

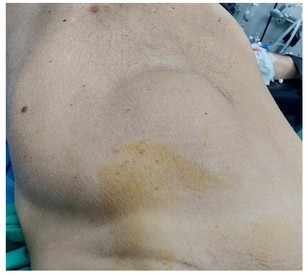
Απειλητική για την ζωή αιματουρία οφειλόμενη σε ευμέγεθες εκκόλπωμα ουροδόχου κύστης και επείγουσα εκκολπωματεκτομή ως θεραπεία διάσωσης.

Δ. Κοζυράκης, Γ. Χαρώνης, Κ. Σαφιολέας, Δ. Μυτιλινιού, Δ. Μπόζιος, Β. Κωνσταντινόπουλος, Α. Μ. Κονόμη, Α. Ζαρκάδας, Γ. Καλλίνικας, Α. Φίλιος, Ε. Ροδινός, Π. Φίλιος

Ουρολογική Κλινική, Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων Γ. Ν. Ν. Ιωνίας



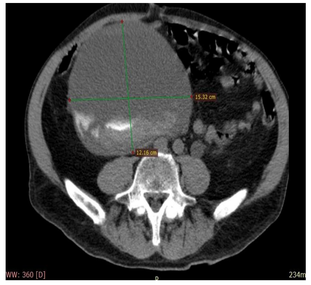
Εισαγωγή: Η παρουσία εκκολπώματος ουροδόχου κύστης είναι συνηθισμένο εύρημα σε ασθενείς με υποκυστικό κώλυμα, η δε εκτομή του αποτελεί μια επέμβαση που πραγματοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις μόνο. Ωστόσο η επείγουσα εκκοπλωματεκτομή ως θεραπεία απειλητικής για τη ζωή του ασθενή αιματουρίας δεν έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία.



Εικόνα 1: Προεγχειρητική απεικόνιση του εκκολπώματος κατά την επισκόπηση του ασθενή πλήρους περιεχομένου, με το εγγύς του όριο στο δεξιό υποχόνδριο.

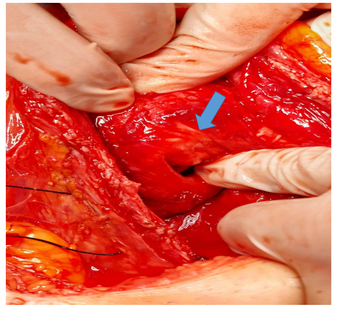


Εικόνα 2α. Προεγχειρητική στεφανιαία CT ανιούσα κυστεογραφία που αναδεικνύει το εκκόλπωμα πλήρους πηγμάτων αίματος,. Τα πήγματα αυτά ήταν αδύνατον να καθαριστούν μέσω διουρηθρικού καθετήρα.

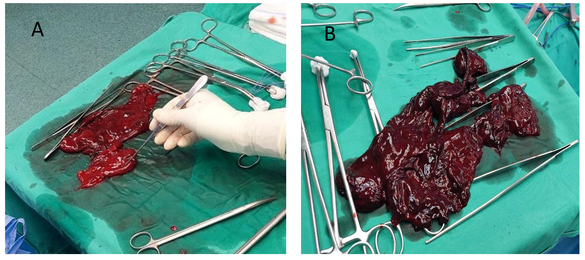


Εικόνα 2β. Προεγχειρητική εγκάρσια CT ανιούσα κυστεογραφία. Διαπιστώνεται ότι το εκκόλπωμα είναι πλήρες πηγμάτων με ενδεικτικές διαστάσεις περίπου 15 χ12 εκ. Η κένωση των πηγμάτων αίματους του εκκολπώματος με σύριγγα μέσω ουρηθρικού καθετήρα ήταν αδύνατη, ενώ και η παρακέντηση του εκκοπλώματος για διαδερμική κένωση αυτού με μεγάλου εύρους καθετήρα θα ήταν μια κίνηση πολύ υψηλού ρίσκου λόγω του κινδύνου οπισθοπεριτοναϊκής ρήξης του εκκολπώματος.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 72 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με ναυτία, έμετο και αδυναμία διατήρησης όρθιας θέσης. Ανέφερε ότι για αρκετές ημέρες είχε την αίσθηση ατελούς κένωσης της κύστης. Οι αιματολογικές εξετάσεις αποκάλυψαν αναιμία (HCT: 29%, Hgb: 9,7 g/dl) ενώ η νεφρική βιοχημεία ήταν σημαντικά επηρεασμένη (κρεατινίνη ορού, ουρία και GFR: 22,5 mg/dl, 480 mg/dl και 11,2 mg/1,73 cm2/dl αντίστοιχα) αλλά με φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτικών ορού.



Εικόνα 3. Μετά την κυστεοτομία, αφαιρέθηκαν τα αιματοπήγματα της κύστης και εντοπίστηκε το στόμιο του εκκολπώματος (βέλος).



Εικόνα 4 Α & Β Ευμεγέθη οργανωμένα συμπαγή αιματοπήγματα που αφαιρέθηκαν από το εκκόλπωμα με το χέρι.

