

14

Συρίγγια ουροποιητικού-γεννητικού συστήματος

Ι. Σπηλιώτης – Α. Ράπτης

ΚΥΣΤΕΟΚΟΛΠΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

1 ΓΕΝΙΚΑ

Στις αναπτυγμένες χώρες, αυτού του είδους τα συρίγγια, δυστυχώς, αποτελούν στην πλειονότητά τους επιπλοκές γυναικολογικών ή άλλων πυελικών επεμβάσεων, προκαλούν δε σημαντικό πρόβλημα τόσο για την ασθενή όσο και για τον γιατρό.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο τραυματισμός της ουρήθρας κατά τον τοκετό ήταν και παραμένει η κυρία αιτία των συριγγίων αυτών.¹

Μέχρι τον 17^ο αιώνα και πριν τη συνεισφορά χειρουργών όπως ο James Marion Simms και ο Van Roonhuuse, τα συρίγγια αυτά θεωρούντο τη διορθώσιμα και οι πάσχουσες ήταν καταδικασμένες να υποφέρουν από ακράτεια για όλη τους τη ζωή.^{1,2,3}

2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στις βιομηχανικές χώρες, η γυναικολογική χειρουργική είναι η πιο συχνή αιτία κυστεοκολπικών συριγγίων.

Η *υστερεκτομή*, είτε κοιλιακή είτε κολπική, σχετίζεται με το 75% των ουρογεννητικών συριγγίων.^{3,4,5} Τα συρίγγια έπειτα από υστερεκτομή οφείλονται τις περισσότερες φορές σε νέκρωση και διάβρωση του ιστού μετά από ατυχή τοποθέτηση ράμματος μεταξύ του τοιχώ-

ματος του κόλπου και του οπισθίου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως. Μη αναγνωρισμένο χειρουργικό τραύμα κατά τη διάρκεια της υστερεκτομής, μπορεί επίσης να οδηγήσει κατ' αρχήν σε σχηματισμό ενός ουρινώματος, που στη συνέχεια ρήγνυται εντός του κόλπου δημιουργώντας έτσι συρίγγιο.⁶ Χειρουργικό τραύμα (clamp or crush injury) δυνατόν να οδηγήσει σε ιστική νέκρωση ή σε σχηματισμό αιματώματος, με συνέπεια τελικά τη συριγγιοποίηση. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο δημιουργίας συριγγίου κατά την υστερεκτομή είναι οι προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις επί της μήτρας (συμπεριλαμβανομένης και της καισαρικής τομής), η ενδομητρίωση και η ακτινοθεραπεία.

Άλλες αιτίες ουρογεννητικών συριγγίων περιλαμβάνουν χειρουργικές επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο επί του ουροποιογεννητικού ή του γαστρεντερικού συστήματος, τραύμα κατά τον τοκετό, πρόσθια κολπορραφή, κακοήθεια, ακτινοθεραπεία και σπανιότερα λοίμωξη (συμπεριλαμβανομένης και της φυματίωσης).⁷

Από τις προαναφερθείσες αιτίες, η κακοήθεια και η ακτινοβολία, προκαλούν κυστεοκολπικά συρίγγια που δύσκολα αντιμετωπίζονται.

3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι ασθενείς εμφανίζουν *συνεχή εκροή ούρων* από τον κόλπο μετά από γυναικολογική ή άλλη επέμβαση στην ελάσσονα πύελο. Το συρίγγιο μπορεί να γίνει κλινικώς εμφανές στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο αλλά πιο συχνά αυτό εκδηλώνεται, αφού πρώτα έχουν περάσει αρκετές ημέρες ή ακόμη και εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Συνηθέστερα γίνονται εμφανή 7 ως 21 ημέρες μετά την επέμβαση.

Η πιθανότητα δημιουργίας ουρινώματος και του συνεπακόλουθου συριγγίου θα πρέπει να διερευνάται σε ασθενείς που παρουσιάζουν επιπλοκές μετά υστερεκτομή, όπως παραλυτικός ειλεός, παρατεταμένος μετεγχειρητικός πόνος ή αιματουρία.⁶

Σε ασθενείς με μεγάλο μεγέθους κυστεοκολπικά συρίγγια, όλη σχεδόν η ποσότητα των ούρων ρέει διά του συριγγίου δημιουργώντας ένα φαινόμενο καθολικής ακράτειας. Στον αντίποδα υπάρχουν ασθενείς με μικρού μεγέθους συρίγγια που εμφανίζουν μικρή απώλεια ούρων σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό πρότυπο ούρησης. Ανάλογα με τη θέση της ασθενούς (ύπτια, καθιστή, όρθια) δυνατόν να μεταβάλλεται ο βαθμός έκφρασης των συμπτωμάτων. Σε ασθενείς με πυελική κακοήθεια που αναπτύσσεται ξαφνικά αυξημένης ποσότητας κολπικό έκκριμα, ανεξάρτητα αν έχουν ακτινοβοληθεί ή όχι, πρέπει να τίθεται σοβαρά ή υποψία κυστεοκολπικού συριγγίου. Τέλος κυστεοκολπικά συρίγγια μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και είκοσι χρόνια μετά από ακτινοθεραπεία της ελάσσονος πύελου. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο η ισχαιμία των ιστών που προκαλείται από την ακτινική ενδαρτηρίτιδα.

4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της απώλειας ούρων εκ του κόλπου περιλαμβάνει την *ακράτεια ού-*

ρων, ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας της ουροδόχου κύστεως ή της ουρήθρας (θα μπορούσαμε να την αποκαλέσουμε *ουρηθρική ακράτεια*), από την ουρητηρική εκτοπία, το ουρητηροκολπικό συρίγγιο και το κυστεομητρικό συρίγγιο (*εξουρηθρική ακράτεια*). Εκσεσημασμένη παροχέτευση υδαρούς υγρού από τον κόλπο σε ασθενή που έχει υποβληθεί σε πυελική χειρουργική επέμβαση δεν είναι κατ' ανάγκην ούρα, αλλά πιθανά να πρόκειται για *εκροή περιτοναϊκού υγρού*.⁸ *Κολπική λοίμωξη ή πυελικό απόστημα* παροχετευθέν διά του κόλπου μπορεί να συγχυθούν με ουρογεννητικό συρίγγιο.

Όταν υπάρχει υποψία ύπαρξης κυστεοκολπικού συριγγίου θα πρέπει να γίνει μια λεπτομερής *κολπική εξέταση* και σε περίπτωση που το συρίγγιο δεν είναι προφανές κατά την εξέταση, θα πρέπει να γίνουν μερικοί διαγνωστικοί χειρισμοί που θα επιβεβαιώσουν την ύπαρξη του και θα βοηθήσουν στην εντόπισή του. Στην κολπική εξέταση μπορεί να παρατηρήσει κανείς ερυθρότητα, ευαισθησία και εξέλκωση στην περιοχή του συριγγίου. Δυσάρεστη οσμή μπορεί επίσης να υπάρχει.

