

*ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ
ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΑΠΟ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ*

E.A.N.ΜΕΤΑΞΑ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

ΟΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΥΡΗΤΗΡΩΝ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑ ΕΊΝΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΕΣ

- Μικρού μεγέθους
- Παρακείμενων σπονδύλων
- Οστών της πυέλου
- Μυς



ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΟΙ ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΟ ΣΥΧΝΕΣ

- Στην ανοιχτή χειρουργική
- Στην λαπαροσκοπική χειρουργική
- Στην ενδοσκοπική χειρουργική

Επιδημιολογία

Το ουρητηρικό τραύμα υπολογίζεται στο 1-25% των τραυμάτων του ουροποιητικού.

Η συχνότητα εμφάνισης ιατρογενών κακώσεων των ουρητήρων έχει μειωθεί τα τελευταία 20 έτη λόγω βελτίωσης τεχνικών οργάνων και χειρουργικής εμπειρίας.

Αιτιολογία

- Διευρυμένη μήτρα
- Προηγούμενη πυελική επέμβαση
- Νεοπλάσματα ωοθηκών
- Πυελικές συμφύσεις
- Παραμόρφωση πυέλου
- Τραυματισμός ουροδόχου κύστης
- Μαζική διεγχειρητική αιμορραγία

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Procedure	Percentage %
Gynaecological	
Vaginal hysterectomy	0.02 – 0.5
Abdominal hysterectomy	0.03 – 2.0
Laparoscopic hysterectomy	0.2 – 6.0
Urogynaecological (anti-incontinence/prolapse)	1.7 – 3.0
Colorectal	
Ureteroscopy	0.15 - 10
Mucosal abrasion	0.3 – 4.1
Ureteral perforation	0.2 – 2.0
Intussusception/avulsion	0 – 0.3
Radical prostatectomy	
Open retropubic	0.05 – 1.6
Robot-assisted	0.05 – 0.4

Τραυματισμός στην Μαιευτική και Γυναικολογία.

Subspecialty	Procedure	Incidence (%)	References
Obstetric	Emergency caesarean section	0.027–0.09	39,40
	Caesarean hysterectomy	0.5–8.0	16,18
	Keilland rotational forceps	Not available	
Gynaecological	Abdominal hysterectomy	0.04–3.0	1,8
	Vaginal hysterectomy	0.02–0.47	8,41
	Subtotal hysterectomy	0.03	8
	Wertheim's hysterectomy	1–30	34,42
Urogynaecology	Burch colposuspension	0.09–3.3	23,43
	Transvaginal tape	Not available	
Laparoscopy	Adnexectomy	2.9	8,27
	Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy	1.39–6.0	
	Adhesiolysis	Not available	
	Diathermy ablation of endometriotic deposits	Not available	

Table 7
Organ Injury Scale for Ureteral Injuries

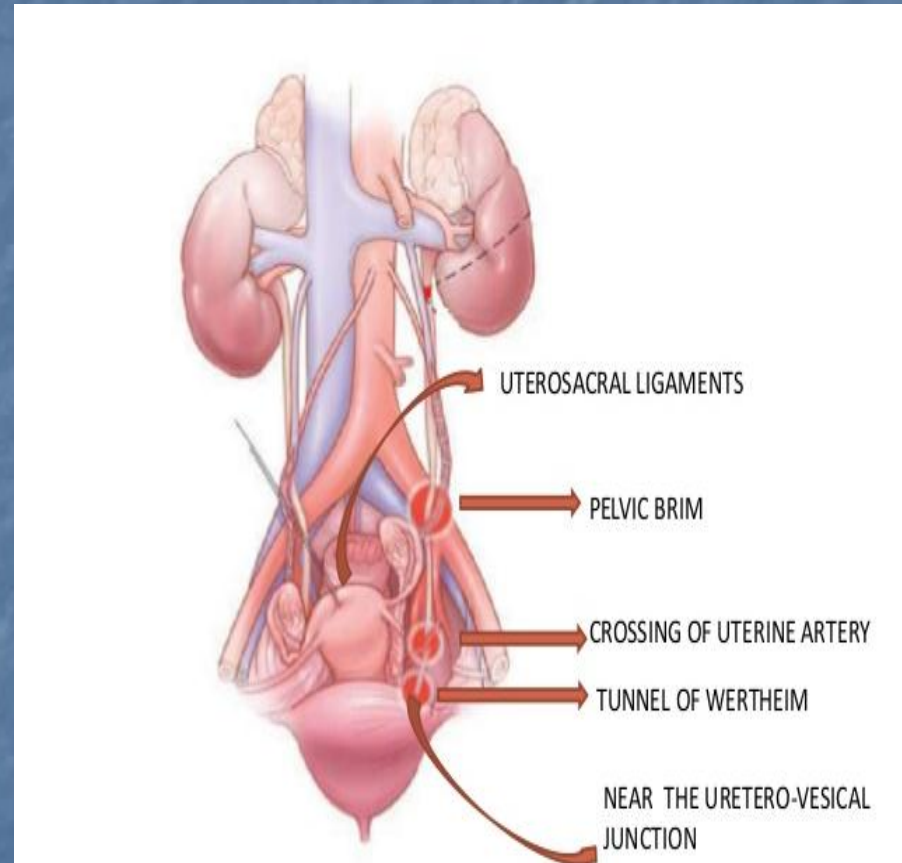
<i>AAST grade</i>	<i>Ureteral injury</i>
I	Contusion or hematoma without devascularization
II	<50% transection
III	≥50% transection
IV	Complete transection with >2 cm devascularization
V	Avulsion with >2 cm devascularization

AAST, American Association for the Surgery of Trauma. (From ref. 38.)



