

Τι πρέπει να προσέχει ο ασθενής
μετά από
ρομποτική ριζική κυστεκτομή
μ' εκτροπή των ούρων



Βασίλης Πουλάκης MD, PhD, FEBU

Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδρολόγος
Διδάκτωρ Παν/μίου Giessen, Γερμανίας
Αν. Καθηγητής Παν/μίου Φρανκφούρτης, Γερμανίας



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αξιότιμη ασθενή, Αξιότιμε ασθενή,

Σε σας διενεργήθηκε μία ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική ριζική κυστεκτομή (da Vinci κυστεκτομή) μ' εκτεταμένη πυελική λεμφαδεκτομή μέχρι και τον διχασμό της αορτής. Αφαιρέθηκε δηλαδή ολοκληρωτικά η ουροδόχος κύστη μαζί με τον προστάτη και τις σπερματοδόχες κύστεις στους άνδρες ή μαζί με την μήτρα (εφόσον προϋπήρχε), τις ωθήκες (εφόσον προϋπήρχαν) και το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου στις γυναίκες καθώς και οι περιοχικοί λεμφαδένες της ουροδόχου κύστης που βρίσκονται στο πλάγιο τοίχωμα μέχρι και στην είσοδο της πυέλου.

Στην συνέχεια διενεργήθηκε μία εκτροπή των ούρων είτε ανοικτά είτε ρομποτικά με την μορφή μίας:

- ορθότοπος εγκρατούς νεοκύστης (κατά Hautmann ή κατά Studer, ανάλογα αν η νεοκύστη έγινε ανοικτά ή ρομποτικά αντίστοιχα) ή
- ουρητρο-εileo-στομίας (κύστη Bricker ή Ileum Conduit ή αγωγός ειλεού ή ουροστομία) ή
- ουρητρο-δερματο-στομίας (απλή ουρητροστομία) ή
- ορθο-σιγμοειδοστομίας (ορθοκύστη ή Mainz-Pouch II)

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας καθώς και μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο θα έχετε σίγουρα πολλές απορίες και αναπάντητες ερωτήσεις. Γι' αυτό τον λόγο έχουμε συνοψίσει σ' αυτό το ενημερωτικό φυλλάδιο εκείνες τις καταστάσεις, οι οποίες από την πείρα μας δημιουργούν συχνά αφορμές για ερωτήσεις. Τέτοιες καταστάσεις αφορούν:

- την άμεση μετεγχειρητική περίοδο 3 με 4 εβδομάδες μετά το χειρουργείο (δηλαδή μέχρι την αφαίρεση του καθετήρα μετά από την δημιουργία νεοκύστης ή την αφαίρεση των ουρητηρικών καθετήρων μετά την δημιουργία ουροστομίας)
- την εξοικείωση με την εκτροπή των ούρων
- την μετεγχειρητική παρακολούθηση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης και των πιθανών προβλημάτων της εκτροπής των ούρων
- τις συχνές ερωτήσεις - απαντήσεις (FAQ - Frequent - Asked - Questions)



ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Εάν στο επόμενο χρονικό διάστημα έχετε προβλήματα μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή ν' απευθυνθείτε στον Χειρουργό σας ή στους συνεργάτες του. Θα μας βρείτε στα εξής τηλέφωνα:

Χειρουργός	Πουλάκης Βασίλειος	6942 20 7652
Βοηθός Χειρουργού	Μώρος Βασίλειος	6977 74 5777
Βοηθός Χειρουργού	Κωστάκος Ευάγγελος	6944 96 3863
Βοηθός Χειρουργού	Χαραμής Γιώργος	6945 438123

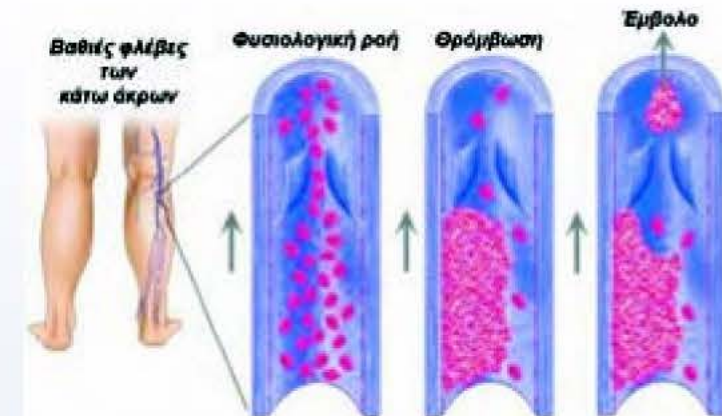


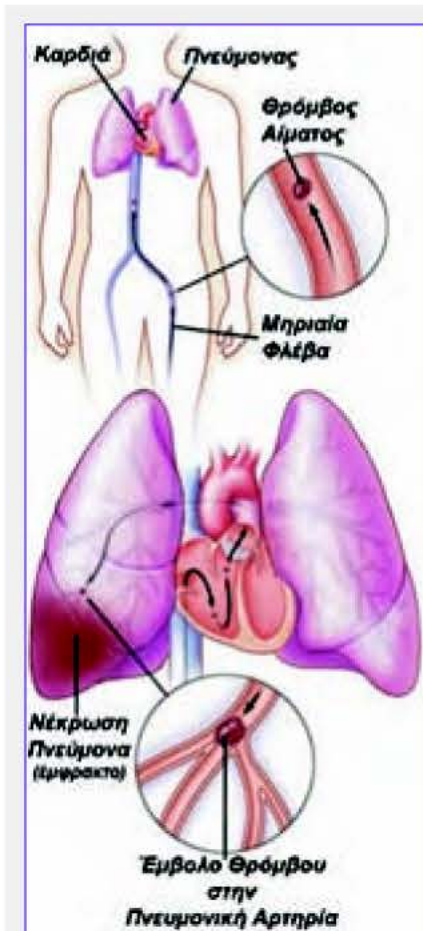
➤ Προβλήματα, για τα οποία πρέπει να επικοινωνήσετε επείγοντως μαζί μας είναι:

- πυρετός πάνω από 38 βαθμούς Κελσίου (πιθανό σημείο λοίμωξης)
- έντονη αιμορραγία (αιματοουρία) ή πολλά και μεγάλα πήγματα στα ούρα
- πόνος ή διόγκωση στην γάμπα ή στον μηρό (πιθανό σημείο θρόμβωσης)
- δύσπνοια ή πόνος στο στήθος (πιθανό σημείο πνευμονικής εμβολής ή εμφράγματος)
- έντονο εξάνθημα στο δέρμα ή κνησμός (πιθανό σημείο αλλεργικής αντίδρασης στα φάρμακα)
- έντονη ναυτία, εμετός ή/και διάρροια (πιθανά σημεία λοιμώδους διάρροιας πχ από Κλωστιρίδιο ή από παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών)
- διακοπή ροής των ούρων στον ουροσυλλέκτη (πιθανόν να βούλωσε ο καθετήρας ή οι ουρητηρικοί καθετήρες από πήγμα) ή απώλεια του καθετήρα (πιθανόν να έσπασε το μπαλόνι που συγκρατεί τον καθετήρα μέσα στη νεοκύστη) ή των ουρητηρικών καθετήρων (πιθανόν να κόπηκαν τα στηρικτικά ράμματα και να γλίστρησαν τα σωληνάκια)



Η θρόμβωση των φλεβών των κάτω άκρων με κίνδυνο δημιουργίας πνευμονικής εμβολής είναι μία σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή, που μπορεί να συμβεί μετά από κάθε, κυρίως ανοικτό, χειρουργείο αλλά σπανιότερα όμως μετά από μία ρομποτική ριζική κυστεκτομή.





- Μεγάλο ρόλο παίζει η πρόληψη ακολουθώντας τις μετεγχειρητικές οδηγίες. Για την **αποφυγή δημιουργίας θρόμβων στα κάτω άκρα** πρέπει να:
 - συνεχίσετε να εκτελείτε καθημερινά και σε τακτά χρονικά διαστήματα τις ασκήσεις κινήσεως των ποδιών, τις οποίες αρχίσατε να κάνετε ήδη κατά την διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο. Αυτές οι ασκήσεις γίνονται ως εξής:
 - ενώ είστε ξαπλωμένος ή καθιστός, κουνώντας το πέλμα του ποδιού σας πάνω - κάτω, σαν να πατάτε και ν' αφήνετε το πεντάλ του γκαζιού κατά την οδήγηση. Επαναλάβετε 10 φορές για κάθε πόδι.
 - σταθείτε όρθιοι με τα πόδια σας παράλληλα. Σηκωθείτε στις μύτες των ποδιών, ανασπώνοντας τις φτέρνες σας όσο το δυνατόν πιο ψηλά. Κρατήστε αυτή τη στάση για 5 δευτερόλεπτα και στη συνέχεια χαλαρώστε. Επαναλάβετε 10 φορές.

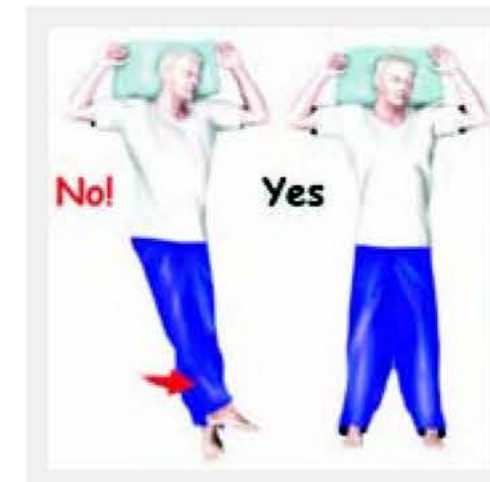


- καθίστε στη καρέκλα. Ανασπώστε τα πόδια εναλλάξ κάνοντας κυκλικές κινήσεις πρώτα προς τη μια και μετά προς την άλλη κατεύθυνση. Επαναλάβετε 10 φορές για κάθε πόδι.



- φοράτε τις αντιθρομβωτικές κάλτσες πάνω από το γόνατο μέχρι τους μηρούς και συνεχώς μέχρι την αφαίρεση του καθετήρα. Μπορείτε βέβαια να τις βγάζετε, να τις πλύνετε και να τις φοράτε πάλι ξανά. Να τις φοράτε τουλάχιστον για 4 εβδομάδες τουλάχιστον μέχρι την αφαίρεση του καθετήρα της νεοκύστης και την πλήρη κινητοποίησή σας.

- συνεχίστε να κάνετε τις αντιθρομβωτικές ενέσεις για τουλάχιστον 15 μέρες μετά το χειρουργείο υποδορίως στο μπράτσο, που αρχίσατε ήδη από την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης στο νοσοκομείο. Το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής θα δείξει σ' εσάς ή στους συγγενείς σας τον τρόπο, με τον οποίο γίνονται αυτές οι ενέσεις.



- μην σταυρώνετε τα πόδια σας όταν είστε ξαπλωμένος ή καθιστός, γιατί πιέζονται οι φλέβες και παρεμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος.

➤ Φροντίδα καθαριότητας και υγιεινής του σώματος και των πληγών

- Το να κάνετε ντους (το να στέκεστε όρθιος δηλαδή στην μπανιέρα), όσο συχνά θέλετε, δεν αποτελεί κανένα πρόβλημα. Ο καθετήρας με τον ουροσυλλέκτη ή το σακουλάκι ουροστομίας μπορεί να βραχούν και μετά να τα στεγνώσετε με χαρτοβάμβακα ή πετσέτα.
- Αντίθετα, μέχρι την αφαίρεση του καθετήρα πρέπει ν' αποφεύγετε να κάνετε ζεστό μπάνιο (να κάθεστε δηλαδή μέσα στην μπανιέρα) ή τοπική καθαριότητα σε μπιντέ.
- Μετά το ντους πρέπει να στεγνώνετε με προσοχή τις πληγές και ν' αποφεύγετε την χρήση αλοιφών ή ελαιωδών κρεμών στις τομές.
- Διατηρείτε τις πληγές στεγνές και ανοιχτές στον αέρα έτσι ώστε να ξεραθούν και να επουλωθούν γρηγορότερα. Καλό είναι να χρησιμοποιείτε στις τομές αντιβιοτική σκόνη σε σπρέι (πχ Pulvo 47), που καλύπτει και προστατεύει τις πληγές ενώ τις αφήνει ανοιχτές να ξεραθούν!
- Τα ράμματα θ' αφαιρεθούν 10 περίπου ημέρες μετά το χειρουργείο.



➤ Φυσική δραστηριότητα και άσκηση

- Ο καθημερινός περίπατος συνιστάται ήδη από τις πρώτες ημέρες μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο. Αντίθετα παρατεταμένο κάθισμα ή ξάπλωμα πρέπει ν' αποφεύγεται γιατί προδιαθέτει στην ανάπτυξη πνευμονίας ή θρόμβωσης στα κάτω άκρα.
- Επειδή στο σπίτι σας κινείστε περισσότερο από ότι στο νοσοκομείο, θα αισθάνεστε ίσως πιο εξαντλημένος, κυρίως τις πρώτες μέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο πρέπει να καταπονείστε ελαφριά μόνο σωματικά (να πηγαίνετε περίπατο) και σταδιακά μπορείτε να εκτελείτε πιο βαριές δραστηριότητες (οδήγημα αυτοκινήτου, γρήγορο βάδισμα, τρέξιμο, ορειβασία κτλ.).
- Λόγω των εσωτερικών ραμμάτων στην περιοχή του περινέου (αναστόμωση ανάμεσα στην νεοκύστη και στην ουρήθρα) πρέπει ν' αποφεύγετε:
 - για 12 εβδομάδες το οδήγημα κάθε είδους δικύκλου (ποδήλατο, μοτοσυκλέτα ή μοτοποδήλατο).
 - για 6 εβδομάδες το οδήγημα αυτοκινήτου. Προτού οδηγήσετε σιγουρευτείτε ότι μπορείτε να πατήσετε επείγοντως φρένο και επικοινωνήστε με τον ασφαλιστή του αυτοκινήτου σας εάν καλύπτεστε σε περίπτωση ατυχήματος.
 - για το άμεσο κυρίως μετεγχειρητικό χρονικό διάστημα να κάθεστε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε καρέκλα, σε κάθετη καθιστή θέση. Καλύτερα είναι να κάθεστε σε μισοξαπλωμένη θέση με την πλάτη σε κεκλιμένη προς τα πίσω θέση.
- Καμία έντονη άσκηση (διάδρομος, ποδήλατο, κωπηλατική μηχανή, άρση βαρών κτλ) για 4 - 6 εβδομάδες. Μετά από αυτό το διάστημα μπορείτε να επιστρέψετε στην φυσιολογική καθημερινή σας δραστηριότητα.



➤ Διατροφή και λήψη υγρών

- Από ουρολογική σκοπιά μπορείτε να επιστρέψετε στην φυσιολογική σας διαίτα αμέσως μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, να τρώτε και να πίνετε όλα όσα σας είναι εύγευστα και ευκολοχώνευτα. Παρόλα αυτά προτιμάτε φαγητά περισσότερο εύπεπτα όπως ρύζι, σούπες και ζυμαρικά, ενώ αποφεύγετε γεύματα πλούσια σε φυτικές ίνες (λαχανικά και δημητριακά). Μπορεί να χρειασθεί μέχρι και μία εβδομάδα για να αναρρώσει το έντερο σας από την αναισθησία του χειρουργείου.
- Καθημερινά πρέπει να πίνετε περίπου 2,5 - λίτρα νερό (10 - ποτήρια). Το είδος των υγρών δεν παίζει σημαντικό ρόλο (εκτός από το αλκοόλ) αλλά η ποσότητα πρέπει να είναι αρκετή για να διατηρείται ικανή και συνεχή ροή ούρων. Το εμφιαλωμένο νερό θεωρείται το καλύτερο αλλά και ο καφές, το τσάι, οι χυμοί φρούτων



και η σόδα είναι επίσης κατάλληλα αλλά με μέτρο

- Επειδή μετεγχειρητικά υπάρχει μία νωπή ουλή στην οποία ρέουν ούρα (είτε ανάμεσα στη νεοκύστη και στην ουρήθρα είτε στο δέρμα και στο σημείο που εμφυτεύτηκαν οι ουρητήρες) το αλκοόλ, ο καφές, τα όξινα ποτά και φαγητά μπορεί να ερεθίσουν το δέρμα ή τη νεοκύστη και να επιτείνουν την ανάγκη για ούρηση παρά το γεγονός ότι η νεοκύστη αδειάζει λόγω του καθετήρα που υπάρχει. Αν αυτά τα ποτά και φαγητά δεν σας ενοχλούν δεν υπάρχει λόγος να τ' αποφεύγετε.
- Το έντερο θα επιστρέψει πλήρως στην φυσιολογική του λειτουργία 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Πολλά παυσίπονα μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα και γι' αυτό θα πρέπει να τα διακόψετε εφόσον δεν τα χρειάζεστε.
- Το ορθό, το τελικό δηλαδή τμήμα του παχέος εντέρου, και η περιοχή που βρισκόταν η ουροδόχος κύστη, είναι σ' άμεση επαφή και γειτονία και γι' αυτό τον λόγο μεγάλα και σκληρά κόπρανα, που απαιτούν σφίξιμο για να περάσουν και ν' αποβληθούν, μπορεί να προκαλέσουν εμφανή αιματουρία στην περίπτωση της νεοκύστης.
- Χρησιμοποιείτε ήπια καθαρικά (πχ Γάλα Μαγνησίας ή Duphalac) ή φάρμακα που μαλακώνουν τα κόπρανα (πχ παραφινέλαιο, Nujol) όταν είναι απαραίτητα και επικοινωνείτε μαζί μας εάν έχετε σοβαρά προβλήματα.



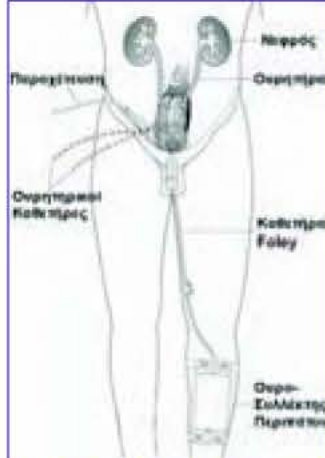
➤ Φάρμακα

- Θα πρέπει να συνεχίσετε να λαμβάνετε τα φάρμακα σας με τον ίδιο τρόπο που τα παίρνατε προεγχειρητικά, εκτός και εάν ο Χειρουργός σας είπε κάτι διαφορετικό.
- Σταματήστε να λαμβάνετε ασπιρίνη ή άλλα αντιπηκτικά φάρμακα (πχ Salospir, Sintrom, Plavix, Iscover, Persantin, Tarontal, Loftyl κτλ) μέχρι ν' αφαιρεθεί ο καθετήρας και για τουλάχιστον 4 εβδομάδες μετά την επέμβαση.
- Σε περίπτωση που τα παραπάνω αντιπηκτικά φάρμακα είναι αναγκαία γι' άλλους ιατρικούς λόγους (πχ καρδιολογικούς) θα πρέπει να κάνετε καθημερινά, γι' αυτές τις 4 μετεγχειρητικές εβδομάδες, τις αντιπηκτικές ενέσεις με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (πχ Clexane ή Innohep) και οι οποίες προκαλούν λιγότερες αιμορραγικές επιπλοκές απ' ότι τ' αντιπηκτικά φάρμακα από το στόμα.
- Θα σας δοθεί μία συνταγή με ήπια παυσίπονα (πχ Lonarid N, Xefo rapid 8mg, Spasmo - Apotel κτλ) για την αντιμετώπιση της δυσφορίας από τις πληγές ή από τον καθετήρα. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν χρειάζονται άλλα ισχυρότερα αναλγητικά.
- Τ' αντιβιοτικά (πχ Ciproxin 500mg ή Augmentin 1g ή Zinadol 500mg κτλ) πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά μέχρι και την αφαίρεση του καθετήρα και για μία περίπου εβδομάδα μετά.