Μερικές φορές η *δοκιμασία χορήγησης Pyridium* από του στόματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει την ύπαρξη ούρων στον κόλπο. Ένα κολπικό ταμπόν που βάφεται πορτοκαλόχρουν αρκετές ώρες μετά την από του στόματος χορήγηση Pyridium τεκμηριώνει την ύπαρξη του συριγγίου, αλλά αδυνατεί να υποδείξει τη θέση του. Η δοκιμασία χορήγησης πυριδινίου από του στόματος είναι θετική και για κυστεοκολπικά και για ουρητηροκολπικά συρίγγια.

Όταν η εντόπιση είναι δύσκολη, η κολπική εξέταση με ταυτόχρονη πλήρωση διά μέσου ενός καθετήρα της *ουροδόχου κύστεως με κεχρωσμένο υγρό* (πχ κυανού του μεθυλενίου ή ινδικής καρμίνης) δυνατό να διευκολύνει την εντόπιση του συριγγίου. Μερικές φορές είναι σκόπιμο για την ανάδειξη μικρού μεγέθους συριγγίων να τοποθετήσουμε 2 ως 3 κολπικά τα-

μπόν από γάζα εντός του κόλπου και να προτρέψουμε την ασθενή να περπατήσει για 15 ως 20 λεπτά. Στη συνέχεια αφαιρούμε τις γάζες, τις επιθεωρούμε και επανεξετάζουμε την ασθενή. Αν τελικώς υπάρχει εκροή υγρού που δεν είναι βαμμένο, τότε θα πρέπει να πιθανολογήσουμε την ύπαρξη ουρητηροκολπικού αντί κυστεοκολπικού συριγγίου.

Οι Kelly και Robertson^{9,10} περιέγραψαν και το εξής ευρηματικό τεστ για την ανάδειξη κυστεοκολπικών συριγγίων με τη βοήθεια του αέρας. Μετά την τοποθέτηση της ασθενούς σε γονατοαγκωνιαία θέση, η ουροδόχος κύστη πληρούται με αέρα μέσα από ένα καθετήρα Folley. Στη συνέχεια ο κόλπος πληρώνεται με νερό και επιθεωρείται ο κόλπος για τυχόν εμφάνιση φυσαλίδων.

Η *κυστεοσκόπηση* βοηθά στην επιβεβαίωση και στην εντόπιση κυστεοκολπικών συριγγίων. Η βιοψία από τα χείλη ενός συριγγίου σε ασθενή με ιστορικό κακοήθειας, είναι απαραίτητη για τον καθορισμό των θεραπευτικών χειρισμών.

Η *κυστεογραφία* και η *κυστεοουρηthroγραφία* κατά την ούρηση είναι χρήσιμες όχι μόνο για τη διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συριγγίου αλλά και για την αποκάλυψη συμπαρομαρτούντων ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος.

Κολπογραφία μπορεί να εκτελεστεί έγχυση σκιαγραφικής ουσίας στον κόλπο διά μέσου ενός καθετήρα Folley, του οποίου το μπαλόνι έχει διαταθεί τόσο ώστε να αποφράσσει επαρκώς την είσοδο του κόλπου.

Η *ενδοφλέβιος πυελογραφία* εκτελείται για να ελεγχθούν οι ανώτερες αποχετευτικές οδοί. Ουρητηροκολπικά συρίγγια συνυπάρχουν με κυστεοκολπικά σε ποσοστό που υπερβαίνει το 10%⁵. Ακτινολογικές ενδείξεις μερικής ή πλήρους ουρητηρικής απόφραξης μπορεί να εισηγούνται την παρουσία ουρητηροκολπικού συριγγίου. Ωστόσο στις περιπτώσεις αυτές, η διάταση του ουρητήρα δεν είναι κατ' ανάγκη απότοκος ουρητηροκολπικού συριγγίου. Όταν

η ενδοφλέβιος πυελογραφία είναι δυσερμηνευτος περί της υπάρξεως ή μη ουρητηροκολπικού συριγγίου, πρέπει να εκτελείται *ανιούσα πυελογραφία*.

Η *ουροδυναμική μελέτη* δεν σχετίζεται άμεσα με τη διάγνωση και την εντόπιση του συριγγίου, αλλά ως εξέταση συμβάλλει στον καθορισμό των παραμέτρων που η γνώση τους είναι απαραίτητη για το σωστό σχεδιασμό της χειρουργικής και συντηρητικής θεραπείας. Οι πρακτικές δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν κατά την εξέταση ένεκα της διαφυγής ούρων διά του συριγγώδους πόρου αντιμετωπίζονται αν καθετηριάσουμε το συρίγγιο με ένα καθετήρα Folley, με τρόπο ώστε το μπαλόνι του καθετήρα να αποφράσσει το συρίγγιο. Τον ίδιο καθετήρα μπορούμε να τον χρησιμοποιήσουμε για την πλήρωση της κύστεως κατά την κυστεοτονομέτρηση. Αφού προσδιορίσουμε τα ανατομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κυστικού τοιχώματος, του σφιγκτηριακού μηχανισμού και της ουρήθρας, μπορούμε να σχεδιάσουμε ένα πληρέστερο πλάνο αντιμετώπισης (πιθανά να απαιτείται κυστεοανάρτηση, κυστεοπλαστική χορήγηση αντιχολινεργικών κ.ά.).

5 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης μπορεί να επιχειρηθεί μια προσπάθεια συντηρητικής αντιμετώπισης με τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα κύστεως και κατάλληλη θεραπεία κάθε λοίμωξης. Αν και τα ποσοστά επιτυχίας μιας βραχύχρονης συντηρητικής αντιμετώπισης δεν έχουν σαφώς καθοριστεί, ωστόσο ένα μικρό ποσοστό ασθενών, κυρίως αυτών με μικρά συρίγγια δυνατόν να θεραπευτούν με την παροχέτευση των ούρων διά του καθετήρα και μόνο. *Αυτόματη σύγκλιση* συριγγίων μετά τοποθέτηση καθετήρα κύστεως αναφέρεται από τον Tancer³ σε ποσοστό 2%.

Επίσης η διακολπική και η διακυστική ηλεκτοκαυτηρίαση του βλεννογόνου του συριγγίου έχει προταθεί ως ελάχιστη θεραπεία για μι-

κρά κυστεοκολπικά συρίγγια.^{11,12} Κατά ορισμένους συγγραφείς η ηλεκτροκαυτηρίαση και η τοποθέτηση καθετήρας για 2 εβδομάδες θεραπεύει το 73% των συριγγίων που έχουν μέγεθος από 1 έως 3 χιλιοστά. Ιδιαίτερες προφυλάξεις, όπως χαμηλής εντάσεως ρεύμα και λεπτά ηλεκτρόδια, πρέπει να ληφθούν όταν εφαρμόζεται η παραπάνω μέθοδος για να μην αυξηθεί τελικά το μέγεθος του συριγγίου.

