



ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

14

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

8-9-10 Μαρτίου 2024

Grand Hotel

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

www.14ucongress.org



Γραφείο Οργάνωσης: **VOYAGER TRAVEL AND CONGRESS**, Βασ. Ηρακλείου 26, 54624 Θεσσαλονίκη
Τηλ: 2310.250401, 2310.250403, Fax: 2310.250418, e-mail: info@voyagertravel.gr, www.voyagertravel.gr

Περιεχόμενα



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ	03
ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΑΙΓΙΔΕΣ	04
ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ-ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ	05
ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ	06-07
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	08
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	09-16
ΧΟΡΗΓΟΙ	17
ABSTRACTS	18-29
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ	30
ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ-ΔΟΥΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΟΣΙΑ	31
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ	32-33

Χαιρετισμός



Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ουρολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος συμπλήρωσε ήδη 58 χρόνια συνεχούς παρουσίας με αδιάλειπτη προσφορά στην πρόοδο της Ουρολογίας της Βόρειας Ελλάδας. Αρκετές γενιές Ουρολόγων επωφελήθηκαν από τη συμμετοχή στις πολλαπλές δραστηριότητες της Εταιρείας μας με στόχο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Έχει κατακτήσει επομένως η Ουρολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος θεσμικό ρόλο, είναι αδιαπραγμάτευτο ιστορικό κεφάλαιο στη συνείδηση των Ουρολόγων της Βόρειας Ελλάδας και έτσι πρέπει να περάσει και στις επόμενες γενιές.

Κεντρική επιστημονική εκδήλωση της Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος είναι το Ουρολογικό Συνέδριο Βορείου Ελλάδος, το οποίο διοργανώνεται ανά διετία συνεχώς επί 27 χρόνια στη Θεσσαλονίκη.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου και του Διοικητικού Συμβουλίου της Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος σας προσκαλώ στη Θεσσαλονίκη και στις εργασίες του 14^{ου} Ουρολογικού Συνεδρίου Βορείου Ελλάδος και σας υπενθυμίζω, ότι κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί η γενική συνέλευση της Εταιρείας μας και οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου διοικητικού συμβουλίου, στις οποίες σας παροτρύνω να συμμετέχετε.

Καλή αντάμωση

Δρ. Ιωάννης Βακαλόπουλος FEBU, FECSM

Χειρουργός Ουρολόγος

Καθηγητής Ουρολογίας Ανδρολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Πρόεδρος Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

14^ο
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Οργάνωση Αιγίδες



**ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

www.uang.org.gr

Διοικητικό Συμβούλιο ΟΥ.Ε.Β.Ε.

Πρόεδρος:

Ιωάννης Βακαλόπουλος

Αντιπρόεδρος:

Νικόλαος Καλογεράς

Γραμματέας:

Αναστάσιος Αναστασιάδης

Ταμίας:

Γεώργιος Δημητριάδης

Μέλη:

Φώτιος Δημητριάδης

Παναγιώτης Μπανιώτης

Αικατερίνη Τσιόγκα

ΑΙΓΙΔΕΣ



ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΚΟΣΜΗΤΕΙΑ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Π.Θ.



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ Α.Π.Θ.



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Προεδρείο Επιτροπές



ΕΠΙΤΙΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ευάγγελος Ισαάκ Ιωαννίδης
Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ.

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:
Βακαλόπουλος Ι.

Αντιπρόεδρος:
Καλογεράς Ν.

Μέλη:
Αναστασιάδης Α.
Δημητριάδης Γ.
Δημητριάδης Φ.
Μπανιώτης Π.
Τσιόγκα Α.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:
Βακαλόπουλος Ι.

Αναστασιάδης Α.
Αποστολίδης Α.
Βαξεβανίδου Α.
Βούρος Ι.
Γραικός Κ.
Δημητριάδης Γ.
Δημητριάδης Φ.
Ζαχαρίου Α.
Καλαϊτζής Χ.
Καλογεράς Ν.
Καλογερόπουλος Θ.
Καντιράνης Ν.
Μαμουλάκης Χ.
Μουστάκας Γ.
Μπανιώτης Κ.
Μωυσίδης Κ.
Παπαϊωάννου Μ.
Παπαλάκης Α.
Πάτρης Ε.
Σοκολάκης Ι.
Σουντουλίδης Π.
Τζώρτζης Β.
Τσακαλδήμης Γ.
Τσιόγκα Α.
Τσιραμπίδης Α.
Τσιριόπουλος Ι.
Φώτας Α.
Χατζημουρατίδης Κ.
Χατζηχρήστου Δ.



14th
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδροι Ομιλητές

DJOJIC S.

Urologist at University Clinical Center of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

HAENSEL S.

MD, Consultant Urologist, Franciscus Hospital Rotterdam Netherlands, Board Member, EAU section of Outpatient and Office Urology (ESUO)

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Α.

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΑΝΔΡΕΑΔΑΚΗΣ Σ.

Ουρολόγος - Ανδρολόγος, MD, FEBU, FECSM

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Α.

Καθηγητής Ουρολογίας - Νευροουρολογίας Α.Π.Θ., Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι.

Χειρουργός - Ουρολόγος, Καθηγητής Ουρολογίας - Ανδρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Πρόεδρος Ουρολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

ΒΑΣΕΒΑΝΙΔΟΥ Α.

Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Αναισθησιολογικού και Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου, Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΒΟΥΡΟΣ Ι.

Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΓΡΑΙΚΟΣ Κ.

Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογικό-Ογκολογικό Τμήμα Α.Ν.Θ., «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

ΔΑΡΔΑΛΑΣ Ι.

Φαρμακοποιός MSc, Υποψήφιος Διδάκτορας Εργαστηρίου Κλινικής Φαρμακολογίας Α.Π.Θ.

ΔΑΤΣΕΡΗΣ Ν.

Εξειδικευμένος Ουρολογίας, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ.

Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Φ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.

Consultant Urological and Robotic Surgeon, Aberdeen Royal Infirmary, NHS Grampian, Aberdeen, UK

ΖΑΧΑΡΙΟΥ Α.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΩΜΑΣ Χ.

Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Β', Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν. ΚΟΡΙΝΘΟΥ

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Ε.

Ιστορικός Ι.Α.Π.Ε.

ΚΑΛΑΪΤΖΗΣ Χ.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν.ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ Μ.

Ιστορικός Ι.Α.Π.Ε.

ΚΑΛΟΓΕΡΑΣ Ν.

Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ.

Διευθυντής ΕΣΥ - Επιστημονικός Υπεύθυνος Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ»

ΚΑΛΥΒΙΑΝΑΚΗΣ Δ.

Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΚΑΝΤΙΡΑΝΗΣ Ν.

Καθηγητής Τμήματος Γεωλογίας Α.Π.Θ.

ΚΑΡΟΖΗΣ Κ.

Αρχίατρος, Παθολόγος εξειδικευμένος στη Λοιμωξιολογία, Επιμελητής Τμήματος Λοιμώξεων και Κλινικής Βιοπροστασίας, 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης

ΚΙΚΙΔΑΚΗΣ Δ.

Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΚΟΥΔΩΝΑΣ Α.

Επιμελητής Ουρολογίας, Ουρολογική Κλινική, 424 ΓΣΝ Νοσοκομείο

ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΗΣ Π.

Χειρουργός - Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Β' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ Χ.

Ειδικός Νεφρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΜΑΜΟΥΛΑΚΗΣ Χ.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Ηρακλείου

ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ Γ.

Ιστορικός Ι.Α.Π.Ε.

ΜΕΜΜΟΣ Δ.

Ουρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΜΟΥΡΤΖΙΛΛΑΣ Ε.

Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Γ.

Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ουρολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

ΜΠΑΝΙΩΤΗΣ Κ.

Ειδικευόμενος Ουρολόγος, Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΜΠΙΛΛΗΣ Α.

Μεταδιδακτορικός Ερευνητής, Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής & Ψηφιακής Καινοτομίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

ΜΥΚΟΝΙΑΤΗΣ Ι.

Χειρουργός-Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Reader Εργαστηρίου Ανατομίας και Χειρουργικής Ανατομίας Α.Π.Θ.

ΜΩΥΣΙΔΗΣ Κ.

Χειρουργός - Ουρολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ, Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Ε.

MD, MSc, PhD, FEBNM, Πυρηνικός Ιατρός, Επιμελητής, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής-PET/CT, Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Μ.

Επίκουρη Καθηγήτρια Βιοχημείας - Μοριακής Βιολογίας, Τμήμα Ιατρικής Α.Π.Θ.

ΠΑΠΑΛΑΚΗΣ Α.

Ουρολόγος, Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Ε.

Ουρολόγος-Ανδρολόγος

ΠΑΤΡΗΣ Ε.

Ουρολόγος, Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

ΠΑΥΛΙΔΗΣ Π.

Ειδικός ΩΡΛ, Επιμελητής Γ.Ν. Βέροιας, MSc, PhD, Επιστημονικός συνεργάτης Εργαστηρίου Κλινικής Φαρμακολογίας Α.Π.Θ.

ΣΑΚΑΛΗΣ Β.

Χειρουργός Ουρολόγος, Επιμελητής Α', Ουρολογική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ Μ.

Επιμελητής Α' Ουρολογικής Κλινικής ΓΝ Λάρισας, Υπεύθυνος Ιατρείου Νεύρο-ουρολογίας, ΓΝ Λάρισας

ΣΑΡΑΦΗΣ Φ.

Επιμελητής Β' Ακτινοδιαγνωστικής, ΚΥ Αιγινίου

ΣΗΜΑΙΟΦΟΡΙΔΗΣ Β.

Επιμελητής Ουρολογίας, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΣΟΚΟΛΑΚΗΣ Ι.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ, Β' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΣΟΥΝΤΟΥΛΙΔΗΣ Π.

Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΤΖΩΡΤΖΗΣ Β.

Καθηγητής Ουρολογίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας

ΤΟΥΤΖΙΑΡΗΣ Χ.

Χειρουργός Ουρολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΤΣΑΚΑΛΔΗΜΗΣ Γ.

Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Δ.Π.Θ., Ουρολογική Κλινική Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

ΤΣΑΦΡΑΚΙΔΗΣ Π.

Consultant Urologist, Head of Urology Department German Medical Institute, Limassol

ΤΣΙΑΚΑΡΑΣ Σ.

Ειδικευόμενος Ουρολόγος, Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΤΣΙΟΓΚΑ Α.

Χειρουργός Ουρολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Α' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΤΣΙΡΑΜΠΙΔΗΣ Α.

Ομότιμος Καθηγητής Σχολής Θετικών Επιστημών ΑΠΘ.

ΤΣΙΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι.

Ουρολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Γ.Ν. Καστοριάς

ΤΥΧΑΛΑ Α.

Επικουρική Βιοπαθολόγος, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»

ΦΩΤΑΣ Α.

Ουρολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΦΩΤΙΑΔΗΣ Κ.

Ειδικευόμενος Ουρολόγος, Ουρολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΧΑΤΖΗΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ Κ.

Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Β' Ουρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ Δ.

Καθηγητής Ουρολογίας Α.Π.Θ., Α' Ουρολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»



Γενικές Πληροφορίες

Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Grand Hotel
Μοναστηρίου 305, 54628, Θεσσαλονίκη
Tel.: 231 054 9000

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Παρασκευή 8 Μαρτίου 2024
Σάββατο 9 Μαρτίου 2024
Κυριακή 10 Μαρτίου 2024

Τρόπος Διεξαγωγής

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί με φυσική παρουσία.

Εγγραφές

Ειδικό	120 €
Ειδικευόμενοι	80 €
Νοσηλεύτές - Φοιτητές	Δωρεάν

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει: Παρακολούθηση όλων των εργασιών του Συνεδρίου / Συμμετοχή στην Εναρκτήρια Τελετή και στη Δεξίωση Υποδοχής / Είσοδος στον εκθεσιακό χώρο / Υλικό του Συνεδρίου & Τελικό Πρόγραμμα / Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Ιστοσελίδα Συνεδρίου

www.14ucongress.org

Μοριοδότηση

Στο 14^ο Ουρολογικό Συνέδριο Βορείου Ελλάδος ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα χορηγήσει Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (Σ.Ι.Ε. – CME-CPD)

Βεβαίωση Παρακολούθησης

Οι βεβαιώσεις Παρακολούθησης θα δοθούν από το Γραφείο Οργάνωσης του συνεδρίου. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ (64740/01-09-2013) απαιτείται η παρακολούθηση του 60% των ωρών του Συνεδρίου

Τεχνική Γραμματεία

Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις διαφάνειες (slides), τα CD, τα DVD, και τα USB με τις ομιλίες τους στην Τεχνική Γραμματεία που θα λειτουργεί έξω από την αίθουσα συνεδριάσεων, τουλάχιστον μισή ώρα πριν την παρουσίασή τους

Έκθεση Προϊόντων

Κατά την διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργήσει έκθεση προϊόντων φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατρικού εξοπλισμού

Κοινωνικές Εκδηλώσεις

Η Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 8 Μαρτίου 2024 και ώρα 20:30 στο Ξενοδοχείο Grand Hotel Palace. Θα ακολουθήσει Δεξίωση Υποδοχής

Γραφείο Οργάνωσης Συνεδρίου



VOYAGER TRAVEL & CONGRESS

Vas. Irakleiou 26, 546 24, Thessaloniki, GR
t. +30 2310 250401, f. +30 2310 250418
e-mail: congress-secretary@voyagertravel.gr
website: www.voyagertravel.gr

Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

8

ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

09:30-10:00 **Προσέλευση-Εγγραφές**

10:00-11:00 **Γενικά θέματα**

Προεδρείο: **Σοκολάκης Ι. - Πάτρης Ε.**

Αναλγησία στον ουρολογικό ασθενή

Βαξεβανίδου Α.

Πώς ερμηνεύουμε το αντιβιογράμμα. Πρακτικές οδηγίες για κλινικούς γιατρούς

Τυχάλα Α.

Νεότερα αντιβιοτικά στην ουρολογία

Καρόζης Κ.

11:00-12:30 **Ουροθηλιακός Καρκίνος**

Προεδρείο: **Γραικός Κ. - Παπαλάκης Α.**

Ενδοσκοπική αντιμετώπιση ουροθηλιακών όγκων ανώτερου ουροποιητικού

Κικιδάκης Δ.

Ενεργός Παρακολούθηση στο μήμμοδιθητικό καρκίνο της κύστης. Μύθος ή πραγματικότητα

Μουρτζίλας Ε.

Ο ρόλος την MRI και των VIRADS στον θεραπευτικό αλγόριθμο των όγκων της κύστης

Σαράφης Φ.

Πέρα από το BCG, τι έρχεται στην αντιμετώπιση του highrisk μη μμοδιθητικού καρκίνου της κύστης

Τσακαλδήμης Γ.

12.30-13.00 **Διάλειμμα - Καφές**

Πρόγραμμα

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

8

ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

13.00-14.30 **ESUO-UANG Joint Session**



ESUO

Προεδρείο: **Dimitriadis F. - Vakalopoulos I.**

Modetrators: **Dimitriadis F.**

Legal euthanasia in The Netherlands: 22 years experience
Haensel S.