Φροντίδα ουρητηρικών καθετήρων

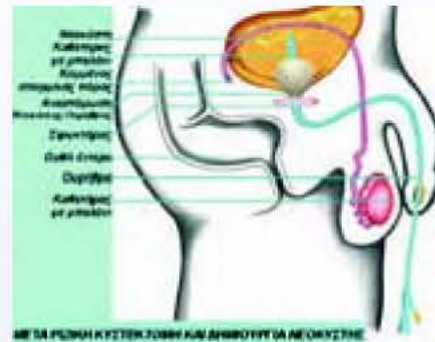
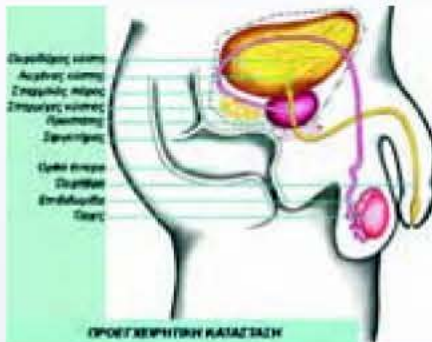
- Οι ουρητηρικοί καθετήρες είναι, ανάλογα με τον τύπο εκτροπής των ούρων, απαραίτητοι για την ομαλή μετεγχειρητική πορεία, παροχετεύοντας τα ούρα κατευθείαν από το νεφρό προς τα έξω.
- Οι ουρητηρικοί καθετήρες βοηθούν να μένει άδεια και στεγνή η νεοκύστη ή η κύστη Bricker μέχρι να ολοκληρωθεί η επουλώση και η στεγανότητά της και να παραμένουν ανοικτοί οι ουρητήρες στα σημεία ένωσής τους εσωτερικά με το έντερο ή με το δέρμα στην περίπτωση απλής ουρητηροστομίας.
- Οι ουρητηρικοί καθετήρες παραμένουν ανάλογα με τον τύπο εκτροπής των ούρων
 - στη νεοκύστη και στη κύστη Bricker για 2 - 3 εβδομάδες
 - στην απλή ουρητηροδερματοστομία παραμένουν μόνιμα για την αποφυγή δημιουργίας στένωσης και αλλάζουν κάθε έξι μήνες με ακτινοσκοπική καθοδήγηση
 - στη ορθο-σιγμοειδοστομία πέφτουν συνήθως από μόνοι τους λόγω των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου και λόγω της φυσιολογικής λειτουργίας της αφόδευσης μετά από 7 - περίπου ημέρες
- Οι ουρητηρικοί καθετήρες στηρίζονται με ράμμα στο δέρμα για μην μετακινθούν και πέσουν από το νεφρό χάνοντας έτσι την λειτουργικότητά τους.
- Το σακουλάκι με τους ουρητηρικούς θα πρέπει να το αδειάζετε τακτικά και οπωσδήποτε μία φορά κατά την διάρκεια της νύχτας.



Μετά από μία ρομποτική κυστεκτομή με δημιουργία νεοκύστης τοποθετείται ένας διουρηθρικός καθετήρας Foley (που συνδέεται σε ουροσυλλέκτη περιπάτου προσαρμοζόμενο στο πόδι για να κινείται ευκολότερα ο ασθενής), μία παροχέτευση για την συλλογή των υγρών της επέμβασης, και δύο ουρητηρικοί καθετήρες για την απευθείας συλλογή και έξοδο των ούρων από τους νεφρούς.

Φροντίδα του διουρηθρικού καθετήρα στην περίπτωση της νεοκύστης

- Ο καθετήρας, κρατώντας την νεοκύστη άδεια και στεγνή, είναι αναγκαίος για την απρόσκοπτη επουλώση της:
 - αναστόμωσης ανάμεσα στην νεοκύστη και στην ουρήθρα
 - αναστόμωσης ανάμεσα στους ουρητήρες και την νεοκύστη
 - ίδιας της νεοκύστης



- Απ'αυτόν εξαρτάται επίσης και η γρήγορη επάνοδος της εγκράτειας. Γι'αυτό τον λόγο ο καθετήρας πρέπει να παραμείνει για τρεις (3) εβδομάδες μετά την εγχείρηση και να παροχετεύει συνεχώς τη νεοκύστη για να επουλωθεί πλήρως η νεοκύστη.
- Η νεοκύστη αποτελείται από λεπτό έντερο, το οποίο συνεχίζει να παράγει βλέννα όπως και πριν αυτό κοπεί και ραφτεί για να δημιουργηθεί η νεοκύστη. Γι' αυτό τον λόγο θα παρατηρήσετε να βγαίνουν από τον καθετήρα βλέννες, οι οποίες μπορεί να βουλώσουν τον καθετήρα ή να συσσωρευτούν στη νεοκύστη. Για ν' αποφευχθούν οι δυσάρεστες καταστάσεις από την συσσώρευση βλέννας πρέπει να:
 - πίνετε αρκετό νερό, τουλάχιστον 2 - 3 λίτρα την ημέρα
 - λαμβάνετε ειδικά βλεννολυτικά φάρμακα (N-ακετυλ-κυστεΐνη), αρχικά ενδοφλεβίως και αργότερα σε φακελάκια (πχ Trebon N 200mg τρεις φορές την ημέρα), που βοηθούν στο γίνεται η βλέννα πιο υδατοδιαλυτή
 - πλύνεται καθημερινά η νεοκύστη από τον Ουρολόγο σας ήδη από την 3η - 4η μετά το χειρουργείο. Όταν βγείτε από νοσοκομείο και είστε ακόμη με τον καθετήρα (για 2 ακόμα περίπου εβδομάδες) καλό είναι να έρχεσθε κάθε 3 - 4 ημέρες στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για να γίνονται οι πλύσεις από τον Ουρολόγο σας.
- Δεν πρέπει ν' ασκείται καμία απολύτως πίεση ή έλξη στον καθετήρα. Κατά την διάρκεια του χρόνου παραμονής του ο καθετήρας πρέπει να περνάει καλύτερα δίπλα μέσα από το μπατζάκι του παντελονιού και όχι διαμέσου της μέσης σχισμής. Γι' αυτό τον λόγο είναι καλύτερο να φοράτε κοντά παντελόνια χωρίς στενό σλιπάκι ή και χαλαρό μποξεράκι. Πρέπει να είναι χωρίς οποιαδήποτε τάση παράλληλα με την έσω επιφάνεια του μηρού, έτσι ώστε να μην τσακίζει και παρεμποδίζεται η ροή των ούρων. Εάν αισθάνεστε κάποιο τράβηγμα στον καθετήρα, αυτό σημαίνει ότι ο καθετήρας πρέπει να σταθεροποιηθεί ψηλότερα στο μηρό έτσι ώστε να επιτρέπεται κάποια ελευθερία κίνησης όταν κινείστε ή όταν περπατάτε (να έχει κάποια "μπόσικα" δηλαδή ο καθετήρας όταν είναι ακινητοποιημένος στον μηρό σας).
- Ο ουροσυλλέκτης πρέπει να τοποθετείται πάντα σε κατώτερο/χαμηλότερο επίπεδο από τη νεοκύστη έτσι ώστε να παροχετεύονται τα ούρα με την βαρύτητα.
- Ο ουροσυλλέκτης πρέπει ν' αδειάζει προτού γεμίσει πλήρως με ούρα γιατί αλλιώς τα ούρα δεν θα παροχετεύονται σωστά και θα γυρίζουν μέσα στη νεοκύστη. Αν θέλετε να κινείστε και έξω από το σπίτι σας μπορείτε να χρησιμοποιείτε τον ουροσυλλέκτη περιπάτου. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ουροσυλλέκτη περιπάτου: εκείνοι που καθλώνονται στον μηρό και εκείνοι που καθλώνονται στην κνήμη. Προτιμάτε εκείνους που καθλώνονται στην κνήμη γιατί ο σωλήνας είναι μακρύτερος, πιο ευθειασμένος και δύσκολα τσακίζει μ' αποτέλεσμα να παροχετεύουν τα ούρα καλύτερα (πχ της εταιρείας Coloplast).
- Οι ουροσυλλέκτες περιπάτου έχουν γενικά 3 μειονεκτήματα:
 - κατά την βάδιση ή το κάθισμα μπορεί ευκολότερα να τσακίζει ο καθετήρας και ο σωλήνας του ουροσυλλέκτη, οδηγώντας σε κατακράτηση ούρων στην νεοκύστη



- δεν είναι κατάλληλος κατά την διάρκεια του ύπνου γιατί έχει κοντό σωλήνα και περιορίζει τις κινήσεις σας όταν είσθε ξαπλωμένος
- έχει μικρότερη χωρητικότητα και πρέπει να αδειάζεται τακτικότερα.
- Ο κλασικός ουροσυλλέκτης, που είχατε στο νοσοκομείο, έχει μακρύτερο σωληνάκι και επιτρέπει μεγαλύτερο εύρος κινήσεων. Όταν είσθε ξαπλωμένοι μπορεί να τοποθετηθεί στο πάτωμα δίπλα στο κρεβάτι ή να σταθεροποιηθεί στο σκελετό του κρεβατιού όπως γινόταν και στο νοσοκομείο.
- Η βάλανος του πέους ή και η ουρήθρα μπορεί να παρουσιάσει κάποιο ερεθισμό από την επαφή τους με τον καθετήρα. Πρέπει να χρησιμοποιείτε απλό σαπούνι και ζεστό νερό για να πλύνετε αυτή την περιοχή καθημερινά. Μπορείτε να χρησιμοποιείτε επίσης ουδέτερες κρέμες με υδατική βάση για να διατηρείτε την περιοχή υγρή και να αποφεύγετε έτσι την αίσθηση ξηρότητας και δυσφορίας στην βάλανο και στην ουρήθρα.
- Μία μικρή ποσότητα αιματηρού ουρηθρικού εκκρίματος ή ακόμα και ούρα μπορούν να διαφεύγουν γύρω από τον καθετήρα κυρίως όταν υπάρχει κινητικότητα στο έντερο σας και κατά την διάρκεια της αφόδευσης. Αυτό οφείλεται είτε σε τοπική πίεση από το σφίξιμο κατά την αφόδευση είτε σε σπασμούς της νεοκύστης από τον ερεθισμό της κατά την επαφή με τον καθετήρα και είναι απολύτως φυσιολογικό.
- Αυτές οι διαφυγές των υγρών γύρω από τον καθετήρα είναι καλό να απορροφούνται με την χρήση μίας γάζας που θα τοποθετείται σαν φιόγκος γύρω από τον καθετήρα και θα πρέπει να αλλάζει τακτικά κάθε φορά που βρέχεται.
- Είναι φυσιολογικό όταν κινείστε περισσότερο να χρωματίζονται το ούρα ροζ ή ακόμα και κόκκινα. Αυτό οφείλεται στο ότι ο καθετήρας με την κίνηση ερεθίζει και “ξύνει” τη νεοκύστη. Εάν αυτό συμβαίνει συχνά μπορείτε να περιορίσετε λίγο το περπάτημα και να αυξήσετε την ποσότητα λήψης υγρών.

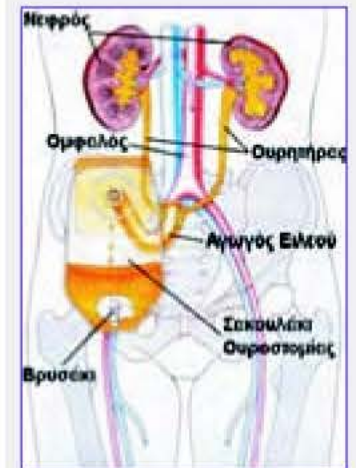


Διάφοροι τύποι
ουροσυλλεκτών περιπάτου

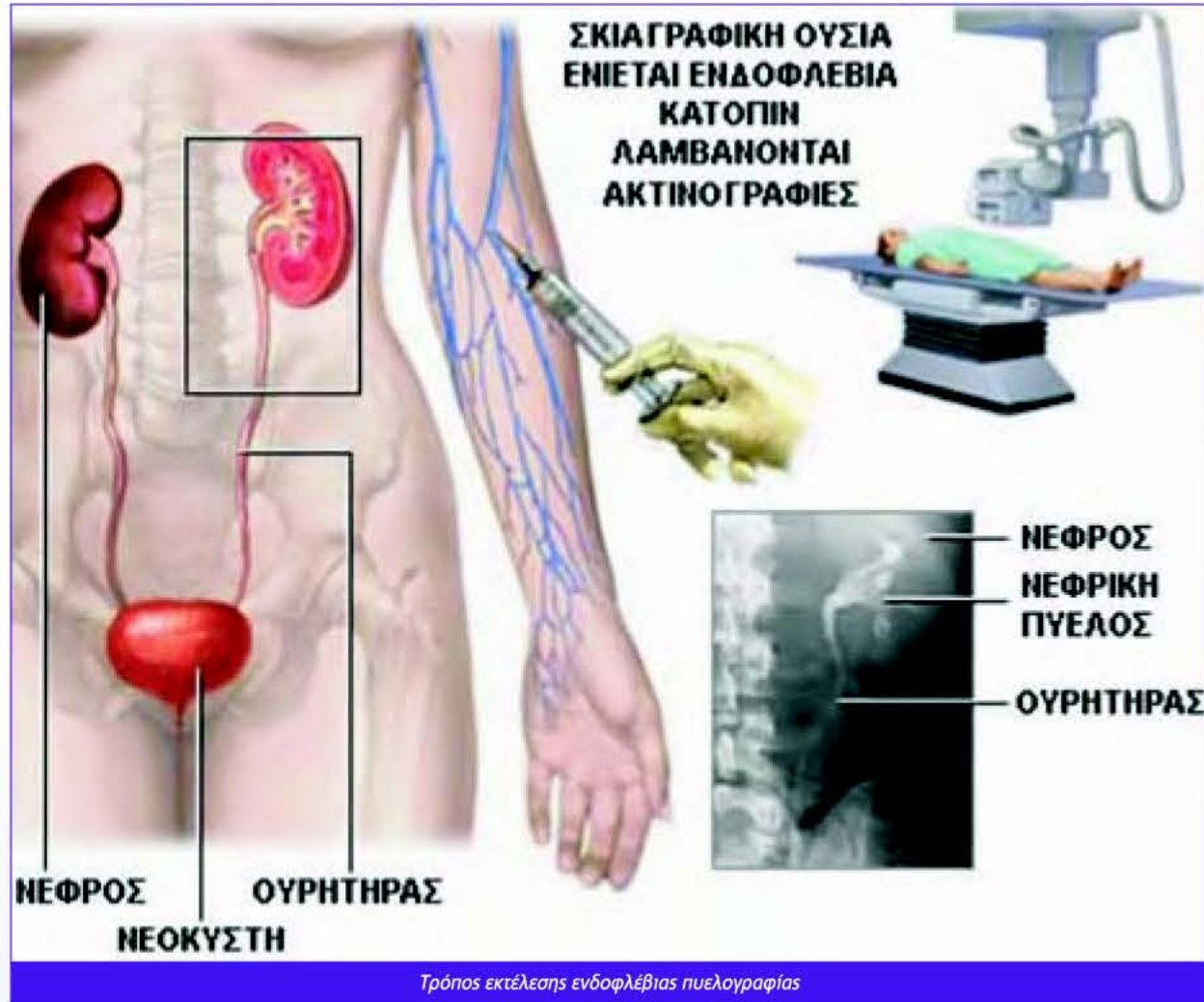
- Όταν κάνετε ντους επιτρέπεται να τοποθετείτε τον ουροσυλλέκτη στο μπάνιο.
- Κάθε φορά που θα αλλάζετε τον ουροσυλλέκτη περιπάτου με τον κλασικό νοσοκομειακό ουροσυλλέκτη πρέπει να προσέχετε να μην μολυνθούν τα ούρα και προκληθεί ουρολοίμωξη (Προσοχή - καθαρά χέρια, καμία επαφή των οπών του καθετήρα και του ουροσυλλέκτη με οποιαδήποτε επιφάνεια, χρησιμοποιείτε οινόπνευμα για ν' απολυμαίνετε τις περιοχές όπου συνδέετε ο καθετήρας με τον ουροσυλλέκτη).
- Όταν ο ουροσυλλέκτης δεν γεμίζει με ούρα ελέγξτε εάν κάπου έχει κάποιο σωληνάκι τσακίσει ή ο ουροσυλλέκτης βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από την κύστη. Εάν παρ' όλα αυτά δεν τρέχουν τα ούρα στον ουροσυλλέκτη, επικοινωνήστε αμέσως με τον Χειρουργό σας.

➤ Φροντίδα ουροστομίας

- Στην περίπτωση δημιουργίας αγωγού ειλεού (Ileum Conduit) και απλής ουρητηροστομίας στο δέρμα το στόμιο, το σακουλάκι ουροστομίας τοποθετείται στην δεξιά πλευρά του σώματος στο ύψος ή λίγο πιο κάτω από τον ομφαλό.
- Το σακουλάκι ουροστομίας έχει ένα βρυσάκι που επιτρέπει το άδειασμα του περιεχομένου όταν γεμίσει.
- Η αλλαγή στο σακουλάκι και η φροντίδα της ουροστομίας γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή συγγενή του με την βοήθεια και καθοδήγηση ειδικού νοσηλευτικού προσωπικού της εταιρείας που διακινεί τα υλικά (εταιρεία Coloplast)
- Στην περίπτωση νεοκύστης, μετά την αφαίρεση των ουρητηρικών καθετήρων και πριν από την αφαίρεση του διουρηθρικού καθετήρα Foley, όπως και
- στην περίπτωση ουρητηροειλεοστομίας (Ileum Conduit) ή ορθοκύστης (Mainz Rouch II), μετά την αφαίρεση των ουρητηρικών καθετήρων συνιστάται η εκτέλεση μίας ενδοφλέβιας πυελογραφίας (σε συνδυασμό με κατιούσα κυστεογραφία στη νεοκύστη μόνο).



- Η ενδοφλέβια πυελογραφία γίνεται με την χορήγηση ενδοφλεβίως ενός σκιαγραφικού φαρμάκου, το οποίο μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα νεφρά, προσλαμβάνεται από αυτά και απεκκρίνεται στα ούρα σκιαγραφώντας, κάνοντας δηλαδή ορατά, σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, τη νεφρική πύελο, τον ουρητήρα και την νεοκύστη (εφόσον αυτή δημιουργήθηκε και υπάρχει).



- Με την πυελογραφία ελέγχεται ο τρόπος αποχέτευσης των ούρων από τους νεφρούς στη νεοκύστη ή στον αγωγό ειλεού καθώς και εάν υπάρχουν στενώματα ή διαφυγές ούρων στο σημείο αναστόμωσης ανάμεσα στους ουρητήρες

και στο έντερο.