Περιοχές τραυματισμού

- Άνω τρίτο 30%
- Μεσαίο τρίτο 19%
- Χαμηλότερο τρίτο 51%



Διάγνωση

Διεγχειρητικά

Μετεγχειρητικά

Άμεση αντιμετώπιση

Κλινική εικόνα
Ακτινοσκοπική εικόνα
Κλινική υποψία

Κλινική διάγνωση

Σχηματισμός **συριγγίων ούρων**, ή **σήψη**.
Τα ακόλουθα κλινικά σημάδια είναι
χαρακτηριστικά καθυστερημένης διάγνωσης:

**Οσφυϊκός πόνος, αιματουρία, πυρετός,
ουρίνωμα, ειλεός, διάσπαση κοιλιακού τραύματος,
απώλεια ούρων από τον κόλπο.**

Ακτινολογική διάγνωση

Η εξαγγείωση του IV σκιαγραφικού στην CT είναι το σημάδι ουρητηρικού τραύματος. Συχνά σημάδια είναι η υδρονέφρωση, ουρίνωμα





ΙVP ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΟΥΡΗΤΗΡΑ ΣΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

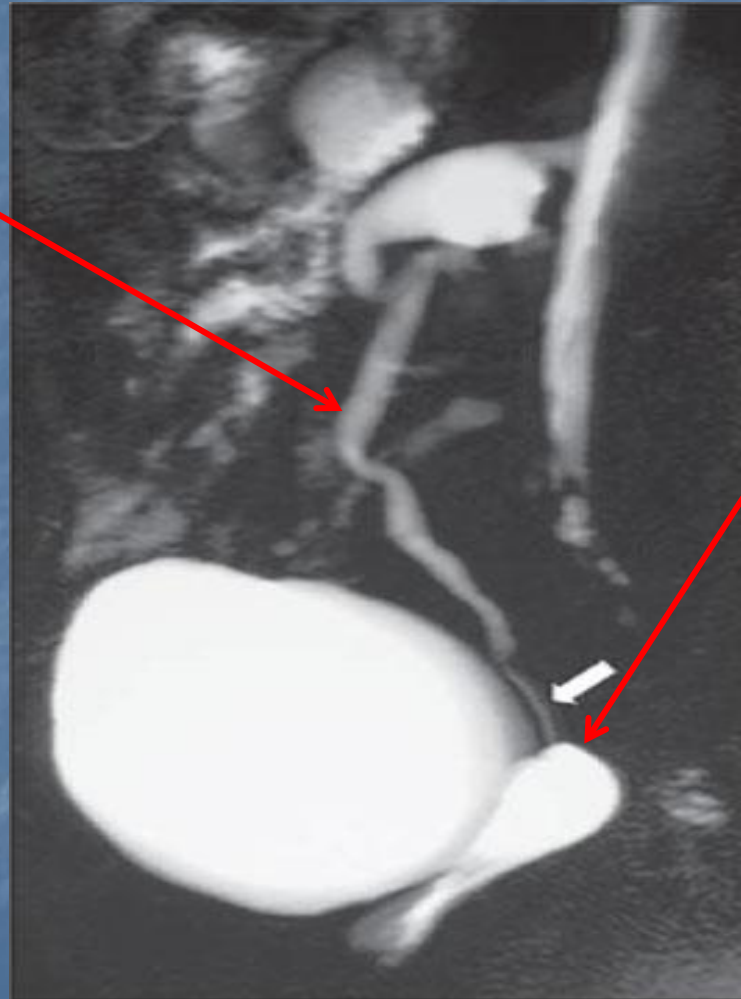


Ουρήτηρο κοιλιακό συρίγγιο

- Ουρίνωμα
- Ειλεός
- Πυρετός
- Διάσπαση χειρουργικού τραύματος
- Ακράτεια ούρων

ουρητήρας

■ Επικοινωνία με
κόλπο



Διαχείριση

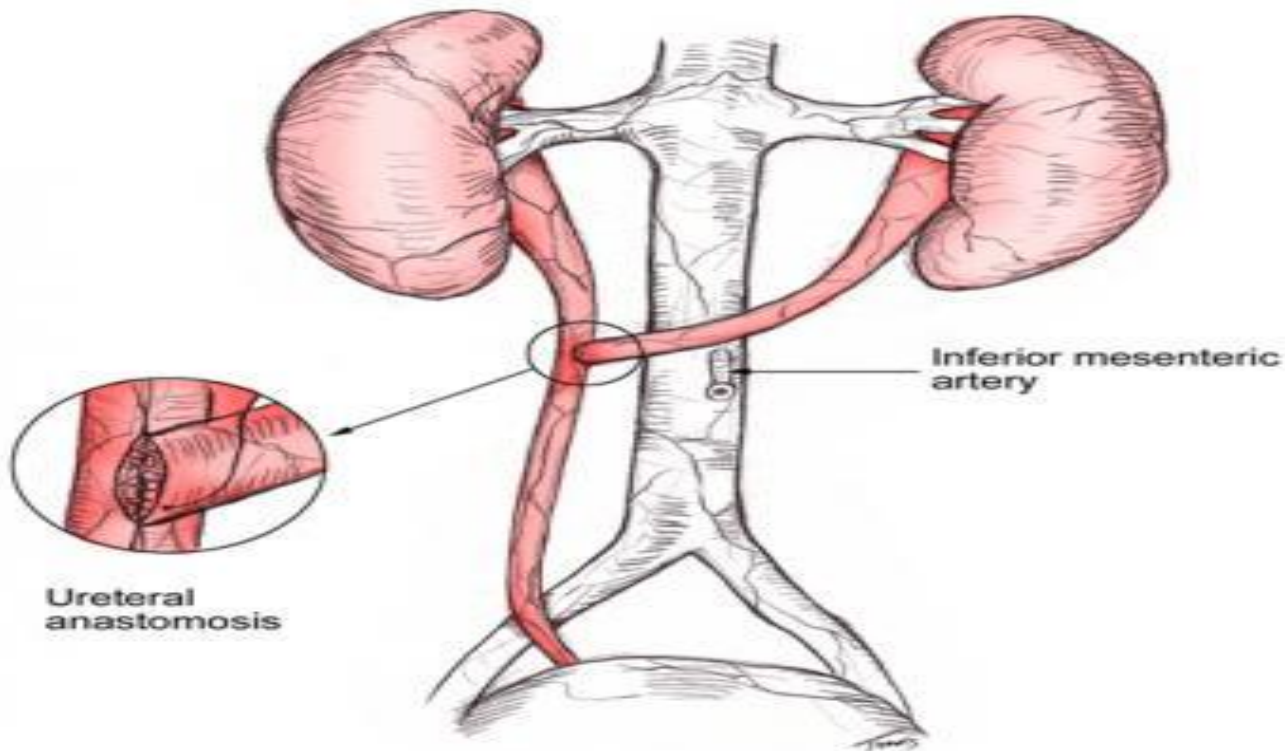