Female Sexual Dysfunction
Zachariou A.

An introduction to urodynamics
Tsionga A.

Video Presentation (BPO management in the setting of Office and Outpatient Clinic)
Tsafraikidis P.

14.30-15.30 **Γενική Συνέλευση ΟΥ.Ε.Β.Ε.**

15:30-17.00 **Απογευματινή Διακοπή - E-POSTERS**

17:00-19:00 **Ενδοουρολογία**

Προεδρείο: **Μαμουλάκης Χ. - Αναστασιάδης Α.**

Holmiumlaser για λιθίαση
Μέμμος Δ.

Thuliumlaser για λιθίαση
Djozic S.

Θερμοκρασία και highpower laser
Αναστασιάδης Α.

Περιβαλλοντικό αποτύπωμα ενδοουρολογικών επεμβάσεων
Κουδωνάς Α.

Μάχη των ουρητηροσκοπίων: Μίας χρήσης vs Πολλαπλών χρήσεων
Τσιακάρας Σ.

Υψηλές πιέσεις στο νεφρό από τη σκοπιά του νεφρολόγου
Λουτράδης Χ.

14^o

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



19.00-19:30 **Διάλειμμα - Καφές**

19:30-20:30 **Δορυφορικό Συμπόσιο**

Αναλυτικό πρόγραμμα στην σελίδα 31

20.30-21.30 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**

20.30-21.00 **Χαιρετισμοί
Τιμητικές Βραβεύσεις**

21.00-21.30 **Εναρκτήρια Εκδήλωση**

Συντονισμός: **Τσιραμπίδης Α.**

Η Έλευση των Προσφύγων και η Υγειονομική Περίθαλψή τους
στην ευρύτερη Μητροπολιτική Θεσσαλονίκη

Εισηγητές: **Καζαντζίδου Μ., Μαυρουδής Γ., Ιωαννίδου Ε.**

21.30 **Δεξίωση Υποδοχής**

Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ

9

ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

09.00-10.30 Διαδραστικά Περιστατικά Ανδρολογίας

Προεδρείο: **Χατζηχρήστου Δ. - Ζαχαρίου Α.**

Περιστατικό Στυτικής Δυσλειτουργίας
Καλυβιανάκης Δ.

Περιστατικό ανδρικής υπογονιμότητας με κισσοκήλη και αζωοσπερμία
Ανδρεαδάκης Σ.

Περιστατικό εμφάνουσας προστατίτιδας - σύνδρομο χρόνιου πυελικού άλγους
Μυκονιάτης Ι.

Περιστατικό υπογονιμότητας λόγω οξειδωτικού στρες
Πασχαλίδου Ε.

10.30-11.00 Διάλειμμα - Καφές

11.00-12.00 Καρκίνος Πέους



Προεδρείο: **Θωμάς Χ. - Τουτζιάρης Χ.**

Καρκίνος Πέους : Τοπική θεραπεία και αποκατάσταση
Σακαλής Β.

Διαχείριση της λεμφαδενικής νόσου στον καρκίνο του πέους
Καλογερόπουλος Θ

12.00-13.30 Λειτουργική Ουρολογία

Προεδρείο: **Αποστολίδης Α. - Βούρος Ι.**

Διαγνωστικός αλγόριθμος νευρογενούς και μη νευρογενούς δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού
Σαμαρίνας Μ.

Έχει θέση η λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική στη Λειτουργική Ουρολογία;
Δημητρόπουλος Κ.

Προτιμήσεις και προσδοκίες ασθενών από τη Λειτουργική Ουρολογία
Τσιόγκα Α.

Συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού: Κοιτώντας πέρα από την κύστη
Σακαλής Β.



13.30-14.30 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**

Προεδρείο: **Τσιριόπουλος Ι. - Φώτας Α.**

P1. NONPAPILLARY PRONE ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY (ECIRS): Η ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Καλλιδώνης Παναγιώτης¹, Σπίνος Θεόδωρος¹, Τατάνης Βασίλειος¹, Λιάτσικος Ευάγγελος¹.

1. Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Ρίο.

P2. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ ΕΚ ΓΕΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Σπίνος Θεόδωρος¹, Γούτας Δημήτριος¹, Δρίβα Τατιάνα¹, Γακιοπούλου Χαρίκλεια¹, Αγρογιάννης Γεώργιος¹, Λάζαρης Ανδρέας¹.

1Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής - «Λαϊκό» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

P3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗ IN SITU ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (GCNIS) ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ. ΜΙΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τατάνης Β.¹, Βερούτης Δ.², Παντελής Π.², Θεοχάρους Γ.², Σαρλάνη Ε.³, Γεωργίου Α.³, Καβαντζάς Ν.³, Κοτσίνας Α.², Αδαμάκης Ι.⁴

1. Ουρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

2. Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

3. Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

4. Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα

P4. ΡΗΣΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΟΛΙΚΟΥ ΝΕΦΡΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σκρεπέτης Μενέλαος, Θεοφιλάκος Θεόδωρος, Κούλης Λάζαρος, Ζιούτος Κωνσταντίνος, Παπανδρέου Χρήστος. Σκρεπέτης Κωνσταντίνος
Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας, ΝΜ Καλαμάτας

P5. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΙΟΑΠΟΡΡΟΦΟΥΜΕΝΟΥ ΟΥΡΗΘΡΙΚΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΠΟΛΥΚΑΠΡΟΛΑΚΤΟΝΗΣ (UROLON TM) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΟΥ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ

Δρόσος Κ, Κόλβατζης Μ., Γάτσος Σ., Καλαϊτζή Μ., Αποστολίδης Α.

Β' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ – Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Πρόγραμμα

ΣΑΒΒΑΤΟ

9

ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

Π6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΓΗ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΩΝ ΕΓΧΥΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ VESSILEN® (ADELMIDROL 2% + HYALURONIC ACID 0,1%) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΚΥΣΤΙΤΙΔΕΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Κόλβατσης Μ., Δρόσος Κ., Γάτσος Σ., Καλαϊτζή Μ., Αποστολίδης Α.
Β' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ – Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Π7. ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΕΣΤ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟ.

Τσακαλδήμης Γεώργιος, Χουσεΐν Χουσεΐν, Διαμαντίδης Δημήτριος, Λαιλίσιδης Σταύρος, Παναγιωτόπουλος Νικόλαος, Καφαλής Χαράλαμπος, Παννακόπουλος Στυλιανός, Καλαϊτζής Χρήστος.

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης /Ουρολογική κλινική.

Π8. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ.

Ισαακ Φιλλιπίδης, Βασίλειος Σακαλής, Αστέριος Φώτας, Βασίλειος Σημαιοφορίδης, Συμεών Μαλακόζης, Μαΐστρος Ζάχος, Κωνσταντίνος Χατζηπουργάνης, Γεώργιος Παπαλιάς, Βασίλειος Τσιαχρής, Παρασκευάς Θουκιδίδης, Ιωάννης Τσιαριγκλής, Ιωάννης Χαραλάμπος, Ευάγγελος Καραγιάννης, Ιωάννης Βούρος
Ουρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Π9. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΣΟΥ ΡΕΥΡΟΝΙΕ ΜΕ ΠΤΥΧΩΣΗ ΙΝΩΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΑ ΥΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Ισαακ Φιλλιπίδης, Βασίλειος Σακαλής, Αστέριος Φώτας, Βασίλειος Σημαιοφορίδης, Συμεών Μαλακόζης, Κωνσταντίνος Χατζηπουργάνης, Γεώργιος Παπαλιάς, Βασίλειος Τσιαχρής, Παρασκευάς Θουκιδίδης, Ιωάννης Τσιαριγκλής, Ιωάννης Χαραλάμπος, Ευάγγελος Καραγιάννης, Ιωάννης Βούρος
Ουρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

14:30-17:00 **Μεσημβρινή Διακοπή**

17:00-18.00 Προεδρείο: **Δημητριάδης Γ. - Καλαϊτζής Χ. - Δημητριάδης Φ.**

Συζήτηση περιστατικών
Haensel S.

18.00-18.30 **Διάλειμμα-Καφές**



18.30-19.00 **Δορυφορική Διάλεξη**

Αναλυτικό πρόγραμμα στην σελίδα 31

19.00-21.00 **Ογκολογία Προστάτη**

Προεδρείο: **Μουστάκας Γ. - Χατζημουρατίδης Κ.**

Ολιγομεταστατική νόσος και συγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της στον CaP
Σημαιοφορίδης Β.

Νεοεπικουρική θεραπεία στον highrisk τοπικά εντοπισμένο CaP
Καλογεράς Ν.

Η θέση του PSMA/PET στην διάγνωση της βιοχημικής υποτροπής μετά από ριζική
θεραπεία
Παναγιωτίδης Ε.

Η εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή αυξάνει την επιβίωση στον high risk εντοπισμένο
καρκίνο του προστάτη?
Τουτζιάρης Χ.

PSA που αυξάνει μετά από ριζική προστατεκτομή, τότε έχει ένδειξη η
ακτινοθεραπεία και πρέπει οπωσδήποτε να συνδυαστεί με ανδρογονικό
αποκλεισμό?
Σουντουλίδης Π.

Πρόγραμμα

ΚΥΡΙΑΚΗ

10

ΜΑΡΤΙΟΥ 2024



09:30-10:30 **Νεότερες εξελίξεις στην ουρολογία**

Προεδρείο: **Τζώρτζης Β. - Δημητριάδης Γ.**

Τεχνητή νοημοσύνη στην χειρουργική

Μπίλλης Α.

Ανοσοθεραπεία στην ουρολογική ογκολογία. Που βρισκόμαστε και προς τα που οδεύουμε

Καλαϊτζής Χ.

Μέθοδοι ανάλυσης και ταυτοποίησης λίθων του ουροποιητικού

Καντιράνης Ν.

Η συμβολή της Μοριακής Βιολογίας στην Ουρολογία

Παπαϊωάννου Μ.

10.30-11.00 **Διάλειμμα - Καφές**

11.00-13.00 **Εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες στην ουρολογία**

Προεδρείο: **Μωυσίδης Κ. - Καλογεράς Ν.**

Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες: έχουν θέση στη σύγχρονη ιατρική

Παυλίδης Π.

Συμπληρώματα διατροφής, ιατροτεχνολογικά προϊόντα, φάρμακα. Ποιες οι διαφορές τους;

Δαρδαλάς Ι.

Συμπληρωματικές θεραπείες στην αντιμετώπιση της υπερπλασίας προστάτη

Δατσέλης Ι.

Συμπληρωματικές θεραπείες στην αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων

Φωτιάδης Κ.

Συμπληρωματικές θεραπείες στην αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας και της υπογονιμότητας

Μπανιώτης Π.

13:00-14:00 **Συμπεράσματα - Λήξη συνεδρίου**

Η Οργανωτική Επιτροπή θα ήθελε να εκφράσει τις ευχαριστίες της στις Εταιρείες Χορηγούς κατά αλφαβητική σειρά:

The logo for AMGEN, featuring the word "AMGEN" in a bold, blue, sans-serif font with a registered trademark symbol.The logo for ariti, with "ariti" in a bold, blue, lowercase sans-serif font and a registered trademark symbol. Below it, the Greek phrase "Στήλα στον άνθρωπο" is written in a smaller, orange, lowercase font.The logo for astellas, featuring a stylized red and grey star icon to the left of the word "astellas" in a grey, lowercase sans-serif font.The logo for Boston Scientific, with "Boston Scientific" in a blue serif font and the tagline "Advancing science for life™" in a smaller blue sans-serif font below it.The logo for ELPEN, featuring a stylized green and brown medical device icon with the word "ELPEN" in a bold, green, uppercase sans-serif font inside a white rectangular frame.The logo for GP PHARMA, with "GP" in a bold, black, uppercase sans-serif font above "PHARMA" in a black, uppercase sans-serif font, separated by two diagonal lines.The logo for Lavipharm, featuring a stylized blue and white geometric icon to the left of the word "Lavipharm" in a blue, lowercase sans-serif font.The logo for MAVROGENIS, with a stylized green and blue "M" icon above the word "MAVROGENIS" in a blue, uppercase sans-serif font.The logo for RAFARM, featuring a dark blue circular icon with white diagonal lines and a white teardrop shape, with the word "RAFARM" in a bold, white, uppercase sans-serif font.The logo for RECORDATI, with a stylized red and white geometric icon to the left of the word "RECORDATI" in a bold, black, uppercase sans-serif font.The logo for Solution Medical care, with "Solution" in a bold, blue, uppercase sans-serif font and "Medical care" in a smaller, orange and blue, lowercase sans-serif font below it.The logo for WinMedica, with "WinMedica" in a blue, lowercase sans-serif font.

Abstracts



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Π1. NONRAPILLARY PRONE ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY (ECIRS): Η ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Καλληδώνης Παναγιώτης¹, Σπίνος Θεόδωρος¹, Τατάνης Βασίλειος¹, Λιάτσικος Ευάγγελος¹, 1Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Ρίο.

Σκοπός: Η Ενδοσκοπική Συνδυαστική Ενδονεφρική Χειρουργική (ECIRS) παρέχει τη δυνατότητα ταυτόχρονης ανιούσας και διαδερμικής πρόσβασης στο ανώτερο ουροποιητικό σύστημα. Ο κύριος στόχος της ECIRS είναι η επίτευξη του μεγίστου ποσοστού ελεύθερου λίθου (SFR) σε μία μόνο συνεδρία. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα, πρακτικές συμβουλές και κόλλα καθώς και τις τροποποιήσεις της τεχνικής μας, που προκύπτουν από την 5ετή εμπειρία μας με την ECIRS.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα δεδομένα 62 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ECIRS, μεταξύ Ιανουαρίου 2019 και Νοεμβρίου 2023, συλλέχθηκαν κι αναλύθηκαν. Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν σε ηρνήθ θέση. Τα κριτήρια συμπερίληψης ήταν περίπλοκες περιπτώσεις λιθίας με λίθους σε πολλαπλούς κάλυκες που απαιτούσαν είτε πολλαπλές προσβάσεις είτε πολλαπλές συνεδρίες. Το Lithoclast Trilogy® χρησιμοποιήθηκε για την διαδερμική λιθοτριψία σε όλες τις περιπτώσεις. Η ανιούσα λιθοτριψία έγινε είτε με Holmium-YAG laser, είτε με Thulium Fiber Laser (TFL).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν ήταν $54,4 \pm 12,39$ έτη, ενώ το μέσο μέγεθος των λίθων ήταν $39,03 \pm 13,93$ mm. Το 24,2% των ασθενών είχαν μερικούς ή πλήρεις κοραλλιοειδείς λίθους, ενώ 13 ασθενείς είχαν ανατομικές νεφρικές ανωμαλίες. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ήταν $51,23 \pm 17,75$ λεπτά. Το 79% των περιστατικών διενεργήθηκαν με Holmium-YAG laser, ενώ το υπόλοιπο 21% έγιναν με TFL. Το πρωτογενές SFR ήταν 83,8% και τα τελικά SFR ήταν 90,3%. Συνολικά, εννιά ασθενείς παρουσίασαν μετεγχειρητικές επιπλοκές, οι οποίες ήταν όλες βαθμού II, σύμφωνα με την ταξινόμηση Clavien-Dindo. Το Holmium-YAG laser, κατά τη διάρκεια της ανιούσας λιθοτριψίας, συσχετίστηκε με σημαντικά μικρότερο χειρουργικό χρόνο, σε σύγκριση με το TFL.