- Η **κατιούσα κυστεογραφία**, η οποία γίνεται μόνο στην περίπτωση της νεοκύστης, ακολουθεί την πυελογραφία και εκτελείται στα πλαίσια της ίδιας εξέτασης κρατώντας κλειστό τον καθετήρα. Ονομάζεται κατιούσα γιατί το σκιαγραφικό μέσο ρέει από πάνω (από τον νεφρό δηλαδή) προς τα κάτω (προς τη νεοκύστη δηλαδή), σ' αντίθεση με την ανιούσα κυστεογραφία, όπου το σκιαγραφικό φάρμακο χορηγείται διαμέσου του καθετήρα με την αντίθετη φορά. Με την κυστεογραφία ελέγχεται η ακεραιότητα και η στεγανότητα της αναστόμωσης ανάμεσα στη νεοκύστη και στην ουρήθρα καθώς και η στεγανότητα της ίδιας της νεοκύστης.
- Στην συντριπτική πλειοψηφία (περίπου στο 98%) των περιπτώσεων της νεοκύστης δεν υπάρχει διαφυγή σκιαγραφικού στην περιοχή της συρραφής με την ουρήθρα και έτσι μπορεί ν' αφαιρεθεί ο καθετήρας. Σπάνια, όταν η αναστόμωση δεν είναι στεγανή, για την αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών (όπως στενώματα, ουρολοιμώξεις, ακράτειες κτλ), ο καθετήρας πρέπει να παραμένει, ανάλογα με την έκταση της διαφυγής, για 3 - 7 ημέρες ακόμα μέχρι την πλήρη επούλωση της πληγής.
- Γι' αυτό τον λόγο πρέπει να φέρετε μαζί σας στο προκαθορισμένο ραντεβού για την αφαίρεση του ουροκαθετήρα (συνήθως 3 εβδομάδες περίπου μετά την ημερομηνία του χειρουργείου) ένα φιαλίδιο των 100 ml με το σκιαγραφικό SCANLUX 370mg I/ml. Αυτό θα το προμηθευτείτε από το φαρμακείο με συνταγή γιατρού.
- Ο πρώτος έλεγχος για την στεγανότητα της αναστόμωσης τόσο ανάμεσα στην ουρήθρα και στη νεοκύστη όσο και ανάμεσα στους ουρητήρες και στο έντερο που χρησιμοποιείται για την εκτροπή των ούρων γίνεται κατά την διάρκεια της επέμβασης μετά την ολοκλήρωση της αναστόμωσης της ουρήθρας. Η νεοκύστη γεμίζει με 120 ml περίπου φυσιολογικού ορού και παρακολουθούμε με την κάμερα του ρομπότ εάν υπάρχει διαφυγή λόγω χάσματος στις συρραφές.
 - Όταν οι αναστομώσεις είναι στεγανές, η ρομποτική επέμβαση προχωρά στο επόμενο βήμα.
 - Σε περίπτωση διαφυγής, γεγονός σπάνιο λόγω της δυνατότητας του ρομπότ και της προσωπικής εμπειρίας μου για την πραγματοποίηση πρωτοπαθούς στεγανής αναστόμωσης, τοποθετούνται επιπλέον ράμματα μέχρι την επίτευξη της στεγανότητας της αναστόμωσης.
- Όταν αφαιρεθεί ο καθετήρας πιθανόν να έχετε κάποιες δυσκολίες με την εγκράτεια των ούρων. Γι' αυτόν τον λόγο να φέρετε μαζί σας στο ραντεβού για την ενδοφλέβια πυελογραφία και κυστεογραφία και σερβιέτες ή ελαστικό σλιπάκι ακράτειας για ενήλικες άνδρες, τα οποία μπορείτε να προμηθευτείτε από φαρμακεία ή μεγάλα σουπερμάρκετ.



Ενδοφλέβια πυελογραφία με κατιούσα κυστεογραφία σε κατά μέτωπο προβολή. Διακρίνονται η νεφρική πύελος, οι ουρητήρες και η νεοκύστη γεμάτη με σκιαγραφικό, μπαλόνι του καθετήρα στο εσωτερικό της και η έλλειψη διαφυγής της αναστόμωσης. Τεχνική νεοκύστης κατά Hautmann. Δεν υπάρχει ένδειξη διαφυγής σκιαγραφικού, η αναστόμωση ανάμεσα στη νεοκύστη και στην ουρήθρα είναι στεγανή και ο καθετήρας μπορεί ν' αφαιρεθεί.

ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ - ΓΕΝΙΚΑ

Μετά την αφαίρεσή της ουροδόχου κύστης είναι ευνόητο ότι τα ούρα πρέπει να συνεχίσουν ν'αποβάλλονται. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές εκτροπής των ούρων, οι οποίες μπορούν ν' αντικαταστήσουν τη λειτουργία της κύστης.

Μορφές εκτροπής των ούρων

Οι διάφορες τεχνικές κατατάσσονται σε 2 κατηγορίες:

- τεχνικές, όπου τα ούρα ρέουν συνεχώς εκτός σώματος (**ακρατείς**)
- τεχνικές, που μπορούν ν' αποθηκεύουν τα ούρα όπως και η ουροδόχος κύστη (**εγκρατείς**)

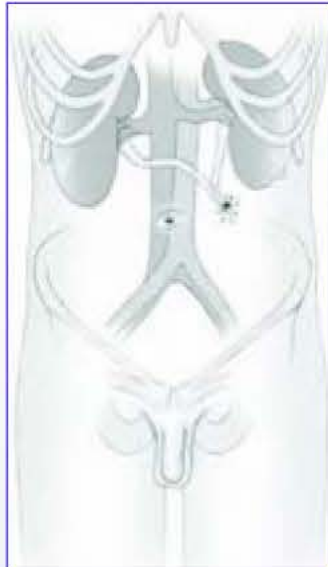
Κοινό χαρακτηριστικό όλων των μεθόδων είναι ότι η εκτροπή των ούρων γίνεται ολοκληρωτικά ή εν μέρει μέσω ενός τμήματος εντέρου του αρρώστου, εκτός από την περίπτωση της απλής ουρητηροστομίας όπου οι ουρητήρες εμφυτεύονται κατευθείαν στο δέρμα. Η απόφαση για το ποια τεχνική θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τη γενική κλινική κατάσταση του ασθενή και τη βαρύτητα της επέμβασης. Στη συνέχεια ακολουθεί μια πιο λεπτομερής περιγραφή των διάφορων τεχνικών.

Ουρητηροστομίες στο δέρμα

Οι ουρητήρες εμφυτεύονται κατευθείαν στο δέρμα χωρίς την παρεμβολή οποιουδήποτε τμήματος εντέρου. Το μεγάλο πλεονέκτημα είναι ότι, επειδή δεν κόβεται και δεν αναστομώνεται έντερο, η μετεγχειρητική ανάρρωση είναι ταχύτερη και οι μεταβολικές επιπλοκές λόγω της έλλειψης απορρόφησης των ούρων από το έντερο ανύπαρκτες. Αρχικά περιγράφηκε σαν τύπος εκτροπής των ούρων στα παιδιά. Αργότερα εφαρμόστηκε σε ενήλικες με ουρητηρική απόφραξη λόγω κακοήθειας. Η στένωση του στόματος σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% και οι επακόλουθες ουρολοιμώξεις είναι οι κύριες επιπλοκές. Άλλες σοβαρές επιπλοκές είναι η νεφρική δυσλειτουργία που οφείλεται στις υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις και ο σχηματισμός λίθου. Εφαρμόζεται σ' επιλεγμένες περιπτώσεις. Η στένωση του στομίου μπορεί ν' αποφευχθεί αν η μέθοδος εφαρμόζεται σ' ασθενείς με διατεταμένο ουρητήρα και όταν παρεμβληθεί δερματικός κρημνός. Σήμερα χρησιμοποιούνται συνήθως μόνιμοι ουρητηρικοί καθετήρες που αλλάζουν κάθε εξάμηνο. Καλά κλινικά αποτελέσματα προκύπτουν από την εφαρμογή ουρητηροστομίας σ' ασθενείς μ' ένα νεφρό.

Τελευταία εφαρμόζονται νέες τεχνικές ουρητηροστομιών έτσι ώστε να μην απαιτείται η τοποθέτηση καθετήρων σ' ασθενείς με ουρητήρες φυσιολογικού μεγέθους.

Η αναφερόμενη συχνότητα στένωσης ήταν 8% περίπου.

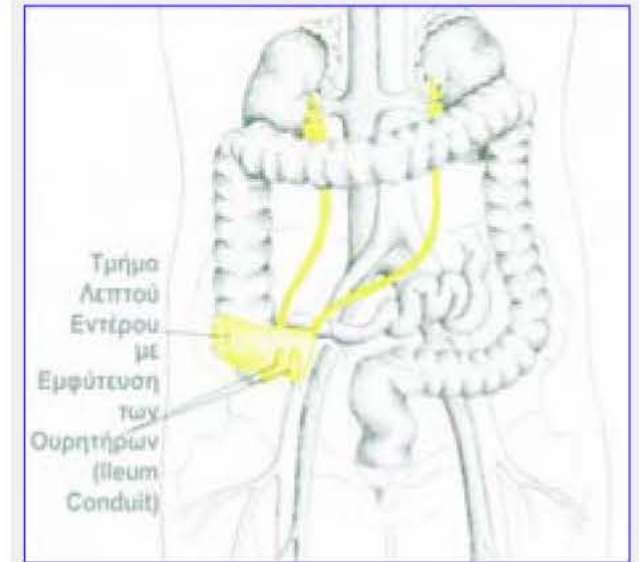


Ileum Conduit (αγωγός ειλεού, ουρητηροειλεοστομία, κύστη Bricker)

Χρησιμοποιείται ένα 10 - 15 εκατοστά μακρύ τμήμα εντέρου, στο ένα άκρο του οποίου εμφυτεύονται οι δύο ουρητήρες. Το άλλο άκρο του αγωγού καθηλώνεται σ' ένα άνοιγμα του κοιλιακού τοιχώματος. Στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων χρησιμοποιείται τμήμα λεπτού (ειλεός) ή σπανιότατα παχέος εντέρου. Τα ούρα ρέουν από τους ουρητήρες. Μέσω του αδρανοποιημένου εντερικού τμήματος έξω από το σώμα και συλλέγονται σ' ένα σάκο ουροστομίας, ο οποίος είναι κολλημένος στο δέρμα και σκεπάζει το άνοιγμα. Για τη φροντίδα της ουροστομίας υπάρχει ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα σας βοηθήσει να αντεπεξέλθετε στις απαιτήσεις της νέας κατάστασης.

Το πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ο σχετικά σύντομος χρόνος της επέμβασης σε σύγκριση με τις εγκρατείς τεχνικές. Είναι η μέθοδος επιλογής σ' ασθενείς μ' άσχημη γενική κλινική κατάσταση.

Η πιο συνήθης επιπλοκή είναι η στένωση στο σημείο εμφύτευσης των ουρητήρων στο έντερο (αναστόμωση). Λόγω της δυσχέρειας ροής των ούρων από τα νεφρά προκαλείται διάταση αυτών μ' αποτέλεσμα ο ασθενής να εμφανίζει πυελονεφρίτιδες. Μία επιπλέον επιπλοκή είναι η δημιουργία κήλης του κοιλιακού τοιχώματος στο σημείο της ουροστομίας μ' αποτέλεσμα να υπάρχει διαρροή στο σάκο ή προβλήματα στη φροντίδα της ουροστομίας. Τελευταίες μελέτες έχουν δείξει χειροτέρευση της λειτουργίας των νεφρών στο 35% των ασθενών μ' ελάχιστη παρακολούθηση 5 ετών, που φθάνει το 50% σ' εκείνους που παρακολούθηθηκαν για 15 χρόνια.

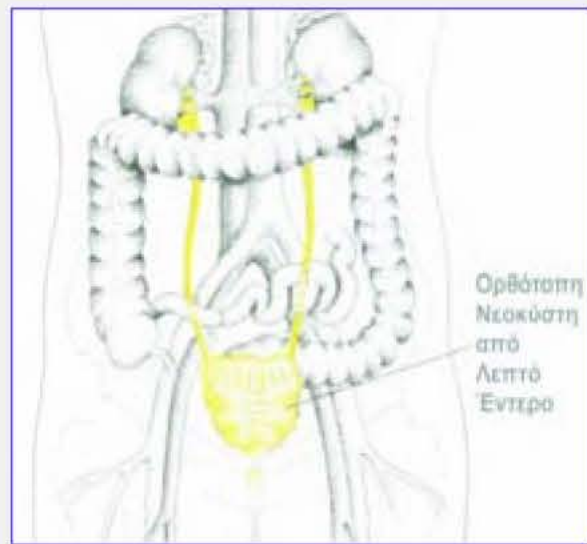
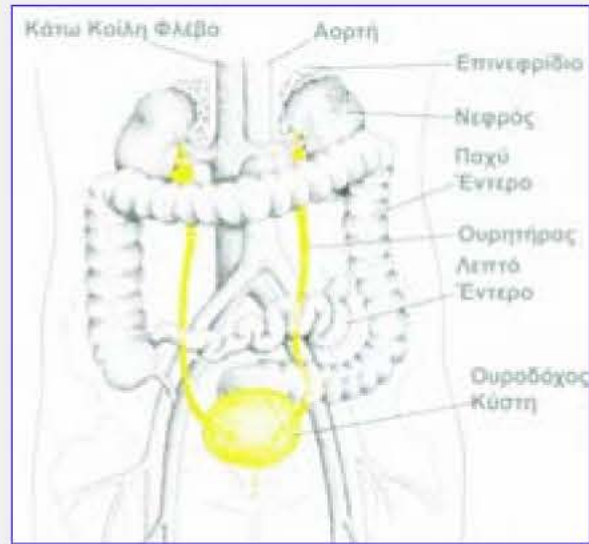


Ορθότοπη Νεοκύστη

Πρόκειται για την τεχνική της εκτροπής των ούρων, η οποία προσομοιάζει περισσότερο με τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης. Μετά την κυστεκτομή σχηματίζεται μία κύστη από ένα τμήμα ειλεού (λεπτό έντερο) μήκους 60 - 70 εκατοστών. Οι ουρητήρες εμφυτεύονται με ειδική τεχνική έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η επιστροφή ούρων στα νεφρά (παλινδρό-μηση) και από την άλλη ν' αποφεύγεται η στένωση στο σημείο της αναστόμωσης. Εν συνεχεία η νεοκύστη τοποθετείται στη θέση της ουροδόχου κύστης που αφαιρέθηκε και συνδέεται με την ουρήθρα. Ο ασθενής είναι σε θέση να ουρήσει όπως και πριν την επέμβαση (εγκρατής τεχνική).

Η τεχνική αυτή είναι δυνατή μόνο όταν δεν έχει προσβληθεί η ουρήθρα από τον όγκο. Προηγηθείσες χρόνιες φλεγμονώδεις ασθένειες του εντέρου ή παλαιότερες εντερεκτομές μπορεί να καταστήσουν αδύνατη την εφαρμογή αυτής της μεθόδου. Πρόκειται για μία τεχνικά δύσκολη επέμβαση μ' αρκετές πιθανότητες επιπλοκών. Εκτός από την υδρονέφρωση μπορεί να υπάρχουν δυσκολίες στην κένωση της νεοκύστης. Λόγω της μικρότερης ικανότητας της να συσπασθεί

είναι πιθανό να χρειάζεται ισχυρή πίεση της κοιλιάς ή και αυτοκαθετηριασμός για να αδειάσει πλήρως. Η δύναμη του σφιγκτήρα μπορεί να μην επαρκεί για να κρατήσει τα ούρα που συσσωρεύονται στη νεοκύστη μ' αποτέλεσμα να υπάρχει μία μικρού βαθμού ακράτεια.

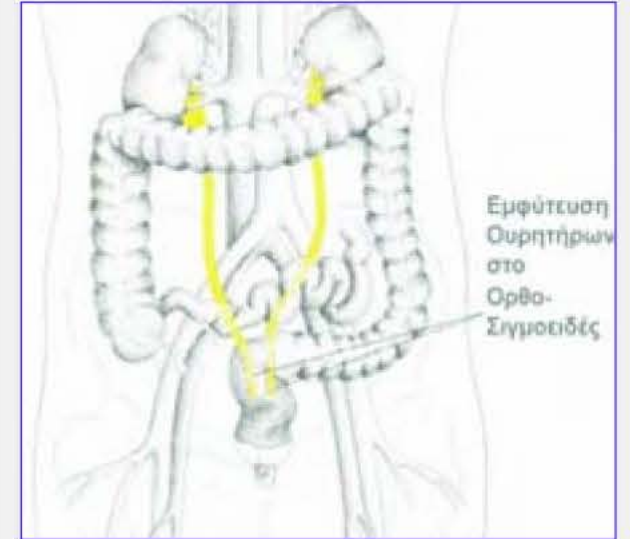


Αριστερά φυσιολογική κατάσταση και δεξιά νεοκύστη από λεπτό έντερο

> Εμφύτευση ουρητήρων στο έντερο

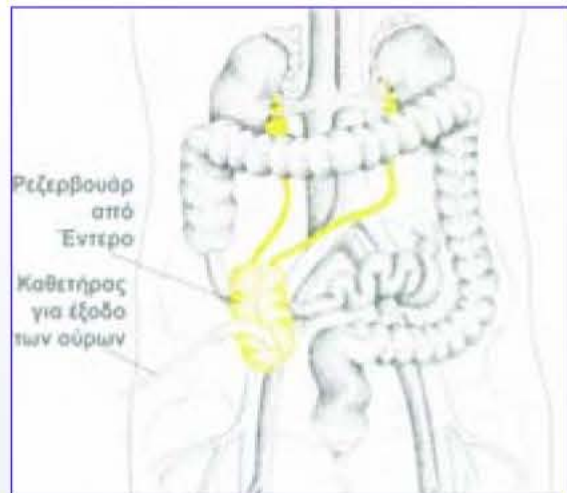
Οι ουρητήρες εμφυτεύονται στο ορθό. Κατά συνέπεια το τμήμα αυτό του εντέρου χρησιμοποιείται για τη συσσώρευση των ούρων τα οποία αποβάλλονται μαζί με τις κενώσεις. Είναι αυτονόητο ότι απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή λειτουργία του σφιγκτήρα του πρωκτού. Αυτό ελέγχεται προεγχειρητικά με υποκλυσμό (ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κρατήσει αρκετή ώρα το υγρό). Επίσης θα διενεργηθεί μία κολonosκόπηση για ν' αποκλειστούν άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου (πχ. εκκολπώματα, φλεγμονές).

Το πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι είναι σχετικά απλή τεχνική και προσφέρει εγκράτεια χωρίς την ανάγκη δημιουργίας μίας πολύπλοκης νεοκύστης. Ιδιαίτερα στις γυναίκες συνδυάζει την ριζικότητα και την δυνατότητα για εγκράτεια. Σοβαρό μειονέκτημα είναι οι σοβαρές ουρολοιμώξεις, οι μεταβολικές διαταραχές και η πιθανότητα δημιουργίας καρκίνου στο παχύ έντερο, στο σημείο εμφύτευσης των ουρητήρων.