Οι Hedelin και συνεργάτες του περιέγραψαν μία τεχνική απόφραξης του συριγγίου χρησιμοποιώντας ινική και ανέφεραν κάποια επιτυχή αποτελέσματα.¹³

6 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Γενικές αρχές

Κατά γενική ομολογία οι περισσότεροι χειρουργοί θα επιχειρήσουν σύγκλιση του συριγγίου μετά από ένα χρονικό διάστημα αναμονής 3 έως 6 μηνών, χρόνος που θεωρείται αναγκαίος για να υφείη η όποια μετεγχειρητική φλεγμονή υφίσταται στην περιοχή του συριγγίου.¹⁴ Σε αυτό το χρονικό διάστημα θα πρέπει να καθοριστούν και να βελτιωθούν κατά το δυνατό παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχή έκβαση της διορθωτικής επέμβασης (καθορισμός αιτιολογίας, βιοψία συριγγώδους πόρου, ιστορικό ακτινοβολίας, έλλειμμα ιστού, ύπαρξη κρημνού, καθορισμός χειρουργικού πλάνου, εμπειρία χειρουργού κ.λπ.). Υπάρχει κοινή αντίληψη ότι η πρώτη προσπάθεια συγκλήσεως του συριγγίου συγκεντρώνει τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας, γι' αυτό και ο σχεδιασμός και η εκτέλεση των θεραπευτικών χειρισμών θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιμελής.

Υπάρχουν βέβαια συγγραφείς που στηρίζουν την άποψη μιας άμεσης χειρουργικής σύγκλισης ενός πρόσφατα εγκυστετημένο συριγγίου^{15,16,17,18} κάνοντας ιδιαίτερη μνεία στην ψυχολογική επιβάρυνση των κατά τα άλλα υγιών και δραστήριων γυναικών που υποφέρουν από τις δυσμενείς εκδηλώσεις των κυστεοκολπικών συριγγίων.

6.2 Προεγχειρητική Φροντίδα

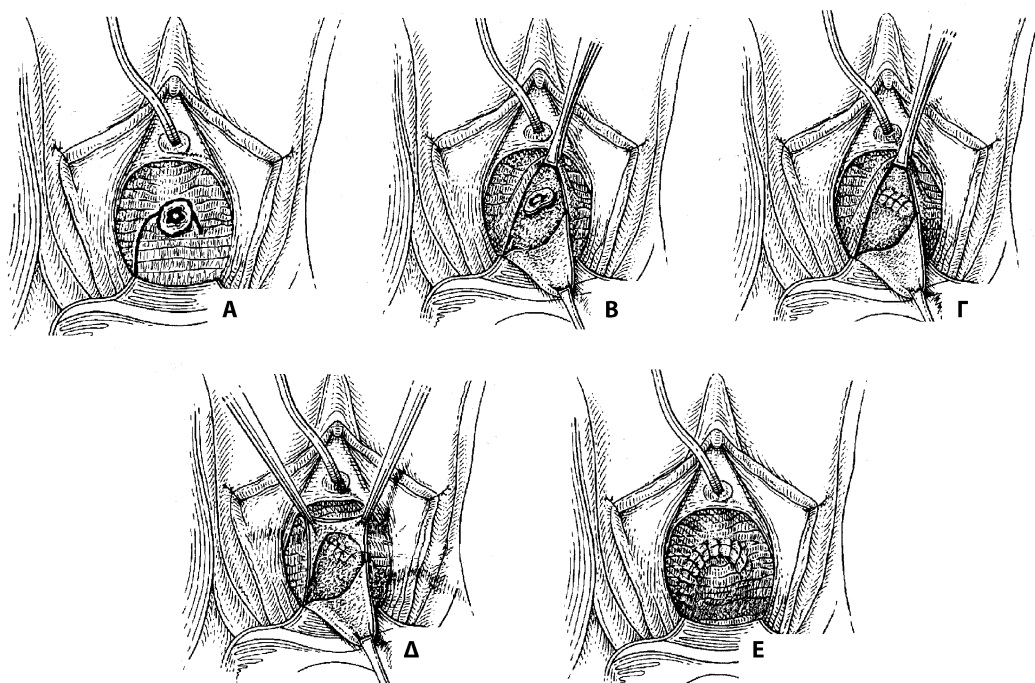
Η προεγχειρητική χορήγηση οιστρογόνων φαίνεται ότι βελτιώνει την αγγείωση και γενικώς την ποιότητα του ιστού του κοιλιακού τοιχώματος, πράγμα σημαντικό για την επιτυχία της έκβασης μιας λεπτής διορθωτικής επέμβασης στην περιοχή.^{19,20,21} Προεγχειρητικές κοιλικές πλύσεις με αντισηπτική ουσία, καθώς και ενημέρωση τους ασθενούς για το είδος και τη φύση τις επέμβασης καθώς και τις πιθανές επιπλοκές, συμπληρώνουν το πάνελ της προεγχειρητικής διαδικασίας.

6.3 Είδη χειρουργικών επεμβάσεων

Έχουν περιγραφεί τριών ειδών χειρουργικές προσπελάσεις στη διόρθωση των κυστεοκολπικών συριγγίων, η κοιλιακή, η κοιλική και η συνδυασμένη κοιλιακή-κοιλική. Το είδος της προσπέλασης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται σε κάποιο βαθμό και με την εμπειρία και την εκπαίδευση του χειρουργού. Σε γενικές γραμμές η κοιλική προσπέλαση έχει το πλεονέκτημα της περιορισμένης μετεγχειρητικής νοσηρότητας και του ταχύτερου χρόνου ανάρρωσης. Από την άλλη πλευρά η κοιλιακή προσπέλαση έχει το πλεονέκτημα ταυτόχρονων χειρουργικών χειρισμών που μερικές φορές είναι αναγκαίοι, όπως είναι η επανεμφύτευση των ουρητήρων και η αυξητική κυστεοπλαστική. Σε μερικούς ασθενείς η περιορισμένη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστεως είναι απότοκος χρόνιας λοίμωξης, φλεγμονής ή ακτινοβολίας. Η κοιλιακή προσπέλαση μπορεί να γίνει από χειρουργό που δεν έχει ιδιαίτερη εξοικείωση με κοιλικές προσεγγίσεις και επίσης είναι προτιμητέα όταν το συρίγγιο δεν είναι επαρκώς προσπελάσιμο κοιλικά. Ανεξάρτητα με το είδος της προσπέλασης η παρεμβολή μοσχευμάτων με αυτόνομη αγγείωση είναι εφικτή και στα δύο είδη προσπελάσεων.

α) Κοιλική προσπέλαση

Οι βασικές χειρουργικές αρχές στις οποίες ομονοούν οι περισσότεροι χειρουργοί που



Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση σύγκλεισης κυστεοκολπικού συριγγίου με κολπική προσπέλαση

προτιμούν αυτή την προσπέλαση είναι τρεις:

- α) δημιουργία κρημνού προερχόμενου από το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα
- β) πολυστρωματική άνευ τάσεως σύγκλειση του συριγγώδους πόρου και
- γ) κατάλληλη παρεμβολή μοςχεύματος με αυτόνομη αγγείωση.

Υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις όσον αφορά τις επιμέρους τεχνικές της επέμβασης. Η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και καθετηριάζεται η ουροδόχος κύστη με διουρηθρικό και με υπερηβικό καθετήρα. Εντοπίζεται ο συριγγώδης πόρος και καθετηριάζεται με λεπτό καθετήρα Foley. Όταν ο συριγγώδης πόρος βρίσκεται πολύ κοντά στα ουρητηρικά στόμια, απαιτείται κυστεοσκόπηση και καθετηριασμός των ουρητήρων προς αποφυγή τραυματισμού τους.

