

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΗΣ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

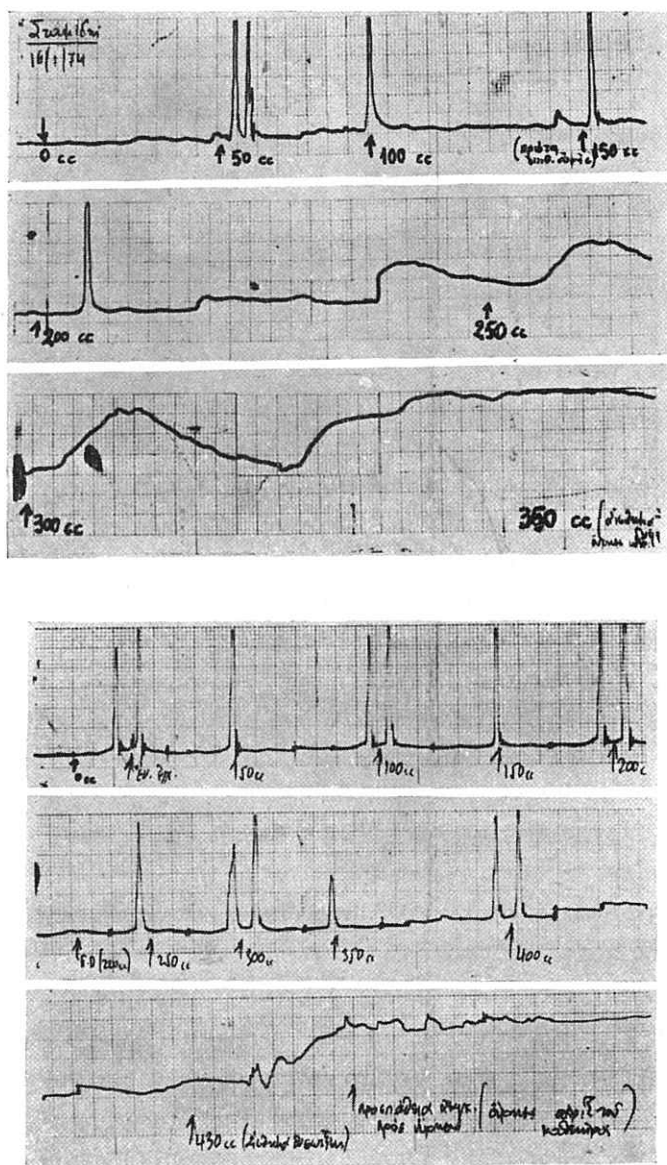
Παρά την ανάπτυξη διαφόρων εναλλακτικών τρόπων θεραπείας για την ανακούφιση από τα συμπτώματα της απόφραξης του κατώτερου ουροποιητικού, φαίνεται ότι η **προστατεκτομή** και κύρια η διουρηθρική, είναι η πλέον αποτελεσματική πρόταση, για την θεραπεία της συμπτωματικής καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνονται υψηλά ποσοστά υποκειμενικής βελτίωσης από τα συμπτώματα, αλλά και αντικειμενικής εκτίμησης της διόρθωσης της απόφραξης, όμως όπως γνωρίζουμε, αυτό συνεπάγεται και κάποια δεδομένη νοσηρότητα, που προκύπτει από την εγχείρηση και από τις επιπλοκές της, τόσο τις άμεσες όσο και τις αψότερες<sup>9,10,11</sup>.