> Καθετηριαζόμενο ρεζερβουάρ (Pouch = Θύλακος, ρεζερβουάρ)

Και σ' αυτή την τεχνική σχηματίζεται μία "σακούλα" από έντερο (Pouch), η οποία στεγανοποιείται μ' έναν ειδικό μηχανισμό (αποτελούμενο από κάποιο κομμάτι του εντέρου) και συνήθως εμφυτεύεται στην περιοχή του ομφαλού. Το άδειασμα του Pouch επιτυγχάνεται με καθετήρα (αυτοκαθετηριασμός). Απαιτούνται 4-5 καθετηριασμοί ημερησίως, αναλόγως της ποσότητας υγρών που λαμβάνει ο ασθενής. Η τεχνική αυτή απαιτεί παρόμοιες χειρουργικές ικανότητες μ' αυτή της νεοκύστης. Ως επιπλοκή αξίζει να αναφερθεί τόσο η πιθανή ακράτεια λόγω ανεπάρκειας του βαλβιδικού μηχανισμού μ' απώλεια ούρων, όσο και η στένωση της εισόδου μ' επακόλουθα προβλήματα στον καθετηριασμό και υπόλειμμα ούρων. Εφαρμόζεται λόγω των πολυάριθμων τεχνικών προβλημάτων και επιπλοκών σε μία μόνο πολύ μικρή μειοψηφία των ασθενών.



ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ - ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Σίγουρα θα χρειαστεί κάποιος χρόνος προσαρμογής μέχρι να συνηθίσετε την καινούρια αυτή κατάσταση. Όλες όμως οι τεχνικές εκτροπής των ούρων ελάχιστα θα επηρεάσουν τον τρόπο ζωής σας. Πριν την εγχείρηση θα συζητήσουμε μαζί σας, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπική σας κατάσταση, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μεθόδου, προσπαθώντας παράλληλα να καταλήξουμε στην ιδανική για εσάς τεχνική. Μετεγχειρητικά θα πρέπει να σας επιστήσουμε την προσοχή σε κάποιες ιδιαιτερότητες, τις οποίες θα σας παρουσιάσουμε παρακάτω, έτσι ώστε με ταχεία παρέμβαση από την πλευρά μας ν' αποφύγετε κάποιες επιπλοκές.

➤ Διατροφή και λήψη υγρών

Δεν απαιτείται μετεγχειρητικά κάποια ιδιαίτερη διατροφή. Μία εξισορροπημένη διατροφή με φυτικές ίνες, φρούτα πλούσια σε βιταμίνες, λαχανικά και μειωμένη κατανάλωση κρέατος και λίπους είναι αρκετή. Η ελάχιστη ημερήσια ποσότητα υγρών, σωστά κατανεμημένη κατά τη διάρκεια της ημέρας, πρέπει να ξεπερνάει τα 2,5 - 3 λίτρα το 24ωρο.



➤ Οξέωση του αίματος

Το αδρανοποιημένο τμήμα του εντέρου απορροφά κανονικά ουσίες από τις τροφές, ενώ αντιθέτως με τα ούρα, αποβάλλονται διάφορες βλαβερές για τον οργανισμό ουσίες. Λόγω της παρατεταμένης επαφής των ούρων με τον εντερικό βλεννογόνο ενέχει ο κίνδυνος αύξησης της απορρόφησης αυτών των ουσιών με αποτέλεσμα την υπεροξέωση του αίματος και την εμφάνιση ηλεκτρολυτικών διαταραχών (υποκαλιαιμία).

Ο ασθενής συνήθως νιώθει κόπωση, αναπνευστικές δυσκολίες και καρδιακές αρρυθμίες.

Υπερχλωραιμική οξέωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση οφείλονται στην κλίση συγκέντρωσης μεταξύ ορού και ούρων. Ο εντερικός βλεννογόνος μόνο κατά ένα μέρος είναι σε θέση να την κρατήσει σταθερή. Η ποσότητα των απορροφούμενων συστατικών των ούρων είναι ευθέως ανάλογη του μήκους του εντερικού τμήματος που χρησιμοποιήθηκε. Επομένως σε εγκρατείς επεμβάσεις (νεοκύστη, Rouch ομφαλού ή σιγμοειδορθικό), κατά τις οποίες χρησιμοποιούνται μακρύτερα εντερικά τμήματα, αναμένονται βαρύτερες μεταβολικές διαταραχές σε σύγκριση με τις ακρατείς (Ileum Conduit).

Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επαφής των ούρων με τον εντερικό βλεννογόνο επιδεινώνει επιπλέον τις μεταβολικές διαταραχές.

Η θεραπεία της υπερχλωραιμικής μεταβολικής οξέωσης περιλαμβάνει τη χρήση αλκαλοποιητικών παραγόντων ή/και ανταγωνιστών της μεταφοράς χλωρίου. Τα διττανθρακικά από το στόμα συνήθως αποκαθιστούν την ισορροπία οξέων

και βάσεων. Εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί κιτρικό νάτριο, η γεύση του όμως είναι δυσάρεστη. Τα συμπληρώματα νατρίου μπορεί να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση ή να προκαλέσουν κατακράτηση υγρών και πνευμονικό οίδημα σε ασθενείς με προδιάθεση. Αν τα υπερβολικά φορτία νατρίου είναι ανεπιθύμητα, μπορεί να χορηγηθεί διουρητικό φάρμακο (χλωροπρομαζίνη). Η τελευταία δρα εμποδίζοντας τη μεταφορά του χλωρίου.

Πολλοί πιστεύουν πως όλοι οι ασθενείς με νεοκύστη παρουσιάζουν μεταβολική οξέωση στην πρώτη μετεγχειρητική περίοδο και θα πρέπει να λαμβάνουν 2 - 6 gr διττανθρακικού νατρίου καθημερινά για 3 - 6 εβδομάδες.

Δυστυχώς στην Ελλάδα δεν κυκλοφορούν στα φαρμακεία όπως στην Γερμανία αναβράζοντα δισκία με διττανθρακικά άλατα γι' αυτό συνιστάται η λήψη 1 με 2 κουταλιές της σούπας μαγειρικής σόδας την ημέρα.

Ασθενείς με ατελή κένωση της νεοκύστης και διαταραγμένη νεφρική λειτουργία είναι πιο ευάλωτοι στα μεταβολικά προβλήματα.

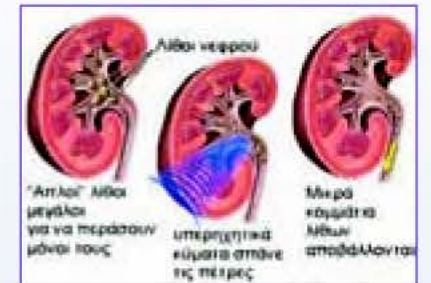


➤ Ανώμαλος μεταβολισμός των φαρμάκων

Τα φάρμακα, που αποβάλλονται αμετάβλητα στα ούρα, απορροφώνται από τον εντερικό σωλήνα δημιουργώντας συχνά προβλήματα. Ιδιαίτερη σημασία εμφανίζουν οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες που χορηγούνται για τη θεραπεία του καρκίνου της κύστεως. Οι ασθενείς μ' εγκρατή εκτροπή που λαμβάνουν χημειοθεραπεία θα πρέπει να ελέγχονται στενά και να είναι καλά ενυδατωμένοι. Το ρεζερβουάρ θα πρέπει να παροχετεύεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Άλλα φάρμακα που αναφέρεται ότι απορροφώνται από εντερικά τμήματα που χρησιμοποιούνται στην εκτροπή των ούρων είναι η φαινοτυΐνη, η θεοφυλλίνη και διάφορα αντιβιοτικά.

➤ Λιθίαση ουροποιητικού

Οι περισσότερες τεχνικές εκτροπής των ούρων συνοδεύονται από ελαφρά αυξημένο κίνδυνο λιθίασης (ουρικού οξέος, οξαλικού και φωσφορικού ασβεστίου) λόγω ουρολοιμώξεων, μεταβολικών διαταραχών και αφυδάτωσης. Επαρκής λήψη υγρών, τουλάχιστον 2 - 3 λίτρων την ημέρα, μειώνει αισθητά τα ποσοστά της επιπλοκής αυτής. Στα πλαίσια της παρακολούθησης (υπερηχογράφημα νεφρών, γενική ούρων) είναι σχετικά εύκολα η διάγνωση. Η θεραπεία της λιθίασης (εξωσωματική λιθοτριψία ή ενδοσκοπική αφαίρεση) είναι στα πρώιμα στάδια άκρως αποτελεσματική.





Έλλειψη Βιταμινών

Η απορρόφηση της B12 γίνεται κατά κύριο λόγο στον τελικό ειλέο. Έτσι η χρήση ειλεού και σε μικρότερο βαθμό ειλεοφυλικού τμήματος για κατασκευή ορθότοπου νεοκύστης μπορεί να προκαλέσει χρόνια διαταραχή στην απορρόφηση της βιταμίνης B12 σε μερικούς ασθενείς, η οποία είναι ύπουλη και μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα μη αναστρέψιμες νευρολογικές και αιματολογικές διαταραχές. Δεν έχει τεκμηριωθεί η απόλυτη επίπτωση και η κλινική σημασία της εν λόγω οντότητας στους ασθενείς με νεοκύστη. Η απορρόφηση της B12 μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η μείωση των αποθηκών του σώματος σε B12 από τα βασικά επίπεδα απαιτεί 3 - 5 χρόνια. Συνιστάται έλεγχος δύο χρόνια μετά. Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων ή πτώσης της τιμής στο αίμα, συνιστάται θεραπεία με βιταμίνη B12 σ' ενέσιμη μορφή.



Διάρροιες

Σε κάποιες περιπτώσεις, ιδιαίτερα μετά από χρήση μεγάλου μήκους τμήματος λεπτού εντέρου, παρουσιάζονται διάρροιες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες ουσίες (λιπαρά οξέα) που φυσιολογικά απορροφώνται σε αυτό το κομμάτι του λεπτού εντέρου φτάνουν στο παχύ έντερο όπου δρουν ερεθιστικά, προκαλώντας συχνές και υδαρές κενώσεις. Θεραπευτικά συνιστάται πύκνωση κοπράνων που μπορεί να προκληθεί είτε με συγκεκριμένες τροφές ή μ' ειδικά φάρμακα (Imodium, 1-2 κάψουλες των 2mg 1-2 φορές την ημέρα).



Ουρολοιμώξεις και μικροβιουρία

Το φυσιολογικό ουροθήλιο προστατεύεται με διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς από τα μικρόβια:

- Η φυσιολογική ροή των ούρων ξεπλένει τα μικρόβια, πρωτόγονη αλλά αποτελεσματική αντίδραση.
- Το ουροθήλιο έχει ανασταλτική δράση κατά της προσκόλλησης των βακτηριδίων. Μία από τις αιτίες που αναπτύσσεται

βακτηριουρία συχνά όταν χρησιμοποιείται έντερο στην εκτροπή των ούρων είναι πως το επιθήλιο του εντέρου δεν διαθέτει ανασταλτική δράση κατά της βακτηριακής προσκόλλησης.

- Τα όξινα και τα ούρα με υψηλή ωσμωτικότητα από μόνα τους έχουν κάποιες αντιμικροβιακές δράσεις. Στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα ή οι εκκρινόμενες ανοσοσφαιρίνες, παίζουν επίσης κάποιο ρόλο.

Στους ασθενείς μ' εκτροπή των ούρων, κάποιοι από τους πιο πάνω μηχανισμούς διαταράσσονται και έτσι υπάρχει προδιάθεση για λοίμωξη.

Πραγματοποιούνται διάφοροι τύποι εκτροπής των ούρων και τα χαρακτηριστικά των ουρολοιμώξεων ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο. Επειδή σημειώνονται μεγάλες διαφορές μεταξύ εκτροπής των ούρων με ή χωρίς καθετήρες γίνεται πιο κάτω ξεχωριστή περιγραφή.

Ουρητηροστομίες στο δέρμα. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ασυμπτωματική βακτηριουρία, η οποία μπορεί να γίνει επικίνδυνη (εμπύρετη πυελονεφρίτιδα) όταν διαταραχθεί η ροή των ούρων. Για να προληφθούν σοβαρές ουρολοιμώξεις είναι αναγκαία η περιοδική αλλαγή των καθετήρων ή η διάνοιξη των στενωμάτων και η χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών όταν είναι απαραίτητο.

Ειλεοστομία στο δέρμα (Ileum Conduit). Εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα βακτηριουρίας (94%), βακτηριαιμίας και σπητικών επεισοδίων (14%). Οι ουρολοιμώξεις ήταν πιο συχνές σ' έλικες εντέρου με ανώμαλες και αδύναμες περισταλτικές συσπάσεις.

Εγκρατής εκτροπή στο δέρμα με ρεζερβουάρ. Αυξημένη επίσης συχνότητα βακτηριουρίας στα 2/3 των περιπτώσεων. Σε σύγκριση με την ουρητηροστομία και την ειλεοστομία, οι κλινικά σημαντικές ουρολοιμώξεις είναι λιγότερο συχνές. Οι ασυμπτωματικές βακτηριουρίες δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζονται με αντιβιοτικά.

Ορθότοπη νεοκύστη. Η συνολική επίπτωση των ουρολοιμώξεων είναι 35% και είναι σταθερή στην πορεία του χρόνου. Ο μικροβιακός αποικισμός σχετίζεται με το υπόλειμμα των ούρων. Τις περισσότερες φορές η βακτηριουρία είναι ασυμπτωματική και η ανάγκη αντιβιοτικής θεραπείας είναι αντιφατική.

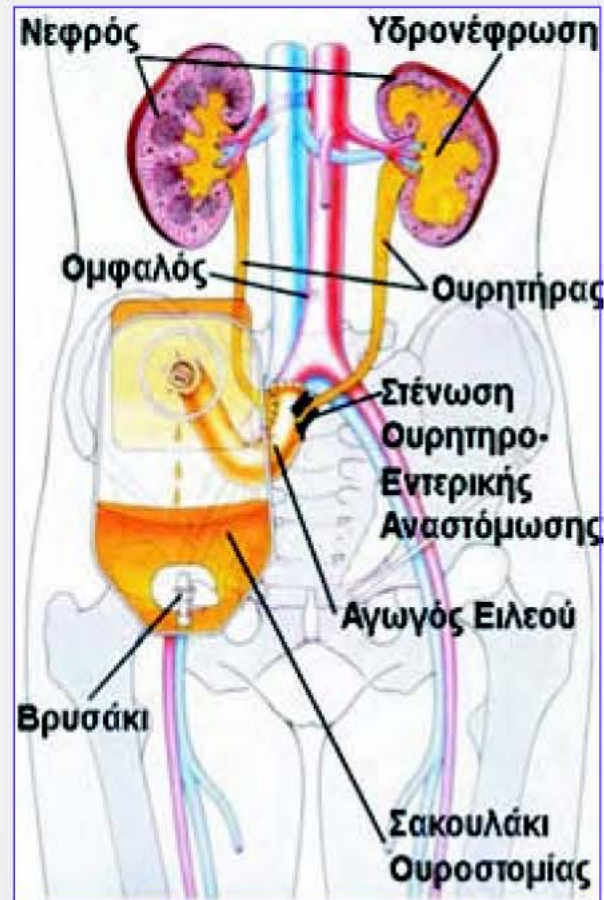
Επειδή ο μικροβιακός αποικισμός των ούρων είναι συνήθης επί έλλειψης συμπτωμάτων, δεν χρήζει θεραπευτικής αγωγής. Λοιμώξεις της νεοκύστης οδηγούν συχνά λόγω του περιτοναϊκού ερεθισμού σε κοιλιακή συμπτωματολογία ("pouchitis"). Στις περιπτώσεις αυτές ενδείκνυται η αντιβιοτική θεραπεία βάσει αντιβιογραμματος, ιδιαιτέρως ανοσοκατεσταλμένων και διαβητικών ασθενών. Υπόλειμμα ούρων (για παράδειγμα μετά από στένωση ουρήθρας ή ομφαλού) ευνοεί την ανάπτυξη βακτηριδίων. Λόγω της αυξημένης έκκρισης βλέννας αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης υπολείμματος ούρων. Οι εντερικές νεοκύστες δεν διαθέτουν τη φυσική ανοσοβιολογική άμυνα του φυσιολογικού κυστικού βλεννογόνου και των προστατικών εκκρίσεων. Έτσι, ο μικροβιακός πολλαπλασιασμός μπορεί να εξελιχθεί σε φλεγμονή των ιστών πιο εύκολα στην εκτροπή των ούρων. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι συγγραφείς δεν συνιστούν αντιμικροβιακή προφύλαξη για την ασυμπτωματική βακτηριουρία.

Η παρουσία μικροβίων που σχηματίζουν ουρεάση (πχ πρωτέας) μπορεί να οδηγήσει ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια σε δηλητηρίαση από αμμωνία.

Στη γενική ούρων και στην καλλιέργεια είναι φυσιολογική η παρουσία βακτηριδίων. Μόνο σε περίπτωση μεγάλου αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων έχει νόημα και αποτέλεσμα η αντιβιοτική αγωγή.

Ουρητροεντερικό στένωμα

Η πλειονότητα των ουρητροεντερικών (στο σημείο αναστόμωσης, συρραφής του ουρητήρα με το εντερικό τμήμα της εκτροπής των ούρων) στενωμάτων συμβαίνει 1 - 2 χρόνια μετεγχειρητικά, ανεξάρτητα από την εφαρμοζόμενη τεχνική της αναστόμωσης. Ο κίνδυνος είναι αθροιστικός κατά τη διαδρομή του χρόνου και έχουν αναφερθεί ουρητροεντερικά στενώματα και 6 χρόνια μετά την επέμβαση. Η ισχαιμία του ουρητήρα είναι η πιο συχνή αιτία δημιουργίας του στενώματος. Συνιστάται περιορισμένη χειρουργική κινητοποίηση του ουρητήρα για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου του στενώματος. Ο αριστερός ουρητήρας εμφανίζει ιδιαίτερο κίνδυνο για στένωση λόγω της γωνίωσης που υφίσταται καθώς μεταφέρεται κάτω ή δια μέσου του μεσεντηρίου του κόλου για να προσεγγίσει τη νεοκύστη ή τον αγωγό του ειλεού. Ο δυνητικός ρόλος της χρόνιας βακτηριουρίας σαν αιτίας περιουρητηρικής φλεγμονής που οδηγεί σε στένωμα είναι αντιφατικός. Η ουρητροεντερική απόφραξη είναι συνήθως σιωπηλή κλινικά και ανακαλύπτεται από την αύξηση της κρεατινίνης του ορού ή στις απεικονιστικές εξετάσεις που εκτελούνται για την παρακολούθηση του ασθενούς. Η συχνότητα των ουρητηρικών στενωμάτων, ανάλογα με την τεχνική εμφύτευσης, κυμαίνεται από 1% - 10%. Η αντιμετώπιση των στενωμάτων επιχειρείται αρχικά ενδοσκοπικά (διαστολή και τοποθέτηση ουρητηρικών καθετήρων) με ποσοστά επιτυχίας 30% - 50%. Η ανοικτή χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής σε αποτυχία της ενδοσκοπικής μεθόδου έχοντας υψηλό ποσοστό επιτυχίας (90%).



ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ - ΕΓΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΣΤΗ ΝΕΟΚΥΣΤΗ

Η εγκράτεια μετά από δημιουργία νεοκύστης εξαρτάται από:

- την ακεραιότητα του ουρηθρικού σφιγκτηριακού μηχανισμού και του πυελικού εδάφους, που μπορούν ν' αντισταθμίσουν τις πιέσεις που αναπτύσσονται στο εσωτερικό της νεοκύστης.
- τις πιέσεις της νεοκύστης, που επηρεάζονται από το μέγεθος, το σχήμα καθώς και από την διατασιμότητα του τοιχώματος της νεοκύστης, σύμφωνα με το νόμο του Laplace "πίεση = τάση : όγκος".
- Η χρήση εντερικού τμήματος ειλεού 60 - 70 εκατοστών και οι τεχνικές μετατροπής σε ευμεγέθη ρεζερβουάρ δίνουν τη δυνατότητα να επιτευχθεί μεγάλη χωρητικότητα (ο όγκος) της νεοκύστης τόσο μικρότερες είναι οι πιέσεις που ασκούνται.
- Επίσης η πίεση στο εσωτερικό της νεοκύστης επηρεάζεται και από την τάση ή την ελαστικότητα του τοιχώματος της νεοκύστης. Η εγκράτεια βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 - 12 μηνών μετά την εγχείρηση, καθώς η διατασιμότητα της νεοκύστης αυξάνεται έτσι ώστε να αποθηκεύει μεγαλύτερο όγκο ούρων με χαμηλότερες πιέσεις.
- το μήκος και την ευαισθησία της ουρήθρας
- την ηλικία και την διανοητική κατάσταση του ασθενή
- την ακεραιότητα των νευρικών ινών του πυελικού νεύρου, που νευρώνουν το γραμμωτό σφιγκτήρα
- την πληρότητα της ούρησης
- την παρουσία ή απουσία μικροβιουρίας. Όταν υπάρχουν μικρόβια στα ούρα επιδεινώνεται η εγκράτεια των ούρων όχι μόνο στην περίπτωση της νεοκύστης αλλά και στις φυσιολογικές καταστάσεις.



Τ' αποτελέσματα της εγκράτειας διακρίνονται σ' εκείνα που αφορούν τη νύκτα και σ' εκείνα που αφορούν την ημέρα και εκτιμώνται ξεχωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες. Η εγκράτεια κατά τη διάρκεια της ημέρας εξαρτάται κυρίως από την ακεραιότητα του σφιγκτήρα και αποκαθίσταται μετεγχειρητικά πιο γρήγορα σε σύγκριση με την εγκράτεια κατά τη διάρκεια της νύκτας. Η συνολική συχνότητα ημερήσιας εγκράτειας που ορίζεται σαν "καλή ή εξαιρετική", όταν ο ασθενής είναι εντελώς στεγνός ή χρησιμοποιεί μια πάνα την ημέρα ένα χρόνο μετά την επέμβαση νεοκύστης, είναι σχεδόν 85% - 90%. Η ημερήσια εγκράτεια μπορεί να μειωθεί 4 - 5 χρόνια μετεγχειρητικά, εν μέρει λόγω του μειωμένου τόνου του ουρηθρικού σφιγκτήρα με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι η ηλικία του ασθενούς κατά το χρόνο της κυστεκτομής και της εκτροπής των ούρων είναι ένας σχετικός παράγοντας που καθορίζει την απόφαση για τη δημιουργία ή μη ορθότοπης νεοκύστης. Ο έλεγχος των ούρων κατά τη διάρκεια της νύκτας εξαρτάται κυρίως από την χωρητικότητα και διατασιμότητα της νεοκύστης και απαιτεί επίσης ένα διάστημα 6 - 12 μηνών, κατά το οποίο η χωρητικότητα και η διατασιμότητα της νεοκύστης αυξάνονται. Αρχικά συνιστάται στους ασθενείς ο περιορισμός των προσλαμβανόμενων υγρών μετά το βραδινό γεύμα, η ούρηση πριν από τον ύπνο και η τοποθέτηση ξυπνητηρίου, ώστε να πραγματοποιούν μία ή δύο ουρήσεις τη νύκτα. Η συχνότητα νυκτερινής ακράτειας κυμαίνεται μεταξύ 30% και 50%. Οι ασθενείς με νυκτερινή ενοούρηση παρουσιάζουν υψηλότερες πιέσεις, υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση, μεγαλύτερη συχνότητα θετικών καλλιέργειών των ούρων, μικρότερες μέγιστες ουρηθρικές πιέσεις και μικρότερη διατασιμότητα σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφανίζουν νυκτερινή ενοούρηση. Η συχνότητα πλήρους νυκτερινής εγκράτειας, χωρίς χρήση οποιασδήποτε πάνας ανέρχεται στο 45% - 65%.

Το χειρουργείο νεοκύστης επηρεάζει τον τρόπο ούρησης:

- Μετά την επέμβαση θα συνεχιστεί η συλλογή και αποθήκευση των ούρων που παράγονται από τους νεφρούς στη νεοκύστη. Η αίσθηση πληρότητας της νεοκύστης είναι όμως διαφορετική. Ορισμένοι ασθενείς αποκτούν πλήρη αίσθηση πληρότητας της νεοκύστης στην κοιλιά όπως και με την κανονική ουροδόχο κύστη. Άλλοι αισθάνονται σαν ένα "φούσκωμα" ή έχουν μία αίσθηση "ν' αεριστούν".
- Η κένωση της νεοκύστης γίνεται με την χάλασση των μυών του πυελικού εδάφους και την σύσπαση των κοιλιακών μυών.
- Αρχικά η ποσότητα των ούρων που μπορεί να συκρατήσει η νεοκύστη είναι μικρότερη από εκείνη που συκρατεί η κανονική κύστη. Η χωρητικότητα της νεοκύστης αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Αρχικά θα πρέπει ο ασθενής να ουρεί κάθε 1 με 3 ώρες μέχρι να φτάσει στο μέγιστο βαθμό η χωρητικότητα της νεοκύστης. Μετά από 3 με 6 μήνες η νεοκύστη θα συκρατεί μισό περίπου λίτρο ούρων, χωρητικότητα ανάλογη μ' εκείνη της κανονικής ουροδόχου κύστης. Τη νύχτα συνιστάται ο ασθενής να σηκώνεται το λιγότερο 1 με 2 φορές για ν' αδειάζει τη νεοκύστη προτού γεμίσει με ούρα και παρατηρηθούν διαφυγές. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί η εγκράτεια των ούρων είναι δύσκολη το βράδυ κατά τον ύπνο και όταν η νεοκύστη είναι γεμάτη. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν παροδική διαφυγή ούρων την νύχτα που διαρκεί συνήθως τους πρώτους 2 με 3 μήνες. Με την άσκηση όμως της νεοκύστης και των μυών του πυελικού εδάφους η απώλεια των ούρων βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Καθώς λοιπόν η νεοκύστη διατείνεται, αυξάνεται η χωρητικότητά της και μπορεί να συκρατεί περισσότερα ούρα, οπότε ο ασθενής δεν χρειάζεται να την αδειάζει τόσο συχνά όσο στην αρχή αλλά σε κανονικά χρονικά διαστήματα.
- Σ' ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει δυσκολία στην πλήρη κένωση της νεοκύστης, μ' αποτέλεσμα να παραμένει υπόλοιπο ούρων. Εάν η κατακράτηση ούρων είναι σημαντική, τότε ο κίνδυνος ουρολοίμωξης, ακράτειας ούρων και προβλημάτων στο νεφρό είναι μεγάλος. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται ν' αδειάζει η νεοκύστη με την είσοδο ενός καθετήρα 1 με 2 φορές την ημέρα. Αυτό αφορά μία μειοψηφία μόνο των ασθενών!

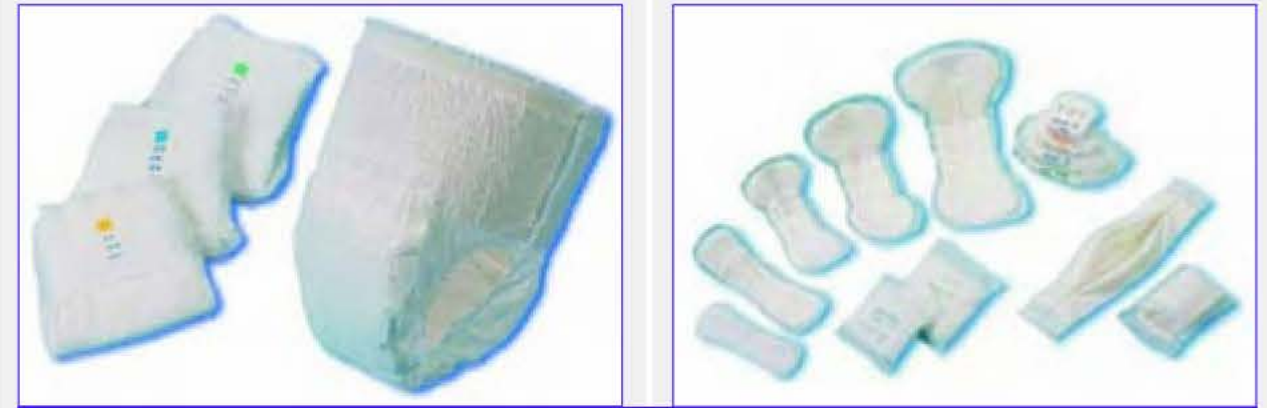
Από ουρολογική σκοπιά υπάρχουν **τρία επίπεδα εγκράτειας** των ούρων:

- Το **1^ο επίπεδο** είναι όταν μπορεί κάποιος να κρατά τα ούρα του όταν είναι ξαπλωμένος ή καθιστός. Σ' αυτό το επίπεδο εγκράτειας θα βρίσκεστε σίγουρα στην αρχή.
- Το **2^ο επίπεδο** είναι όταν μπορεί κάποιος να κρατά τα ούρα του σε κανονικό περπάτημα, ξεκίνημα ή σταμάτημα και με μέτρια γεμάτη ουροδόχο κύστη. Και σ' αυτό το επίπεδο μπορεί πιθανόν να βρίσκεστε ήδη από την αρχή ή μετά από κάποιο σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.
- Το **3^ο επίπεδο** είναι για τον σφιγκτήρα το δυσκολότερο: εγκράτεια των ούρων σε κάθε σωματική προσπάθεια, κατά το σήκωμα από την καρέκλα ή το κρεβάτι, κατά το βήχα και κατά τις αθλητικές δραστηριότητες. Αυτού του επιπέδου η εγκράτεια δεν θα λειτουργεί πιθανόν στο χρονικό σημείο της αφαίρεσης του καθετήρα.

Ο σφιγκτήρας, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εγκράτεια των ούρων, θα γίνει ολοένα και πιο ισχυρός στην διάρκεια των επόμενων εβδομάδων και μηνών.

- Αυτόν τον μυ μπορείτε να τον ασκείτε με το να διακόπτετε ηθελημένα την ακτίνα των ούρων σας κατά την ούρηση.
- Επιπλέον ο μυ αυτός καταπονείται κατά την διάρκεια της ημέρας και έτσι θα μπορείτε καλύτερα να κρατάτε τα ούρα σας το πρωί παρά το απόγευμα.

Στην αρχή και ανάλογα με τον βαθμό απώλειας των ούρων είναι καλύτερα να προφυλαγώσατε με ειδικά ελαστικά βρακάκια (σλιπάκι σαν παιδικό μπέμπι-λινό) ή σερβιέτες (σαν τις γυναικείες για την έμμηνο ρύση) για την ακράτεια.

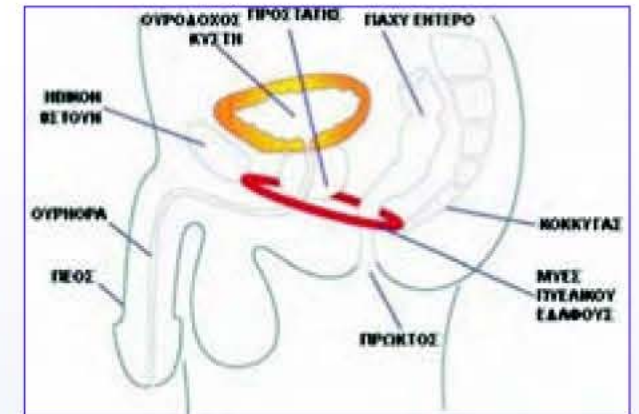


Διάφοροι τύποι πάνες για ακράτεια, ανάλογα με τον βαθμό της ακράτειας

- Εάν η απώλεια των ούρων είναι σταγόνα - σταγόνα, χρησιμοποιείτε καλύτερα ειδικές σερβιέτες που μοιάζουν σαν φάκελο μέσα στις οποίες εισέρχεται μόνο το πέος.
- Ο φαρμακοποιός θα σας συμβουλέψει για την εκλογή του καταλληλότερου είδους σερβιέτας ή πάνας για ακράτεια.
- Χρησιμοποιείτε τις πάνες για την ακράτεια μέχρι να αισθάνεστε σίγουρος για την εγκράτεια σας

Τις ασκήσεις του πυελικού εδάφους (τις λεγόμενες ασκήσεις Kegel) για την βελτίωση του ελέγχου της κύστης πρέπει να τις κάνετε σωστά.

- Πρέπει να γνωρίζετε ότι δεν μπορούμε εκλεκτικά να συσπάμε και να ελέγχουμε απόλυτα και ενσυνείδητα τον σφιγκτήρα της ουρήθρας. Μόνο το πυελικό έδαφος μπορούμε να ελέγχουμε συνειδητά και σ' αυτό μέσα εμπερικλείετε και ο σφιγκτήρας.
- Οι ασκήσεις του πυελικού εδάφους ενδυναμώνουν την ομάδα των μυών που αποτελούν το πυελικό έδαφος. Αυτοί οι μύες χαλαρώνουν και συσπώνται με την θέληση μας, ελέγχοντας το άνοιγμα και κλείσιμο της ουροδόχου κύστης. Όταν εξασθενίσουν αυτοί οι μύες επέρχεται ακράτεια ούρων. Γυμνάζοντας αυτούς τους μύες μπορείτε να αποκτήσετε ξανά τον έλεγχο της κύστης.
- Για να επιτύχετε τα καλύτερα αποτελέσματα εκτελώντας αυτές τις ασκήσεις φανταστείτε τον εαυτό σας σαν έναν αθλητή που προπονείται. Χρειάζεται ν' αναπτύξετε την δύναμη και την διάρκεια στην εξάσκηση των μυών. Αυτό απαιτεί τακτική εξάσκηση.
- Συνιστάται να αρχίζετε να κάνετε τις ασκήσεις Kegel ήδη 6 - 8 εβδομάδες πριν την επέμβαση ή ακόμα και αμέσως μετά το χειρουργείο ενώ έχετε τον καθετήρα.





Ξεκινήστε με τον εντοπισμό των μυών του πυελικού εδάφους που πρέπει να γυμναστούν:

- Καθώς ξεκινάτε να ουρήσετε, **προσπαθείτε να διακόψετε και να ξεκινάτε την ούρηση** χωρίς να σφίγγετε τους μύς των μηρών, των γλουτών ή της κοιλιάς. Αυτό είναι πολύ σημαντικό. Συσπώντας άλλους μύες χάνετε τον σκοπό της εξάσκησης.
- Όταν είστε σε θέση να διακόψετε ή να επιβραδύνετε την ακτίνα των ούρων, γνωρίζετε ότι μπορείτε να εντοπίσετε τους σωστούς μύες. Αισθανθείτε την κίνηση, το τράβηγμα των μυών του πυελικού εδάφους προς τα μέσα και επάνω. **Η σωστή κίνηση των μυών του πυελικού εδάφους είναι σαν να σφίγγετε για ν' αποφύγετε την ακούσια διαφυγή αερίων από τον πρωκτό.**
- Θυμηθείτε να μην συσπάτε τους μύες της κοιλιάς, των γλουτών ή των μηρών.
- Φανταστείτε ότι έχετε διάρροια και πρέπει να τρέξετε ή να βαδίζετε γρήγορα προς την τουαλέτα. Πρέπει να σφιγγόσαστε, δηλαδή να συσπάσετε το πυελικό έδαφος μαζί με τον σφιγκτήρα της ουρήθρας χωρίς να συσπάσετε τους γλουτούς. Οι γλουτοί και οι μηροί πρέπει να παραμείνουν χαλαροί. **Η όλη σύσπαση είναι μία κίνηση με την οποία τραβάτε προς τα μέσα την κοιλιά σας και η βάση του πέους τραβιέται προς τα πάνω.**

Τώρα είστε έτοιμος να γυμναστείτε κανονικά:

- Μετά τον εντοπισμό των σωστών μυών βρείτε χρόνο για 3 με 5 συνεδρίες (σετ) ασκήσεων την ημέρα (πρωί, μεσημέρι και βράδυ).
- Κάθε συνεδρία (σετ) συνίσταται από 25 με 30 επαναλήψεις.
- Συσπάτε τους μύες του πυελικού εδάφους σας για 5 περίπου δευτερόλεπτα (μετρήστε αργά μέχρι το 5).
- Μετά χαλαρώστε πλήρως για 5 δευτερόλεπτα επίσης.
- Η διάρκειας πέντε δευτερολέπτων σύσπαση και η διάρκειας πέντε δευτερολέπτων χαλάρωση συνιστούν μία επανάληψη.



Συμβουλές για την εξάσκηση των μυών του πυελικού εδάφους.

- Εάν οι μύες του πυελικού σας εδάφους είναι πολύ αδύνατοι, πρέπει να τους ασκείτε για μόλις 3 με 5 δευτερόλεπτα. Ξεκινήστε να γυμνάζεστε όπως καλύτερα μπορείτε και συνεχίστε συστηματικά. Σε μερικές εβδομάδες θα είστε ικανός να αυξήσετε τον χρόνο που θα μπορείτε να κρατάτε σε σύσπαση τους μύες καθώς και ν' αυξήσετε τον αριθμό των επαναλήψεων και των σετ των ασκήσεων που θα μπορείτε να εκτελείτε.
- Ο σκοπός είναι να κρατάτε κάθε σύσπαση για 10 δευτερόλεπτα και να χαλαρώνετε για 10 επίσης δευτερόλεπτα (1 επανάληψη = 10 δευτερόλεπτα σύσπαση + 10 δευτερόλεπτα χαλάρωση). Πρέπει να συμπληρώσετε 25 - 30 πλήρεις επαναλήψεις ασκήσεων.



