολπώματος. Και στις δύο ασθενείς μας θεωρήσαμε ότι δεν χρειαζόταν να υποβληθούν σε περαιτέρω έλεγχο με μαγνητική τομογραφία και ουροδυναμικό έλεγχο.

Η εκκολπωματεκτομή συστήνεται στις περιπτώσεις συμπτωματικών ασθενών, καθώς και στις περιπτώσεις στις οποίες το εκκολπωμα είναι σημαντικού μεγέθους²⁶⁻²⁹.

Η ταξινόμηση των εκκολπώματων της ουρήθρας γίνεται σύμφωνα με το L/N/S/C3 σύστημα ταξινόμησης, το οποίο περιγράφει το εκκόλπωμα και επιτρέπει στον ουρολόγο την εκτίμηση όλων των παραμέτρων πριν την εκκολπωματεκτομή. Το ακρωνύμιο αντιπροσωπεύει τα εξής: L: θέση, N: αριθμός, S: μέγεθος, C1: μορφή, C2: επικοινωνία, C3: εγκράτεια³⁰.

Στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται ένας αλγόριθμος διαγνωστικής αντιμετώπισης της ανεύρεσης μάζας στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα²⁵, ο οποίος παραθέτεται στο Σχήμα 1.

Συμπεράσματα

Επί παρουσίας αντίστοιχης συμπτωματολογίας, η οποία ούτως ή άλλως είναι ποικίλη και μη τυπική πάντοτε, η ύπαρξη εκκολπώματος στη γυναικεία ουρήθρα δεν πρέπει να παραβλέπεται.

Η λεπτομερειακή προεγχειρητική του αξιολόγηση κρίνεται



Εικόνα 5. Εκκόλπωμα ουρήθρας.



Εικόνα 6. Τομή ανεστραμμένου U.



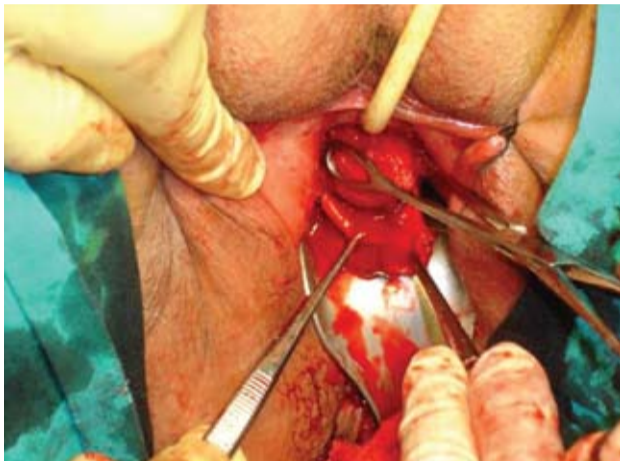
Εικόνα 7. Α/α NOK, Λιθίαση Ουροδόχου Κύστης.

απαραίτητη και βοηθά στη διαφορική διάγνωση και τη χειρουργική τεχνική (ακτινολογική απεικόνιση με χρήση ειδικού ουρηθρικού καθετήρα).

Η προσεκτική παρασκευή και αποκόλληση του εκκολπώματος από την ουρήθρα και η χρήση πρόσθιου κοιλιακού κρημνού κατά τη σύγκληση, προστατεύουν ασθενείς και ουρολόγους



Εικόνα 8. IVP, στην οποία φαίνεται λιθίαση εκτός ουροδόχου κύστης, εκκόλλημα ουρήθρας.