Όπως είναι γνωστό η υπερλειτουργία του εξωστήρα μύ της κύστης και η εξ αυτής προκαλούμενη υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα, που εμφανίζεται στις περιπτώσεις απόφραξης στην ουρήθρα, όπου παρεμποδίζεται η έξοδος των ούρων και αυξάνεται η ουρηθρική αντίσταση, οδηγούν στην αντιρρόπιση της κατάστασης με τη δημιουργία αυξημένων ενδοκυστικών πιέσεων. Την αναλυτική παρουσίαση της παθογένειας της απόφραξης στο κατώτερο Ουροποιητικό και των συμπτωμάτων που προκαλεί, μπορεί ο αναγνώστης να μελετήσει αναλυτικά στα αντίστοιχα Κεφάλαια των βιβλίων της Ουρολογίας του Campbell και της Γενικής Ουρολογίας του Smith<sup>12,13</sup>. Όμως σαν εισαγωγή της ανάπτυξης του αντικειμένου που πραγματεύεται η παρούσα μονογραφία θα αναφερθούν τα σημαντικότερα σημεία της ουρηθρικής απόφραξης, που προκαλείται από την καλοήθη

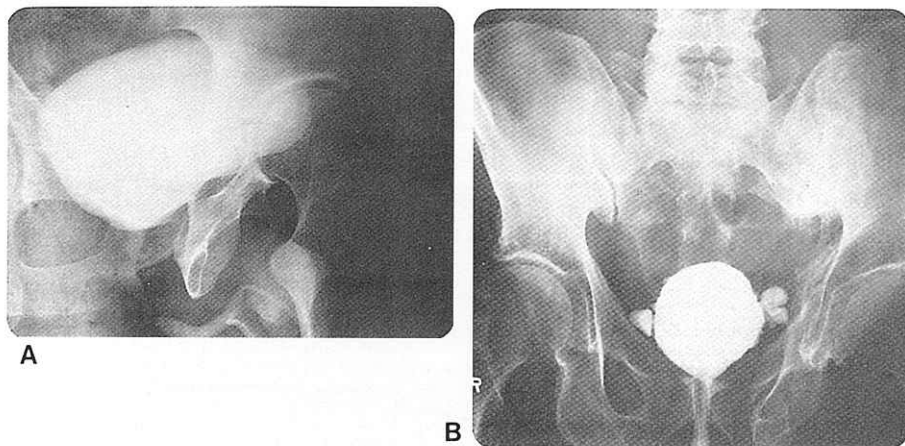
### Παθοφυσιολογία της ουρηθρικής απόφραξης

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη χαρακτηρίζεται από αύξηση του αρχικού όγκου του οργάνου, που οφείλεται στην υπερπλασία τόσο του ινομυώδους στρώματος, όσο και των επιθηλιακών ή αδενικών στοιχείων του<sup>14,15</sup>. Η μεταβολή αυτή προβάλλει σαν εμπόδιο στην έξοδο των ούρων και αυξάνει την ουρηθρική αντίσταση, ενώ η ουροδόχος κύστη αναγκάζεται να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια για να αδειάσει το περιεχόμενό της και υπερλειτουργεί. Η υπερλειτουργία αυτή προκύπτει κυρίως από τις εντονότερες συσπάσεις του μυϊκού χιτώνα της κύστης, του εξωστήρα μύ, που δημιουργεί βέβαια αυξημένες πιέσεις στην κύστη (όπως παρατηρείται με την **κυστεομανομέτρηση**, εικ. 1), οδηγεί όμως βαθμιαία στην υπερτροφία του<sup>16</sup>. Έτσι διατηρείται η φυσιολογική και πλήρης κένωση της κύστης, που γίνεται με κανονικού εύρους και δύναμης ακτίνα των ούρων, όμως επειδή υπάρχει η ευαισθησία του υπερτροφικού μυός σε μικρότερο περιεχόμενο της κύστης, εμφανίζονται η συχνουρία, που είναι ημερήσια και νυκτερινή και η έπειξη για ούρηση, που αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα της απόφραξης στο κατώτερο ουροποιητικό (**πρώτη φάση, της αντιρρόπησης της απόφραξης ή φάση των ερεθιστικών συμπτωμάτων**). Η υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα προκαλεί την χαρακτηριστική δοκίδωση της κύστης, που οφείλεται στην επι μέρους υπερτροφία των μυϊκών δεσμίδων του, που διαπλεκόμενες ακανόνιστα μεταξύ τους, υπεγείρουν τον βλεννογόνο. Η δοκίδωση αυτή είναι εμφανής στην κυστεογραφία, όπου το περίγραμμα της κύστης είναι οδοντωτό και ανώμαλο, σε αντίθεση με το ομαλό περίγραμμα της φυσιολογικής ουροδόχου κύστης (εικ. 2). Επίσης η δοκίδωση γίνεται φανερή και στην κυστεοσκόπηση, όπου φαίνονται οι υπεγέρσεις του βλεννογόνου από τις υπερτροφικές δεσμίδες, σε αντίθεση με την λεία επιφάνεια του εσωτερικού της φυσιολογικής κύστης (εικ. 3).