Συμπεράσματα: Η nonrapillary prone ECIRS είναι μια εφικτή, ασφαλής κι αποτελεσματική τεχνική για ασθενείς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά λιθίας κι ανατομίας. Η διενέργεια περισσότερων και καλά σχεδιασμένων μελετών κρίνεται απαραίτητη, ώστε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Π2. ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ ΕΚ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ

Σπίνος Θεόδωρος¹, Γούτας Δημήτριος¹, Δρίβα Τατιάνα¹, Γακιοπούλου Χαρίκλεια¹, Αγογιάννης Γεώργιος¹, Λάζαρης Ανδρέας¹.

1Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής - «Λαϊκό» Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Σκοπός: Οι όγκοι εκ γεννητικών κυττάρων των όρχεων (TGCTs) συνιστούν τους πιο συχνούς συμπαγείς όγκους σε νεαρούς ενήλικες άνδρες. Ανεξάρτητα από τις διαφορές στο κύτταρο προέλευσής τους, όλοι οι TGCTs θεωρούνται εξαιρετικά ιάσιμοι όγκοι. Ωστόσο, περίπου το 3-5% όλων των TGCTs και το 10-15% των αρχικά προχωρημένων TGCTs δεν ανταποκρίνονται στη χορηγούμενη χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα συχνά το θάνατο. Σκοπός της εργασίας μας είναι η αναζήτηση ιστικών προβλεπτικών δεικτών στους TGCTs, διερευνώντας την ανοσοϊστοχημική έκφραση των δεικτών MLH1 και REV-7.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα βασικά δημογραφικά και κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά 64 ανδρών με TGCTs ελήφθησαν αναδρομικά από δύο μεγάλες Ογκολογικές Κλινικές στην Ελλάδα. Τόσο ασθενείς με χημειοεαυαίσθητη όσο κι ασθενείς με χημειοανθεκτική νόσο συμπεριλήφθησαν στη μελέτη. Οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε ορχεκτομή από το 2007 έως και το 2022, σε πέντε μεγάλα Κέντρα στην Ελλάδα.

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 31 σεμινώματα και 33 μη σεμινωματοειδείς όγκοι. 48 ασθενείς είχαν χημειοεαυαίσθητη νόσο, ενώ 16 είχαν χημειοανθεκτική νόσο. Σε 53 παρασκευάσματα η ανοσοϊστοχημική έκφραση του MLH1 ήταν διατηρημένη στους πυρήνες των καρκινικών κυττάρων, ενώ σε 11 παρασκευάσματα σημειώθηκε απώλεια της έκφρασης του MLH1. Η έκφραση του MLH1 συσχετίστηκε σημαντικά μόνο με την ηλικία των ασθενών και όχι με τη χημειοανθεκτικότητα. 8 στους 16 ασθενείς (50,0%) με χημειοανθεκτική νόσο και 8 στους 48 ασθενείς (16,7%) με χημειοεαυαίσθητη νόσο είχαν θετική έκφραση του δείκτη REV-7. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική. Επιπλέον, η θετική έκφραση του REV-7 συσχετίστηκε σημαντικά με διάφορες κλινικοπαθολογικές παραμέτρους καθώς και με την πρόγνωση και την επιβίωση των ασθενών.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας υποδηλώνουν ότι η ανοσοϊστοχημική έκφραση του REV-7 θα μπορούσε ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί ως προβλεπτικός ιστικός δείκτης για τους TGCTs. Η διενέργεια περισσότερων και καλά σχεδιασμένων μελετών σε μεγαλύτερους πληθυσμούς ασθενών κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Abstracts

Π3.Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗ IN SITU ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (GCNIS) ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΩΝ ΟΡΧΕΩΝ. ΜΙΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τατάνης Β.1, Βερούτης Δ.2, Παντελής Π.2, Θεοχάρους Γ.2, Σαρλάνη Ε.3, Γεωργίου Α.3, Καβαντζάς Ν.3, Κοτσιάνας Α.2, Αδαμάκης Ι.4

1. Ουρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα
2. Εργαστήριο Ιστολογίας-Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- 3.Α' Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- 4.Α' Πανεπιστημιακή Ουρολογική Κλινική Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α «Λαϊκό», Αθήνα

Σκοπός: Η in situ νεοπλασία γεννητικών κυττάρων (GCNIS) αποτελεί μια σημαντική προκαρκινική κατάσταση που συνοδεύει την πλειοψηφία των όγκων γεννητικών κυττάρων του όρχεος. Η παρουσία και συμβολή των γηρασμένων κυττάρων στις προκαρκινικές βλάβες είναι καλά τεκμηριωμένη. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να προσδιορίσει την παρουσία και τον πληθυσμό των γηρασμένων κυττάρων τόσο στις προκαρκινικές καταστάσεις όσο και σε διαφορετικούς ιστολογικούς τύπους καρκίνου του όρχεος.

Υλικό και Μέθοδοι: Πρόκειται για μια αναδρομική πειραματική μελέτη που περιλαμβάνει ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ορχεκτομή λόγω όγκων των όρχεων μεταξύ της περιόδου 2011 και 2019. Χρησιμοποιήθηκαν κύβιοι παραφίνης με ιστοτεμάχια από όρχεις που συμπεριελάμβαναν ταυτόχρονα καρκινικές, προκαρκινικές και φυσιολογικές δομές. Τομές των 4 mm από αυτά τα δείγματα εξετάστηκαν με ανοσοϊστοχημεία με τους ακόλουθους δείκτες: GL13 για την κυτταρική γήρανση, p21Waf1/Cip1 για την αναστολή του κυτταρικού κύκλου και Ki-67 για τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό.

Αποτελέσματα: Από ένα σύνολο 30 ασθενών που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή τη μελέτη, δεκατρείς (43.3%) έπασχαν από σεμίνωμα με μέσο ποσοστό συνολικής κυτταρικής γήρανσης 24.747.1%. Στις ομάδες των εμβρυικών καρκινωμάτων συμπεριλήφθηκαν εννέα (30%) ασθενείς με μέσο ποσοστό 7.466.82% γηρασμένων κυττάρων. Ένας (3.3%) ασθενής έπασχε από χονδροσάρκωμα στο οποίο ανιχνεύθηκε 9.1% των κυττάρων GL13+. Τέσσερις (13.4%) ασθενείς έπασχαν από τεράτωμα και τρεις (10%) από όγκου του λεκικτικού σάκου, ενώ η μέση ολική κυτταρική γήρανση ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 6.91.8% και 6.061.79% αντίστοιχα. Επιπλέον, η χρώση GL13 ήταν ελάχιστη στον φυσιολογικό ιστό (1.180.9%), έντονα θετική στο GCNIS (12.249.66%) και μειωμένη στους όγκους των όρχεων (1.361.28%).

Συμπεράσματα: Η κυτταρική γήρανση ανιχνεύθηκε τόσο σε in situ νεοπλασία γεννητικών κυττάρων όσο και σε καρκίνο των

όρχεων. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με τις προκαρκινικές βλάβες, ενώ υπάρχει διαστρωμάτωση ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου του όρχεος.

Π4. ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΥΠΟΔΥΟΜΕΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΟΛΙΚΟΥ ΝΕΦΡΟΥ: ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σκρεπέτης Μενέλαος, Θεοφιλάκος Θεόδωρος, Κούλης Λάζαρος, Ζιούτος Κωνσταντίνος, Παπανδρέου Χρήστος. Σκρεπέτης Κωνσταντίνος

Ουρολογική Κλινική, ΓΝ Μεσσηνίας, ΝΜ Καλαμάτας

Σκοπός: Η ρήξη του ανευρύσματος της νεφρικής αρτηρίας αποτελεί μια πολύ σπάνια κλινική οντότητα αλλά πολύ σοβαρή επιπλοκή και χρήζει άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης. Τα συμπτώματα αυτής της σπάνιας επείγουσας κλινικής κατάστασης υποδύονται σε ένα σημαντικό ποσοστό την κλινική συμπτωματολογία του κολικού του νεφρού. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να παρουσιαστεί μια περίπτωση ρήξης ανευρύσματος δεξιάς νεφρικής αρτηρίας υποδύομενη συμπτωματολογία κολικού του σύστοιχου νεφρού και η διαχείριση και η αντιμετώπιση της στην Ουρολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

Υλικό-Μέθοδος: Ασθενής ηλικίας 51 ετών είχε επισκεφθεί νοσοκομείο όμορου νομού αιτώμενος συμπτωματολογία κολικού νεφρού. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε μικροσκοπική αιματουρία, Ht 31% ενώ ο λοιπός έλεγχος και η α/α NOK ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε ως κολικός ΔΕ νεφρού και συνεστήθη απεικονιστικός έλεγχος με U/S και NonContrastCT άνω-κάτω κοιλίας. Το U/S δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ στη NCCT scan περιγράφονται ευμεγέθεις υπέρπυκνες συλλογές στον οπισθοπεριτοναϊκό και ηπατονεφρικό χώρο και διάταση της δεξιάς νεφρικής φλέβας. Ο ασθενής λόγω της εμμένουσας συμπτωματολογίας και των απεικονιστικών ευρημάτων διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Ο ασθενής υποβλήθηκε άμεσα σε επείγουσα σπειροειδή CT τριών φάσεων στην οποία αναδείχθηκε σακκοειδές, ατρακτοειδές ανευρύσμα στην δεξιά νεφρική αρτηρία που επεκτεινόταν μέχρι την πύλη του σύστοιχου νεφρού, νεφρική ισχαιμία και συνοδό εκτεταμένο περινεφρικό αιμάτωμα που διηθούσε μέχρι τον υπατονεφρικό χώρο. Ο ασθενής οδηγήθηκε άμεσα στο χειρουργείο και υποβλήθηκε σε δεξιά νεφρεκτομή με απολίνωση της σύστοιχης νεφρικής αρτηρίας επί υγιούς ιστού εγγύς της αορτής και παροχέτευση του αιματώματος.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την 6^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε εικόνα διαχωριστικού ανευρύσματος της νεφρικής αρτηρίας με ινομυώδη δυσπλασία του μέσου χιτώνα και ισχαιμικού τύπου έμφρακτα στο νεφρικό παρέγχυμα.

Συμπέρασμα: Σε περιπτώσεις με εμμένουσα

Abstracts

συμπτωματολογία κολικού νεφρού και με μη σαφή διάγνωση στο US και στην NCCT scan είναι αναγκαίο οι ασθενείς να υποβάλλονται άμεσα σε CT τριών φάσεων με ανασύσταση των εικόνων. Η CT τριών φάσεων παρέχει έγκαιρη και ακριβή διάγνωση της νόσου και ταυτοχρόνως λεπτομερή τοπογραφική απεικόνιση των ανατομικών δομών της πάσχουσας περιοχής. Μολονότι της σημαντικής προόδου των ενδοαγγειακών τεχνικών στην αντιμετώπιση αυτών των επιπλεγμένων περιπτώσεων, η χειρουργική προσέγγιση αποτελεί ακόμη θεραπεία εκλογής σε περιπτώσεις με ρήξη ανeurύσματος νεφρικής αρτηρίας που επεκτείνονται μέχρι της πύλης του νεφρού και συνοδεύονται με νεφρικό έμφρακτο ή σοβαρού βαθμού ισχαιμία του νεφρού.

Π5. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΒΙΟΑΠΟΡΡΟΦΟΥΜΕΝΟΥ ΟΥΡΗΘΡΙΚΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΠΟΛΥΚΑΠΡΟΛΑΚΤΟΝΗΣ (UROLOL TM) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΟΥ ΕΩΣ ΜΕΤΡΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ

Δρόσος Κ, Κόλβατζης Μ., Γάτσος Σ., Καλαϊτζή Μ., Αποστολίδης Α.

Β' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ – Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Σκοπός: Η αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων έπειτα από χρήση ενός εξ ολοκλήρου βιοαπορροφώμενου ουρηθρικού εμφυτεύματος (Urolool™) σε γυναίκες με ήπιου έως μετρίου βαθμού ακράτειας.

Υλικό και μέθοδοι: Παρουσιάζουμε τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα από την πιλοτική χρήση του Urolool™ σε 5 γυναίκες ασθενείς με ήπιου έως μετρίου βαθμού ακράτεια προσπαθείας ή μεικτού τύπου χωρίς πρόπτωση πυελικών οργάνων. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε ασκήσεις πυελικού εδάφους χωρίς βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Η μέθοδος εφαρμόστηκε με τοπική αναισθησία είτε απλής ενδοουρηθρικής έγχυσης λιδοκαΐνης είτε σφιγκτηριακής ένεσης λιδοκαΐνης, σε συνθήκες εξωτερικών ιατρείων, με καλή ανεκτικότητα από τις ασθενείς. Οι εγχύσεις Urolool™ διενεργήθηκαν από 02.2023 έως 05.2023 και οι ασθενείς αξιολογήθηκαν από έξι έως και δέκα μήνες μετά την θεραπεία.

Αποτελέσματα: 80 % (4/5) των ασθενών ανέφερε πλήρη ίαση της ακράτειας στις έξι εβδομάδες με διατήρηση του αποτελέσματος έως και 10 μήνες μετά την έγχυση. Σε μία ασθενή με αποτυχία απάντησης στη θεραπεία και η οποία είχε λάβει μικρότερη δόση (2ml έναντι 3ml) τοποθετήθηκε ταινία ακράτειας. Δύο ασθενείς παρουσίασαν ήπια δυσουρία μετεγχειρητικά, η οποία υποχώρησε προοδευτικά στη διάρκεια μιας εβδομάδας.

Συμπεράσματα: Το Urolool™ είναι μια ελάχιστα επεμβατική θεραπεία, που στην πιλοτική αυτή μελέτη καταδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματική βραχυπρόθεσμα σε γυναίκες με ήπιου έως μετρίου βαθμού ακράτεια προσπαθείας ή μεικτού τύπου, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται σε ασκήσεις πυελικού εδάφους.

Π6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΓΗ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΩΝ ΕΓΧΥΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ VESSILEN® (ADELMIDROL 2% + HYALURONIC ACID 0,1%) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΕΣ ΚΥΣΤΙΤΙΔΕΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Κόλβατζης Μ., Δρόσος Κ., Γάτσος Σ., Καλαϊτζή Μ., Αποστολίδης Α.

Β' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ – Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Σκοπός: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έπειτα από ενδοκυστική έγχυση Vessilen σε ασθενείς με υποτροπιάζουσες μικροβιακές κυστίτιδες, σύνδρομο επώδυνης κύστης, χημική κυστίτιδα κατά την αντικαρκινική θεραπεία και μετακτινική κυστίτιδα.