Principles of surgical

Debrider
Spatulati
Watertigt
Internal
External
Isolation

Reconstruction opti

Site of in
Upper ur

Mid urete

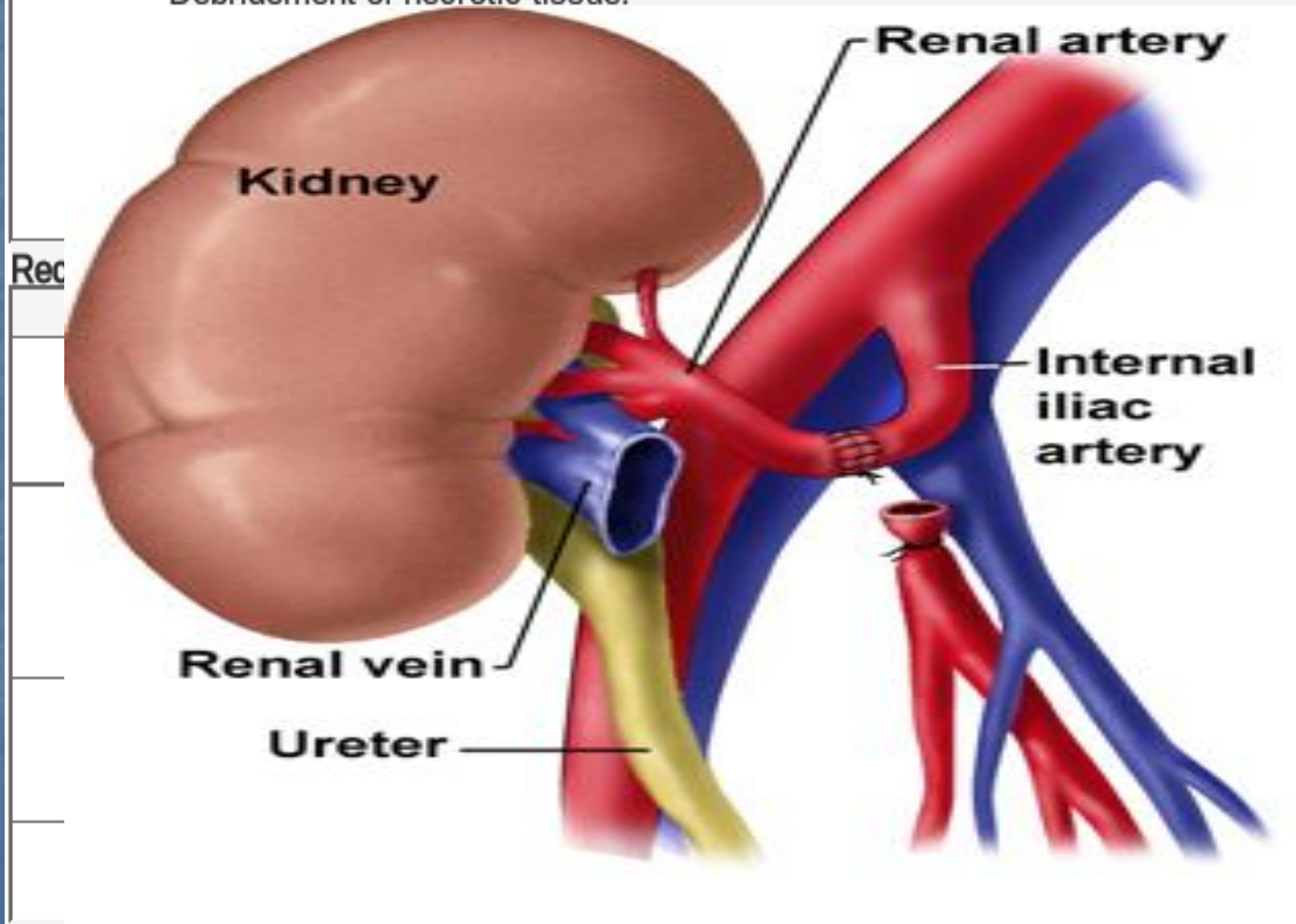


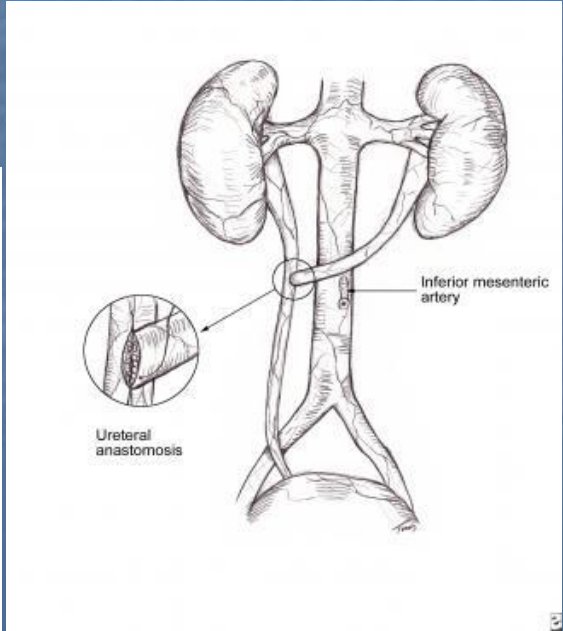
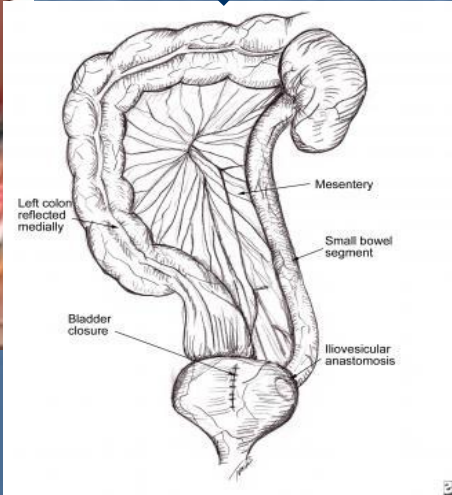
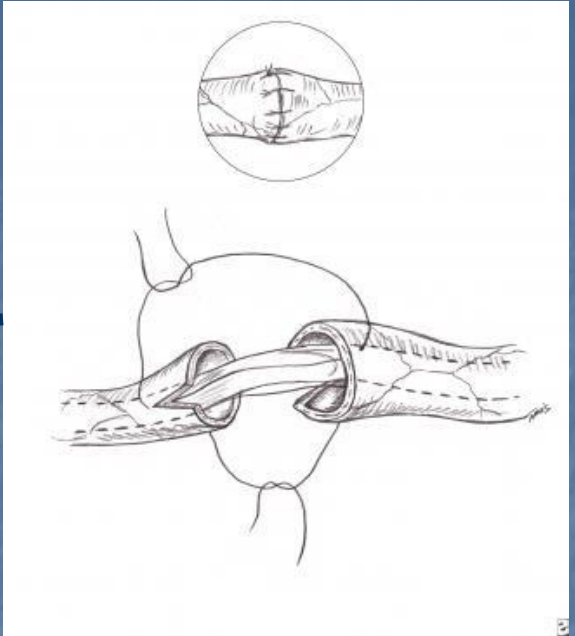
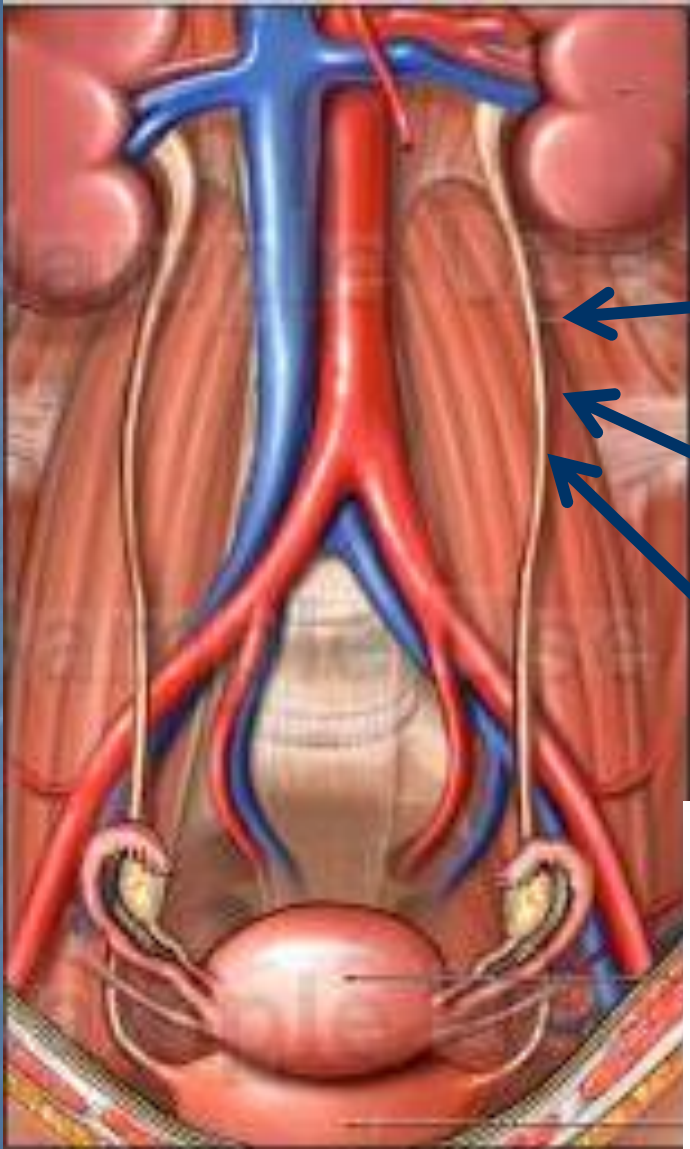
	riap
Lower ureter	Ureteral reimplantation
	Ureteral reimplantation with a psoas hitch
Complete	Ileal interposition graft
	Autotransplantation