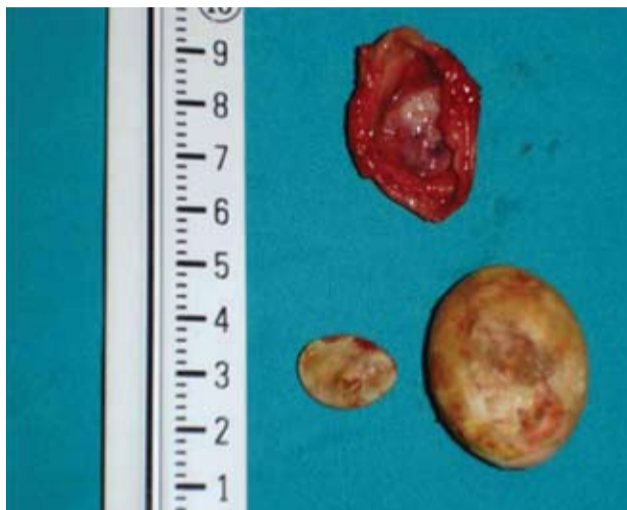
Εικόνα 9. Σύλληψη του λίθου με θυριδωτή λαβίδα.



Εικόνα 10. Σύγκληση του εκκολλημάτος, εξωτερικά ράμματα.



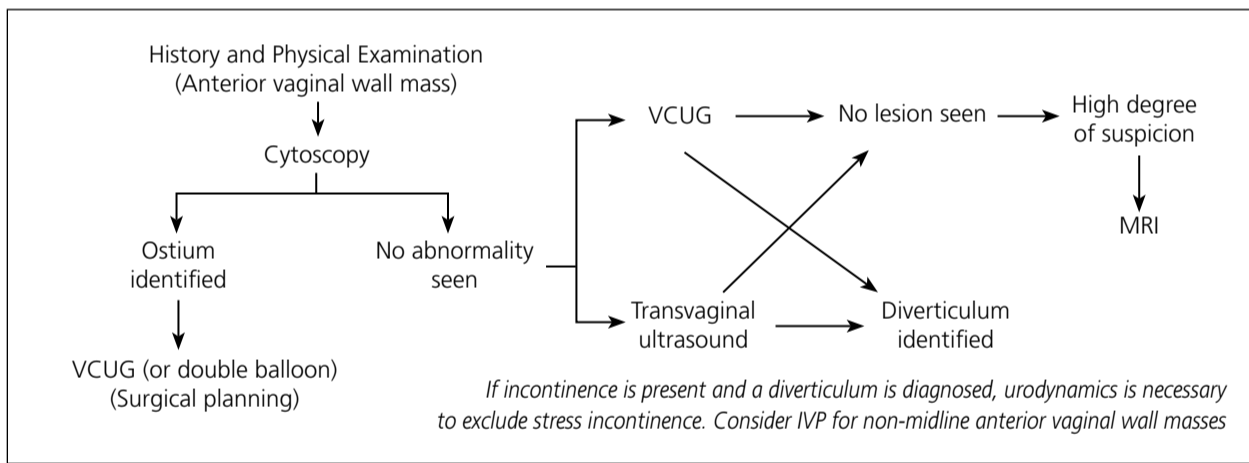
Εικόνα 11. Λίθος μετά του εκκολλημάτος.



Εικόνα 12. Εκκόλλημα και λίθος ξεχωριστά.

Πίνακας 1. Το ποσοστό των αναφερόμενων συμπτωμάτων σε 627 γυναίκες με εκκόλλημα της ουρήθρας υπολογιζόμενο από διάφορες μελέτες^{4,5,8,9}

Σύμπτωμα	Αναλογία (%)	Μέσος Όρος (%)
Συχνουρία	31-83	56
Δυσουρία	32-73	55
Υποτροπιάζουσες Λοιμώξεις	33-46	40
Επώδυνη μάζα	12-63	35
Ακράτεια ούρων	12-70	32
Στάγδην εκροή ούρων μετά την ούρηση	3-65	27
Έπειξη για ούρηση	8-40	25
Αιματουρία	7-26	17
Δυσπαρέυνεια	12-24	16
Έξοδος πύου από την ουρήθρα	2-31	12
Επίσχεση ούρων	3-7	4
Ασυμπτωματικές	2-11	6



Σχήμα 1. Αλγόριθμος διαγνωστικής αντιμετώπισης της ανεύρεσης μάζας στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

από τυχόν εμφάνιση ακράτειας των ούρων ή μετεχειρητικών ουρηθροκοιλιακών συριγγίων.