Υλικό και μέθοδοι: Παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα από την πιλοτική προοπτική χρήση του Vessilen σε 9 ασθενείς (7 γυναίκες) με υποτροπιάζουσες κυστίτιδες ανεξαρτήτου αιτιολογίας. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε καλλιέργεια ούρων και κυστεοσκόπηση και τους χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή ανάλογα με το αποτέλεσμα της καλλιέργειας. Η μέθοδος εφαρμόστηκε με τοπική αναισθησία απλής ενδοουρηθρικής έγχυσης λιδοκαΐνης, σε συνθήκες εξωτερικών ιατρείων, με καλή ανεκτικότητα από τους ασθενείς. Οι εγχύσεις Vessilen διενεργήθηκαν από 04.2023 έως 01.2024 σε εβδομαδιαία βάση. Ο στόχος της θεραπείας είναι οι 8 εβδομαδιαίες ενδοκυστικές εγχύσεις χωρίς υποτροπή. Ως υποτροπή ορίστηκε η θετική καλλιέργεια ούρων και η συνοδός συμπτωματολογία ουρολοίμωξης.

Αποτελέσματα: 55 % (5/9) ολοκλήρωσαν την θεραπεία των 8 εβδομαδιαίων εγχύσεων έχοντας πλήρη ίαση. Σε μία ασθενή έγινε έναρξη αναμνηστικών μηνιαίων εγχύσεων. Τέσσερις ασθενείς (2 άνδρες και 2 γυναίκες) είχαν αποτυχία απάντησης της θεραπείας. Στον έναν χορηγήθηκε ενδοκυστική έγχυση BOTOX 200IU μετά την 3^η έγχυση, ενώ ο άλλος άνδρας ασθενής είχε παρουσιάσει σοβαρή BCG κυστίτιδα και παρά την προοδευτική βελτίωση των συμπτωμάτων στη διάρκεια των εγχύσεων υποβλήθηκε σε κυστεκτομή διάσωσης λόγω υποτροπής μετά την 8^η έγχυση Vessilen. Η μία γυναίκα ασθενής παρουσίασε έντονη συμπτωματολογία και θετική καλλιέργεια ούρων μετά την 8^η έγχυση και η άλλη παρουσίασε θετική καλλιέργεια ούρων στην 3^η έγχυση αλλά ολοκλήρωσε τις 8 εβδομαδιαίες παρουσιάζοντας σημαντική βελτίωση στην κλινική εικόνα σε συνδυασμό με την αρνητική καλλιέργεια ούρων.

Συμπεράσματα: Η ενδοκυστική έγχυση Vessilen είναι μια ελάχιστα επεμβατική θεραπεία, που στην πιλοτική αυτή μελέτη καταδείχθηκε ασφαλής και αποτελεσματική σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών με υποτροπιάζουσες κυστίτιδες οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται σε άλλη φαρμακευτική αγωγή. Απαιτείται διασταύρωση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και σε πιο μακροπρόθεσμη βάση.

Abstracts

Π7. ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΕΣΤ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΟΓΚΟ

Τσακαλδήμης Γεώργιος, Χουσεΐν Χουσεΐν, Διαμαντίδης Δημήτριος, Λαιλισίδης Σταύρος, Παναγιωτόπουλος Νικόλαος, Καφαλής Χαράλαμπος, Γιαννακόπουλος Στυλιανός, Καλαϊτζής Χρήστος.
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης /Ουρολογική κλινική.

Παραδοσιακά η διαστρωμάτωση κινδύνου και η διαχείριση ασθενών με εντοπισμένο προστατικό καρκίνο, βασίζεται σε μοντέλα με κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία ενσωματώνονται και στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Ωστόσο, πολυάριθμες μελέτες έδειξαν ότι οι τυπικές προγνωστικές κλινικοπαθολογικές μεταβλητές, όπως η βαθμολογία Gleason, το κλινικό στάδιο T και PSA δεν είναι πάντα τόσο ακριβείς στον εντοπισμό ασθενών με επιθετική νόσο.

Δημιουργήθηκε έτσι η ανάγκη ανάπτυξης και ενσωμάτωσης στην κλινική πράξη ενός νέου μοντέλου διαστρωμάτωσης κινδύνου με μεγαλύτερη αξιοπιστία.

Σήμερα μια ποικιλία από μοριακούς βιοδείκτες έχουν αναπτυχθεί, αξιολογούνται και διατίθενται στο εμπόριο με σκοπό την αξιολόγηση κινδύνου σοβαρής νόσου με μεγαλύτερη ακρίβεια καθώς και την εξατομικευμένη διαχείριση ασθενών με προστατικό καρκίνο.

Σε αυτή την ανασκόπηση αναλύονται βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση στη χρήση προγνωστικών μοριακών τεστ του όγκου στον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη και σχολιάζονται οι σχετικές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες με τις πρόσφατες αλλαγές.

Π8. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΝΕΦΡΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΑΣ

Ισαακ Φιλλιπίδης, Βασίλειος Σακαλής, Αστέριος Φώτας, Βασίλειος Σημαιοφορίδης, Συμεών Μαλακόζης, Μαΐστρος Ζάχος, Κωνσταντίνος Χατζηπουργάνης, Γεώργιος Παπαλιάς, Βασίλειος Τσιαχρής, Παρασκευάς Θουκιδίδης, Ιωάννης Τσιαργκλής, Ιωάννης Χαράλαμπος, Ευάγγελος Καραγιάννης, Ιωάννης Βούρος
Ουρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η βιοψία νεφρού απαιτείται για την διερεύνηση ενδογενούς νεφρικής νόσου αλλά και για την ιστολογική ταυτοποίηση ύποπτων νεφρικών εξεργασιών. Ο σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η διαγνωστική απόδοση και η ασφάλεια στη διενέργεια υπερηχογραφικά κατευθυνόμενων των βιοψιών νεφρού που πραγματοποιούνται στην Ουρολογική κλινική του Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο».

Υλικό και Μέθοδοι: Για τη μελέτη, ανατρέξαμε στις διαδερμικές βιοψίες νεφρού που διενεργήθηκαν στην κλινική μας από τις 01/01/2022 μέχρι την 31/12/2023. Το

πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η διαγνωστική απόδοση που ορίστηκε ως ο αριθμός των βιοψιών με σαφή ιστολογική διάγνωση. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν ο αριθμός των επιπλοκών, και η ανάγκη τροποποίησης της υπάρχουσας αγωγής. Σε όλους του ασθενείς η βιοψία διενεργήθηκε υπό τοπική αναισθησία και υπερηχογραφική καθοδήγηση με βελόνη βιοψίας 18G.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της μελέτης διενεργήθηκαν 27 διαδερμικές βιοψίες νεφρού υπό την καθοδήγηση υπερήχου. Από αυτές οι 18 ήταν για τη διερεύνηση νεφρολογικής πάθησης σε ενήλικες, 3 ήταν για τη διερεύνηση νεφρολογικής πάθησης σε παιδιά, και 6 για τη διερεύνηση νεοπλασίας του ανωτέρου ουροποιητικού. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 49,8 (7-75). Μόνο μια βιοψία δεν είχε σαφή ιστολογική διάγνωση (μη διαγνωστική). Η διαγνωστική ακρίβεια του δείγματος υπολογίστηκε στο 95% καθώς μόνο μια βιοψία δεν είχε σαφή ιστολογική διάγνωση (μη διαγνωστική). Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η διαδερμική βιοψία νεφρού μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια από τον γενικό ουρολόγο. Στις περιπτώσεις διερεύνησης νεφρικής νόσου θα πρέπει να πραγματοποιείται σε συνεργασία νεφρολόγους. Λόγω του κινδύνου αιμορραγίας συστήνεται ολιγόωρος κλινοστατισμός και ο τακτικός έλεγχος των ζωτικών σημείων.

Π9. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΣΟΥ PEYRONIE ΜΕ ΠΤΥΧΩΣΗ ΙΝΩΔΟΥΣ ΧΙΤΩΝΑ ΥΠΟ ΤΟΠΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Ισαακ Φιλλιπίδης, Βασίλειος Σακαλής, Αστέριος Φώτας, Βασίλειος Σημαιοφορίδης, Συμεών Μαλακόζης, Κωνσταντίνος Χατζηπουργάνης, Γεώργιος Παπαλιάς, Βασίλειος Τσιαχρής, Παρασκευάς Θουκιδίδης, Ιωάννης Τσιαργκλής, Ιωάννης Χαράλαμπος, Ευάγγελος Καραγιάννης, Ιωάννης Βούρος
Ουρολογική Κλινική, ΓΝΘ Ιπποκράτειο

Σκοπός: Η νόσος Peyronie είναι καλοήθης πάθηση που χαρακτηρίζεται από τον σχηματισμό μιας ανελαστικής πλάκας επί του ινώδους χιτώνα των σπυραγγωδών σωμάτων με αποτέλεσμα τη γνώνωση του πέους κατά τη στύση. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η μόνη ρεαλιστική θεραπεία της νόσου, και αναλόγως του βαθμού κάμψης συνίσταται σε τεχνικές πτύχωσης (plication) του ινώδους χιτώνα, εκτομής της πλάκας ή/και εφαρμογής μοσχεύματος. Ο στόχος της εργασίας είναι να μελετηθεί η ανεκτικότητα και η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης της ν. Peyronie με διενέργεια πτύχωσης υπό τοπική αναισθησία (πείκό block).

Υλικό και Μέθοδοι: Το πείκό block διενεργήθηκε με διήθηση 10ml λιδοκαΐνης 2% και 10ml ροπιβακαΐνης 0,75% στη βάση του πέους στοχεύοντας τα ραχιαία πείκα νεύρα και ακολούθησε ημιδακτυλιοειδής αποκλεισμός στην κοιλιακή επιφάνεια στοχεύοντας τις επιπολές αιρικές απολήξεις του περινεϊκού νέυρου. Επιπλέον, οι ασθενείς έλαβαν ενδοφλέβια αναλγησία με στάγδην έγχυση διαλύματος 250ml NaCl 0.9% με 1gr παρακεταμόλη και 50mg

Abstracts



τραμαδόλη. Η πτύκωση έγινε με τομή κλασικής περιτομής, κινητοποίησης του δαρτού και παρασκευής της περιτονίας του Bucks με χρήση διπολικής διαθερμίας. Ακολούθησε τεχνητή στύση με φυσιολογικό ορό για την αναγνώριση της κάμψης και στη συνέχεια έγινε πτύκωση με 3-0 μονόκλωνα απορροφήσιμα ράμματα.

Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το Visual assessment Scale (VAS) αμέσως μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης (διεχειρητικό σκορ) και στις 6 ώρες μετά (μετεχειρητικό σκορ). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του καταγράφηκαν οι ανάγκες τους σε αναλγησία, κινητοποιήθηκαν 2 ώρες μετά την επέμβαση και εξήλθαν την επόμενη ημέρα. Επανήλθαν 2 μήνες μετά την επέμβαση για επανέλεγχο και καταγράφηκε η υπολειμματική κάμψη και η σεξουαλική τους δραστηριότητα. Αποτελέσματα: Μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2023, έξι (6) ασθενείς με κάμψη πέους υποβλήθηκαν πλαστική αποκατάσταση πεικίης κάμψης υπό τοπική αναισθησία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 47 έτη (35-72). Η μέση τιμή γωνίωσης ήταν 60 μοίρες (45-70 μοίρες). Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 55 λεπτά (45-120 λεπτά). Το διεχειρητικό VAS σκορ ήταν 4.6 (3-7) ενώ το μετεχειρητικό σκορ 2.2 (1-4). Δύο ασθενείς έλαβαν επιπλέον αναλγησία με εφάπαξ δόση τραμαδόλης. Δεν παρατηρήθηκαν άμεσες χειρουργικές επιπλοκές όπως αιμορραγία ή φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος, όμως υπήρξε μια επώδυνη στύση. Το ως άνω περιγραφόμενο μπλοκ του πέους εξασφάλισε επαρκή τοπική αναισθησία σε όλες τις περιπτώσεις και δεν απαιτήθηκε επιπλέον αναλγησία διαχειρητικά.

Πέντε ασθενείς είχαν φυσιολογική σεξουαλική επαφή στις 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Η μέση τιμή διόρθωσης της κάμψης ήταν -40 μοίρες (-30 έως -55 μοίρες).

Συμπεράσματα: Η χειρουργική αντιμετώπιση της κάμψης πέους με πτύκωση του ινώδους χιτώνα υπό τοπική αναισθησία είναι εφικτή χειρουργικά και καλά ανεκτή από τους ασθενείς.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

P1. ΟΥΡΟΔΥΝΑΜΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (ΔΙΑΦΟΡΕΣ) ΜΕΤΑΞΥ ΑΕΕ ΚΑΙ N.PARKINSON

Μπελαντίης Χαράλαμπος, Επικ. Επιμ. Β, Τζουλάκης Σταύρος, Επιμ. Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης, Επιμ. Α, Χαιρέτης Ιωάννης, ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ, Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΝΗ)

ΣΚΟΠΟΣ: Ο ουροδυναμικός έλεγχος είναι αναπόσπαστο τμήμα στη διερεύνηση ασθενών με βλάβες από το ΚΝΣ και συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να συμπληρώνεται από το ιστορικό, ημερολόγιο ούρησης, υπερηχογραφικό έλεγχο με μέτρηση υπολείμματος, ουροροομετρία και αν δυνατό από βιντεοουροδυναμικό έλεγχο. Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ ΑΕΕ και N.PARKINSON είναι δυσδιάκριτες αλλά σημαντικές για την αντιμετώπιση και διατήρηση ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα κύρια συμπτώματα συχνουρίας επιτακτικότητα με ή χωρίς ακράτεια είναι κοινά σε ασθενείς με βλάβες του ΚΝΣ. Σε ΑΕΕ τα ουροδυναμικά ευρήματα στη φάση πλήρωσης είναι υπερδραστηριότητα του εξωστήρα, λόγω κατάργησης ανασταλτικών σημάτων από το ΚΝΣ, αυξημένη αισθητικότητα, μικρή χωρητικότητα και φυσιολογική διατασιμότητα. Στη φάση κένωσης η εξωστηριακή λειτουργία είναι φυσιολογική και η ούρηση συννεργική. Ανάλογα με την έκταση της βλάβης και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων μπορεί να υπάρχει νευρογενής κύστη ή όχι. Στη N.PARKINSON συμπτώματα και ευρήματα είναι ελάχιστα διαφορετικά. Στη φάση πλήρωσης παρατηρείται υπερδραστηριότητα του εξωστήρα αλλά όχι στο βαθμό που να προκαλεί επιτακτικότητα, είναι χαμηλότερης δύναμης οπότε και παρατηρείται συχνουρία. Υπάρχει αυξημένη αισθητικότητα, μικρή χωρητικότητα και φυσιολογική διατασιμότητα. Στη φάση κένωσης παρατηρείται φυσιολογικός ή υποδραστήριος εξωστήρας που οδηγεί σε χαμηλή ή διακοπτόμενη ούρηση και αίσθημα ατελούς κένωσης. Η συννέργια διατηρείται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ουροδυναμικός έλεγχος και η προσεκτική διερεύνηση μπορεί να διαφοροδιαγνώσει με ασφάλεια τις δύο κλινικές καταστάσεις (ΑΕΕ, N.PARKINSON) που προκαλούν τα ίδια συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Εξασφαλίζεται ακριβή και έγκαιρη διάγνωση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε κάθε βλάβη του ΚΝΣ λόγω καταστολής των ανασταλτικών σημάτων προς το κέντρο συντονισμού και έλεγχου της ούρησης σκοπός είναι η εξασφάλιση κύστης χαμηλών πιέσεων με τακτική πλήρη κένωση, γεγονός που αυξάνει την επιβίωση. Η εγκράτεια όταν εξασφαλίζεται αυξάνει την ποιότητα ζωής. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση

Abstracts

μπορούν να εξατομικεύσουν τη θεραπευτική στρατηγική (αντιχολινεργικά, β3-αγωνιστές, ΒΟΤΟΧ, διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί, α-blocker, ηλεκτροδιέγερση, σφιγκτηροτομή) ανάλογα με τα ουροδυναμικά ευρήματα κατά την εξέλιξη της πορείας νόσου.

