ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΤΕΡΟΚΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΡΙΓΓΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

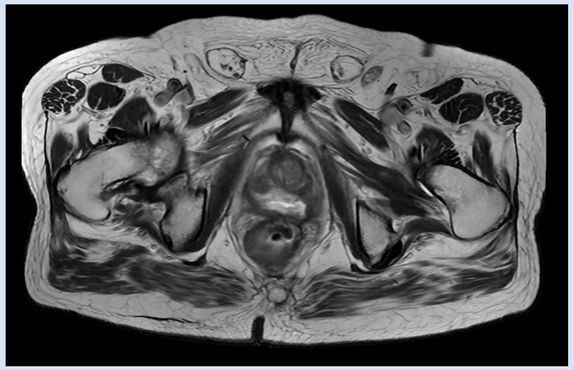
Σιμάτος Γεώργιος, Μούρμουρας Νικόλαος, Κουρτίδης Λάζαρος, Βαλάσης Γεώργιος, Μπλέιμπελ Αλέξανδρος, Ιωάννου Μάριος, Αγιομαμίτης Γεώργιος, Κοντοθανάσης Δημήτριος

Εισαγωγή:

Τα εντεροκυστικά συρίγγια αποτελούν παθολογική επικοινωνία μεταξύ ουροδόχου κύστης και πεπτικού σωλήνα και στην πλειονότητα των περιπτώσεων προκύπτουν ως επιπλοκή εκκολπωματίτιδος. Στο 20% των περιπτώσεων, αίτιο αποτελεί το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου ή το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη. Άλλες αιτίες είναι η ακτινοβολία της πυέλου, φλεγμονώδεις νόσοι και κακώσεις. Πνευματουρία ή αποβολή κοπράνων από την ουρήθρα είναι τα κύρια συμπτώματα. Αξονική και μαγνητική τομογραφία, κολονοσκόπηση και κυστεοσκόπηση βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της διάγνωσης. Θεραπεία εκλογής αποτελεί η χειρουργική εκτομή του συριγγίου, ωστόσο δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με τον ιδανικό χρόνο και τρόπο αντιμετώπισης.

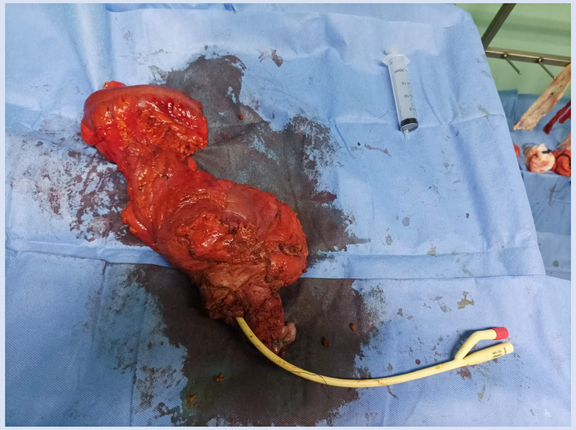
Υλικό και Μέθοδος:

Ασθενής 81 ετών με ιστορικό αδενοκαρκινώματος προστάτη υπό ακτινοθεραπεία, παρουσιάζει από 7μήνου δυσκοιλιότητα, πνευματουρία, κοπρανώδη οσμή ούρων και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις ουροποιητικού. Εκ του απεικονιστικού ελέγχου αναδεικνύεται φλεγμαίνουσα κοιλότητα στην ανατομική θέση των σπερματοδόχων κύστεων, η οποία επικοινωνεί με ευρύ στόμιο με το οπίσθιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ελκωτικό, διηθητικό καρκίνωμα ορθού και ο ασθενής έλαβε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.



Αποτελέσματα:

Ο ασθενής υπεβλήθη σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και κυστεοπροστατεκτομή. Πραγματοποιήθηκε εκτροπή των ούρων με ουρητηροδερμοστομίες «double barrel» και κολοστομία. Στην ιστολογική εξέταση περιγράφεται ορθοκυστικό συρίγγιο, πλήρης υποστροφή του αδενοκαρκινώματος του ορθού καθώς και απουσία νεοπλασματικής νόσου στον προστάτη και την ουροδόχο κύστη.



Συμπεράσματα:

Η διαχείριση των εντεροκυστικών συριγγίων είναι απαιτητική λόγω έλλειψης τυποποιημένων πρωτοκόλλων θεραπείας. Η συντηρητική αντιμετώπιση έχει αυξημένο κίνδυνο σηπτικών επιπλοκών, καθιστώντας τη χειρουργική επέμβαση θεραπεία εκλογής. Η επιλογή της χειρουργικής στρατηγικής εξαρτάται από την αιτιολογία του συριγγίου, με στόχο την εκτομή του εμπλεκόμενου εντερικού τμήματος και τη συρραφή της ουροδόχου κύστης. Μικρά συρίγγια θεραπεύονται συχνά μόνο με καθετηριασμό ενώ μεγαλύτερα απαιτούν πρωτογενή συρραφή ή πιο επιθετικές προσεγγίσεις όπως κυστεκτομή σε περιπτώσεις καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Προοπτικές μελέτες θα πρέπει να αξιολογήσουν τα οφέλη και τους κινδύνους της χειρουργικής θεραπείας με σκοπό τον ορισμό ευρέως αποδεκτού τρόπου αντιμετώπισης μια ενδιαφέρουσας και απαιτητικής ουρολογικής οντότητας.



Βιβλιογραφία:

1. Granieri S, Sessa F, Bonomi A, Paleino S, Bruno F, Chierici A, et al. Indications and outcomes of enterovesical and colovesical fistulas: systematic review of the literature and meta-analysis of prevalence. BMC Surg [Internet]. 2021;21(1):1–13. Available from: https://doi.org/10.1186/s12893-021-01272-6
2. Zizzo M, Tumiati D, Bassi MC, Zanelli M, Sanguedolce F, Porpiglia F, et al. Management of colovesical fistula: a systematic review. Minerva Urol Nephrol. 2022;74(4):400–8.