- Ο κύκλος των 25 - 30 επαναλήψεων (που συνιστούν μια συνεδρία ή σετ) πρέπει να επαναληφθεί 3 με 5 φορές την ημέρα (συνολικά 150 επαναλήψεις την ημέρα).
- Στην αρχή ελέγχετε τον εαυτό σας τακτικά με το να στέκεστε μπροστά στον καθρέπτη ή βάζοντας τα χέρια σας στην κοιλιά ή στους γλουτούς και προσέχοντας να διατηρείτε χαλαρά χωρίς σύσπαση τους μύες της κοιλιάς, των γλουτών ή των μηρών. Εάν τυχόν συσπάτε κατά λάθος αυτούς τους μύες προσπαθήστε μέχρι να είστε σε θέση να απομονώσετε και να συσπάτε εκλεκτικά τους μύες του πυελικού εδάφους.
- Εάν έχετε αμφιβολίες για την σύσπαση των σωστών μυών, συμβουλευτείτε τον Ουρολόγο σας να σας βοηθήσει στην πράξη να εντοπίσετε τους κατάλληλους μύες που πρέπει να ασκείτε.
- Πρέπει να γνωρίζετε ότι ο πλήρης έλεγχος της ούρησης μπορεί να χρειασθεί μέχρι και ένα έτος για να επανέλθει ακέραιος. Οι περισσότεροι άνδρες βελτιώνονται σε διάστημα 3 με 6 μηνών. Με την ρομποτική τεχνική το 95% των ασθενών δεν χρειάζονται καμία σερβιέτα ακράτειας 6 μήνες μετά το χειρουργείο.
- Είναι καλό να εξασκείτε τους μύες του πυελικού εδάφους **συστηματικά για όλη την ζωή σας** για να βελτιώνετε και να διατηρείτε πάντα τον έλεγχο των ούρων.
- **Οι ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους μπορεί να βελτιώσουν επίσης και την λειτουργία του οργασμού σας.** Οι ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους για την βελτίωση ή την διατήρηση της εγκράτειας των ούρων ή για την βελτίωση της λειτουργίας του οργασμού σας, πρέπει να εκτελούνται συστηματικά και με συνέπεια. Κάντε τες μέρος της καθημερινής σας ρουτίνας.
- **Αξιοποιείτε τις καθημερινές σας δραστηριότητες**, όπως πχ φαγητό, παρακολούθηση τηλεόρασης, αναμονή μπροστά από τους φωτεινούς σηματοδότες της οδικής κυκλοφορίας, αναμονή στις ουρές κτλ, **σαν ευκαιρίες για να κάνετε μερικές ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους.**
- Κάθε φορά όταν περπατάτε, όταν προσπαθείτε να σηκωθείτε και γενικά όποτε αναμένετε ότι θα παρουσιαστεί μία διαρροή ούρων από προσπάθεια, πρέπει να συσπάτε το σφιγκτήρα της ουρήθρας μαζί με το πυελικό έδαφος όσο τον δυνατόν για περισσότερο χρονικό διάστημα.



Εάν η σωστά εκτελούμενη άσκηση του πυελικού εδάφους δεν φέρει καμία βελτίωση, τότε μπορείτε, κατόπιν συνεννόησης με τον Ουρολόγο σας, να δοκιμάσετε ορισμένα **φάρμακα** που:

- **είτε αποτρέπουν τους σπασμούς της νεοκύστης και την χαλαρώνουν** πχ Detrusitol 4mg retard ή Vesicare 10 mg ή Tolvac 8 mg ένα χάπι κάθε βράδυ). Η λήψη αντιχολινεργικών φαρμάκων πριν την κατάκλιση αναφέρεται ότι μειώνει τη νυκτερινή ακράτεια σε ποσοστό 25%.
- **είτε δυναμώνουν την σύσπαση του σφιγκτήρα** (Yentreve αρχικά των 20mg ή εφόσον δεν έχουν αποτέλεσμα των 40mg ένα χάπι το πρωί και ένα το βράδυ).



- Τα παραπάνω φάρμακα μπορείτε να τα παίρνετε μεμονωμένα (μόνο το ένα είδος είτε το άλλο ξεχωριστά) ή ακόμα και μαζί ταυτόχρονα και τα δύο σε συνδυασμό.
- Τα φάρμακα αυτά βοηθούν μόνο στην ταχύτερη επαναφορά της εγκράτειας των ούρων και δεν έχουν καμία επίδραση σε μία ακράτεια ούρων λόγω σοβαρής ανατομικής βλάβης.
- Μετά την πλήρη αποκατάσταση της εγκράτειας των ούρων μπορείτε να διακόψετε σταδιακά την λήψη αυτών των φαρμάκων.

Μέχρι ν' αποκατασταθεί πλήρως η εγκράτεια καλό είναι να αποφεύγετε τον καφέ, το αλκοόλ ή την υπερβολική λήψη υγρών για τους πρώτους 1 - 2 μήνες μετά το χειρουργείο, καθώς αυτά μπορούν να επιδεινώσουν την απώλεια των ούρων.

- **Μία οριστική αξιολόγηση της εγκράτειας των ούρων μετά από μία ριζική κυστεκτομή μπορεί να γίνει μόνο μετά από μήνες.** Μέχρι και ένα έτος μετά το χειρουργείο μπορεί να συνεχίσει να βελτιώνεται η εγκράτεια των ούρων. Έχετε λοιπόν πολύ χρόνο να κάνετε τις ασκήσεις και να βελτιώσετε την εγκράτεια των ούρων σημαντικά.
- Μετά την αφαίρεση του κατετήρα, η νεοκύστη είναι συνήθως πολύ ερεθισμένη και αυτό σημαίνει ότι για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα μπορεί έχει μικρή χωρητικότητα. Γι' αυτό το βράδυ θα σηκώνεστε συχνά να ουρείτε. Η νεοκύστη μπορεί να αδειάζει και από μόνη της και να βρέχεστε εάν δεν σηκώνεστε το βράδυ από το αίσθημα της πλήρωσης της κύστης και της έπειξης για ούρηση. Σταδιακά η νεοκύστη χαλαρώνει, διατείνεται και αποκτά μετά από εβδομάδες ή και μήνες ξανά την φυσιολογική της ελαστικότητα και το κανονικό της μέγεθος.

ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ - ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Γονιμότητα

- Επειδή η κυστεκτομή λόγω κακοήθους όγκου συμπεριλαμβάνει στον άντρα την αφαίρεση του προστάτη με τις σπερματοδόχες κύστες και στις γυναίκες την αφαίρεση της μήτρας, των ωοθηκών και μέρος του κόλπου, **χάνεται η γονιμότητα δυνατότητα τεκνοποίησης.**
- Το αίσθημα οργασμού και η στυτική λειτουργία μπορεί να διατηρηθούν.

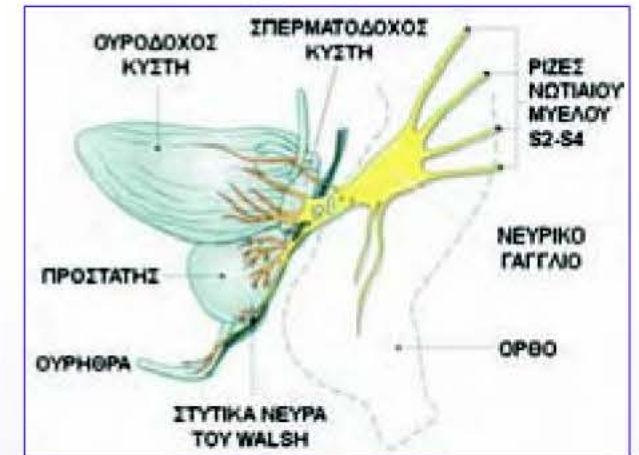
Οργασμός

- **Στους άνδρες** η προσωρινή απώλεια της στυτικής λειτουργίας δεν πρέπει να συγχέεται με τις διαταραχές της αισθητικότητας στο πέος και στην βάλανο. Η αισθητικότητα στο πέος και το αίσθημα οργασμού και σεξουαλικής ικανοποίησης παραμένουν όπως και πριν την επέμβαση.
 - Ο οργασμός μετά την επέμβαση είναι "ξηρός" επειδή το μεγαλύτερο μέρος των υγρών του σπέρματος κατά την εκσπερμάτωση παράγεται από τον προστάτη και τις σπερματοδόχες κύστες, όργανα τα οποία αφαιρούνται ολοκληρωτικά με την επέμβαση.
 - Επειδή μερικοί ασθενείς παραπονιούνται γι' ακούσια απώλεια λίγων σταγόνων υγρών ή ούρων κατά τον οργασμό, πρέπει να αδειάζουν τη νεοκύστη πριν την σεξουαλική επαφή.

- Η ικανότητα να έχετε οργασμό δεν επηρεάστηκε αρνητικά. Μετά από αυνανισμό μπορεί ακόμα και χωρίς πλήρη στύση του πέους να εμφανιστεί οργασμός με απουσία εκσπερμάτωσης. Αυτή η κατάσταση μπορεί να την αισθανθείτε ακριβώς μ' αυτό τον τρόπο 4 - 6 εβδομάδες μετά την εγχείρηση και μετά από πλήρη ανάρρωση.
- **Στις γυναίκες**, το πρόσθιο τμήμα του κόλπου, το οποίο και συνορεύει με την ουροδόχο κύστη, πρέπει να αφαιρείται για λόγους ογκολογικούς. Αυτό σημαίνει ότι ο κόλπος μικραίνει και πλήρης κολπική διείσδυση του πέους μπορεί να μην είναι δυνατή σ' ορισμένες περιπτώσεις. Σ' επιλεγμένες ασθενείς μπορεί να διατηρηθεί και ολόκληρος ο κόλπος ή σπάνια ακόμα και η μήτρα. Επίσης, η δυνατότητα αίσθησης του οργασμού μπορεί να μεταβληθεί.
 - Οι σεξουαλικές παρενέργειες στις γυναίκες μπορεί ν' αποφευχθούν με την διατήρηση του κόλπου και την εφαρμογή της νευροπροστατευτικής τεχνικής.
 - Οι σεξουαλικές επαφές μπορούν ν' αρχίσουν 6 - 8 εβδομάδες μετά την επέμβαση και συνιστάται η χρήση λιπαντικής αλοιφής.

➤ Η στύση στον άνδρα επηρεάζεται μετά την ριζική κυστεκτομή

- Σε φυσιολογική κατάσταση η στύση ρυθμίζεται μετά από σεξουαλικό ερέθισμα από αιμοφόρα αγγεία και στυτικά νεύρα, τα οποία ξεκινούν από το κατώτερο τμήμα του νωτιαίου μυελού στην σπονδυλική στήλη, εν συνεχεία πορεύονται δεξιά και αριστερά και σε άμεση επαφή με την ουροδόχο κύστη και τον προστάτη και οδηγούνται τελικά στο πέος και στα σπραγγώδη σωμάτια, στο στυτικό δηλαδή ιστό του πέους. Αυτά τα αγγειονευρώδη δεμάτια (τα λεγόμενα στυτικά νεύρα του Walsh, από το όνομα του Αμερικανού Ουρολόγου που τ' ανακάλυψε) ρυθμίζουν την αύξηση της ροής του αίματος που είναι απαραίτητη για την στύση του πέους και των σπραγγωδών σωμάτων.
- Τα αγγειονευρώδη δεμάτια μπορεί να τραυματισθούν ή ν' αφαιρεθούν αναγκαστικά κατά την ριζική κυστεκτομή και προστατεκτομή για λόγους ογκολογικούς.
- Σήμερα έχουμε την δυνατότητα, χάρις στην τρισδιάστατη και μεγεθυμένη εικόνα και τους λεπτούς και ακριβείς χειρισμούς της ρομποτικής τεχνικής, να διατηρούμε πλήρως τα στυτικά νεύρα και αγγεία.



➤ Πιθανότητες επανόδου της στύσης

Σαν στυτική λειτουργία μετά από ριζική προστατεκτομή ή κυστεκτομή ορίζεται η δυνατότητα για κολπική διείσδυση. Σε περίπτωση διατήρησης και των δύο αγγειονευρώδων δεματίων η πιθανότητα διατήρησης της στύσης ανέρχεται σε 65% έως 95%, ενώ σε μονόπλευρη διατήρηση του δεματίου οι πιθανότητες αυτές πέφτουν στο μισό. Τα ποσοστά αυτά επηρεάζονται κι από άλλους παράγοντες (ηλικία, προηγούμενη στυτική ικανότητα, σακχαρώδης δια-



βήτης, ρομποτική ή ανοιχτή επέμβαση). Ακόμα και σε περίπτωση αφαίρεσης και των δύο αγγειοευρωδών δερματίων ή απώλειας της φυσικής και αυθόρμητης στυτικής λειτουργίας, μπορεί να επιτευχθούν σεξουαλικές επαφές με την βοήθεια ειδικών φαρμάκων από το στόμα ή ενέσεων αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων στο πέος ή με την εφαρμογή ειδικών αντλιών κενού ή τέλος με την χειρουργική τοποθέτηση πεικών προθέσεων.

Χρόνος ανάρρωσης στυτικής λειτουργίας

- Αν και κατά την ρομποτική εγχείρηση διατηρήθηκαν πλήρως ή μέρος μόνο από τα νεύρα που είναι υπεύθυνα για την στυτική λειτουργία μπορεί να διαρκέσει μήνες ίσως και χρόνος μέχρι να' αποκτήσετε ξανά αυτόματες στύσεις.
- Μέχρι να έχετε πλήρη στύση του πέους είναι φρόνιμο να χρησιμοποιείτε βοηθητικά μέσα. Για την διατήρηση της λειτουργικότητας του πέους είναι επίσης καλό να ξεκινάτε μ' αυτά τα βοηθητικά μέσα νωρίς. Σας συνιστούμε να αρχίζετε μία θεραπεία με χάπια, τους λεγόμενους αναστολείς της (PDE-5) φωσφοδιεστεράσης (Viagra 50 ή 100mg, Levitra 20mg, Cialis 20mg) μία με δύο εβδομάδες μετά την αφαίρεση του καθετήρα. Αυτά πρέπει να λαμβάνονται σε κανονικά χρονικά διαστήματα καλύτερα τρεις φορές την εβδομάδα (πχ Τρίτη, Πέμπτη και Σάββατο) το βράδυ πριν από τον ύπνο. Πρόσφατα κυκλοφόρησαν και σκευάσματα χαπιών που χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις αλλά καθημερινά (πχ Cialis 5mg καθημερινά μέχρι την πλήρη ανάρρωση της στύσης). Εάν αυτά τα φάρμακα συνιστώνται και για εσάς μπορείτε να το συζητήσετε με τον Ουρολόγο σας.
- Σε περίπτωση που η ανάρρωση της φυσικής στύσης του πέους διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πρέπει να συζητήσετε με τον Χειρουργό ή τον Ουρολόγο σας. Θα ενημερωθείτε σχετικά με την δυνατότητα τεχνητής στύσης μ' άλλα βοηθητικά μέσα (πχ αντλίες κενού και ενδοπεϊκές ενέσεις ειδικών αγγειοδραστικών φαρμάκων).



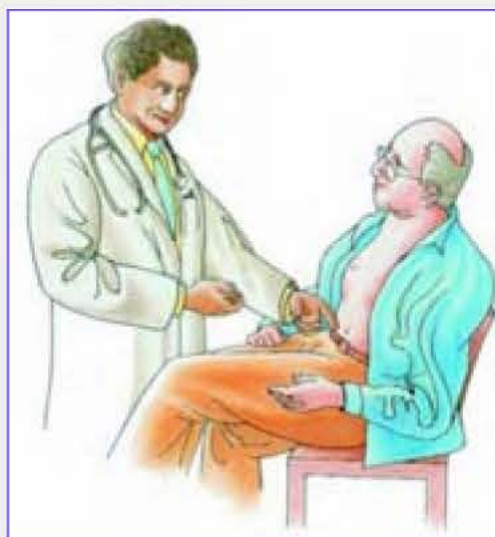
- Το πλεονέκτημα των τελευταίων βοηθητικών μέσων είναι ότι μπορεί να έχετε πλήρη στύση ικανή για κολπική διείσδυση χωρίς επιπλοκές ή προβλήματα, εάν τηρούνται οι οδηγίες του Ουρολόγου - Ανδρολόγου.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

- Η παρακολούθηση μετά από ριζική κυστεκτομή και δημιουργία εκτροπής των ούρων έχει τους ακόλουθους σκοπούς:
 1. έλεγχοι τοπικού και απομακρυσμένου καρκίνου
 2. διατήρηση καλής νεφρικής λειτουργίας
 3. έλεγχο των μακροχρόνιων μεταβολικών διαταραχών
 4. καλό μακρόχρονο λειτουργικό αποτέλεσμα της εκτροπής των ούρων
 Τα τρία τελευταία σημεία έχουν ήδη αναλυθεί προηγουμένως. Η υποτροπή, η επανεμφάνιση δηλαδή του καρκίνου, παραμένει το πλέον ουσιώδες για τον ασθενή και τον θεράποντα ιατρό.
- Ο όγκος μπορεί να υποτροπιάσει τοπικά ή σ' άλλη θέση.
 - Η τοπική υποτροπή μπορεί ν' αφορά το παραμένον ουροθήλιο που περιλαμβάνει την ουρήθρα, τους ουρητήρες και τις νεφρικές πυέλους ή να αφορά εμφάνιση όγκου στην ελάσσονα πυέλο.
 - Η υποτροπή σ' άλλες θέσεις μπορεί να είναι λεμφαδενική ή ν' αφορά άλλα απομακρυσμένα όργανα.
- Τον συντονισμό και την ευθύνη της γενικής μετεγχειρητικής αλλά και ογκολογικής παρακολούθησης την έχει ο Χειρουργός - Ουρολόγος και όχι ο Ογκολόγος. Ο Ογκολόγος είναι υπεύθυνος μόνο για την χορήγηση της χημειοθεραπείας, εφόσον αυτή είναι αναγκαία. Απαραίτητη είναι η άμεση και στενή συνεργασία μεταξύ Ουρολόγου και Ογκολόγου.
- Η έγκαιρη ανακάλυψη των υποτροπών βασίζεται σε πρωτόκολλα παρακολούθησης, άξονες των οποίων είναι το ιστορικό, η φυσική εξέταση, ο απεικονιστικός και ο εργαστηριακός έλεγχος.

➤ Ιστορικό και κλινική εξέταση

- Οι ασθενείς εξετάζονται μετεγχειρητικά σε τακτικά διαστήματα. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν υποτροπή του όγκου τα 2 πρώτα χρόνια μετά το χειρουργείο, διάστημα κατά το οποίο συνιστάται στενή παρακολούθηση. Οι ασθενείς εξετάζονται μετεγχειρητικά τους μήνες 1, 2, 3, 6, 12, 18 και 24 και μετά ετησίως.
- Επιβάλλεται προσεκτική λήψη ιστορικού και καλή κλινική εξέταση (συμπεριλαμβανομένων της εξέτασης της ελάσσονος πυέλου και της δακτυλικής εξέτασης).
- Συμπτώματα, όπως απώλεια βάρους, προοδευτική αδυναμία, μούδιασμα χεριών ή και ποδιών εγείρουν υποψίες για διαταραχές διατροφής ή ανεπάρκειας βιταμίνης B12.
- Αιματοουρία ή/και επίμονος πόνος στην πύελο, στο περίνεο ή στα οστά ίσως ν' αποτελούν εκδηλώσεις τοπικής ή απομακρυσμένης καρκινικής υποτροπής.



➤ Ακτινολογικές εξετάσεις

Οι μετεγχειρητικές απεικονιστικές εξετάσεις σκοπεύουν στην ανακάλυψη:

- μορφολογικών μεταβολών των νεφρών ή των ουρητήρων (διάταση, λιθίαση κτλ)
- νέων ουροθηλιακών όγκων στην ουρήθρα, στον ουρητήρα ή στη νεφρική πύελο
- πιθανής πυελικής υποτροπής ή / και απομακρυσμένης μετάστασης (πχ σε λεμφαδένες, συκώτι, πνεύμονες, οστά κτλ)
- μετεγχειρητικών επιπλοκών (στένωμα αναστόμωσης κτλ)

Η επιλογή της απεικονιστικής μεθόδου βασίζεται στα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τις κλινικές ενδείξεις.