P2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΌΡΧΙ ΜΕ ΈΜΦΑΣΗ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Μπελαντίς Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επιμ Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επιμ Α, Χαιρέτης Ιωάννης ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ
Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΝΗ)

ΣΚΟΠΟΣ: Παραδοσιακά κατά τη βιοψία του όρχι οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν την εκτέλεση εγκάρσιας τομής. Η τομή πραγματοποιείται στον ισημερινό του όρχι κατά μήκος της πλέον αναγείου γραμμής. Γεγονός που φαινομενικά παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια για την εξασφάλιση της φυσιολογικής αιμάτωσης του όρχι μετεγχειρητικά. Εναλλακτικά κατά το μεγαλύτερο άξονα (επιμήκης) τομή είναι όχι μόνο ασφαλής για τη μετεγχειρητική εξασφάλιση της αιμάτωσης αλλά και πλέον αποτελεσματική για τη λήψη υλικού προς βιοψία η άμεση μικροσκόπηση σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι όρχεις σε φυσιολογικούς άνδρες έχουν οβάλ σχήμα με όγκο 15-25 ml. Το μήκος τους κατά το μεγαλύτερο άξονα κυμαίνεται 4.5-5,1 cm. Το παρέγχυμα διακρίνεται σε δυο τμήματα το σωληνοειδές και το διάμεσο τμήμα. Το σωληνοειδές αντιπροσωπεύει 60-70% του συνολικού ορχικού όγκου και απαρτίζεται από 250-300 λοβούς. Κάθε λοβός περιέχει 1-3 περιελιγμένα σπερματοφόρα σωληνάκια εντός των οποίων γίνεται η σπερματογένεση. Το μήκος κάθε σωληναρίου κυμαίνεται 30-80 cm και τα άκρα του είναι ανοιχτά εντός του μεσαυλίου. Η αιμάτωση του όρχι προέρχεται από 3 κύριες αρτηρίες, την ορχική που είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής και εκβάλλει ακριβώς κάτωθεν της νεφρικής αρτηρίας. Δεύτερη αρτηρία είναι η κρεμαστήριος, κλάδος της κάτω επιγάστριο αρτηρίας και διακλαδίζεται από αυτή κοντά στο έσω βουβωνικό στόμιο και τρίτη αρτηρία είναι η του σπερματικού πόρου κλάδος της κάτω κυστικής αρτηρίας. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι και οι 3 αρτηρίες εισέρχονται εντός του παρεγχύματος και αναστομώνονται μεταξύ τους στον κάτω πόλο στην οπίσθια επιφάνεια του όρχι. Κάθε λοβός λαμβάνει αιμάτωση από ένα μόνο τμηματικό αρτηριακό κλάδο που καταλήγει στην αντίστοιχη λοβιακή και τοξοειδή αρτηρία από όπου ξεκινά το φλεβικό δίκτυο διαμέσου της τριχοειδικής κυκλοφορίας στο επίπεδο του μεσαυλίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Νεότερα δεδομένα με τρισδιάστατη απεικόνιση της αρχιτεκτονικής δομής και αιμάτωσης του όρχι συμπεραίνουν ότι η επιμήκης τομή στην πρόσθια επιφάνεια του όρχι είναι ασφαλής και αποκαλύπτει σχεδόν εξ ολοκλήρου το ορχικό παρέγχυμα. Το ορχικό παρέγχυμα

αποκαλύπτεται όπως ακριβώς οι σελίδες ενός βιβλίου (OPEN BOOK) γεγονός που επιτρέπει την ανεύρεση με μεγαλύτερη ευκολία των πλέον κατάλληλων σπερματοφόρων σωληναρίων, χωρίς να διακινδυνεύετε η αιμάτωση ή αλλοίωση της αρχιτεκτονικής του όρχι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ Η επιμήκης τομή αποτελεί ασφαλή εναλλακτική προσέγγιση για τη λήψη σπερματοφόρων σωληναρίων όχι μόνο για βιοψία αλλά και για την ανεύρεση σπερματοζωαρίων απαραίτητων για τη πραγματοποίηση ιατρικός υποβοηθούμενων μεθόδων αναπαραγωγής. Σε κάθε περίπτωση απαιτούνται λεπτοί χειρισμοί, επαρκής αιμόσταση και εφαρμογή κανόνων μικροχειρουργικής (μεγέθυνση, διπολική μικροδιαθερμία).

P3. ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.

Μπελαντίς Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επιμ Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επιμ Α, Χαιρέτης Ιωάννης ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ
Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΓΝΗ).

ΣΚΟΠΟΣ: Σε ζευγάρια με αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης <12 μηνών ο ανδρικός παράγοντας ευθύνεται κατά 50%. Στο 20-30% υπάρχει ανεξήγητη ιδιοπαθής υπογονιμότητα, με κύρια αιτία το οξειδωτικό στρες (ΟΣ). Τα σπερματοζωάρια είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στη δράση των ελεύθερων ριζών οξυγόνου ιδιαίτερα σε ολιγοσθενοτερατοζωοσπερμίας. Παράγοντες υπεύθυνοι για την εμφάνιση ΟΣ είναι ποικίλοι όπως ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, άγχος, παχυσαρκία, ηλικία και διατροφή), περιβαλλοντικοί (θερμοκρασία, ρύπανση, βαρέα μέταλλα, φθαλικά, τζιανιοκτόνα), φλεγμονή (συστηματική και γεννητικής οδού), αυτοάνοσα, ιατρογενείς, ορχικοί (κίρσοκίλη, κρυπορχία, τραύμα, συστροφή), χρόνια νοσήματα, λήψη φαρμακευτικών ουσιών και ιδιοπαθείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πολυάριθμες μελέτες έχουν γίνει για την αξιολόγηση της αντιοξειδωτικής δράσης διαφόρων στοιχείων, μετάλλων, μορίων και βιταμινών. Το συνένζυμο Q10 με καθημερινή λήψη 600 mg αύξησε το ποσοστό εγκυμοσύνης κατά 34% με ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στην κινητικότητα, μορφολογία και στη συγκέντρωση των σπερματοζωαρίων. Η Βιταμίνη C αν και έχει μελετηθεί σε συνδυασμό με την βιταμίνη E φαίνεται να επιδρά θετικά στη μείωση κατάτμησης DNA, με θετική επίδραση έναντι της λιπιδικής υπεροξειδωσης και αποτροπή συγκόλλησης των σπερματοζωαρίων. Η Βιταμίνη E ως μονοθεραπεία έχει ευεργετική επίδραση στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και σε συνδυασμό με την κιτρική κλομιφέν αυξάνει την προς τα εμπρός κίνηση (ενδυνάμωση) των σπερματοζωαρίων, αυξάνοντας το ποσοστό επίτευξης εγκυμοσύνης από 13% σε 36.7%. Η γλουταθειονίνη παρουσιάζει φτωχή απορρόφηση από το πεπτικό για αυτό και χορηγείτε ενδομυϊκά θεωρείται ως το πιο ισχυρό αντιοξειδωτικό που έχει μελετηθεί με θετική επίδραση στη μορφολογία και στις λειτουργικές

Abstracts

παραμέτρους (μετακίνηση εντός της τραχηλικής βλέννας, ενίσχυση ακρωσωμικής αντίδρασης, σύζευξη με το ωάριο) των σπερματοζωαρίων. Οι καρνιτίνες φυσιολογικά έχουν ως και 2000 φορές μεγαλύτερη συγκέντρωση στην επιδιδυμίδα από ότι στο πλάσμα και η καθημερινή χορήγηση 2 gr βελτίωσε σημαντικά τη συγκέντρωση και κινητικότητα των σπερματοζωαρίων ακόμη και σε άνδρες με IV βαθμού κίρσοκλήη. Ο ψευδάργυρος θεωρείται ότι αυξάνει σημαντικά τη συγκέντρωση των σπερματοζωαρίων, τη στεροειδογένεση με αύξηση σύνθεσης και βιοδιαθεσιμότητα της τεστοστερόνης και συμβάλει στην ακεραιότητα του DNA, συμπύκνωση και σταθεροποίηση της χρωματίνης (βελτίωση του DFI). Το φυλλικό οξύ ως μονοθεραπεία δεν φαίνεται να έχει θετική επίδραση σε παραμέτρους των σπερματοζωαρίων αλλά σε συνδυασμό με τον ψευδάργυρο αυξάνει την συγκέντρωση και κινητικότητα αυτών. Επίσης το λυκοπένιο έχει μελετηθεί με θετική επίδραση στην κινητικότητα και συγκέντρωση των σπερματοζωαρίων. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα ω-3 αυξάνουν τη δράση των ενζυμικών αντιοξειδωτικών μηχανισμών. Επιπλέον έχει μελετηθεί το σελήνιο ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες, με ήπια αύξηση στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και σε κάθε περίπτωση λιγότερο από το συνένζυμο Q10. Η Ν-ακέτυλο κυστεΐνη 600 mg καθημερινά έχει θετική επίδραση στη ζωτικότητα και η πεντοξυφυλλίνη 400 mg δύο φορές την ημέρα συμβάλει στην βελτίωση της ακρωσωμικής αντίδρασης και σύζευξης του σπερματοζωαρίου με το ωάριο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη διαφόρων ουσιών ως προς την αντιοξειδωτική τους δράση παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια. Δεν υπάρχει κοινή μεθοδολογία, και στατιστική ανάλυση. Στις περισσότερες μελέτες υπολογίζεται το ποσοστό επίτευξης εγκυμοσύνης αλλά όχι και το ποσοστό ζωντανών γεννήσεων, γεγονός που δεν επιτρέπει την μετά-ανάλυση αυτών. Σε κάθε περίπτωση παρατηρείται βελτίωση των παραμέτρων των σπερματοζωαρίων αλλά μόνο σε άνδρες με ιδιαίτερα σοβαρή oligoασθενερατοζωοσπερμία, χωρίς να ξεπερνούν τα κατώτερα όρια αναφοράς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το οξειδωτικό στρες αποτελεί σοβαρό παράγοντα ανδρικής υπογονιμότητας. Η χρήση αντιοξειδωτικών φαίνεται να βελτιώνει την κινητικότητα, συγκέντρωση και μορφολογία των σπερματοζωαρίων κυρίως σε άνδρες με σοβαρή oligoασθενερατοζωοσπερμία. Καλύτερα αποτελέσματα παρουσιάζονται από τη συνδυαστική χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών από 3 έως και πάνω από 6 μήνες θεραπείας. Η θεραπεία θα πρέπει να εξατομικεύεται, να αντιμετωπίζεται ο κύριος παράγοντας (φλεγμονή, κίρσοκλήη, τραύμα, κρυφορχία, συστηματικό νόσημα), να συστήνεται αλλαγή τρόπου ζωής, αποφυγή περιβαλλοντικών παραγόντων και συνδυαστική χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών. Χρήσιμες θα ήταν επιπλέον μελέτες με κοινή μεθοδολογία και στατιστική ανάλυση.

P4. ΑΠΟΤΡΟΠΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ.

Μπελαντής Χαράλαμπος **Επικ.Επιμ. Β**, Τζουλάκης Σταύρος **Επιμ.Α**, Τζωρτζακάκης Δημήτρης **Επιμ.Α**, Χαιρέτης Ιωάννης **ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ**
Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΠΝΗ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση αντιβιοτικών σε επεμβάσεις προσθετικής στην ουρολογία εξακολουθεί να είναι θέμα αντιπαράθεσης. Τα δεδομένα ως τώρα προέρχονται από μελέτες άλλων ιατρικών ειδικοτήτων όπως από τη γενική χειρουργική (πλαστική αποκατάσταση βουβωνοκήλης με πλέγμα) και την ορθοπεδική σε επεμβάσεις αρθροπλαστικής με χρήση προσθετικών υλικών. Αντίστοιχες μελέτες στην ουρολογία για επεμβάσεις τοποθέτησης πείκας πρόθεσης ή τεκντού σφιγκτήρα είναι ελάχιστες.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Κύρια πηγή επιμόλυνσης σε προσθετικές ουρολογικές επεμβάσεις είναι το δέρμα και το ουροποιοτικό (ενεργός ουρολοιμώση). Η λήψη καλλιέργειας ούρων είναι επιβεβλημένη αν και αρκετοί χειρουργοί λαμβάνουν επιπλέον και ρινικές καλλιέργειες από τον ασθενή προς αποκλεισμό *staphylococcus aureus*. Τα ως τώρα δεδομένα συστήνουν τη χρήση αντιβιοτικών τουλάχιστον 1 ώρα πριν και 24 ώρες μετά την επέμβαση. Τα αντιβιοτικά σκευάσματα θα πρέπει να καλύπτουν τα πλέον αναμενόμενα βακτήρια και να δίνονται συνδυαστικά. Gram-, Gram+ και αναερόβια θεωρούνται τα πλέον κοινά μικρόβια, αν και σε ορισμένα κέντρα δίνονται επιπλέον και αντιμυκητιασικά σκευάσματα. Οι συνδυασμοί που προτείνονται είναι aminoglycoside ή aztreonam σε περίπτωση ΧΝΑ σε συνδυασμό με κεφαλοσπορίνη δεύτερης ή τρίτης γενεάς ή vancomycin. Εναλλακτικά μπορεί να δοθεί Ampicillin-sulbactam ή Piperacillin-Tazobactam. Η λήψη αντιβιοτικής αγωγής εμπειρικά συστήνεται και μετά το εξιτήριο, συνήθως με trimethoprim/sulfamethoxazole ή doxycycline. (αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι σαφείς). Σε κάθε περίπτωση λαμβάνονται επιπλέον μέτρα όπως 3-5 ημέρες προ της επέμβασης πλύσιμο έξω γεννητικών και σώματος με ισχυρό αντισηπτικό, προετοιμασία περιοχής εντός του χειρουργείου και απολύμανση αυτής με chlorhexidine-alcohol ως πλέον κατάλληλου σε σχέση με το povidone iodine, χρήση επιπλέον αποστειρωμένων οθωνιών ώστε να αποτραπεί η επαφή της πρόθεσης με το δέρμα, παρουσία ελάχιστου προσωπικού εντός της αίθουσας και αποφυγή εισόδου μη σχετικού προσωπικού, ελαχιστοποίηση του χειρουργικού χρόνου και συνεχή έκλυση του χειρουργικού πεδίου με αντιβιοτικό διάλυμα Rifampicin ή Bacitracin 100.000 units. Εναλλακτικά δίνεται Nebacetin (Bacitracin και Neomycin) 2 amp σε 500 ml 0,9% φυσιολογικό ορό. Συστήνεται γλυκαμικός έλεγχος και ρύθμιση σακχάρου αίματος σε διαβητικούς ασθενείς. Χρήση προθέσεων με αντιβιοτικό περίβλημα (InhibiZone)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η λοίμωξη σε επέμβαση προσθετικής ουρολογίας έχει καταστρεπτικές συνέπειες. Αποτελεί σαφή ένδειξη για αντικατάσταση της τεκντής συσκευής 6-12

Abstracts

εβδομάδες μετά την επιτυχή αντιμετώπιση της. Προκαλεί διάβρωση και ρήξη σπραγγωδών σωμάτων, νέκρωση πέους, βαλάνου, χρόνιο πόνο, σχηματισμό ψευδοκάψας, σοβαρή ίνωση και βράχυνση πέους ως και γάγγραινα. Σε κάθε περίπτωση η επανατοποθέτηση πρόθεσης πέους μετά από λοίμωξη που οδηγεί σε ίνωση είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αποτροπή λοίμωξη σε κάθε επέμβαση προσθετικής στην ουρολογία είναι επιβεβλημένη. Αποτελεί το σοβαρότερο θέμα για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών. Το είδος και η διάρκεια της αντιβιοτικής αγωγής στηρίζεται σε εμπειρικά στοιχεία και δεδομένα από άλλες ιατρικές ειδικότητες χωρίς επαρκή τεκμηρίωση. Συνεπώς απαιτούνται αντίστοιχες μελέτες που να εστιάζουν στην προσθετική ουρολογία για καλύτερη δυνατή χρήση της αντιβιοτικής αγωγής.