Βιβλιογραφία

- Hey W. Practical observations in surgery. Philadelphia: James Humphreys Publishers, 1805; 303.
- Aldridge CW, Beaton JH, Nanzig RP. A review of office urethroscopy and cystometry. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:432-435.
- Robertson JR. Genitourinary Problems in Women. Springfield, Ill, Charles C Thomas, 1978.
- Anderson MJF. The incidence of diverticula in the female. J Urol 1967; 98:96-98.
- Ginsberg DS, Genadry R. Suburethral diverticulum in the female. Obstet Gynecol Surg 1984; 39:1-7.
- Silk MR, Lebowitz JM. Anterior urethral diverticulum. J Urol 1969; 101:66.
- McNally A. A diverticulum of the female urethra. Am J Surg 1935; 28:177.
- Ganabathi K, Leach GE, Zimmern PE, Dmochowski RR. Experience with the management of urethral diverticulum in 63 women. J Urol 1994a; 152:1445-1452.
- Routh A. Urethral diverticulum. BMJ 1890; 1:361.
- Aragona F, Mangano M, Artibani W, et al. Stone formation in female urethral diverticulum: Review of the literature. Int Urol Nephrol 1989; 21:621-623.

- Hunner GL. Calculus formation in a urethral diverticulum in women. Urol Cut Rev 1938; 42:336.
- Catalona S, Jones I. Transitional cell carcinoma in a urethral diverticulum. Aust N Z Obstet Gynecol 1992; 32:85-86.
- Clayton M, Siumi P, Guinan P. Urethral diverticular carcinoma. Cancer 1992; 70:665-670.
- Ganabathi K, Sirls L, Zimmern PE, Leach GE. Operative management of female urethral diverticulum. In McGuire E (ed): Advances in Urology. St. Louis, CV Mosby, 1994b, pp 199-228.
- Dmochowski RR, Ganabathi K, Zimmern PE, Leach GE. Benign female periurethral masses. J Urol 1994; 152:1943-1951.
- Davis HJ, TeLinde RW. Urethral diverticula: An assay of 121 cases. J Urol 1958; 80:34-39.
- Hoffman MJ, Adams WE. Recognition and repair of urethral diverticula: A report of 60 cases. Am J Obstet Gynecol 1965; 92:106.
- Daneshgari F, Zimmern PE, Jacomides L. Magnetic resonance imaging detection of symptomatic noncommunicating intraurethral wall diverticula in women. J Urol 1999; 161:1259-1262.
- Khatri NJ. MR imaging diagnosis of a urethral diverticulum. Radiographics 1998; 18:517-518.
- Kim B, Hricak H, Tanagho EA. Diagnosis of urethral diverticula in women: Value

- of MR imaging. AJR Am J Roentgenol 1993; 161:809-812.
- Blacklock AR, Shaw RE, Geddes JR. Late presentation of ectopic ureter. Br J Urol 1982; 54:106-110.
- Davis HJ, Cian LG. Positive pressure urethrography: A new diagnostic method. J Urol 1956; 75:753-757.
- Lee TG, Keller F. Urethral diverticulum: Diagnosis by ultrasound. AJR Am J Roentgenol 1977; 128:690-691.
- Jacoby K, Rowbothan RK. Double balloon positive pressure urethrography is a more sensitive test than voiding cystourethrography for diagnosing urethral diverticulum in women. J Urol 1999; 162:2066-2069.
- Redman J. Female urologic techniques. Urol Clin North Am 1990; 17:5-8.
- Edwards, EA, Beebe RA. Diverticula of the female urethra. Obstet Gynecol 1955; 5:729.
- Lapides J. Transurethral treatment of urethral diverticula in women. J Urol 1979; 121:736-738.
- Lee RA. Diverticulum of the urethra: Clinical presentation, diagnosis, and management. Clin Obstet Gynecol 1984; 27:490.
- Parks J. Section of the urethral wall for correction of urethral vaginal fistula and urethral diverticula. Am J Obstet Gynecol 1965; 93:683.
- Leach GE, Sirls LT, Ganabathi K, et al. L N S C3; a proposed classification system for female urethral diverticulum. NeuroUrol Urodyn 1993; 12:523-531.