Εκτελείται τομή σχήματος U επί του κολπικού τοιχώματος που διέρχεται παραπλευρώς του συριγγώδους πόρου και παρασκευάζεται

εξ αυτής κρημνός. Στη συνέχεια περιτέμνεται ο βλεννογόνος του συριγγώδους στομίου χωρίς απαραίτητα να εκταμεί ο συριγγώδης πόρος και συγκλείεται στο στόμιο του συριγγίου με ράμμα πολυγλυκολικού αξέος 3-0 και κατά την εγκάρσια και κατά την κατακόρυφη έννοια, δηλαδή σε δύο στρώματα (Εικ. 1). Ελέγχεται η στεγανότητα της σύγκλεισης. Σε αυτό το στάδιο δυνατόν να παρεμβληθεί μοςχευμα από λιπώδη ιστό που λαμβάνεται το υποδόριο λίπος που υπάρχει κάτωθεν του μεγάλου χείλους του αιδoίου. Το μοςχευμα αυτό παρασκευάζεται και μεταφέρεται υποδορίως μαζί με την αγγείωσή του, σύμφωνα με την τεχνική (Martius). Τέλος συγκλείεται και ο κρημνός εκ του κολπικού τοιχώματος με απορροφήσιμα ράμματα και τοποθετείται εντός του κόλπου τολύπιο γάζας εμποτισμένο με αντιμικροβιακή ουσία.

Η κολπική προσπέλαση μπορεί να εφαρμοστεί στη μεγαλύτερη πλειοψηφία ασθενών με κυστεοκολπικό συριγγίο.

β) Κοιλιακή προσπέλαση

Η κοιλιακή προσπέλαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους τύπους των συριγγίων αυτών. Η προσπέλαση δυνατόν να είναι εξωπεριτοναϊκή ή ενδοπεριτοναϊκή.

Ουσιαστικά στην τεχνική αυτή διατέμενεται το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως έως το σημείο που υπάρχει το συρίγγιο. Η ουροδόχος κύστη παρασκευάζεται και κινητοποιείται το οπίσθιο τοίχωμά της, ώστε να διαχωριστεί από τον κόλπο. Το συρίγγιο εκτέμενεται πλήρως και τόσο ο κόλπος όσα και η ουροδόχος κύστη συγκλείονται ξεχωριστά κατά στρώματα. Η ενδοπεριτοναϊκή προσπέλαση επιτρέπει επίσης τη χρησιμοποίηση μισχωτού μοσχεύματος προερχόμενου από κινητοποίηση του μείζονος επίπλου με διατήρηση της αγγειώσής του, που παρεμβάλλεται μεταξύ κόλπου και ουροδόχου κύστεως. Εναλλακτικά μπορεί να παρεμβληθεί περιτόναιο είτε υπό μορφή κρημνού είτε ως ελεύθερο μόσχευμα.

Όλα τα κυστεοκολπικά συρίγγια δεν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν συρίγγια που αντιμετωπίζονται δύσκολα και απαιτούν από το χειρουργό να επιστρατεύσει τεχνικές με σύγχρονη κολπική και κοιλιακή προσπέλαση. Συρίγγια που παρουσιάζουν δυσκολία στην αντιμετώπιση είναι αυτά που έχουν μεγάλη διάμετρο, πάνω από 5 εκατοστά και είναι συνήθως αποτέλεσμα μαιευτικών επιπλοκών. Πολλαπλά υποτροπιάζοντα κυστεοκολπικά συρίγγια καθώς και αυτά που αναπτύσσονται επάνω σε ακτινοβολημένη περιοχή παρουσιάζουν επίσης ιδιαίτερες δυσκολίες. Σε μερικά από τα παραπάνω συρίγγια μπορεί να συνυπάρχει καταστροφή του τριγώνου, του αυχένα της ουροδόχου κύστεως και της ουρήθρας. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται ανακατασκευή ιστικών δομών με τη βοήθεια μυϊκών, μυοδερματικών και σπλαχνικών μοσχευμάτων από το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως ή του εντέρου.

6.4 Μετεγχειρητική φροντίδα

Ανεξαρτήτως προσπέλασης, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε ορισμένους τομείς που αφορούν τη μετεγχειρητική φροντίδα. Επαρκής μετεγχειρητική παροχέτευση της κύστεως εξασφαλίζεται με δύο καθετήρες, έναν διουρηθρικό και έναν υπερηβικό. Προκειμένου να ελαττωθεί η υπερσυστολικότητα του εξωστήρος μυός της κύστεως χορηγούνται από του στόματος αντιχολινεργικά. Αντιβιοτικά από του στόματος επίσης χορηγούνται για όσο χρονικό διάστημα υπάρχουν οι καθετήρες εντός της κύστεως. Αναλγητικά επίσης μπορεί να χορηγηθούν μετεγχειρητικά και η ασθενής παροτρύνεται να κινητοποιηθεί από την κλίνη της από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική ημέρα. Μετά πάροδο 10-14 ημερών από την ημέρα του χειρουργείου εκτελείται κυστεογραφία ούρησης, με σκοπό να επιβεβαιωθεί η σύγκλιση του συριγγίου. Τα αντιχολινεργικά θα πρέπει να διακόπτονται ένα 24ωρο προ της κυστεογραφίας προκειμένου να μην δυσχεράνουν την εξέταση. Μετά την επιβεβαίωση της ακεραιότητας της σύγκλισης και της αποκατάστασης της ικανότητας ούρησης με μικρό υπόλειμμα ούρων, οι καθετήρες αφαιρούνται. Από του στόματος τα οιστρογόνα εξακολουθούν να χορηγούνται στις μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες για 2 τουλάχιστον μήνες προκειμένου να διευκολύνουν τη διαδικασία επώλωσης. Οι ασθενείς επίσης θα πρέπει να απέχουν από σεξουαλική δραστηριότητα για χρονικό διάστημα 2 μηνών.

6.5 Επιπλοκές

Επιπλοκές που σχετίζονται με την ιδιαίτερα των παραπάνω επεμβάσεων περιλαμβάνουν την υποτροπή του συριγγίου, το ουρητηρικό τραύμα τη στένωση του κόλπου με τη συνακόλουθη δυσπαρεύνια. Εμφάνιση νέων ή υποτροπή παλαιών συριγγίων κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αντιμετωπίζονται συντηρητικά με παροχέτευση των ούρων και παρakoλούθηση. Εάν το συρίγγιο επιμένει, δεύ-

τερη επιδιόρθωση μπορεί να επιχειρηθεί μετά παρέλευση χρονικού διαστήματος ικανού να υποχωρήσει η μετεγχειρητική φλεγμονή. Μια κολπική προσέγγιση μπορεί να επαναληφθεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων.²¹ Σημαντική ουρητηρική απόφραξη είναι μια σπάνια επιπλοκή των επεμβάσεων αυτών και αντιμετωπίζεται με τις συνήθεις ενδοσκοπικές, διαδερμικές ή ανοιχτές επέμβασης τεχνικές.