Η επι μακρό χρονικό διάστημα διατήρηση των αυξημένων από την απόφραξη ουρηθρικών αντιστάσεων, οδηγεί βαθμιαία στην αδυναμία της αντιρρόπησης από τον εξωστήρα μυ, που υφίσταται τις συνέπειες της υπερλειτουργίας και ατονεί, στην αρχή μερικώς και στη συνέχεια πλήρως.

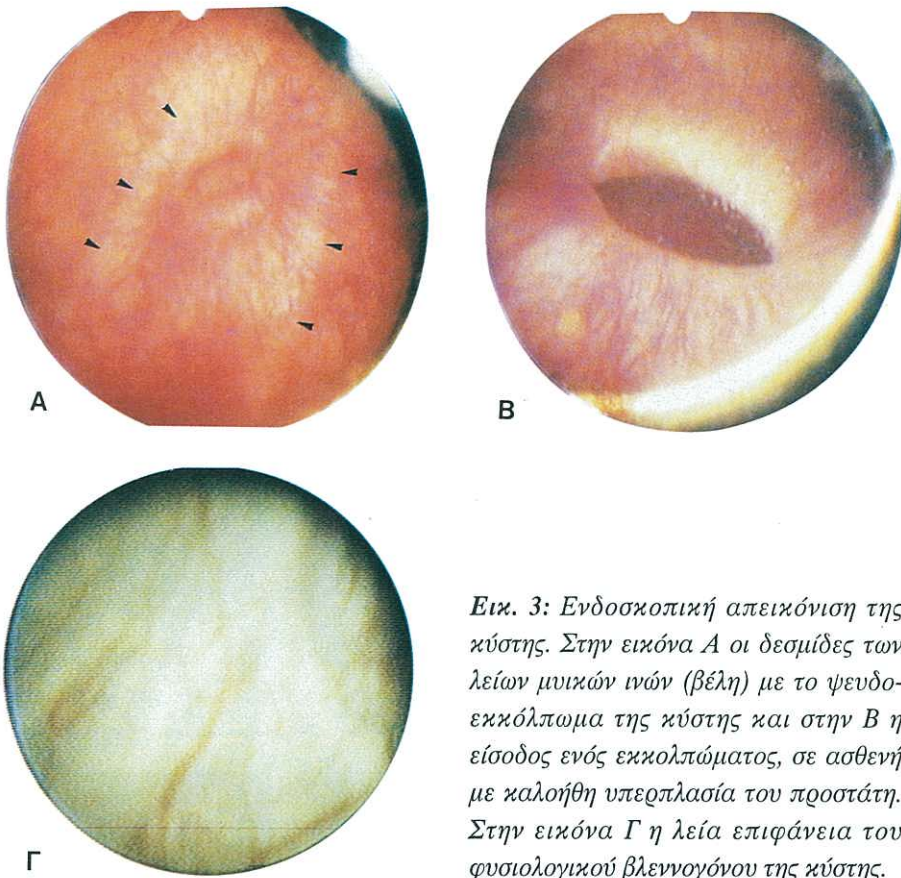


Εικ. 1: Η κυστεομανομετρική καμπύλη ενός ασθενή με καλοήγη υπερωπλασία του προστάτη (άνω). Άνοδος της καμπύλης σε υψηλά επίπεδα σε μικρότερες του φυσιολογικού χωρητικότητες της κύστης. Στην κάτω εικόνα η κυστεομανομετρική καμπύλη του ίδιου ασθενή, μετά την προστατεκτομή. Είναι χαρακτηριστική η επάνοδος, των αναπτυσσομένων κατα την πλήρωση της κύστης πιέσεων, στα φυσιολογικά επίπεδα.