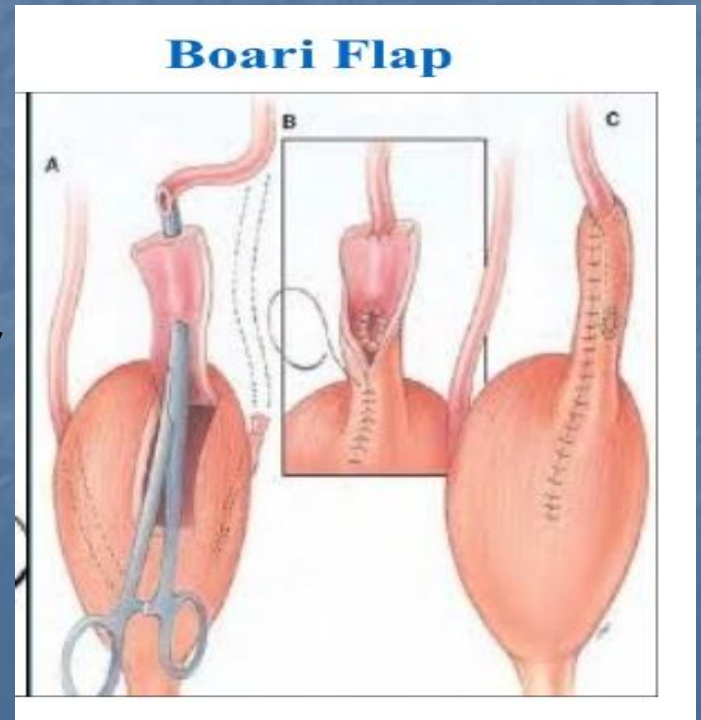
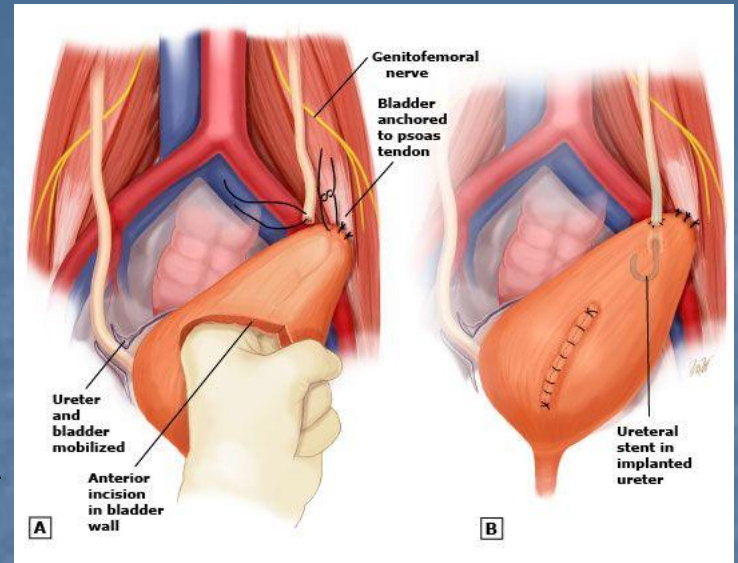
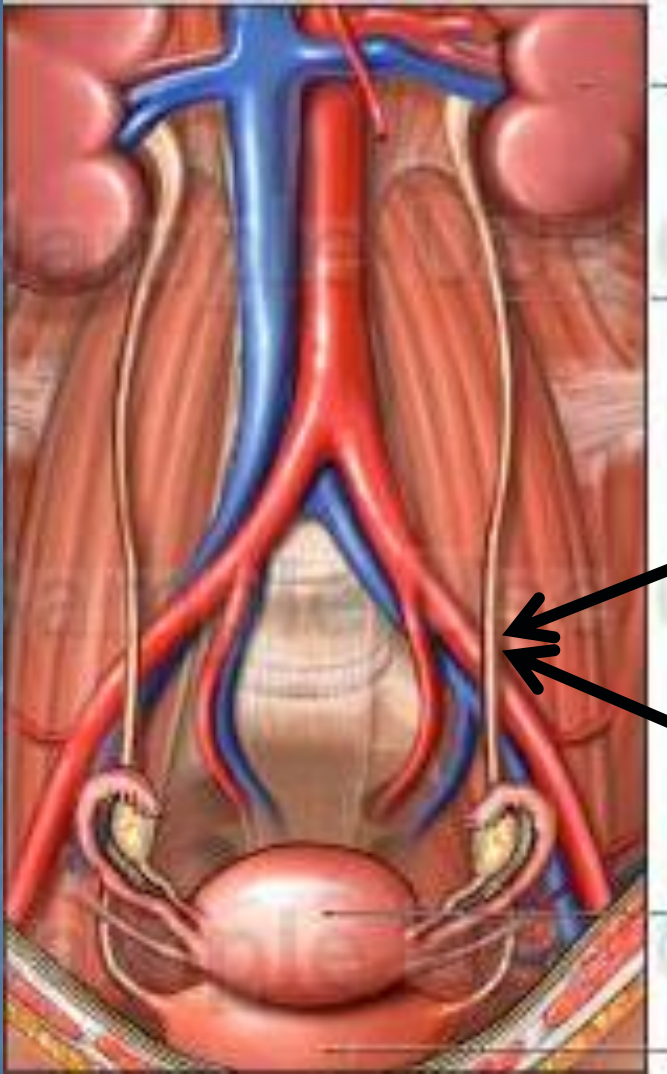
Διαχείριση