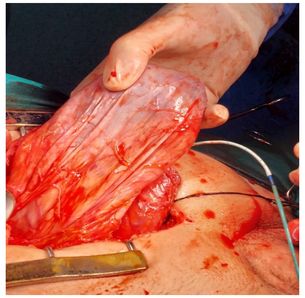
Αποτελέσματα: Με τα παραπάνω δεδομένα διενεργήθηκε υπερηχογράφημα ουροποιητικού που ανέδειξε διογκωμένο προστάτη 60cc με υπερδιατεταμένη κύστη, περίπου 1500cc και εκκόλπωμα με επιπλέον 1000cc ούρων, και συνοδό διάταση πυελοκαλυκικών συστημάτων και ουρητήρων άμφω. Εισήχθη καθετήρας Foley, έγινε σταδιακή εκκένωση 2000cc ούρων και κατόπιν ο καθετήρας έμεινε ανοιχτός. Λίγο μετά εκδηλώθηκε μακροσκοπική αιματουρία μικρού βαθμού.

Την επομένη το επίπεδο κρεατινίνης μειώθηκε στα 18 mg/dl, αλλά η Hgb και ο HCT μειώθηκαν επίσης (7,6 g/dl και 25,4 % αντίστοιχα). Έγιναν πλύσεις της κύστης με σύριγγα και αφαιρέθηκαν αρκετοί θρόμβοι αίματος. Η αξονική τομογραφία έδειξε υπερδιατεταμένο εκκόλπωμα πλήρες αιματοπήγματος (Εικόνα 1, 2α & 2β). Υπό υπερηχογράφική καθοδήγηση, επιχειρήθηκε να εισαχθεί στο εκκόλπωμα καθετήρας αιματουρίας ως απόπειρα εκκένωσης αυτού από αιματοπήγματα με πτωχά αποτελέσματα όμως, ενώ συνεχίστηκε η απώλεια αίματος (Hgb και HCT: 5,2g/dl και 17,6% αντίστοιχα).

Δεδομένου ότι η ζωή του ασθενούς ήταν πλέον σε κίνδυνο και λαμβάνοντας υπόψη ότι η αιματουρία ήταν ανεξέλεγκτη ενόσω παρέμεναν τα πήγματα εντός του εκκολπώματος, αποφασίστηκε και προτάθηκε στον ασθενή επείγουσα ανοικτή διερεύνηση της ουροδόχου κύστης, κένωση των αιματοπηγμάτων και ενδεχομένως εκκολπωματεκτομή και προστατεκτομή.

Μετά από λεπτομερή ενημέρωση και λήψη έγγραφης συναίνεσης από τον ασθενή, υπό γενική αναισθησία έγινε προσπέλαση στον υποπεριτοναϊκό χώρο, πραγματοποιήθηκε πρόσθια κυστεοτομία, και εντοπίστηκε το στόμιο του εκκολπώματος πλησίον της οροφής και ελαφρώς δεξιά (Εικόνα 3). Αφαιρέθηκαν λίγα αιματοπήγματα από την κύστη αλλά τα περισσότερα, ευμεγέθη, συμπαγή και οργανωμένα αιματοπήγματα αφαιρέθηκαν με το χέρι από τοι εκκόλπωμα (Εικόνα 4), ενώ για την αποφυγή υποτροπής πραγματοποιήθηκε εκκολπωματεκτομή (Εικόνα 5). Λόγω της μετανεφρικής νεφρικής ανεπάρκειας με αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση έγινε καθετηριασμός αμφότερων των ουρητήρων με jj stents. Διακυστική προστατεκτομή δεν πραγματοποιήθηκε λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενή και για την αποφυγή νέας εστίας αιμορραγίας.

Μετεγχειρητικά, παρουσίασε λοίμωξη από πολυανθεκτικό στέλεχος E. Coli, για το οποίο έλαβε μεροπενέμη παρεντερικά, σε δόση προσαρμοσμένη στην νεφρική λειτουργία. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ήταν αρνητική για κακοήθεια. Ένα χρόνο μετά την έξοδο, ο ασθενής φέρει μόνιμο ουροκαθετήρα λόγω εξωστηριακής ανεπάρκειας, τα ουρητηρικά stents έχουν αφαιρεθεί και υποβάλλεται σε τακτικές συνεδρίες αιμοκάθαρσης λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.



Εικόνα 5. Παρασκευή του εκκολπώματος πριν την εκκολπωματεκτομή και αφού είχε κενωθεί από τα αιματοπήγματα. Τόσο η μακροσκοπική όσο και η ιστολογική εξέταση δεν ανέδειξαν στοιχεία κακοήθειας, ενδεικτικό ότι η αιμορραγία προήλθε από την κένωση της χρόνιας αποφραχθείσας ουροδόχου κύστης.

Συμπέρασμα: Η παρουσία αιματοπηγμάτων εντός εκκολπώματος μπορεί να οδηγήσει σε μη ελεγχόμενη, απειλητική για την ζωή του ασθενή αιματουρία. Όταν το εκκόλπωμα δεν μπορεί να κενωθεί με άλλο τρόπο από τα πήγματα, αυτά θα προσελκύουν συνεχώς τους παράγοντες πήξης εμποδίζοντας τον έλεγχο της αιμορραγίας. Στις περιπτώσεις αυτές, η επείγουσα εκκολπωματεκτομή μπορεί να σπάσει τον φαύλο κύκλο της συνεχόμενης απώλειας αίματος και παραγόντων πήξεις αποτελώντας σωτήρια επέμβαση.