7 ΟΥΡΗΘΡΟΚΟΛΠΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

7.1 Γενικά

Τα ουρηθροκολπικά συρίγγια περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ανατομικών ελλειμμάτων, ποικίλου μεγέθους και σοβαρότητας, που οδηγούν στην επικοινωνία της ουρήθρας με τον κόλπο. Στη μία πλευρά του ευρέως αυτού φάσματος δυνατόν να υπάρχει μια πολύ μικρή επικοινωνία που προκαλεί κολπική ούρηση κατά τη φάση κένωσης της κύστεως. Γενικά τα ουρηθροκολπικά συρίγγια που είναι μικρού μεγέθους και εντοπίζονται στο περιφερικό τριτημόριο της ουρήθρας σπάνια χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση. Στον αντίποδα δυνατόν να υπάρχει μια σχεδόν ολοκληρωτική απώλεια της ουρήθρας και του κυστικού αυχένος που προκαλεί καθολική ακράτεια ούρων και της οποίας η χειρουργική διόρθωση απαιτεί πολυσύνθετη χειρουργική αποκατάσταση.

7.2 Αιτιολογία

Τα ουρηθροκολπικά συρίγγια είναι στην πλειονότητά τους *ιατρογενούς προελεύσεως*, ως επιπλοκή γυναικολογικών και ουρολογικών επεμβάσεων. Η πρόσθια κολπορραφή και η εκτομή ουρηθρικού εκκολπώματος ενοχοποιούνται κατά κύριο λόγο.²² Σε αντίθεση με τα ανεπτυγμένα κράτη, στα αναπτυσσόμενα, τα *μαιευτικό τραύμα* εξακολουθεί να είναι η κύρια αιτία των ουρηθροκολπικών συριγγίων.^{23,24}

Άλλες oligότερο συχνές αιτίες περιλαμβάνουν το περιουρηθρικό απόστημα, την ακτι-

νοθεραπεία στην ελάσσονα πύελο και τα πυελικά κατάγματα.

7.3 Προεγχειρητική αξιολόγηση

Σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν καθολική ακράτεια, θα πρέπει να διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της ακράτειας (από έπειξη, από υπερένταση κ.λπ.). Ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων επί της ελάσσονος πυέλου και του κόλπου αυξάνει την πιθανότητα ύπαρξης ουλοποίησης και ανεπάρκειας του σφιγκτριακού μηχανισμού.

Η *φυσική εξέταση* είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του ανατομικού ελλείμματος της ουρήθρας, καθώς και της ποιότητας και της στηρικτικής ικανότητας των γύρω ιστών και του κόλπου. Σε περίπτωση που συνυπάρχει ατροφική κολπίτις, θα πρέπει να χορηγηθούν οιστρογόνα πριν τη χειρουργική αποκατάσταση.

Η έγχυση χρωστικής ουσίας όπως κυανού του μεθυλενίου διά μέσου ενός λεπτού καθετήρα Folley διευκολύνει τη διάγνωση και την εντόπιση όχι μόνο των ουρηθροκολπικών αλλά και των κυστεοκολπικών συριγγίων.

Η *ουρηθροκυστεσκόπηση* είναι απαραίτητη όχι μόνο για την επιβεβαίωση και ακριβή εντόπιση του συριγγίου αλλά και για την εκτίμηση τυχόν συμμετοχής του κυστικού αυχένα και του τριγώνου της κύστεως. Εάν κάτι τέτοιο διαπιστωθεί, τότε θα πρέπει να ελεγχθεί ολόκληρο το ανώτερο ουροποιητικό με *υπερηχογράφημα* και *ενδοφλέβιο πυελογραφία*. Η *κυστεοουρηθρογραφία* κατά την ούρηση θα πρέπει να γίνεται υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο σε όρθια θέση. Στην εξέταση αυτή θα πρέπει να αναζητηθεί τυχόν συνύπαρξη κυστεοκολπικού συριγγίου και να αξιολογηθεί η κινητικότητα του αυχένα και της ουρήθρας κατά τη φάση της ούρησης. *Ουροδυναμική* μελέτη μπορεί να γίνει κατά περίπτωση, όταν απαιτείται περαιτέρω διευκρίνιση των λειτουργικών χαρακτηριστικών της ουροδόχου κύστεως και του σφιγκτριακού μηχανισμού.

7.4 Χειρουργική αντιμετώπιση

Σχεδόν στο σύνολό τους τα συρίγγια αυτά αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα χειρουργικών επεμβάσεων ανάλογα με τη σοβαρότητα και τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης. Εξαιρέση αποτελούν τα πολύ μικρά περιφερικά συρίγγια που μπορεί να μην απαιτούν αντιμετώπιση. Υπάρχει πιθανότητα αυτόματης σύγκλεισης των μικρών αυτών συριγγίων όταν τοποθετηθεί καθετήρας Folley για αρκετές εβδομάδες.¹⁶

Τα μικρού και μετρίου μεγέθους ουρηθροκολπικά συρίγγια μπορεί να αντιμετωπισθούν με κολπική προσπέλαση και με χειρουργική τεχνική σύγκλεισης πανομοιότυπη με αυτή που περιγράψαμε στα κυστεοκολπικά συρίγγια.^{25,26} Η επέμβαση αυτή μπορεί να συνδυαστεί και με τεχνική ανάρτησης του κυστικού αυχένα, αν από την προεγχειρητική αξιολόγηση έχει διαπιστωθεί ακράτεια από υπερένταση (stress incontinence).

Όταν υπάρχουν μεγάλα ελλείμματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν σύνθετες τεχνικές με ανακατασκευή της ουρήθρας, συνήθως με χρήση κρημνών από ουροδόχο κύστη ή από κόλπο.^{22,27,28,29} Η προσπέλαση μπορεί να είναι κοιλιακή ή κολπική και η συνδυασμένη κοιλιακή-κολπική. Οι πλαστικές αυτές επεμβάσεις πρέπει να συνδυάζονται με τεχνικές αποκατάστασης εγκράτειας, ειδάλλως το πρόβλημα της ακράτειας τείνει να υφίσταται και μετά τη σύγκλειση του ελλείμματος.

Η ενδεδειγμένη προεγχειρητική αξιολόγηση των ανατομικών και ουροδυναμικών παραμέτρων της εγκράτειας είναι απαραίτητη και αναγκαία για τον σχεδιασμό και την επιτυχή έκβαση της επέμβασης. Όταν υπάρχει μεγάλο ανατομικό έλλειμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί κρημνός από το κολπικό τοίχωμα προκειμένου να δημιουργηθεί μια νέο-ουρήθρα. Σε αυτό το στάδιο δυνατόν να παρεμβληθεί μόσχευμα από λιπώδη ιστό που λαμβάνεται από το υποδόριο λίπος που υπάρχει κάτωθεν του μεγάλου

χειλούς του αιδοίου. Το μόσχευμα αυτό παρασκευάζεται και μεταφέρεται υποδορίως μαζί με την αγγείωσή του σύμφωνα με την τεχνική Martius.^{22,25,30,31}

7.5 Μετεγχειρητική φροντίδα – Επιπλοκές

Η μετεγχειρητική φροντίδα είναι παρόμοια με αυτή των κυστεοκολπικών συριγγίων και περιλαμβάνει τη φορήγηση αντιβιοτικών και αντιχοληνεργικών, καθώς και την αξιολόγηση του εγχειρητικού αποτελέσματος με κυστεοουρηθρογραφία κατά την ούρηση, που γίνεται περίπου τη δέκτη μετεγχειρητική μέρα.