- Συχνοί υπερηχογραφικοί έλεγχοι συνιστώνται για αποκλεισμό υδρονέφρωσης ή λιθίασης του ουροποιητικού κι αν είναι απαραίτητο γίνεται συμπληρωματικός ακτινολογικός έλεγχος (ακτινογραφίες, ενδοφλέβιος πυελογραφία κτλ).
- **Αξονική τομογραφία και υπερηχογράφημα** είναι χρήσιμα στη διερεύνηση "μαζών", όπως πχ ουρινώματος, αποστήματος, αιματώματος, λεμφοκήλης ή υποτροπιάζοντα όγκου.
- Η διερεύνηση υποτροπής στο νεφρό ή/και στον ουρητήρα επιτυγχάνεται καλύτερα με την **αξονική πυελογραφία**.
- Η **μαγνητική τομογραφία** είναι χρήσιμη σ' ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ή αλλεργία στα σκιαγραφικά.
- Το **σπινθηρογράφημα οστών** ενδείκνυται μόνο σ' ασθενείς με οστικό πόνο ύποπτο για μεταστάσεις και σ' ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο (στάδιο pT3 ή και μεγαλύτερο ή/και pN+).

Κατά την αξονική τομογραφία μία λεπτή δέσμη ακτίνων Χ περιστρέφεται γύρω από το σώμα δημιουργώντας μία τρισδιάστατη εικόνα των εσωτερικών οργάνων



➤ Κυτταρολογική εξέταση ούρων και ουρηθρικού εκπλύματος

- Αν και η εκτροπή των ούρων μπορεί ν' αλλοιώσει τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των ουροθηλιακών κυττάρων, επειδή τα ούρα ρέουν διαμέσου εντερικού τμήματος της νεοκύστης ή του αγωγού ειλεού, η κυτταρολογική εξέταση έχει σημαντική θέση στην παρακολούθηση, ιδιαίτερα σ' εξειδικευμένα κέντρα μ' έμπειρους κυτταρολόγους.
- Η κυτταρολογική του εκπλύματος της ουρήθρας (η ουρήθρα ξεπλένεται μέσω ενός λεπτού καθετήρα με φυσιολογικό ορό) επιτρέπει την πρώιμη διάγνωση τοπικής ουρηθρικής υποτροπής (και στην περίπτωση της νεοκύστης αλλά μετά από δημιουργία αγωγού ειλεού ή ουρητηροστομίας με παραμονή της ουρήθρας).



Εργαστηριακός έλεγχος

➤ Σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς διενεργείται πλήρης αιματολογικός και μεταβολικός έλεγχος. Σ' ασθενείς με νεοκύστη προσδιορίζονται τα επίπεδα της βιταμίνης B12 και του φολικού οξέος 3 χρόνια μετά το χειρουργείο.

➤ Στους άνδρες με την ριζική κυστεκτομή αφαιρείται και ολόκληρος ο προστάτης. Στο 15 - 20% των ανδρών ανευρίσκεται τυχαία και καρκίνος στο προστάτη χωρίς να υπάρχουν προεγχειρητικά ενδείξεις για κάτι τέτοιο (χαμηλό PSA και φυσιολογική δακτυλική εξέταση). Επειδή κατά την εγχείρηση αφαιρέθηκε ολόκληρος ο προστάτης, ο οργανισμός δεν παράγει καθόλου ειδικό προστατικό αντιγόνο, το λεγόμενο PSA. Μετεγχειρητικά το PSA θα προσδιορίζεται με μία εξέταση αίματος και το αποτέλεσμα πρέπει να είναι 0.

Μία τιμή PSA μέχρι και 0,2 ng/ml θεωρείται μηδενική! Μόνο μία τιμή PSA μεγαλύτερη από 0,2 ng/ml θεωρείται σαν ένδειξη υποτροπής καρκίνου του προστάτη ή σε περίπτωση που δεν βρέθηκε κακοήθεια στο προστάτη σαν ένδειξη παραμονής υπολοίπου καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη.

➤ Η γενική και καλλιέργεια ούρων δεν είναι αναγκαίο να γίνονται συστηματικά παρά μόνο σε συμπτωματικούς ασθενείς. Οι καλλιέργειες ούρων από νεοκύστη είναι τυπικά στείρες μικροβίων. Οι μισοί όμως ασθενείς με νεοκύστη που ουρούν φυσιολογικά παρουσιάζουν θετική καλλιέργεια ούρων. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με θετική καλλιέργεια (δηλαδή το 25% όλων όλων των ασθενών με νεοκύστη) θ' αναπτύξει απλή ουρολοίμωξη και το 20% ουροσήψη σε μια 5ετή περίοδο.



Ειδικές εξετάσεις

Στην περίπτωση εμφύτευσης των ουρητήρων στο ορθοσιγμοειδές είναι απαραίτητη η διενέργεια μίας **κολονοσκόπησης** ανά 5ετία για την εκτίμηση του εντερικού βλεννογόνου προς αποκλεισμό ανάπτυξης νεοπλασίας.

Η συχνότητα των συνιστώμενων εξετάσεων, η διάρκεια παρακολούθησης καθώς και οι απαραίτητες θεραπευτικές ενέργειες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Μετεγχειρητική παρακολούθηση και θεραπευτικές επιλογές σ' ασθενείς μ' εκτροπή ούρων μέσω αδρανοποιημένων τμημάτων εντέρου			
Συχνότητα	Πρόβλημα	Εξέταση	Θεραπεία
Τριμηνιαία	Μεταβολική οξέωση	Αέρια	Αέρια αίματος Base-Excess >2,5 mmol/l: Ca-Na-hydrogencitrate Na-Hydrogencarbonate (μαγειρική σόδα) pH αίματος <7,2: Εισαγωγή!
	Ουρολοίμωξη	Γενική ούρων Καλλιέργεια ούρων	Συμπτωματικοί ασθενείς: Αντιβίωση, διούρηση, πλύσεις, καθετηριασμός Προσοχή: Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς
	Υπόλειμμα ούρων	Υπερηχογράφημα, ίσως ενδοσκόπηση	Καθετηριασμός και πλύσεις, Βλεννόλυση: Έγχυση 20% διαλύματος N-ακετυλο-κυστεΐνης ή 10% διαλύματος ουρίας, θεραπεία λοίμωξης, Χειρουργική αποκατάσταση στένωσης
	Ερεθισμός δέρματος	Επισκόπηση	Βελτίωση φροντίδας
Ετήσια	Νεοπλασία	Ενδοσκόπηση	Βιοψία
Μετά το 3 ^ο έτος	Αβιταμίνωση	Βιταμίνη B ₁₂	Προληπτικά: 1mg B ₁₂ ανά τρίμηνο i.m. Θεραπευτικά: Αν B ₁₂ <200pg/ml: 100μg B ₁₂ ημερησίως i.v. για 14 ημέρες
Επί συμπτωμάτων	Διάρροια	Δοκιμασία αναπνοής	Δίαιτα: Μείωση λιπαρών οξέων Φαρμακευτικά: Imodium p.o.
	Ηπατική ανεπάρκεια	Λιμωνία ορού	Θεραπεία λοίμωξης, καθετηριασμός
	Λιθίαση	Υπέρηχο/μα νεφρών	Εξωσωματική λιθοτριψία



ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

➤ Πότε θα γνωρίζω το αποτέλεσμα της τελικής βιοψίας της ριζικής κυστεκτομής;

Όταν αφαιρεθεί η ουροδόχος κύστη θα σταλεί για παθολογοανατομική (ιστολογική - μικροσκοπική) εξέταση στο Παθολογοανατομικό Ινστιτούτο του Παν/μίου Αθηνών. Συνεργάζομαι με τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Καβαντζά Νικόλαο, ο οποίος είναι ένας από τους πιο εξειδικευμένους Παθολογοανατόμους για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης στην Ελλάδα. Η παθολογοανατομική εξέταση δίνει πληροφορίες σχετικά με το ποσοστό διήθησης από τον όγκο, τον βαθμό επιθετικότητας (Grade) την εντόπιση, την έκταση του καρκίνου, τα χειρουργικά όρια, την πιθανή επέκταση στους λεμφαδένες και την πιθανή συνύπαρξη κακοήθειας σ' άλλα όργανα. Τα αποτελέσματα θα είναι έτοιμα σε 10 συνήθως εργάσιμες ημέρες. Από τ' αποτελέσματα αυτά εξαρτάται αν συστηθεί απλή παρακολούθηση ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία.



➤ Θα χρειασθεί επιπλέον θεραπεία μετά την ριζική κυστεκτομή;

Θα χρειασθεί επιπλέον θεραπεία μετά την ριζική κυστεκτομή; Η απόφαση για συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την ρομποτική ριζική κυστεκτομή θα βασισθεί, όπως και στο ανοικτό χειρουργείο, στο αποτέλεσμα της παθολογοανατομικής εξέτασης της ουροδόχου κύστης και στα αποτελέσματα των εξετάσεων της μετεγχειρητικής ογκολογικής παρακολούθησης (αξονική τομογραφία κτλ.) Μετά την ριζική κυστεκτομή, στους ασθενείς με καρκίνο περιορισμένο στην ουροδόχο κύστη, που δεν έχει εξαπλωθεί έξω από αυτήν (δηλαδή μέχρι και στο στάδιο pT2 και pN0) η πρόγνωση είναι άριστη, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία θεραπεύεται με το χειρουργείο και μόνο. Στις περιπτώσεις που ο καρκίνος είναι περισσότερο διηθητικός (από pT3 και πάνω) ή μεταστατικός στους λεμφαδένες (από pN1 και άνω) η χημειοθεραπεία είναι αναγκαία μετεγχειρητικά.



Σε περίπτωση συνύπαρξης καρκίνου του προστάτη, εφόσον αυτός είναι εντοπισμένος στο εσωτερικό του προστάτη και δεν έχει διαπεράσει την κάψα του, δεν απαιτείται καμία επιπλέον θεραπεία μετεγχειρητικά.

➤ Ποιες είναι οι πιθανότητες ίασης μετά από ρομποτική ριζική κυστεκτομή;

Σε περίπτωση που ο καρκίνος είναι εντοπισμένος στην ουροδόχο κύστη (παθολογοανατομικό στάδιο pT2) οι πιθανότητες πλήρους ίασης (να μην εμφανισθεί ξανά καρκίνος τοπικά ή σαν μετάσταση) είναι μεγαλύτερες από 80% στην πενταετία ή ακόμα και στην δεκαετία. Επίσης υπάρχουν ειδικά νομογράμματα που μπορούν με βεβαιότητα μεγαλύτερη του 75% να προβλέψουν μετεγχειρητικά τις πιθανότητες ίασης ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή (φύλο, ηλικία, επιθετικότητα καρκίνου, προσβολή λεμφαδένων κτλ). Για τα νομογράμματα δείτε στη παρακάτω ιστοσελίδα: <http://www.mskcc.org/mskcc/html/73854.cfm>

➤ Γιατί επηρεάζεται η εγκράτεια των ούρων στους άνδρες μετά από ριζική κυστεκτομή και δημιουργία νεοκύστης;

Για να κατανοήσουμε για ποιο λόγο επηρεάζεται η εγκράτεια των ούρων μετά την ριζική κυστεκτομή πρέπει να αναλύσουμε τους μηχανισμούς εγκράτειας πριν και μετά την επέμβαση.

Πριν την ριζική κυστεκτομή η εγκράτεια των ούρων εξασφαλίζεται μέσω 4 μηχανισμών:

- (1) τον εσωτερικό, αυτόνομο, μη - ελεγχόμενο από την θέληση μας σφιγκτήρα που βρίσκεται στον αυχένα της κύστης
 - (2) την παθητική συμπίεση που ασκεί ο διογκωμένος
 - (3) από την καλοήγη υπερτροφία προστάτη τον εξωτερικό, από την θέληση μας ελεγχόμενο σφιγκτήρα που βρίσκεται γύρω από το πίσω μέρος της ουρήθρας στην περιοχή του πυελικού εδάφους
 - (4) την δυνατότητα της κύστης να χαλαρώνει και να αποθηκεύει τα ούρα με χαμηλές πιέσεις στο εσωτερικό της
- Μετά την επέμβαση πρέπει:
- η νέα κύστη που δημιουργήθηκε από λεπτό έντερο ν' αποκτήσει την χωρητικότητα και ελαστικότητα της φυσιολογικής ουροδόχου κύστης
 - ο εξωτερικός, από την θέληση μας ελεγχόμενος σφιγκτήρας να εξασφαλίσει μόνος του την εγκράτεια των ούρων.



Οι παράγοντες που επηρεάζουν το χρονικό διάστημα πλήρους αποκατάστασης της εγκράτειας των ούρων είναι:

- η ηλικία του ασθενή (όσο νεαρότερος ο ασθενής τόσο πιο σύντομα επέρχεται ο πλήρης έλεγχος της εγκράτειας)
- η πιθανή προϋπάρχουσα καλοήγη υπερτροφία του προστάτη με στένωση της ουρήθρας. Στην τελευταία περίπτωση ο εξωτερικός, από την θέληση μας ελεγχόμενος σφιγκτήρας είναι ασθενέστερος, γιατί προηγουμένως υπολειπογούσε, αφού ο αποφρακτικός προστάτης συνέβαλε αποφασιστικά στην εγκράτεια των ούρων. Έτσι αυτός ο εξωτερικός σφιγκτήρας, που βρίσκεται στο πυελικό έδαφος πρέπει, μετά από μία περίοδο εκγύμνασης, να δυναμώσει ξανά για να προσφέρει την αναγκαία εγκράτεια των ούρων.
- η τεχνική δημιουργίας της νεοκύστης. Όσο μεγαλύτερη χωρητικότητα και ελαστικότητα έχει και αποκτά με τον χρόνο η νεοκύστη τόσο λιγότερη νυκτερινή ακράτεια υπάρχει.

Αυτή η λειτουργική φύσεως, μερική και παροδική ακράτεια πρέπει να διαχωριστεί από την **πλήρη και μόνιμη ακράτεια** που προκαλείται από σοβαρή και άμεση βλάβη του εξωτερικού σφιγκτήρα (**ανατομικής/οργανικής φύσεως ακράτεια**). Συνήθως σε 3 μήνες η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει μία σημαντική βελτίωση, η οποία ενισχύεται ακόμα περισσότερο με ασκήσεις του πυελικού εδάφους και ειδικά φάρμακα. Τελικά, μετά από ένα χρόνο, λιγότερο από το 5% των ασθενών παρουσιάζει μία σοβαρή ακράτεια, η οποία απαιτεί μία νέα επιδιορθωτική χειρουργική επέμβαση.

Ποια τ' αποτελέσματά σας σχετικά με την εγκράτεια των ούρων μετά από ρομποτική ριζική κυστεκτομή και δημιουργία νεοκύστης;

Μετά από ρομποτική ριζική κυστεκτομή με δημιουργία νεοκύστης, οι περισσότεροι άνδρες δεν αντιμετωπίζουν σοβαρό ακράτεια από προσπάθεια την ημέρα παρά μόνο κάποιες απώλειες ούρων κατά το φτέρνισμα ή το βήξιμο. Η νυκτερινή ακράτεια βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου αποκτώντας σταδιακά η νεοκύστη την ανάλογη χωρητικότητα και διατασιμότητα.

Εκτός από τ' άλλα βασικά πλεονεκτήματα, αυτό το γεγονός της πρωινής εγκράτειας ήταν από τα κυριότερα πλεονεκτήματα που με ώθησε να εγκαταλείψω οριστικά την ανοικτή και λαπαροσκοπική τεχνική και να εκτελώ αποκλειστικά την ριζική κυστεκτομή με την ρομποτική μέθοδο.

Αντίθετα, οι υπόλοιποι άνδρες ταλαιπωρούνται για συντομότερο χρονικό διάστημα απ' ό,τι οι ασθενείς μετά από ανοικτό χειρουργείο. Η ακράτεια βελτιώνεται γενικά με τον χρόνο και με την βοήθεια ειδικών ασκήσεων φυσιοθεραπείας και ενδυνάμωσης του πυελικού εδάφους. Η επαναφορά της εγκράτειας μετά από ρομποτική κυστεκτομή εξαρτάται από:

- την χειρουργική τεχνική
- την ηλικία του ασθενούς
- τις προϋπάρχουσες διαταραχές της ούρησης
- την προϋπάρχουσα καλοήγη υπερπλασία του προστάτη
- την εμπειρία του Χειρουργού

Τ' αποτελέσματα μας, τα οποία και συμβαδίζουν μ' εκείνα της διεθνούς εμπειρίας και είναι εφάμιλλα των μεγαλύτερων κέντρων του εξωτερικού, είναι τα εξής: Αμέσως με την αφαίρεση του κατετήρα, 3 εβδομάδες μετά την ρομποτική ριζική κυστεκτομή, περίπου οι μισοί άνδρες δεν αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα ακράτειας από προσπάθεια παρά μόνο ελάχιστες απώλειες ούρων συνήθως κατά το φτέρνισμα ή το βήξιμο.

Το 75% περίπου των ανδρών δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα ακράτειας 3 μήνες μετά την ρομποτική επέμβαση, ενώ το ποσοστό ανεβαίνει στο 90% έξι μήνες μετά το χειρουργείο. Το 95% των ασθενών δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα ακράτειας έπειτα από 12 μήνες. Και στο υπόλοιπο 5% των ανδρών, το πρόβλημα αντιμετωπίζεται συνήθως με μια μικρότερη επέμβαση, όπως πχ με την εισαγωγή ενός ειδικού πλέγματος ή τεχνητού σφιγκτήρα.

Πώς μπορεί ν' αντιμετωπισθεί η ακράτεια των ούρων μετά από ριζική κυστεκτομή και δημιουργία νεοκύστης στον άνδρα;

Τελικά ένα ποσοστό **λιγότερο από 5%** θα παρουσιάσει μία **μόνιμη και σοβαρή ακράτεια** (περισσότερες από 2 πάνες ακράτειας την ημέρα) που θα επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής ένα έτος μετά την επέμβαση. Ειδικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα, κυστεοσκόπηση, ουροδυναμικός έλεγχος κτλ) θα προσδιορίσουν το είδος (ακράτεια από προσπάθεια ή επιτακτική ακράτεια ή ακράτεια από υπερπλήρωση) και την βαρύτητα (ελαφριά, μέτρια ή σοβαρή) της ακράτειας. Υπάρχουν 2 θεραπευτικές επιλογές για την μόνιμη αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής ακράτειας ούρων.

- Η πρώτη είναι η τοποθέτηση της ειδικής **ταινίας εγκράτειας** που υποστηρίζει την ουρήθρα και ενδείκνυται σε περιπτώσεις ελαφριάς έως μέτριας ακράτειας ούρων.
- Η δεύτερη επιλογή είναι η τοποθέτηση **τεχνητού σφιγκτήρα**, ο οποίος μιμείται τη λειτουργία του φυσιολογικού υγιούς σφιγκτήρα, επιτρέποντας τον φυσιολογικό έλεγχο της ούρησης και ενδείκνυται σε περιπτώσεις μέτριας έως σοβαρής ακράτειας των ούρων.



Ταινία ακράτειας



Τεχνητός σφιγκτήρας

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε ν' ανατρέξετε στα ειδικά ενημερωτικά έντυπα ιατρού για την μετεγχειρητική ακράτεια στους άνδρες που υπάρχουν στην ιστοσελίδα του κ. Πουλάκη.

Η αντιμετώπιση μ' ενέσιμα γίνεται με **ένεση ενός διογκωτικού υλικού όπως το κολλαγόνο στην περιοχή του σφιγκτήρα** για να βοηθήσει στη στεγανότητα της ουρήθρας. Η μέθοδος αυτή στους περισσότερους άνδρες **δεν είναι αποτελεσματική**.

