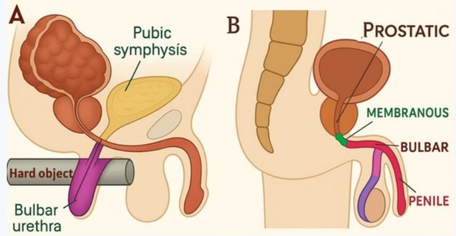
Πλήρης Ρήξη Βολβομεμβρανώδους Συμβολής Ουρήθρας χωρίς Πυελικό Κάταγμα

Ελάχιστα επεμβατική αντιμετώπιση με πρώιμη ενδοσκοπική επαναπροσέγγιση *(Light-to-Light Technique)*

Παπαδόπουλος Τριαντάφυλλος, Κυπραίος Χαράλαμπος, Ρούσσης Παντελής, Πλιακογιάννης Γεώργιος, Χριστοδούλου Παύλος,
Τσαλαβούτας Ελευθέριος, Αθανασίου Αποστόλης, Ξωξάκος Ιωάννης, Ιωάννης Ευθυμίου
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών << Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ>>, ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εισαγωγή & Σκοπός

- Οι κακώσεις ουρήθρας δίκην «ιππαστί» (straddle injuries) αφορούν κατά κανόνα την πρόσθια (βολβική) ουρήθρα.
- Οι αμβλείες κακώσεις οπίσθιας ουρήθρας σχεδόν πάντα σχετίζονται με πυελικά κατάγματα· η πλήρης απόσπαση της βολβομεμβρανώδους συμβολής χωρίς κάταγμα πυέλου είναι εξαιρετικά σπάνια οντότητα.
- Παραδοσιακή αντιμετώπιση: υπερηβικός καθετήρας και ανοιχτή ουρηθροπλαστική σε δεύτερο χρόνο.
- Σκοπός: ανάδειξη μιας ελάχιστα επεμβατικής ενδοσκοπικής αντιμετώπισης στην οξεία φάση, που μειώνει δραστικά τη νοσηρότητα.



Ανατομία πρόσθιας & οπίσθιας ουρήθρας — θέση βολβομεμβρανώδους συμβολής

Το Κλινικό Περιστατικό

Ασθενής

Άρρεν, 42 ετών, αθλητής calisthenics. Ελεύθερο ατομικό ιατρικό/χειρουργικό-ουρολογικό ιστορικό.

Μηχανισμός

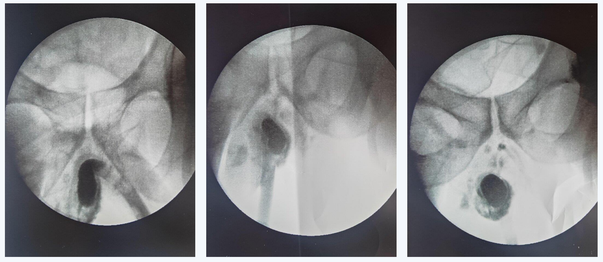
Κάκωση «ιππαστί» (straddle injury) στο περίνεο, 2 ώρες πριν — σφοδρή πτώση σε μεταλλική μπάρα κατά τη διάρκεια calisthenics.

Κλινική Εικόνα

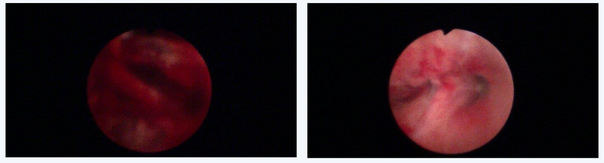
Διαλείπουσα ουρηθρορραγία, πλήρης αδυναμία ούρησης (επίσχεση). Απουσία ορατής κάκωσης / αιματώματος στο περίνεο.