Σε περίπτωση που παρατηρηθεί διαφυγή σκιαγραφικής ουσίας, δεν επανατοποθετείται ο ουρηθρικός καθετήρας Folley αλλά ο ασθενείς παραμένει με την παροχέτευση του υπερηβικού καθετήρα για άλλες δύο εβδομάδες, οπότε και η εξέταση επαναλαμβάνεται. Αν τελικώς το συρίγγιο υποτροπιάσει ή εξακολουθεί να υφίσταται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, ο ασθενείς θα πρέπει να παραμείνει με τον υπερηβικό καθετήρα κύστεως για δύο έως τρεις τουλάχιστον μήνες πριν επιχειρηθεί μια νέα χειρουργική επέμβαση.

Σε περίπτωση που παρατηρηθεί σημαντικό υπόλειμμα ούρων ή επίσχεση ούρων μετά την επέμβαση, τότε εκτελείται περιοδική κένωση της κύστεως με τη βοήθεια του υπερηβικού καθετήρα. Διαλείποντες καθετηριασμοί διά μέσου της ουρήθρας πρέπει να αποφεύγονται στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μέχρι πλήρους επούλωσης του μετεγχειρητικού τραύματος. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενούς ανακτούν την ικανότητα τους να ουρούν δίχως σημαντικό υπόλειμμα μέσα σε λίγες εβδομάδες από την επέμβαση.

Σε περίπτωση που παρατηρηθεί ακράτεια ούρων μετά την επέμβαση θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις, προκειμένου να διεκρινιστεί αν αυτή οφείλεται σε εμμονή του συριγγίου ή αν είναι αποτέλεσμα διαταραχής της ούρησης.

8 ΚΥΣΤΕΟΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Τα πιο πολλά κυστεοεντερικά συρίγγια είναι επακόλουθο φλεγμονωδών και νεο-πλασματικών νόσων του εντέρου και σπανιότερα καρκινώματος της ουροδόχου κύστεως, τραυματισμού και ακτινοβολίας. Αναλυτικότερα τα αίτια των συριγγίων αυτών δύναται να ταξινομηθούν ως εξής:

Φλεγμονώδη

- Εκκολπωματίτις
- Νόσος του Crohn
- Ελκώδης κολίτις
- Σκωληκοειδικό ή πυελικό απόστημα
- Φυματίωση
- Ακτινομύκωση

Νεοπλασματικά

- Καρκίνωμα του σιγμοειδούς και του ορθού
- Λεμφώματα
- Καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας

Τραυματικά

- Τραύμα από πυροβόλο όπλο
- Διατιτρώσεις κακώσεις
- Πυελικό κατάγματα

Ιατρογενή

- Διουρηθηρική ή ανοιχτή προστατεκτομή
- Χειρουργικές επεμβάσεις

Ακτινικής προέλευσης

8.1 Αιτιοπαθογένεια

Σε αναδρομικές μελέτες ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου διαπιστώνεται ύπαρξη κυστεοεντερικών συριγγίων σε ποσοστό 3,5% (1%-8,3%).^{32,33,34,35} Ειδικότερα όμως για ασθενείς με νόσο του Crohn ποσοστό των ειλεοκυστικών συριγγίων μπορεί να φτάνει το 15%.³⁵

Η εκκολπωματίτις θεωρείται ως η *πιο συχνή αιτία* κυστεοεντερικών συριγγίων με συχνότητα που κυμαίνεται από 36% έως και 85% σε ορισμένες σειρές (κατά μέσο όρο 50%). Η εκκολπωματίτις είναι 1,5 έως 3 φορές πιο συχνή στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες, ενόσω τα κυστεοεντερικά συρίγγια οφειλόμενα σε εκ-

κολπωματίτιδα είναι 2,4 έως 5 φορές πιο συχνά άνδρες από ότι στις γυναίκες, πράγμα που υποδηλοί ότι ανατομικοί φραγμοί όπως η μήτρα πιθανότητα παίζουν ένα πόλο προφυλακτικό στη συριγγιοποίηση κύστεως-εντέρου.

Η *δεύτερη πιο συχνή αιτία* κυστεοεντερικών συριγγίων μετά την εκκολπωματίτιδα είναι το αδενοκαρκίνωμα του ορθού σε ποσοστό 105 ως 16%. Άλλες πυελικές νεοπλασματικές νόσοι όπως καρκίνωμα της κύστεως και του τραχήλου είναι ολιγότερο συχνές αιτίες και ευθύνονται για το 5% ως 10% των κυστεοεντερικών συριγγίων.^{36,37}

8.2 Κλινικές εκδηλώσεις

Παρά το γεγονός ότι τα πιο πολλά κυστεοεντερικά συρίγγια είναι αποτέλεσμα πρωτοπαθούς νόσου του εντέρου, η πλειονότητα των ασθενών εκδηλώνει συμπτωματολογία από το ουροποιητικό, ενώ εκδηλώσεις από το έντερο λείπουν στο 50% των ασθενών.

Ένα ευρύ φάσμα ερεθιστικών συμπτωμάτων ποικίλης εντάσεως μπορεί να υπάρχει αλλά το πιο αξιοπρόσεκτο και παθογνωμονικό είναι η *πνευματουρία* και η *κοπραουρία* που ποικίλουν σε συχνότητα από 40 ως 83%. Η πνευματουρία είναι δύο φορές πιο συχνή από την κοπραουρία. Η απουσία αυτών των συμπτωμάτων δεν αποκλείει την ύπαρξη κυστεοεντερικών συριγγίων. Επιπλέον, ακόμη κι αν είναι παρόντα αυτά τα συμπτώματα μπορεί να παραβλεφτούν ή να μην αναγνωρισθούν από τον ίδιο τον ασθενή, αν ο ιατρός που υποψιάζεται την ύπαρξη συριγγίου δεν ευαισθητοποιήσει τον ασθενή να τα αναζητήσει με προσοχή.

Κυστικά ερεθιστικά συμπτώματα όπως συχνουρία, δυσουρία, επιτακτική ούρηση και κοιλιακό άλγος είναι παρόντα στο 50% των περιπτώσεων. *Πυρετός* με ρίγος εμφανίζεται στο 30-40% των περιπτώσεων. Η *αιματοουρία* αναφέρεται σαν κύριο σύμπτωμα μόνο στο 14-17% των περιπτώσεων.

Ακόμα πιο σπάνια είναι η *διέλευση ούρων διά του εντέρου* λόγω των υψηλότερων πιέσεων

του εντέρου σε σχέση με της ουροδόχου κύστης. Ωστόσο όταν συνυπάρχει σοβαρή αποφρακτική ουροπάθεια του κατώτερου ουροποιητικού ή χαμηλές ενδεδυλικές πιέσεις στο έντερο λόγω κολοστομίας, ευνοείται η ροή ούρων από την κύστη προς το έντερο. Μερικοί ασθενείς μπορεί να εκδηλώνουν διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Η οξεία κοιλία και η εντερική απόφραξη όταν είναι παρούσες υποδηλώνουν γενικότερη συμμετοχή του εντέρου σε φλεγμονώδεις παθήσεις.