P5. ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ (RI) ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΝΕΦΡΟΥ

Μπελαντής Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επim Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επim Α, Χαιρέτης Ιωάννης Δ/ΝΤΗΣ ΕΣΥ

Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠNH).

ΣΚΟΠΟΣ: Ο νεφρός είναι όργανο με τελική αιμάτωση. Το έγχρωμο Doppler και η μέτρηση του δείκτη αντίστασης RI αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο για τη διαφορική διάγνωση παθολογικών καταστάσεων και στένωσης νεφρικής αρτηρίας που επηρεάζουν τη νεφρική αιματική ροή. Χαρακτηριστικά ο κατά λεπτό όγκος αίματος είναι 600- 650 ml /min για κάθε νεφρό και ο RI έχει τιμή < 0,70 cm/sec με PSV 100 +/- 20 cm/sec.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι λοβιαίες αρτηρίες είναι πλέον αξιόπιστες για την εφαρμογή της μεθόδου και μέτρησης RI = PSV-EDV/EDV. Σε ONA προνεφρικής αιτιολογίας ο RI είναι σημαντικός στη διαφορική διάγνωση μεταξύ λειτουργικής και συστηματικής αιτιολογίας. Σε λειτουργική αιτιολογίας ONA (αγγειίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, απόρριψη μοσχεύματος, ισχαιμία) παρατηρείται αυξημένος RI > 0.75 ml/sec. Σε μετανεφρικά αίτια ο RI είναι αξιόπιστος δείκτης στη διάγνωση μεταξύ αποφρακτικής και μη ONA. Παρουσιάζεται αυξημένος RI λόγω αυξημένων ενδονεφρικών πιέσεων σε αποφρακτικής αιτιολογίας ONA, διαγνωστική αξία που αυξάνει ακόμη περισσότερο με τη χορήγηση διουρητικών της αγκύλης. Σε XNA ο RI είναι αυξημένος σε παθήσεις που οδηγούν σε νεφροσκλήρυνση (ΑΥ, αγγειίτιδα, νεφροτοξικοί παράγοντες), αντίθετα σε διαβητική νεφροπάθεια RI < 0.55 ml/sec εξαιτίας της υπερδιήθησης που προκαλείται. Τιμή PSV > 180 ml/sec αντιστοιχεί σε στένωση νεφρικής αρτηρίας σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% και σε περίπτωση που και η EDV > 150 ml/sec το ποσοστό στένωσης είναι μεγαλύτερο του 80%. Η διαγνωστική αξία γίνεται ακριβέστερη με τη χρήση του λόγου RAR (renal aortic ratio) PSV νεφρικής /

PSV αορτικής > 3.5 cm/sec.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέτρηση του δείκτη αντίστασης RI επί των λοβιαίων αρτηριών με τη χρήση έγχρωμου Doppler αποτελεί αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο τόσο σε παθήσεις του νεφρικού παρεγχύματος όσο και στη στένωση της νεφρικής αρτηρίας. Η ευαισθησία της μεθόδου είναι υψηλή σε ποσοστό 96,7 % και ειδικότητα 98%. Η χρήση του αντίστοιχου λόγου RAR έχει ευαισθησία 91-92% και ειδικότητα 75-95%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγχρωμη υπερηχοτομογραφία και ο δείκτης αντίστασης είναι υψηλής διαγνωστικής αξίας εργαλείο παθήσεων που επηρεάζουν τη νεφρική αιμάτωση. Έχει μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα είναι ανώδυνο και αναίμακτο. Μπορεί να εφαρμοστεί άμεσα χωρίς να είναι αναγκαία η χρήση αγγειογραφίας.

P6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (ΟΣ) ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.

Μπελαντής Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επim Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επim Α, Χαιρέτης Ιωάννης Δ/ΝΤΗΣ ΕΣΥ

Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠNH).

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάπτυξη δεικτών για την αξιολόγηση του οξειδωτικού στρες (ΟΣ) στην ανδρική υπογονιμότητα αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Μέχρι σήμερα η εφαρμογή δεικτών μέτρησης ΟΣ σε βάση ρουτίνας είναι δύσκολη λόγω υψηλού κόστους, εξοπλισμού, τυποποίησης και ποικιλότητας στην εμφάνιση των επιπέδων ROS εξαιτίας τοπολογικών ή εθνολογικών χαρακτηριστικών. Μεγάλο ζήτημα αποτελεί και ο καθορισμός τιμών αναφοράς διότι απαιτούνται εκτεταμένες πληθυσμιακές μελέτες σε αποδεδειγμένα γόνιμου τμήματος του ανδρικού πληθυσμού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έχουν εφαρμοστεί διάφορες τεχνικές και μέθοδοι για την αξιολόγηση του ΟΣ όπως άμεσες στις οποίες ανήκουν οι χημειοφωτάγεια, NBT (Nitro Blue Tetrazolium) που αντανάκλα την κυτταρική προέλευση των ROS, αναγωγή κυτοχρώματος C, κυτταρομετρία ροής, συντονισμός περιδίνησης ηλεκτρονίων, εξέταση πορτοκαλί ξυλενόλης. Έμμεσες μέθοδοι μέτρησης είναι το οξειδοαναγωγικό δυναμικό (GSH/GSSG), επίπεδα κατάπτωσης DNA με δείκτη μέτρησης DFI (τιμή αναφοράς < 30%), χημειοκίνες, επίπεδα λιπιδικής υπεροξειδωσης. Η μέτρηση των επιπέδων μαλοναλδεύδης (MDA) ως μη επεμβατικού βιοδείκτη με φωτομετρική μέθοδο, λιπιδικής καταστροφής κυτταρικής μεμβράνης, έχει ιδιαίτερα υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για την εκτίμηση του ΟΣ τόσο στο περιφερικό αίμα, ούρα όσο και στο σπερματικό πλάσμα. (τιμές αναφοράς 0.5-2.5μmol/L στο σπέρμα, 0,5-5.0 μmol/L στο αίμα και 0.4-4.0 μmol/L στα ούρα). Γεγονός που οφείλεται στην μεγάλη ευαισθησία που παρουσιάζουν τα σπερματοζωάρια στη λιπιδική υπεροξειδωση. Συγκεκριμένα τα σπερματοζωάρια είναι πλέον ευαίσθητα σε σχέση με άλλα κύτταρα επειδή το κυτταρόπλασμα τους απομακρύνεται στα

Abstracts

τελευταία στάδια της σπερματογένεσης και έτσι απογυμνώνονται από τους ενζυμικούς αντιοξειδωτικούς αμυντικούς μηχανισμούς όπως η καταλάση και η γλουταθειονική υπεροξειδάση. Επιπρόσθετα η κυτταρική μεμβράνη των σπερματοζωαρίων είναι πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ευαίσθητα στη δράση των ROS. Γίνεται επίσης μέτρηση επιπέδων αντιοξειδωτικών ενζυμικών και μη, ο δείκτης TAC (Total Antioxidant Capacity) αντιπροσωπεύει την ολική αντιοξειδωτική ικανότητα ενός δείγματος με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας και χρωματομετρίας. Επιπλέον χρησιμοποιείται και ο δείκτης ROS-TAC επειδή το OS είναι αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ παραγωγής αντιοξειδωτικών ουσιών και ταυτόχρονης υπέρμετρης παρουσίας δραστικών ελεύθερων ριζών οξυγόνου (ROS) είναι επόμενο η εκτίμηση να βασίζεται τόσο στη μέτρηση των ROS όσο και στην ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του δείγματος (TAC). Ο δείκτης ROS-TAC score, υπολογίζεται με ειδική στατιστική εξίσωση, αποτελεί το συνδυαστικό αποτέλεσμα μέτρησης και των δύο παραγόντων με σκοπό την ολοκληρωμένη συνολική εκτίμηση του OS στο ανδρικό σπέρμα. Χαμηλές τιμές (<30) είναι ενδεικτικές υψηλού επιπέδου OS και χαμηλό ποσοστό επίτευξης εγκυμοσύνης, με τιμή αναφοράς ίση με 30.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εργαστηριακή αξιολόγηση το OS αποτελεί αντικείμενο έρευνας με σκοπό τη ανεύρεση και χρήση σε βάση ρουτίνας ενός ή και περισσότερων βιοδεικτών. Σήμερα συστήνεται η χρήση πολλαπλών παραμέτρων, ο συνδυασμός αυτών μπορεί να δώσει περισσότερες πληροφορίες για τη γονιμοποιητική ικανότητα του ανδρικού παράγοντα. Πλέον αξιόπιστοι δείκτες θεωρούνται οι TAC, ROS-TAC, DFI, MDA και η μέτρηση των ROS.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η μελέτη του OS αποτελεί χρήσιμο εργαλείο ιδιαίτερα κατά τη συμβουλευτική σε ιατρικά υποβοηθούμενη γονιμοποίηση. Επίσης είναι αναγκαία σε περιστατικά διαπιστωμένης ή ιδιοπαθούς υπογονιμότητας δηλαδή άνδρες με νορμοσπερμική εικόνα και χαμηλό αριθμό λευκοκυττάρων στο σπερμοδιάγραμμα μπορούν να ωφεληθούν από τη χρήση κατάλληλης αντιοξειδωτικής αγωγής και να αυξήσουν την πιθανότητα επιτυχίας στην προσπάθεια τεκνοποίησης είτε με φυσιολογικό είτε με ιατρικός υποβοηθούμενο τρόπο.

P7. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (WHO) ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

Μπελαντής Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επιμ Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επιμ Α, Χαιρέτης Ιωάννης ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ

Ουρολογική Κλινική Βενιζέλιο Πάνανειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΝΗ)

ΣΚΟΠΟΣ: Το εγχειρίδιο για την εξέταση και αξιολόγηση του ανθρώπινου σπέρματος που εξέδωσε για πρώτη φορά ο ΠΟΥ το 1980 αποτελεί το κυριότερο σημείο αναφοράς για

την τυποποίηση και διασφάλιση της ποιότητας των εργαστηριακών εξετάσεων ανάλυσης του ανδρικού σπέρματος. Ταυτόχρονα αποτέλεσε και το έναυσμα για αντικρουόμενες συζητήσεις κυρίως για τα νέα όρια αναφοράς όπως διατυπώθηκαν στην 5^η έκδοση (2010) για πρώτη φορά σε σχέση με τη 4^η έκδοση (1999). Η τελευταία έκδοση 6^η (2021) ελάχιστα διαφοροποιείται όσον αφορά τα όρια αναφοράς και εστιάζει κυρίως στη μεθοδολογία και τη διασφάλιση της ποιότητας των εργαστηριακών εξετάσεων για την ανάλυση του ανθρώπινου σπέρματος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Τα στοιχεία που υποστηρίζουν τα όρια αναφοράς προέρχονται από εκτενή μετα-ανάλυση πληθυσμιακών μελετών που αφορά συνολικά σε μετρήσεις δειγμάτων σπέρματος 4500 ανδρών από 14 χώρες. Δεδομένα που συλλέχθηκαν και αφορούσαν στην ανάλυση ανδρών που είχαν επιτύχει φυσιολογική εγκυμοσύνη σε χρόνο < 12 μηνών. Από τα στοιχεία αυτά επιλέχθηκαν τα κατώτερα όρια με διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Το 5% του πληθυσμού αναφοράς που βρίσκεται εκτός ορίων αποτελεί στατιστικά ακραία περίπτωση και όχι απαραίτητα παθολογική ή βιολογική απόκλιση από το φυσιολογικό. Γίνεται προφανές οι τιμές αναφοράς για όλες τις παραμέτρους είναι σημαντικά χαμηλότερες για τα κατώτερα όρια. Τα ανώτερα όρια δεν αναφέρονται γιατί δεν έχουν παρέχουν σημαντικά χρήσιμη κλινική πληροφορία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το εγχειρίδιο του ΠΟΥ αποτελεί εκτενές εμπειρισιακό πόνημα το οποίο δίκαιως έχει καθιερωθεί ως ο χρυσός κανόνας για την τυποποίηση και διασφάλιση ποιότητας των εργαστηριακών εξετάσεων ανάλυσης σπέρματος. Χαρακτηρίζεται από λεπτομερή καταγραφή των πρωτοκόλλων, τρόπου μέτρησης και ανάλυσης και ποιοτικού ελέγχου της κάθε διαδικασίας. Επιτρέπει σε κάθε επιστήμονα να κατανοήσει σε βάθος τα βήματα των εξετάσεων με σωστό τρόπο και σειρά λαμβάνοντας υπόψη πιθανά σφάλματα που μπορεί να προκύψουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων με βάση τα όρια αναφοράς απαιτεί κριτική σκέψη και προσοχή ως προς τη γονιμοποιητική ικανότητα. Η παρουσία τιμών κάτω του ορίου δεν αποκλείει την επίτευξη in vivo εγκυμοσύνης, απλώς η πιθανότητα να συμβεί είναι αρκετά μειωμένη. Έρευνα τιμών εντός των ορίων δεν αποτελεί εγγύηση γονιμότητας, ενδέχεται να υπάρχει κάποιος αρνητικός παράγοντας λειτουργικού τύπου που να εμποδίζει την επίτευξη εγκυμοσύνης. Η προσέγγιση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα συνεχές δυναμικό πιθανοτήτων για το δυναμικό που προσφέρει ο ανδρικός παράγοντας στη γονιμότητα του ζευγαριού.