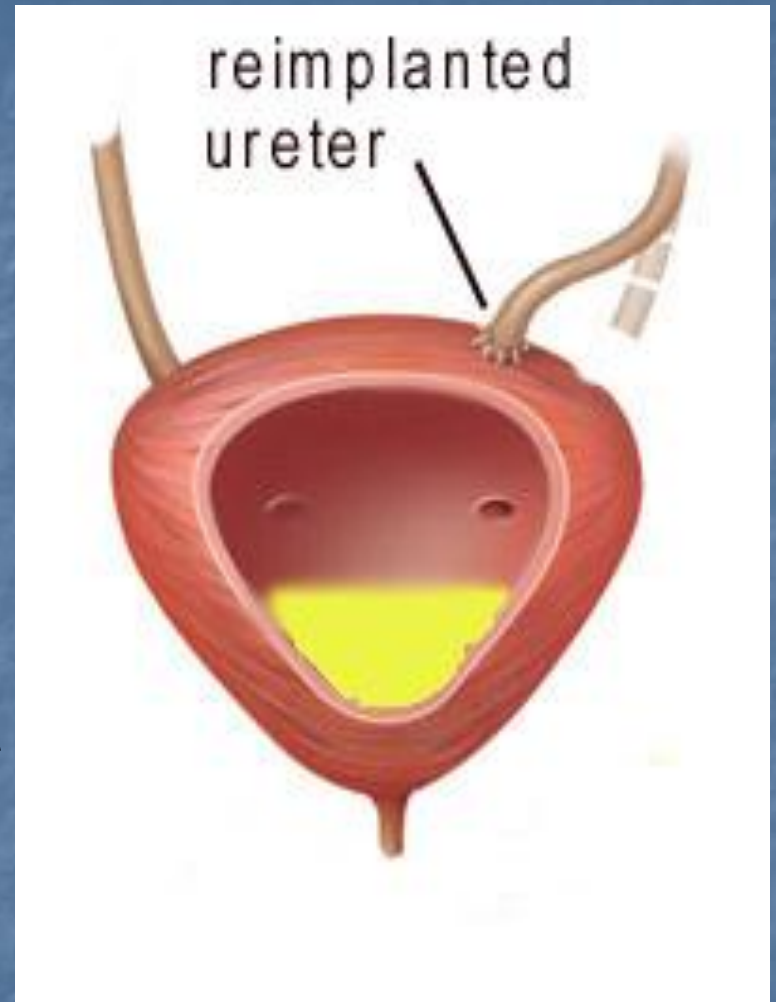
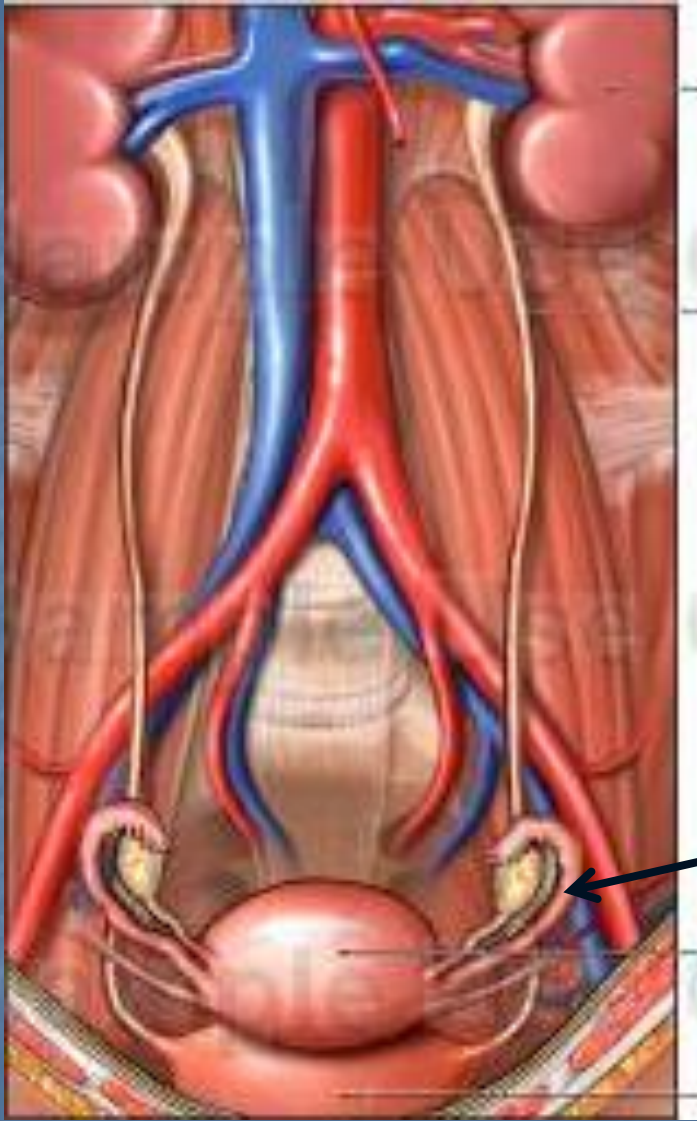
Principles of surgical repair of ureteral injury

Debridement of necrotic tissue.