Συμπτώματα και κλινικά σημεία μπορεί να υπάρχουν ακόμη και σε πρόδρομο στάδιο, πριν συμβεί συριγγιοποίηση. Αυτά μπορεί να οφείλονται σε εκκολπωματίτιδα ή σε εντερικό καρκίνο. Καθώς όμως η βλάβη επεκτείνεται μπορεί να προκαλέσει εξωτοιχωματικό ερεθισμό και στη συνέχεια διάβρωση του τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως. Έτσι μπορεί να έχουμε εκδηλώσεις οξείας κυστίτιδας, υποτροπιάζουσών ουρολοιμώξεων και επιμένουσες πτυορίας.

Αντικειμενικά ευρήματα είναι πολύ σπάνια. Μερικές φορές μπορεί να ψηλαφηθούν *κοιλιακές μάζες*^{36,37} ιδιαίτερα όταν η ψηλάφηση γίνεται αμφίχειρα κάτω από γενική αναισθησία. *Κοιλιακό άλγος* και *αναπηδώσα ευαισθησία* είναι εκδηλωτικά τοπικής περιτονίτιδας και μπορεί να παρατηρηθούν σε ποσοστό 16-50%.^{36,38}

Εκτός από τα στοιχεία ουρολοίμωξης στη γενική ούρων μπορεί να βρεθούν ακόμη, σημαντική ποσότητα βλέννης, φυτικές ίνες και γραμμωτές μυϊκές ίνες (ραβδομοσκόπια προερχόμενα από υπόλειμμα άπεπτου κρέατος).³⁶ Αυτά τα ευρήματα μπορεί να διαπιστωθούν και με κυτταρολογική εξέταση των ούρων. *Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις*, τεκμηριωμένες με καλλιέργειες ούρων, που δεν ανταποκρίνονται στην αντιβιοτική αγωγή πρέπει να κινούν υποψία κυστεοεντερικού συριγγίου.

Στις περισσότερες ουροκαλλιέργειες απομονώνεται συνήθως ένα είδος μικροβίου, κατά κύριο λόγο *Escherichia coli*, παρά το γεγονός

ότι θα περίμενε κανείς μικτή ανάπτυξη μικροβίων. Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών με συριγγίο (5-10%) οι ουροκαλλιέργειες είναι αρνητικές, πιθανότητα λόγω προσωρινής απόφραξης ενός μικρού συριγγίου από οίδημα.³⁶

8.3 Διάγνωση προσέγγιση και αξιολόγηση

Υπάρχει μια πληθώρα διαγνωστικών ουρολογικών και γαστρεντερικών εξετάσεων που σκοπό έχουν να αποδείξουν τη ύπαρξη του συριγγίου και να αναδείξουν τη θέση του.

Ένα πολύ απλό τεστ που αποκαλύπτει τις περιπτώσεις πνευματουρίας, είναι να ουρήσει ο ασθενής σε καθιστή θέση, μέσα σε μία μπανιέρα γεμάτη νερό οπότε εύκολα μπορεί να παρατηρηθούν φυσαλίδες που αναδύονται από το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Ένα δεύτερο τεστ είναι να χρησιμοποιηθούν χρωστικές ουσίες που χορηγούνται διά του γαστρεντερικού και ανιχνεύονται στα ούρα είτε αντίστροφα εγχύονται διά καθετήρα εντός της κύστεως και ανιχνεύονται ότι οι από του στόματος χορηγούμενες ουσίες δεν πρέπει να απορροφώνται από το έντερο και να απεκκρίνονται στα ούρα διότι προκύπτουν ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Ιδανικότερη για χρήση ουσία είναι ο άνθρακας ο οποίος δεν απορροφάται από το έντερο. Άλλες ουσίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν είναι το κυανού του μεθυλενίου, η ινδική καρμίνη, το ερυθρό του Κογκό και η φαίναζοπυριδίνη.

Η *ενδοφλέβιος πυελογραφία* δεν είναι πάντοτε διαγνωστική και η αξία της είναι σχετική. Η διάγνωση του συριγγίου τίθεται αναμφίβολα όταν παρατηρηθεί διαφυγή της σκιαγραφικής ουσίας στο έντερο, αλλά αυτό συμβαίνει σε ποσοστό 14-18%. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (80%) υπάρχουν ευρήματα όπως αέρας στην ουροδόχο κύστη, ανωμαλίες του τοιχώματος και της παρυφής της κύστεως, ουρητηρικά στενώματα ή υδρονέφρωση δευτεροπαθής οφειλόμενη στην πρωτοπαθή νόσο ή σε φλεγμονώδη διεργασία.^{36,37,38}

Η *ανιούσα κυστεογραφία* και η κυστεογραφία κατά τη φάση της ούρησης είναι χρησιμότερες της πυελογραφίας καθώς αποκαλύπτουν διπλάσιο ποσοστό συριγγίων (35%). Αυτό οφείλεται στην υψηλότερη συγκέντρωση της σκιαγραφικής ουσίας και στην υψηλότερη ενδοκυστική πίεση που δημιουργείται τόσο κατά την πλήρωση της κύστεως όσο και κατά την ούρηση.

Ο *βαριούχος υποκλυσμός* αποκαλύπτει το συρίγγιο σε ποσοστό 20-42%. Στις περισσότερες των περιπτώσεων αναδεικνύονται απλώς ανωμαλίες σχετιζόμενες με το έντερο, όπως εκκολπώματωση, μάζα ή απόφραξη που είναι ενδεικτικές της πρωτοπαθούς νόσου που προκάλεσε το συρίγγιο.^{36,37,38} Είναι σκόπιμο να λαμβάνονται καθυστερημένες λήψεις αφότου ο ασθενής έχει αποβάλλει τη σκιαγραφική ουσία, διότι έχει αποδειχθεί ότι αυτό αυξάνει την ευαισθησία της μεθόδου³⁷. Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να συλλέξει τα ούρα του για τις επόμενες λίγες ώρες σε πλαστικό ή γυάλινο δοχείο σε μια προσπάθεια να βρούμε βάριο μέσα στα ούρα είτε εξετάζοντάς τα με γυμνό μάτι, είτε βγάζοντας ακτινογραφία του δοχείου. Μια πιο βελτιωμένη έκδοση αυτής της εξέτασης είναι το *Bourne test* στο οποίο μία σταγόνα φυγοκεντρημένων ούρων τοποθετείται επάνω σε ακτινογραφικό φιλμ και συγκρίνεται ακτινογραφικώς με δείγμα ούρων που δεν έχει φυγοκεντρηθεί.³⁹

Η *αξονική τομογραφία* μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση αποκαλύπτοντας αέρα μέσα στην ουροδόχο κύστη σε ποσοστό 83%, πάχυνση του εντερικού και του κυστικού τοιχώματος στο σημείο του συριγγίου σε ποσοστό 100% και παρακυστική μάζα σε ποσοστό 87%, γι' αυτό και θεωρείται πρωταρχικό βήμα όταν υπάρχει υποψία κυστεοεντερικού συριγγίου.⁴⁰

Η *κυστεοσκόπηση* είναι ουσιώδης εξέταση για τη διάγνωση και την εντόπιση του συριγγίου και αποκαλυπτική της διάγνωσης σε ποσοστό 32-87%. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων μπορεί να δει κανείς ανωμαλίες που