P8. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΈΛΕΓΧΟΙ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣΩΑΡΙΩΝ

Μπελαντής Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος Επιμ Α, Τζωρτζακάκης Δημήτρης Επιμ Α, Χαιρέτης Ιωάννης ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ

Ουρολογική Κλινική Βενιζέλιο Πάνανειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΝΗ)

Abstracts

ΣΚΟΠΟΣ: Η εντατική έρευνα παρέχει μια σειρά από νέους εργαστηριακούς ελέγχους που εστιάζουν στην εκτίμηση της λειτουργικότητας του σπέρματος. Η αξιολόγηση των παραμέτρων αυτών επιτρέπει την απάντηση του ουσιαστικού ερωτήματος που καλούνται να απαντήσουν οι επιστήμονες της ανδρολογίας δηλαδή αν το σπέρμα είναι λειτουργικό ή όχι.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο λειτουργικός έλεγχος του σπέρματος αποτελεί την εργαστηριακή ανάλυση όλων των κυτταρικών διαδικασιών που επιτελούνται από την στιγμή που τα σπερματοζωάρια αποχωρίζονται από το σπερματικό υγρό εισέρχονται στην τραχηλική βλέννα της γυναίκας έως τη σύντηξη με το ωάριο και τη γονιμοποίησή του.

Η συνολική πορεία από την εκσπερμάτιση έως τη γονιμοποίηση περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα

- Αποχώρηση από το σπερματικό υγρό και διάλεση διαμέσου της τραχηλικής βλέννας
- Μετακίνηση εντός της μήτρας και των ωαγωγών
- Ενδυνάμωση και αλλαγή μοτίβου της κινητικότητας
- Αναγνώριση και σύνδεση με τη διάφανη ζώνη του ωαρίου
- Επιτέλεση της ακροσωμικής αντίδρασης
- Υπερενεργοποίηση και διάτρηση της διάφανου ζώνης
- Σύνδεση και σύντηξη με την κυτταρική μεμβράνη του ωαρίου
- Ενεργοποίηση του ωαρίου για την παρεμπόδιση της πολυσπερμίας
- Εισχώρηση στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου
- Αποσμπύκνωση πυρήνα και σχηματισμό του προπυρήνα
- Σύντηξη με το θηλυκό προπυρήνα

Προκειμένου ένα σπερματοζωάριο να γονιμοποιήσει ένα ωάριο in vivo πρέπει να μπορεί να επιτελέσει επιτυχώς όλα τα παραπάνω.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εφαρμογή των λειτουργικών ελέγχων ανεξάρτητα από τη εικόνα του συμβατικού προφίλ του σπέρματος (σπερμοδιάγραμμα) συμβάλλει στην πληρέστερη διερεύνηση των αιτιών της ανδρικής υπογονιμότητας, στην επιλογή καταλληλότερων θεραπευτικών οδών και μεθόδων, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών σχημάτων και στην παροχή προγνωστικών πληροφοριών με τις πιθανότερες επιτυχίας των σύγχρονων μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

P9. ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Μπελαντής Χαράλαμπος Επικ.Επιμ Β, Τζουλάκης Σταύρος ΕπιμΑ, Τζωρτζακάκης Δημήτρης ΕπιμΑ, Χαιρέτς Ιωάννης ΔΝΤΗΣ ΕΣΥ

Ουρολογική Κλινική Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηράκλειο (ΒΠΝΗ)

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου εμπλέκονται στην εμφάνιση ευρέως φάσματος νοσογόνων καταστάσεων από απλή φλεγμονή ως την καρκινογένεση και περιλαμβάνουν τη γήρανση, επίκτητη ανοσοανεπάρκεια και την υπογονιμότητα. Η παρουσία ελεύθερων δραστικών ριζών οξυγόνου (ROS) και ταυτόχρονα η περιορισμένη δράση αμυντικών αντιοξειδωτικών μηχανισμών ανιχνεύονται 25-40% στο σπέρμα υπογόνιμων ανδρών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ως ελεύθερη ρίζα οξυγόνου ορίζεται ένα μόριο οξυγόνου που περιέχει ένα ή περισσότερα μη συζευγμένα ηλεκτρόνια, Η προσθήκη ενός ηλεκτρονίου στο οξυγόνο σχηματίζει τη ρίζα ανιόντος υπεροξειδίου, άλλες μορφές ROS είναι η ρίζα υδροξυλίου, υπεροξειδίου υδρογόνου και η ρίζα υπεροξυλίου. Επιπροσθέτως υποκατηγορία των ελεύθερων ριζών αποτελούν οι ελεύθερες ρίζες που προκύπτουν από το άζωτο (REACTIVE NITROGEN SPECIES- RNS). Περιλαμβάνονται μόρια όπως το οξειδίο του αζώτου, υπεροξυνιτρίτης, ανιόν νιτροξυλίου και το υπεροξυνιτρώδες οξύ. Σε κάθε εκσπερμάτωμα ανιχνεύονται πηγές παραγωγής ελευθέρων δραστικών ριζών. Σημαντικότερη πηγή είναι τα λευκοκύτταρα και τα ανώριμα σπερματοζωάρια που φέρουν υπολείμματα κυτταροπλασματικής σταγόνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα σπερματοζωάρια είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στη δράση των ROS επειδή το μεγαλύτερο μέρος του κυτταροπλάσματος τους απομακρύνεται στα τελευταία στάδια της σπερματογένεσης. Γεγονός που απογυμνώνει τα κύτταρα από ενζυμικούς αντιοξειδωτικούς μηχανισμούς όπως καταλάση και γλουταθειονική υπεροξειδάση. Επιπλέον η κυτταρική μεμβράνη των σπερματοζωαρίων είναι πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα τα οποία έχουν μεγάλη ευαισθησία στη δράση των ελεύθερων ριζών (λιπιδική υπεροξειδωσι). Ένα από τα προϊόντα της λιπιδικής υπεροξειδωσις είναι το μόριο της μαλοναλδεύδης, που αποτελεί δείκτη του βαθμού οξειδωτικής καταστροφής των σπερματοζωαρίων. Το οξειδωτικό στρες (ΟΣ) αποτελεί επίσης μία από τις σημαντικότερες αιτίες βλάβης του πυρηνικού DNA, οι ελεύθερες ρίζες επιτίθενται με άμεσο τρόπο στις βάσεις πουρίνης και πυριμιδίνης. Το σπερματικό DNA προστατεύεται από την οξειδωτική επίθεση λόγω της πακεταρισμένης δομής του με τις πρωταμίνας. Στους υπογονιμους άνδρες παρουσιάζεται ελλιπή πρωταμίωση γεγονός που καθιστά το DNA ευπαθές. Οι ROS εκτός από βλάβες στο πυρηνικό DNA επιτίθενται και στο μιτοχονδριακό DNA αλλά και στην μεμβράνη των μιτοχονδρίων των σπερματοζωαρίων, γεγονός που συνδέεται με υψηλά επίπεδα κυτοχρώματος c και κατασπάσης 9 και 3 που

Abstracts

αποτελούν δείκτες απόπτωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Σε κάθε περίπτωση το ΟΣ είναι υπεύθυνο για τη μείωση κινητικότητας των σπερματοζωαρίων άρα προκαλεί και αντίστοιχη μείωση του αριθμού των διαθέσιμων σπερματοζωαρίων προς γονιμοποίηση. Υψηλά επίπεδα ROS προκαλούν οξείδωση της μεμβράνης ακροσώματος, κατά συνέπεια και διαταραχή της ακροσωμικής αντίδρασης και σύζευξης σπερματοζωαρίου και ωαρίου. Οι προκαλούμενες βλάβες στο DNA αφορούν σε μεταθέσεις, ελλείψεις, επιχιασμούς, μεθυλιώσεις και κατατμήσεις του DNA γεγονός που οδηγεί σε υψηλό ποσοστό απόπτωσης, αποβόλων, χρωμοσωμικών ανωμαλιών και κακής ποιότητας εμβρύων. Επιπλέον το ΟΣ είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση ανεξήγητης ιδιοπαθούς υπογονιμότητας και αποτυχίας ιατρικός υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

P10. ΞΑΝΘΟΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΤΙΔΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μυτιλιανίου Δ. (Επικουρική Επιμελήτρια), Καλλίνικας Γ. (Επιμελητής Α.), Τσακίρακη Ζ. (Επιμελήτρια Β - Παθολογοανατόμος), Κοζυράκης Δ. (Επιμελητής Α), Ροδινός Ε. (Επικουρικός Επιμελητής), Φίλιος Α. (Επικουρικός Επιμελητής), Σαφιολέας Κ. (Επικουρικός Επιμελητής), Ζαρκάδας Α. (Ειδικευμένος σε παράταση), Κωνσταντινίδης Β. (Ειδικευόμενος), Μπόζιος Δ. (Ειδικευόμενος), Χαρώνης Γ. (Ειδικευόμενος), Φίλιος Π. (Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής) Ουρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας - Κωνσταντοπούλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ: Η ξανθοκοκκιωματώδης επιδιδυμίτιδα, είναι μία εξαιρετικά σπάνια, μη νεοπλασματική κλινική οντότητα, με εκτεταμένη αποσπτημάτωση – ισχαιμική νέκρωση των ιστών.

Η επίπτωση τέτοιων περιστατικών θεωρείται εξαιρετικά χαμηλή.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρουσίαση του περιστατικού, αφορά ασθενή 41 ετών ο οποίος προσήλθε στα ΟΥΡ – ΤΕΠ με δεξιά ορχεοδυνία και επώδυνη ψηλαφητή σκληρία. Οι καρκινικοί δείκτες ήταν φυσιολογικοί. Τα ευρήματα από το triplex οσχέου ήταν μη ειδικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής υπεβλήθη σε άμεση χειρουργική διερεύνηση του οσχέου και εκτομή του δεξιού όρχεως. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε αλλοιώσεις ξανθοκοκκιωματώδους – αποσπτημάτωσης επιδιδυμίτιδας και ορχιτίδας, με φλεγμονώδη συμμετοχή και του σπερματικού τόνου καθώς και συνοδό εικόνα ισχαιμικής νέκρωσης του ορχικού παρεγχύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ξανθοκοκκιωματώδης επιδιδυμίτιδα είναι σπάνια φλεγμονή, λόγω της αλληλοεπικάλυψης των ευρημάτων με του Ca του όρχεως. Σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων, η διάγνωση, τίθεται μετεχειρητικά.

P11. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΜΕ ΣΑΡΚΩΜΑΤΩΔΗ ΕΞΑΛΛΑΓΗ ΚΑΙ ΕΥΜΕΓΕΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟ ΘΡΟΜΒΟ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΗ ΦΛΕΒΑ

Παναγιωτίδης Σ., Σοκολάκης Ι., Παπανικολάου Δ., Μουσιδης Κ., Χατζημουρατίδης Κ.

Β΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η σαρκωματώδης εξαλλαγή ουροθηλιακού καρκινώματος της νεφρικής πυέλου είναι σπάνια και με ιδιαίτερα δυσμενή πρόγνωση. Σε ελάχιστες περιπτώσεις έχει περιγραφεί η παρουσία θρόμβου στην κάτω κοίλη φλέβα, γεγονός που καθιστά την αντιμετώπιση πραγματική πρόκληση. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση της αντιμετώπισης σπάνιου περιστατικού ουροθηλιακού καρκίνου της νεφρικής πυέλου με σαρκωματώδη διαφοροποίηση και θρόμβο στην κάτω κοίλη φλέβα (ΚΚΦ).

Παρουσίαση του περιστατικού: Πρόκειται για γυναίκα, 58 ετών, που παρουσιάστηκε αρχικά ως εμμένον εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας με πιθανότερη διάγνωση δεξιάς πυελονεφρίτιδας. Οι καλλιέργειες ούρων και αίματος απόβαιναν αρνητικές. Στην ασθενή χορηγήθηκαν προωθημένα αντιβιοτικά σχήματα, χωρίς σαφή βελτίωση της κλινικής εικόνας. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε μια μάζα του δεξιού νεφρού, διαμέτρου 6 εκ. με εκτεταμένη τήξη, κεντρική επέκταση εντός της πέλου και νεοπλασματικό θρόμβο στην ΚΚΦ. Η αρχική εντύπωση έδειχνε πιθανό νεφροκυτταρικό καρκίνο. Λόγω της συνεχώς επιδεινούμενης κλινικής εικόνας αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Με διακοιλιακή προσέλαση, διενεργήθηκε ριζική νεφρεκτομή δεξιά. Μετά την παρασκευή και διάνοιξη της ΚΚΦ διαπιστώθηκε νεοπλασματικός θρόμβος έως και το επίπεδο των λαγόνων, απουσία αιματικής ροής εξ αυτών, αλλά και ευρέως ανεπτυγμένο παρασπονδυλικό φλεβικό δίκτυο. Έγινε αφαίρεση του νεοπλασματικού ιστού και απολινώθηκε η ΚΚΦ κάτωθεν του επιπέδου της αριστερής νεφρικής φλέβας. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε καρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης, σαρκωματώδους τύπου, συμβατό με ουροθηλιακό καρκίνωμα της νεφρικής πυέλου, ενώ και τα ιστοτεμάχια από τον αυλό της ΚΚΦ αντιστοιχούσαν σε νεοπλασματικά έμβολα. Ακολούθησε επικουρική ογκολογική αντιμετώπιση με χορήγηση 4 κύκλων χημειοθεραπείας Καρβοπλατίνης/Γεμισταβίνης. Τρεις μήνες μετά ακολούθησε ανοσοθεραπεία με Πемρρολιζουμάμπη με σχεδόν πλήρη απόκριση της ασθενούς και μείωση των οίδημάτων κάτω άκρων. Μετά από έξι μήνες εμφάνισε υποτροπή της νόσου και έγινε έναρξη χορήγησης νέου σχήματος σύζευξης φαρμάκου με αντίσωμα-Ενφορτουμάμπη Βεδοτίνη (PADCEV).

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι η χειρουργική εξάριση του νεφρού με τον θρόμβο σε συνδυασμό με επικουρική

Abstracts

χημειοθεραπεία/ανοσοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ουροθηλιακό καρκίνο της νεφρικής πυέλου με νεοπλασματικό θρόμβο. Η απολίνωση της κάτω κοίλης φλέβας διεγχειρητικά φαίνεται να είναι εφικτή σε επιλεγμένους ασθενείς.

P12. Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Διαμαντόπουλος Χ., Παναγιωτίδης Σ., Θανατόπουλος Δ., Σοκολάκης Ι., Παπανικολάου Δ., Μωυσίδης Κ., Χατζημουρατίδης Κ.