Διαχείριση

Injury	Management
Needle injury	No action unless bleeding or leakage
Partial transection	Stent placement
Complete transection (no loss of length)	
≤5 cm from vesicoureteric junction	Ureteroneocystostomy
>5 cm from vesicoureteric junction	Ureteroureterostomy
Complete transection (loss of length)	Psoas hitch
	Boari flap with a psoas hitch
	Transureteroureterostomy
	Ureteroileocystostomy
	Ureterocalycostomy
	Renal autotransplantation

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

1. Αναστομωση χωρίς τάση
2. Διατήρηση της αιμάτωσης του ουρητήρα.
3. Υδατοστεγής αναστόμωση με λεπτά ράμματα.
4. Επικάληψη με περιτόναιο η επίπλουν της αναστόμωσης .
5. Παροχέτευση .
6. Χρήση ουρητηρικού στέντ.

Περιστατικό

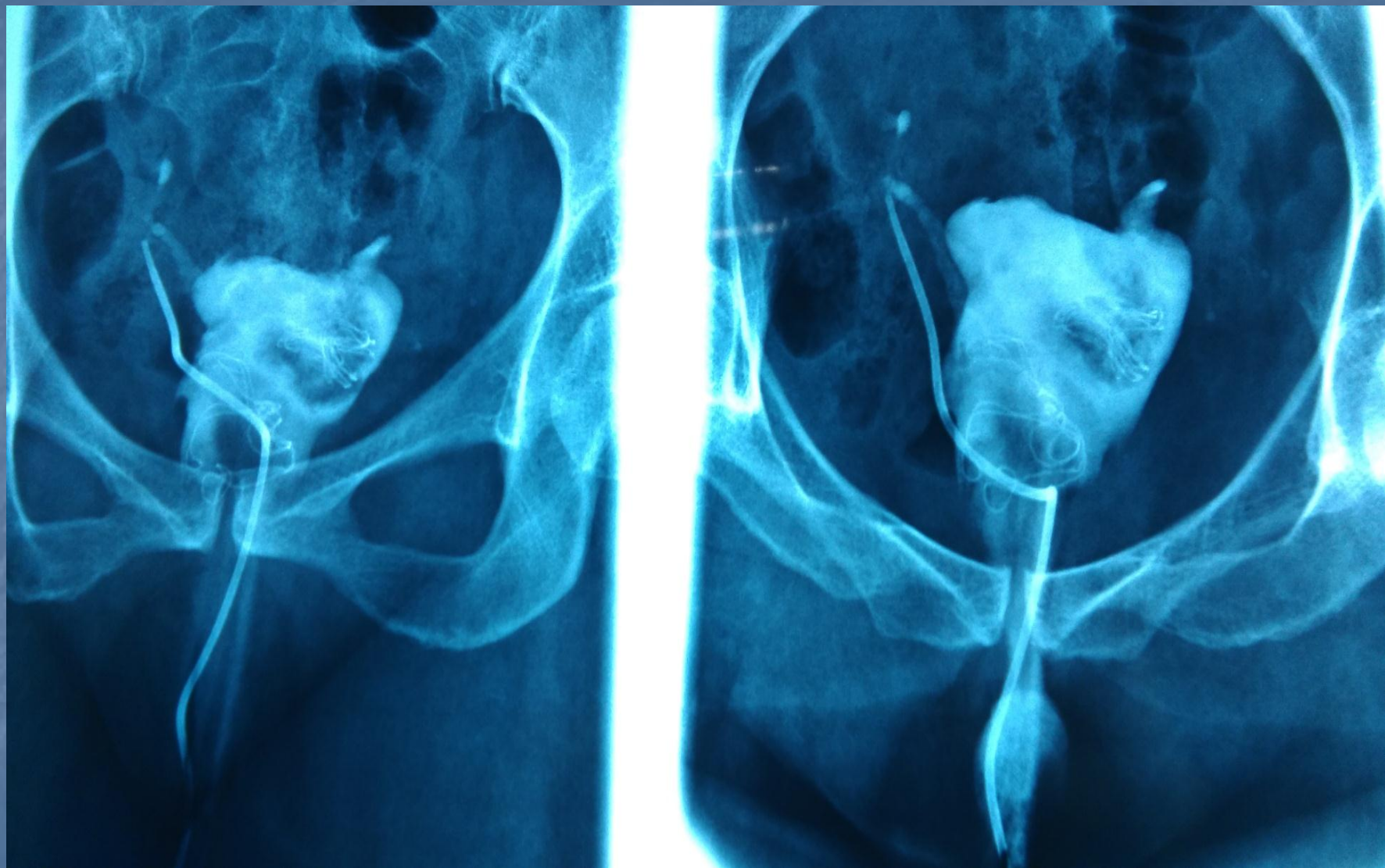
Ασθενή ετών 52 υποβάλλεται σε ολική υστερεκτομή μετά εξαρτημάτων για Ca τραχήλου και λεμφαδενεκτομή.

Την 15^η ΜΤΧ παραπονιέται για ακράτεια από την κλινική εξέταση και το ιστορικό διαπιστώνεται ότι η ακράτεια είναι συνεχής και δεν βελτιώνεται με ουρηθρικό καθετήρα

Πραγματοποιείται **υπέρηχο Α.Κ.Κ** χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Κυστεοσκόπηση χωρίς εικόνα συριγγίου

ανιούσα πυελογραφία δεξιά τεκμηριώνει την διαφυγή του σκιαγραφικού προς τον κόλπο