σχετίζονται με φλεγμονή του κυστικού τοιχώματος στην περιοχή του συριγγίου. Ιδιαίτερης κλινικής σημασίας είναι η ανάπτυξη θηλωματώδους επιθηλίου στην περιοχή του συριγγίου που οφείλεται σε φλεγμονώδη αντίδραση και ονομάζεται *λαχνώδης αντίδραση του Pugh*. Αυτή η βλάβη μπορεί να εκληφθεί σαν χαμηλού σταδίου καρκίνωμα εκ μεταβατικού επιθηλίου. Σε μια μεταγενέστερη εξέλιξη αυτή η βλάβη μπορεί να πάρει τη μορφή μιας εξελκωμένης μάζας.³³

Τα συρίγγια τείνουν να εντοπίζονται στο αριστερό οπισθοπλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως όταν η πρωτοπαθής νόσος είναι εκκολπωματίτις ή καρκίνωμα του παχέως εντέρου ή μήτρας, ενώ τείνουν να εντοπίζονται στο δεξιό πρόσθιο τοίχωμα σε περιπτώσεις νόσου του Crohn ή παθήσεις του τυφλού και της σκληροειδούς.⁴⁰

Ανεξαρτήτως από το αν τελικά εντοπίστηκε ένα συρίγγιο ή όχι από την κυστεοσκόπηση, θα πρέπει να ληφθεί *βιοψία* από την ύποπτη περιοχή προκειμένου να αποκλεισθεί ένας ουροθηλιακός, γυναικολογικός ή εντερικός καρκίνος.

Η *ενδοσκόπηση* του κατώτερου γαστρεντερικού (ορθοσιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση), βοηθά στη διάγνωση του συριγγίου μόνο σε ποσοστό 14%. Η εμφύσηση αέρα εντός του εντέρου, λόγω της εξέτασης αυξάνει την πιθανότητα να προκληθεί πνευματουρία και έτσι εμμέσως μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση. Η ενδοσκόπηση είναι επιπλέον χρήσιμη στην αποκάλυψη πρωτοπαθών νόσων του παχέως εντέρου και στο σχεδιασμό μιας επικείμενης επέμβασης.

8.4 Προεγχειρητική φροντίδα

Προεγχειρητική θα πρέπει να γίνει μηχανική και βακτηριολογική προετοιμασία του εντέρου. Μια μέρα ενωρίτερα χορηγούνται καθαρτικές ουσίες και γίνονται υποκλυσμοί. Επίσης από του στόματος χορηγούμενα μη απορροφήσιμα αντιβιοτικά ελαττώνουν την εντερική

χλωρίδα. Η παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών και η ενυδάτωση πρέπει να ξεκινούν αρκετές ώρες προ της χειρουργικής επέμβασης. Αν ο ασθενής αντιμετωπίζει πρόβλημα υποθρεψίας, θα πρέπει αρκετές μέρες ή και εβδομάδες προ της εγχείρησης να υποστηριχτεί θερμιδικά με πρόγραμμα διατροφής που θα συνεχιστεί και στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

8.5 Χειρουργική αντιμετώπιση

Ο στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι όχι μόνο η αντιμετώπιση του συριγγίου, αλλά και της πρωτοπαθούς νόσου που οδήγησε στο σχηματισμό του.

Σε εξαιρετικά εξασθενημένα άτομα, ιδιαίτερα όταν έχουν ανεγχείρητη ή μεταστατική νόσο, υποστηρικτική ιατρική φροντίδα μπορεί να είναι η μόνη διαθέσιμη επιλογή. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η *διακοπτόμενη αντιμικροβιακή θεραπεία* μπορεί να βοηθήσει του ασθενή.

Για τους υπόλοιπους εξασθενημένους ασθενείς που έχουν εύλογο προσδόκιμο επιβίωσης, μια *ανακουφιστική κολοστομία* μπορεί να είναι η μόνη παρέμβαση που απαιτείται.^{36,41}

Ωστόσο για τους περισσότερους ασθενείς θα απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση που συνίσταται στην εκτομή ολόκληρου του πάσχοντος εντέρου, στην εκτομή του συριγγίου και στην παρεμβολή υγιούς ιστού μεταξύ των δύο εκτομηθέντων σπλάχνων.

Ερώτημα αποτελεί το αν αυτή η επέμβαση θα πρέπει να ολοκληρωθεί σε ένα χρόνο ή να πραγματοποιηθεί σαν μία διαδικασία πολλών βημάτων. Διαφορετικές σειρές δίνουν καλά αποτελέσματα και με τους δύο τρόπους αντιμετώπισης.^{36,42,43,44,45,46} Μέχρι το 1970 σε αρκετές διαφορετικές σειρές μελετών, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας ασθενών που χειρουργήθηκαν σε ένα χρόνο σε σχέση με αυτούς που είχαν χειρουργηθεί σε περισσότερους χρόνους.⁴¹ Με τη βελτίωση της προεγχειρητικής προετοιμασίας, της θερμιδικής στήριξης και των νεότε-

ρων αντιβιοτικών, φαίνεται ότι στις ημέρες μας δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Οι παρακάτω παράγοντες θα πρέπει να εξεταστούν πριν αποφασιστεί αν η επέμβαση θα πρέπει να γίνει σε έναν ή πολλαπλούς χρόνους.

- Η ηλικία του ασθενούς
- Το προσδόκιμο επιβίωσης
- Η γενική κατάσταση
- Παρουσία ή απουσία τοξικότητας
- Ο βαθμός της εντερικής απόφραξης
- Η επάρκεια της προετοιμασίας του εντέρου
- Η έκταση της νόσου
- Η ύπαρξη φλεγμονής ή κακοήθειας
- Το μέγεθος του συριγγίου
- Η συμμετοχή και τρίτου σπλάχνου στο συρίγγιο (πχ λεπτό έντερο)
- Η παρουσία ή απουσία αποστήματος
- Η ύπαρξη υγιών τμημάτων εντέρου για αναστόμωση.

Όταν ένας ή και περισσότεροι από τους παραπάνω παράγοντες είναι δυσμενείς θα πρέπει να εξετάζεται σοβαρά το ενδεχόμενο αντιμετώπισης σε πολλαπλά στάδια.

Οι περισσότεροι ασθενείς των οποίων το συρίγγιο είναι αποτέλεσμα φλεγμονώδους διεργασίας μπορεί να αντιμετωπιστούν σε ένα χρόνο. Αντίθετα οι περισσότεροι ασθενείς (44%) με κακοήθεια του εντέρου αντιμετωπίζονται σε πολλαπλά στάδια και μόνο το 33% σε ένα στάδιο. Το ένα τέταρτο των ασθενών αυτών είναι σε ανεγχείρητο στάδιο και αντιμετωπίζονται μόνο με κολοστομία.³⁶ Οι υπόλοιποι χειρουργούνται σε δεύτερο χρόνο και υποβάλλονται σε εκτομή της πρωτοπαθούς νόσου, του συριγγίου και τμήματος της κύστεως. Η κολοστομία διατηρείται για να προστατεύσει την εντεροαναστόμωση και συγκλείεται σε τρίτο χρόνο που είναι 4-6 εβδομάδες μετά τη δεύτερη επέμβαση.

Η επέμβαση εκτελείται διά μέσης ή παράμεσης τομής που επιτρέπει τη διερεύνηση όλης της περιτοναϊκής κοιλότητας, του εντέ-