*Εικ. 2: Το φυσιολογικό κυστεόγραμμα, με την ομαλή παρυφή, στην κυστεοουρηθρογραφία ασθενούς με δακτυλιοειδές στένωμα της βολβώδους ουρήθρας (Α). Η ανώμαλη παρυφή στο κυστεόγραμμα ασθενούς με μικρού μεγέθους καλοήγη προστατική υπερπλασία, οφειλόμενη στη δοκίδωση του μυϊκού χιτώνα της κύστης και στην παρουσία μικρών εκκολπωμάτων (Β).*

Εμφανίζονται έτσι διαδοχικά τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη **δεύτερη φάση, της μερικής αντιρρόπισης της απόφραξης**, δηλαδή η δυσουρία, με τις διάφορες μορφές της (καθυστερημένη έναρξη της ούρησης, διακοπτόμενη ή διακεκομμένη και παρατεταμένη ούρηση), η μειωμένη δύναμη ακτίνα ούρησης, η αδυναμία πλήρους κένωσης της κύστης και η παραμονή υπολείμματος ούρων στην κύστη, η εντονότερη συχνουρία και η επιτακτική ούρηση, όπως και πολλές φορές η επίσχεση των ούρων. Η **ουρορροομετρία** μας δίνει μικρότερες του φυσιολογικού τιμές, όπως και χαμηλού ύψους καμπύλη, που μπορεί να είναι παρατεταμένη ή να παρουσιάζει διακυμάνσεις αλλά και διακοπές (εικ. 4). Στη διάρκεια της φάσης αυτής της ουρηθρικής απόφραξης, οπότε μπορεί να προκληθεί η δημιουργία εκκολπωμάτων στην κύστη ή και λιθίασης (εικ. 5), από την κατακρήμνιση των αλάτων στο υπολοιπόμενο μετά από κάθε ούρηση ποσό των ούρων ή και την επισυμβαίνουσα συχνά λοίμωξη, παρεμποδίζεται και η αποχέτευση των ουρητήρων προς την κύστη. Αυτό αποδίδεται τόσο στην αυξημένη αντίσταση που προκαλεί η επίσης αυξημένη στη φάση αυτή ενδοκυστική πίεση, όσο και στην μερική απόφραξη της ενδοτοιχωματικής μοίρας των ουρητήρων, από την επισυμβαίνουσα υπερτροφία του κυστικού τριγώνου. Αποτέλεσμα



*Εικ. 3: Ενδοσκοπική απεικόνιση της κύστης. Στην εικόνα Α οι δεσμίδες των λείων μυικών ινών (βέλη) με το ψευδο-εκκόλπωμα της κύστης και στην Β η είσοδος ενός εκκολπώματος, σε ασθενή με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Στην εικόνα Γ η λεία επιφάνεια του φυσιολογικού βλεννογόνου της κύστης.*

της κατάστασης αυτής είναι η παρατηρούμενη πολλές φορές αμφοτερόπλευρη ουρητηροουδρονέφρωση, που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλεί ατροφία του νεφρικού παρεγχύματος και νεφρική ακόμη ανεπάρκεια (εικ. 6).

Στη διάρκεια της δεύτερης αυτής φάσης ή και στη διάρκεια της **τρίτης φάσης**, που ακολουθεί και χαρακτηρίζεται από την πλήρη αδυναμία λειτουργίας του εξωστήρα μύ και την παθητική πλέον ούρηση (εικ. 7), από την υπερπλήρωση της άτονης κύστης (ακράτεια εξ υπερπληρώσεως), έχει θεραπευτική θέση μόνο η εγχείρηση και υπό ορισμένες προϋποθέσεις ενδείκνυνται και οι εναλλακτικές παρεμβατικές προτάσεις για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, που θα συζητηθούν εκτενέστερα. Όμως θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι, όταν η κατάσταση