MENDRINOI MARIA
01/01/1968, 048Y
St. 1
Se. 3
Im. 234

A

IATRIKI DIAGNOSI KERATSINIOLU
ID: 167838
27/01/2016
19:22:30
HFS



5 cm

R

L

P

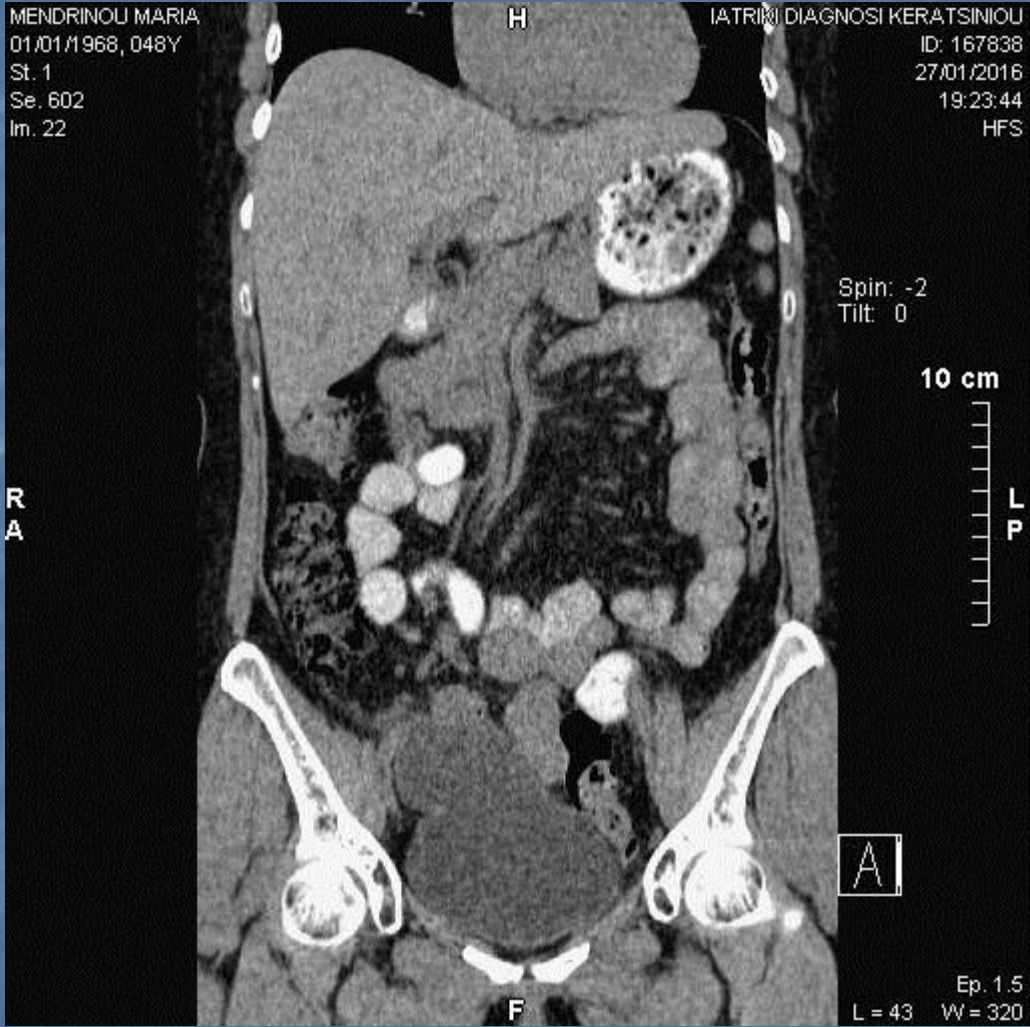
H: 42.4

Ep: 1.5

L = 40 W = 320

MENDRINOI MARIA
01/01/1968, 048Y
St. 1
Se. 602
Im. 22

IATRINI DIAGNOSI KERATSINIYOU
ID: 167838
27/01/2016
19:23:44
HFS



Spin: -2
Tilt: 0

10 cm

L
P

A

Ep. 1.5
L = 43 W = 320

MENDRINOI MARIA
01/01/1968, 048Y
St. 1
Se. 602
Im. 25

IATRINI DIAGNOSI KERATSINOIU
ID: 167838
27/01/2016
19:23:44
HFS



R
A

10 cm



L
P

A

Ep. 1.5
L = 41 W = 320

Κυστεοκολπικό συρίγγιο με απόφραξη του ουρητήρα

Ασθενής 44 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό υποβάλλεται σε ολική υστερεκτομή για ευμεγέθη ινομιώματα μήτρας. Με την αφαίρεση του καθετήρα την 4^η μετχ ημέρα, η ασθενής αναφέρει απώλεια ούρων από τον κόλπο. Διενεργείται κυστεογραφία και διαπιστούται ευμέγεθες κυστεοκολπικό συρίγγιο και στο υπέρηχο ΑΚΚ διαπιστώνεται απόφραξη του δεξιού ουρητήρα με διάταση του σύστοιχου νεφρού.

Αποφασίζεται η χειρουργική αποκατάσταση με διαπεριτοναϊκή και ταυτόχρονα διακυστική προσπέλαση.

Διενεργείται παρασκευή του πρόσθιου τοιχώματος του κόλπου από την κύστη (επέμβαση O'CONNOR)

και συρραφή σε δύο στρώματα του τοιχώματος της κύστεως.

Τοποθετείται επίπλουν μεταξύ των χειρουργικών επιφανειών Παρασκευάζεται ο δεξιός ουρητήρας μέχρι την προκυστική του μοίρα όπου και αναγνωρίζεται στραγγαλισμός του από ράμμα.

Εκτέμνεται, και το τελικό του άκρο επανεμφυτεύεται, μη παλινδρομικά.



Σύνοψη

Η εξοικείωση με τα παραπάνω θέματα που αναφέρθηκαν σε αυτή την παρουσίαση θα οδηγήσουν στην κατάλληλη διαχείριση και στην μείωση της νοσηρότητας.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