Τί προβλήματα ούρησης αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μετά από κυστεκτομή και δημιουργία νεοκύστης;

Κλινικές μελέτες δείχνουν ότι η δημιουργία νεοκύστης αποτελεί μία πολύ καλή επιλογή για τα 3/4 των γυναικών που υποβάλλονται σε ριζική κυστεκτομή. Οι επιπλοκές είναι λίγες και η εγκράτεια διατηρείται στις περισσότερες γυναίκες. Το βασικό πρόβλημα που απασχολεί αυτές τις γυναίκες είναι η **υπερεγκράτεια** (κατακράτηση ούρων στη νεοκύστη) παρά η ακράτεια. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι η κύρια αιτία υπερεγκράτειας στις γυναίκες με νεοκύστη είναι η πτώση της νεοκύστης προς τα πίσω (ο σχηματισμός δηλαδή κήλης της νεοκύστης) από την έλλειψη της οπίσθιας υποστήριξης που οδηγεί σε γωνίωση και απόφραξη της συμβολής ουρήθρας και νεοκύστης. Υπάρχουν χειρουργικές τεχνικές που προλαμβάνουν την πτώση της νεοκύστης (πχ ουρηθρική ανάρτηση, η τοποθέτηση μεσεντερίου πίσω από τη νεοκύστη και η ανάρτηση του κόλπου στο σύνδεσμο του Cooper). Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η διατήρηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στον ανώτερο κόλπο και την περιουρηθρική περιοχή συμβάλλει στην πρόληψη της υπερεγκράτειας. Η υπερεγκράτεια εμφανίζεται σε ποσοστό 10% - 20% και μπορεί ν' αντιμετωπισθεί με καθημερινούς αυτοκαθετηριασμούς ή πιέζοντας την κάτω κοιλία με το χέρι και ταυτόχρονα χαλαρώνοντας του μύες του πυελικού εδάφους. Η ακράτεια ούρων απασχολεί μία μειοψηφία (το 1/3) μόνο των γυναικών. Οι περισσότερες ασθενείς είναι εγκρατείς ένα εξάμηνο μετά την επέμβαση. Λιγότερο από το 3% των γυναικών μετά από κυστεκτομή και δημιουργία νεοκύστης παρουσιάζουν σοβαρό και μόνιμο πρόβλημα ακράτειας που απαιτεί διορθωτική χειρουργική επέμβαση. Συνήθως αρκεί στις γυναίκες, σ' αντίθεση με τους άνδρες, η ένεση ενός διογκωτικού υλικού, όπως το κολλαγόνο, στην περιοχή του σφιγκτήρα για να βοηθήσει στη στεγανότητα της ουρήθρας.

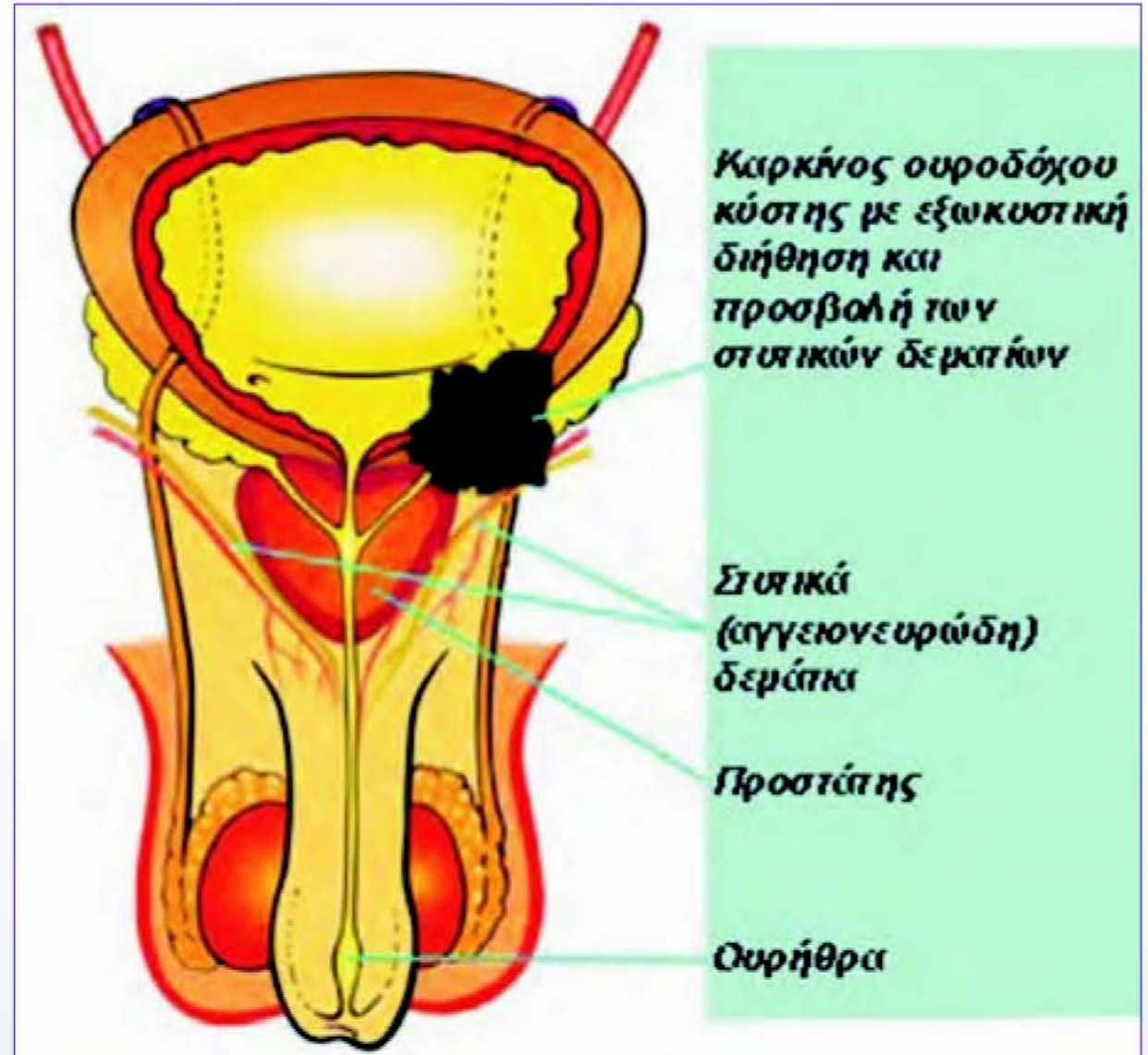
Γιατί επηρεάζεται η στυτική λειτουργία στον άνδρα μετά από την ριζική κυστεκτομή;

Σ' αντίθεση με τον καρκίνο του προστάτη, στην περίπτωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορούμε με καλύτερες προϋποθέσεις να διατηρήσουμε την στυτική λειτουργία μετά από ριζική κυστεκτομή στον άνδρα. Ευτυχώς, η πλειοψηφία των καρκίνων στην ουροδόχο κύστη δεν επεκτείνεται στο αγγειονευρώδες δεμάτιο, το οποίο είναι σε άμεση επαφή με τις σπερματοδόχες κύστεις και τον προστάτη. Αντίθετα στις περιπτώσεις, όπου υπάρχει ένδειξη για αυξημένη καρκινική μάζα, ελοχεύει ο κίνδυνος να μην αφαιρεθεί ολοκληρωτικά ο καρκίνος, συνιστάται κατά κανόνα ν' αφαιρεθεί εσκεμμένα το αγγειονευρώδες δεμάτιο από αυτή την πλευρά. Εάν η άλλη πλευρά δεν έχει εκτεταμένη καρκινική διήθηση, μπορεί να διατηρηθεί πλήρως το αγγειονευρώδες δεμάτιο. Στις περιπτώσεις που ο καρκίνος στην ουροδόχο κύστη δεν είναι βαθιά διηθητικός, μικρής μάζας και χαμηλής κακοήθειας, μπορούν να διατηρηθούν πλήρως και τα δύο αγγειονευρώδη δεμάτια.

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, παρά την συνεχή βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων και τεχνικών, είναι δύσκολο, λόγω συμφύσεων, να διατηρηθούν με σιγουριά τα στυτικά νεύρα και αγγεία.

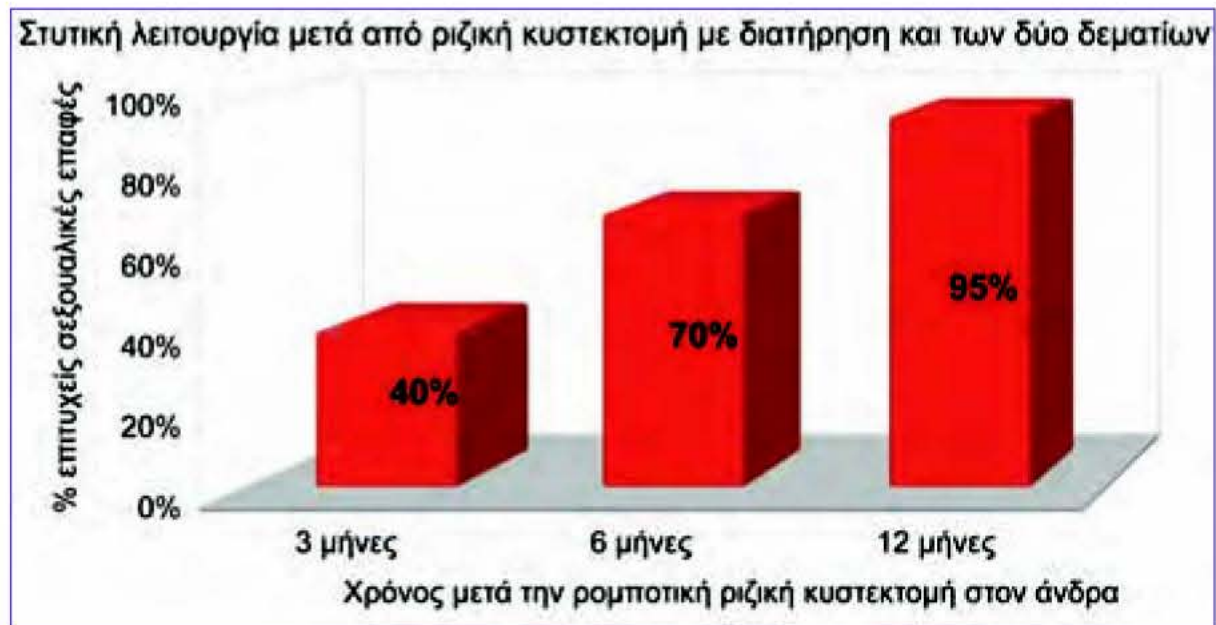
Στην περίπτωση που διατηρηθούν τα στυτικά νεύρα, η εμφάνιση αυτόματης στύσης (χωρίς την χρήση δηλαδή βοηθητικών μέσων) μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 1 έτος μετά την επέμβαση. Παρά την εφαρμογή των νευροπροστατευτικών τεχνικών μπορεί μερικοί ασθενείς να μην έχουν την απαιτούμενη για σεξουαλική επαφή στύση. Ο χρόνος επαναφοράς της στύσης και η δυνατότητα για σεξουαλική επαφή και κολπική διεύδυση μετά από μία νευροπροστατευτική επέμβαση εξαρτάται από την:

- χειρουργική τεχνική
- διατήρηση του ενός ή και των δύο δεματιών
- ηλικία του ασθενή
- ύπαρξη ενεργού σεξουαλικού συντρόφου
- προεγχειρητική ποιότητα των επαφών

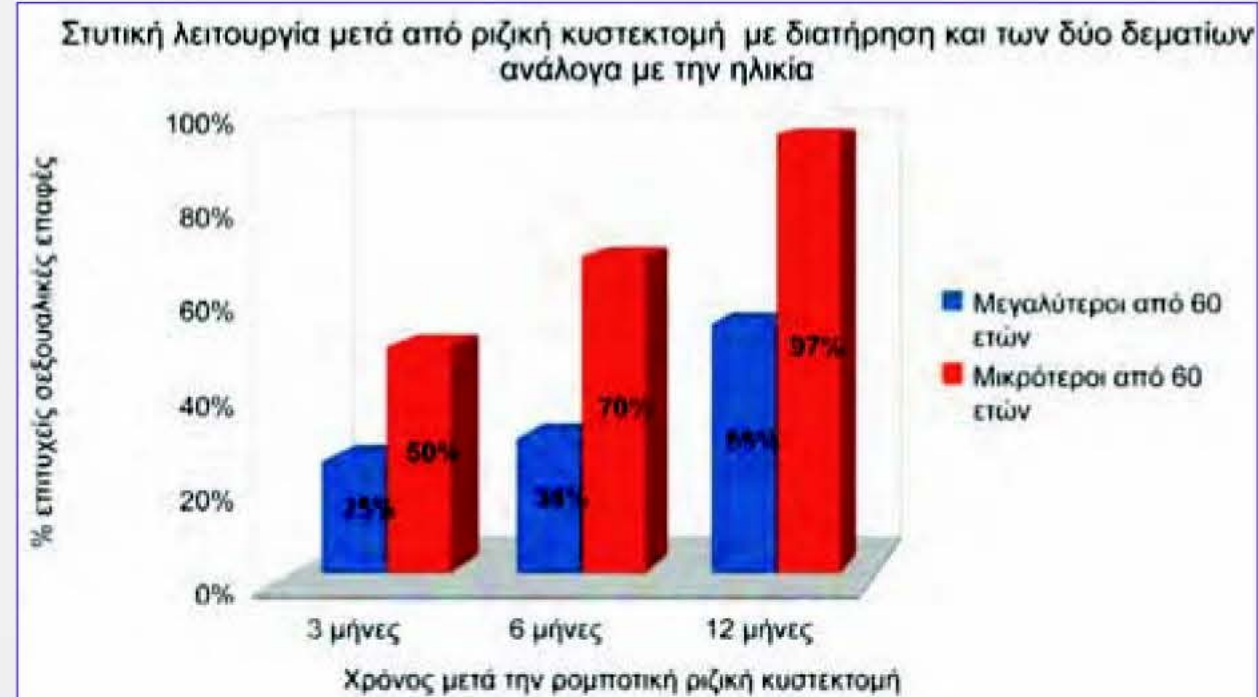


> Ποια είναι τα αποτελέσματα σας σχετικά με τη στυτική λειτουργία;

Η επαναφορά της στυτικής λειτουργίας είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Πολλοί παράγοντες την επηρεάζουν. Σε προεγχειρητικά σεξουαλικά ικανούς άνδρες που υποβλήθηκαν σε ρομποτική ριζική κυστεκτομή από τον κ. Πουλάκη με διατήρηση και των δύο αγγειονευρωδών δεματίων, το 70% των ανδρών αναφέρουν επιτυχημένες κολπικές διεισδύσεις σε 6 μήνες και το 95% σε 12 μήνες έπειτα από το χειρουργείο, με ή χωρίς την χρήση φαρμάκων από το στόμα (Viagra ή Cialis).



Νεαρρότεροι ασθενείς (μέχρι 60 ετών) έχουν καλύτερη σεξουαλική ικανότητα απ' ό,τι γηραιότεροι (μεγαλύτεροι από 60 ετών) ένα χρόνο μετά τη ριζική κυστεκτομή με διατήρηση και των δύο στυτικών νεύρων (97% σε αντίθεση με 55%). Το 97% των ασθενών που είναι κάτω από 60 ετών έχει επιτυχημένες σεξουαλικές επαφές μετά από ένα χρόνο.



Τα αποτελέσματα είναι ανάλογα μ' εκείνα άλλων μεγάλων κέντρων της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.



Πώς μπορεί ν' αντιμετωπισθεί η στυτική δυσλειτουργία στον άνδρα μετά από ριζική κυστεκτομή;

Σε περίπτωση που έχει διενεργηθεί μία νευροπροστατευτική ριζική κυστεκτομή με διατήρηση των στυτικών νεύρων και αγγείων, γίνεται έναρξη της θεραπείας με χάπια τύπου Viagra (αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης) αμέσως μετά την αφαίρεση του καθετήρα. Σκοπός της θεραπείας δεν είναι τόσο η άμεση επίτευξη μίας σεξουαλικής επαφής με πλήρη κολπική διεύδυση αλλά η διατήρηση της ζωτικότητας και της ενέργειας του στυτικού οργάνου του πέους. Ένα όργανο, που δεν λειτουργεί ή αδρανεί, ατροφεί και υποπλάσσεται. Με τα χάπια αυτά επιταχύνεται το διάστημα πλήρους ανάκτησης της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας.

Εάν αμέσως μετά την σωματική και ψυχική ανάρρωση από την επέμβαση υπάρχει ξανά η επιθυμία για σεξουαλική επαφή, υπάρχουν διάφορες δυνατότητες για την θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας.

Αυτές οι μοντέρνες θεραπείες, οι οποίες προκαλούν στύση “κατά παραγγελία”, μπορούν να εφαρμοσθούν άμεσα μετά την επέμβαση.

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία είναι οι ενδοπεϊκές ενέσεις με αγγειοδιασταλτικά φάρμακα που έχουν τοπική μόνο δράση στο πέος και μπορούν να γίνουν από τον ίδιο τον ασθενή. Το όφελος είναι διπλό:

- από την μια πλευρά υπάρχει άμεση σύσφιξη ικανή για κολπική διείσδυση και για μεγάλο χρονικό διάστημα και
- από την άλλη πλευρά διατηρείται ο στυτικός ιστός σε λειτουργία και δεν αδρανεί.

Μία μηχανική αποκατάσταση της σύσης είναι δυνατή με την ειδική αντλία κενού για πρόκληση σύσης.

Σε περίπτωση που η στυτική λειτουργία δεν αποκατασταθεί φυσιολογικά ένα έτος μετά την επέμβαση, υπάρχει η δυνατότητα για εμφύτευση ειδικής υδραυλικού τύπου **πείκης πρόθεσης**. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την τοποθέτηση πείκης πρόθεσης μπορείτε ν' ανατρέξετε στο ενημερωτικό **έντυπο ιατρού** που υπάρχει στην ιστοσελίδα του κ. Πουλάκη.

Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι, η στυτική δυσλειτουργία μετά την ριζική κυστεκτομή αντιμετωπίζεται πλήρως και μ' επιτυχία και μπορεί να έχει, εάν και όποτε το επιθυμεί, σεξουαλικές επαφές.



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ



ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ



Πατησίων & Κεφαλληνίας 26, Αθήνα 112 57

Τηλ.: 210 8807000, Fax: 210 8807228

www.doctorshospital.gr



Βασίλης Πουλάκης MD, PhD, FEBU

Χειρουργός Ουρολόγος - Ανδrolόγος
Διδάκτωρ Παν/μίου Giessen, Γερμανίας
Αν. Καθηγητής Παν/μίου Φρανκφούρτης, Γερμανίας

Ιατρείο

Αγγ. Μεταξά 21, Τ.Κ. 166 75, Γλυφάδα
(Εμπ. Κέντρο "Galleria", 1ος όροφος)

Κινητό Ιατρού: 6942 207 652

Κινητό Γραμματείας: 6941 582424
(καθημερινές από 8:00 έως 16:00)

e-mail: info@poulakis-urology.com

www.poulakis-urology.com

**Γενική
Λαπαροσκοπική
Ρομποτική
Ογκολογική
Γυναικολογική Ουρολογία
Ενδοουρολογία
Παιδουρολογία
Ανδρολογία**