Διαγνωστική Προσπέλαση

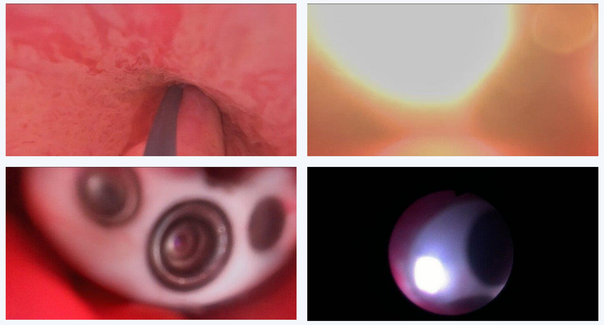
- Αρχική εκτίμηση: υπερηχογραφική επιβεβαίωση επίσχεσης ούρων· αδυναμία τοποθέτησης ουρηθρικού καθετήρα σε ήπια απόπειρα.
- Ενδοσκοπικός έλεγχος: ανιούσα ουρηθρογραφία και ουρηθροσκόπηση.
- Ευρήματα: πλήρης σκιαγράφηση βολβικής ουρήθρας με ήπια εξαγγείωση, καμία προώθηση σκιαγραφικού στην οπίσθια ουρήθρα· ενδοσκοπικά, απόλυτο αιμορραγικό στοπ με πλήρη αδυναμία αναγνώρισης του αυλού.
- Τελική διάγνωση: ρήξη (διακοπή συνέχειας) βολβομεμβρανώδους συμβολής — τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα.



Ανιούσα ουρηθρογραφία: πλήρης διακοπή συνέχειας στη βολβομεμβρανώδη συμβολή



Ενδοσκοπική εικόνα αιμορραγικού «στοπ» — αδυναμία αναγνώρισης ουρηθρικού αυλού



Ταυτόχρονη αμφίδρομη ενδοσκόπηση και σηματοδοσία «light-to-light» για ευθυγράμμιση των άκρων

Early Endoscopic Realignment — Light to Light

Την επόμενη ημέρα από την τοποθέτηση του υπερηβικού καθετήρα, ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο:

- Εύκαμπτο κυστεοσκόπιο εισάγεται μέσω του υπερηβικού πόρου προς την κύστη και την οπίσθια ουρήθρα, έως το κεντρικό άκρο της ρήξης.
- Ταυτόχρονα, εύκαμπτο ουρηθροσκόπιο προωθείται από το έξω στόμιο προς το περιφερικό άκρο της βλάβης.
- Μέσω διαφανοσκόπησης του ιστού (light-to-light), τα δύο άκρα ευθυγραμμίζονται.
- Προώθηση υδρόφιλου οδηγού σύρματος από το κεντρικό προς το περιφερικό άκρο, με επιτυχή τοποθέτηση καθετήρα σιλικόνης 16Fr (over-the-wire).

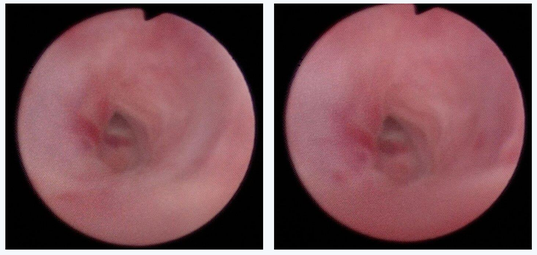
Αποτελέσματα & Συμπεράσματα

Μετεγχειρητική Πορεία

Μετά την αφαίρεση του καθετήρα στις 6 εβδομάδες, ο ασθενής παρουσίασε ικανοποιητική ούρηση με πλήρη εγκράτεια, χωρίς στυτική δυσλειτουργία. Στις 8 εβδομάδες, κυστεοσκοπικός έλεγχος ανέδειξε εύκολα διαχειρίσιμο στένωμα οπίσθιας ουρήθρας.

Πλεονέκτημα Τεχνικής

Σε μερική ρήξη: η πρώιμη ενδοσκοπική επαναπροσέγγιση ελαχιστοποιεί τη διαφυγή ούρων και τη φλεγμονώδη αντίδραση. Σε πλήρη ρήξη: στόχος είναι η ελαχιστοποίηση του σοβαρού ελλείμματος παρά η πρόληψη του στενώματος — το ενδεχόμενο στένωμα αναμένεται ηπιότερο και ευκολότερα διαχειρίσιμο.



Κυστεοσκοπικός έλεγχος 8 εβδομάδες μετεγχειρητικά

Συμπέρασμα

Η πρώιμη ενδοσκοπική επαναπροσέγγιση (light-to-light) αποτελεί ασφαλή και ελάχιστα επεμβατική επιλογή σε επιλεγμένες πλήρεις ρήξεις της βολβομεμβρανώδους συμβολής, περιορίζοντας το ουρηθρικό έλλειμμα. Περίπου το 50% των επακόλουθων ουρηθρικών στενωμάτων μπορούν να αντιμετωπιστούν ενδοσκοπικά.

Βιβλιογραφία: European Association of Urology (EAU) Guidelines on Urological Trauma, 2026.