Β΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Η ουρητηροειλεοδερμοστομία πιστεύεται ότι επιδεινώνει σε κάποιο βαθμό τη νεφρική λειτουργία με την πάροδο του χρόνου.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Σκοπός μας είναι η καταγραφή της μεταχειρητικής μεταβολής του εκτιμώμενου GFR με βάση τη φόρμουλα CKD-EPI σε ασθενείς με ουρητηροειλεοδερμοστομία. Για αυτόν το σκοπό χρησιμοποιήθηκε ένα mixed-effects μοντέλο που στάθμιζε τα αποτελέσματά του με βάση το προεχειρητικό εκτιμώμενο GFR και με βάση το follow up των ασθενών. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν καμπύλες Kaplan-Mayer για να ελεγχθεί πόσοι ασθενείς εμφάνισαν στο τελικό follow up πτώση στο εκτιμώμενο GFR πάνω από 25% σε σχέση με την προεχειρητική τιμή. Έτσι, μελετήθηκε η πτώση του εκτιμώμενου GFR στα διάφορα follow up.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 98 ασθενείς χειρουργήθηκαν με τοποθέτηση ουρητηροειλεοδερμοστομίας. Με βάση την καμπύλη Kaplan-Mayer, φαίνεται ότι περίπου το 50% των ασθενών θα εμφάνισουν μία πτώση του GFR κατά 25% από το προεχειρητικό επίπεδο στην 4ετία. Η μεταβολή του εκτιμώμενου GRF στο χρόνο φαίνεται να μεταβάλλεται από $65 \pm 11 \text{ mL/min/1.73m}^2$ προεχειρητικά σε $40 \pm 8 \text{ mL/min/1.73m}^2$ μετά από διάμεση παρακολούθηση 6 ετών ($p=0,014$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ουρητηροειλεοδερμοστομία ως εκτροπή ούρων φαίνεται ότι οδηγεί σε βαθμιαία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο ουροδόχου κύστης που υποβάλλονται σε κυστεκτομή

P13. ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΟΥΡΗΤΗΡΟΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ ΓΙΑ ΜΥΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Βαρελάς Ε., Οικονόμου Α., Παναγιωτακόπουλος Θ., Σοκολάκης Ι., Παπανικολάου Δ., Μωυσίδης Κ., Χατζημουρατίδης Κ.

Β΄ Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ΣΚΟΠΟΣ: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες αποτελούν ομάδα αυξημένου κινδύνου για περιεγχειρητικές επιπλοκές. Σε τέτοιες περιπτώσεις, εφόσον οδηγηθούν σε κυστεκτομή προτιμάται η εκτροπή των ούρων με ουρητηροδερμοστομία για να μειωθεί ο κίνδυνος των περιεγχειρητικών επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Σκοπός μας είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της ουρητηροειλεοστομίας σε σχέση με την ουρητηροδερμοστομία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κυστεκτομή για μυοδιηθητικό καρκίνο ουροδόχου κύστης μέσα από μία αναδρομική μελέτη. Ασθενείς άνω των 75 ετών ή με American Society of Anesthesiology σκορ πάνω από 4 ή Charlson Comorbidity Index πάνω από 9 ή Clinical Frailty Scale πάνω από 4 αποτέλεσαν τα κριτήρια ορισμού των ηλικιωμένων ασθενών και των ασθενών με πολλαπλές συννοσηρότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά, 66 ασθενείς χειρουργήθηκαν με τοποθέτηση ουρητηροειλεοστομίας και 26 με τοποθέτηση ουρητηροδερμοστομίας. Οι ασθενείς δε διέφεραν στα baseline χαρακτηριστικά τους. Η διενέργεια της ουρητηροδερμοστομίας είχε μικρότερο χειρουργικό χρόνο (216 ± 45 versus 271 ± 54 λεπτά, $p < 0.001$). Η συχνότητα μετάγγισης και ο αριθμός των φιαλών αίματος δε διέφεραν μεταξύ των δύο χειρουργικών τεχνικών. Οι ασθενείς με ουρητηροειλεοστομία εμφάνισαν περισσότερες περιεγχειρητικές επιπλοκές χαμηλού βαθμού (1-3), ενώ οι ασθενείς με ουρητηροδερμοστομία εμφάνισαν περισσότερες περιεγχειρητικές επιπλοκές υψηλού βαθμού (4-5). Βέβαια, το είδος των επιπλοκών δε διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ουρητηροειλεοστομία αποτελεί μία αποτελεσματική και ασφαλή χειρουργική τεχνική για την εκτροπή των ούρων σε ασθενείς με μυοδιηθητικό καρκίνο ουροδόχου κύστης που υποβάλλονται σε κυστεκτομή.



Ευρετήριο

D DJOZIC S. _____ 10

H HAENSEL S. _____ 10,14

A ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Α. _____ 10

ΑΝΔΡΕΑΔΑΚΗΣ Σ. _____ 12

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Α. _____ 12

B ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι. _____ 10

ΒΑΞΕΒΑΝΙΔΟΥ Α. _____ 9

ΒΟΥΡΟΣ Ι. _____ 12

Γ ΓΡΑΙΚΟΣ Κ. _____ 9

Δ ΔΑΡΔΑΛΑΣ Ι. _____ 16

ΔΑΤΣΕΡΗΣ Ν. _____ 16

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ. _____ 14,16,31

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Φ. _____ 10,14

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ. _____ 12

Z ΖΑΧΑΡΙΟΥ Α. _____ 10,12

Θ ΘΩΜΑΣ Χ. _____ 12

I ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Ε. _____ 11

K ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ Μ. _____ 11

ΚΑΛΑΙΤΖΗΣ Χ. _____ 14,16

ΚΑΛΟΓΕΡΑΣ Ν. _____ 15,16

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ. _____ 12

ΚΑΛΥΒΙΑΝΑΚΗΣ Δ. _____ 12

ΚΑΝΤΙΡΑΝΗΣ Ν. _____ 16

ΚΑΡΟΖΗΣ Κ. _____ 9

ΚΙΚΙΔΑΚΗΣ Δ. _____ 9

ΚΟΥΔΩΝΑΣ Α. _____ 10

ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΗΣ Π. _____ 31

Λ ΛΟΥΤΡΑΔΗΣ Χ. _____ 10

M ΜΑΜΟΥΛΑΚΗΣ Χ. _____ 10

ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ Γ. _____ 11

ΜΕΜΜΟΣ Δ. _____ 10

ΜΟΥΡΤΖΙΛΑΣ Ε. _____ 9,31

ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Γ. _____ 15

ΜΠΑΝΙΩΤΗΣ Κ. _____ 16

ΜΠΙΛΛΗΣ Α. _____ 16

ΜΥΚΟΝΙΑΤΗΣ Ι. _____ 12

ΜΩΥΣΙΔΗΣ Κ. _____ 16

Π ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Ε. _____ 15

ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Μ. _____ 16

ΠΑΠΑΛΑΚΗΣ Α. _____ 9,31

ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ Ε. _____ 12

ΠΑΤΡΗΣ Ε. _____ 9

ΠΑΥΛΙΔΗΣ Π. _____ 16

Σ ΣΑΚΑΛΗΣ Β. _____ 12

ΣΑΜΑΡΙΝΑΣ Μ. _____ 12

ΣΑΡΑΦΗΣ Φ. _____ 9

ΣΗΜΑΙΟΦΟΡΙΔΗΣ Β. _____ 15

ΣΟΚΟΛΑΚΗΣ Ι. _____ 9

ΣΟΥΝΤΟΥΛΙΔΗΣ Π. _____ 15

T ΤΖΩΡΤΖΗΣ Β. _____ 16

ΤΟΥΤΖΙΑΡΗΣ Χ. _____ 12,15,31

ΤΣΑΚΑΛΔΗΜΗΣ Γ. _____ 9

ΤΣΑΦΡΑΚΙΔΗΣ Π. _____ 10

ΤΣΙΑΚΑΡΑΣ Σ. _____ 10

ΤΣΙΟΓΚΑ Α. _____ 10,12

ΤΣΙΡΑΜΠΙΔΗΣ Α. _____ 11

ΤΣΙΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι. _____ 13

ΤΥΧΑΛΑ Α. _____ 9

Φ ΦΩΤΑΣ Α. _____ 13

ΦΩΤΙΑΔΗΣ Κ. _____ 16

X ΧΑΤΖΗΜΟΥΡΑΤΙΔΗΣ Κ. _____ 15

ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ Δ. _____ 12

Δορυφορικά Συμπόσια

Δορυφορικές Διαλέξεις

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ **8** ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

19:30-20:30 **Δορυφορικό Συμπόσιο**



Η σημασία της πρώτης γραμμής θεραπείας στον μεταστατικό καρκίνο του προστάτη

Προεδρείο: **Παπαλάκης Α.**

Μεταστατικός ορμονοευαίσθητος καρκίνος του προστάτη
Κουκουρίκης Π.

Μεταστατικός ευνουχοάντοχος καρκίνος του προστάτη
Μουρτζίλας Ε.

ΣΑΒΒΑΤΟ **9** ΜΑΡΤΙΟΥ 2024

18.30-19.00 **Δορυφορική Διάλεξη**

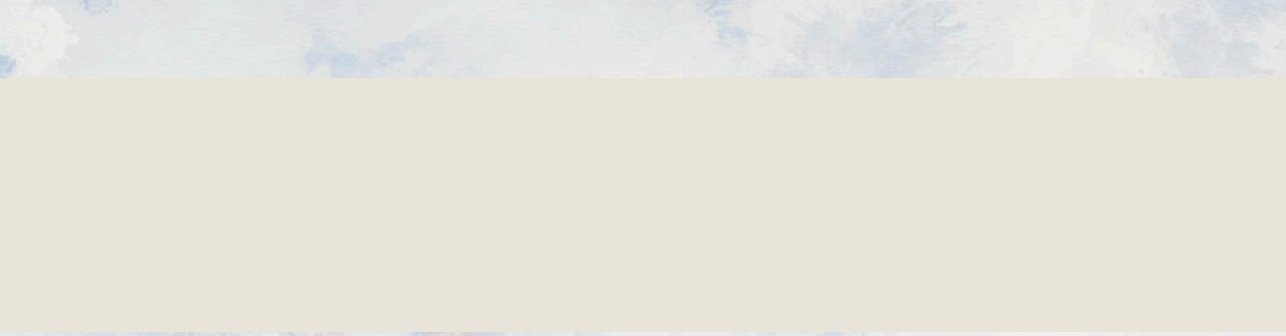


Προεδρείο: **Δημητριάδης Γ.**

Relugolix: Ο πρώτος & μοναδικός από του στόματος LHRH ανταγωνιστής στον καρκίνο του προστάτη
Τουτζιάρης Χ.

Σημειώσεις





Δράστε αστραπιαία στον mHSPC με XTANDI™¹

Η κλινική μελέτη φάσης III ARCHES κατέδειξε την αξία της προσθήκης του XTANDI™ στην ADT για τη θεραπεία ασθενών με mHSPC.^{2,3}

61%
μείωση
κινδύνου απεικονιστικής
εξέλιξης ή θανάτου έναντι
μονοθεραπείας με ADT²

34%
μείωση
κινδύνου θανάτου έναντι
μονοθεραπείας με ADT³

- Η ποιότητα ζωής **δυσχεραίνεται** κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ήταν **παρόμοια** με το σκέλος ελέγχου²
- Τα ποσοστά των προσαρμοσμένων στην έκθεση ΑΣ οποιοδήποτε βαθμού και βαθμού ≥ 3 και ΑΣ που οδήγησαν σε διακοπή της θεραπείας ήταν **συνγκρίσιμα** με το σκέλος ελέγχου^{2,3}

 **Xtandi**
enzalutamide

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ

Η σύνταξη ΠΝΠ του προϊόντος δημοσιεύεται στη σελίδα 24 του παρόντος εντύπου.

Για περαιτέρω πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΝΠ που διατίθεται από την Astellas Pharmaceuticals AEBE, κατόπιν αιτήσεως.

Xtandi Ελλάδα: Κουτί x 112 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία - 40mg TAB - Νοσοκομειακή τιμή: €2.287,04, Λιανή τιμή με ΦΠΑ: €2.763,69

Xtandi Κύπρος: Κουτί X 112 επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία - 40mg TAB - Λιανή τιμή με ΦΠΑ: €3.015,59

Οι πλέον συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι εξασθένιση/κόπωση, εξόφθαλμο, υπέρταση, κατόγκμα και πτώσεις¹

ADT: θεραπεία στήριξης ανδρικών, ΑΣ: ανεπιθύμητα συμβάντα, mHSPC: μεταστατικός ορμονοεξαρτημένος καρκίνος του προστάτη

1. Περιλήψη Χαρακτηριστικών προϊόντος Ενζαλουταμίδης 2. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2022;40(15):1616-1622. 3. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2019;37(32):2974-2986

XTA/ADV 2/10.2023

 **astellas**

Astellas Pharmaceuticals A. E. B. E.
Αγησιόλου 6-8, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα.
Τηλ: 210 8189 900, Fax: 216 8008 998
www.astellas.com/gr

Τοπικός Αντιπρόσωπος/
Διανομέας προϊόντων Astellas στην Κύπρο:
Novagem Ltd, Τηλ: 00357 22483858

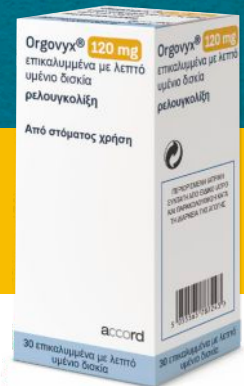
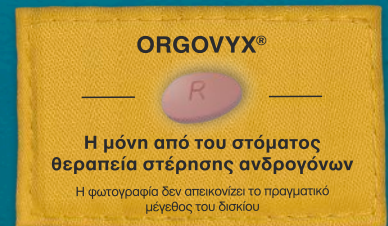
ORGOVYX®

ρελουγκολίξη 120mg
επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία

Η ΜΟΝΗ από του στόματος θεραπεία στέρησης ανδρογόνων

Γνωρίζοντας το ORGOVYX®,
τη μόνη από του στόματος θεραπεία
στέρησης ανδρογόνων για τον
προχωρημένο ορμονοευσαίσθητο
καρκίνο του προστάτη.^{1,2}

Επιτυγχάνει ταχεία, σταθερή και χωρίς
εξάρσεις καταστολή τεστοστερόνης.³



Ενδεικτική Λιανική Τιμή: ORGOVYX F.C.TAB 120MG/TAB ΒΤ Χ 1 ΦΙΑΛΗ (HDPE) Χ 30 ΔΙΣΚΙΑ : 220,99€

Φαρμακευτικό προϊόν που χορηγείται με περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά την διάρκεια της αγωγής.

Βιβλιογραφία 1. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος Orgovyx (accessed 14 Sep 2023). 2. Fragkoulis C, Glykas I, Dellis A, Mitsogiannis I, Papatsoris A. Relugolix: A new kid on the block among gonadotrophin-releasing hormone antagonists. *Arab J Urol.* 2021 Oct 24;19(4):460-463. doi: 10.1080/2090598X.2021.1994231. PMID: 34881062; PMCID: PMC8648026. 3. Shore ND, Saad F, Cooksonet M et al. Oral Relugolix for Androgen-Deprivation Therapy in Advanced Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2020; 382:2187-2196 DOI: 10.1056/NEJMoa2004325

Για πλήρεις συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, η οποία διατίθεται σε επόμενη σελίδα.



W WinMedica
Serving Health for Life

Για περισσότερες πληροφορίες:
WIN MEDICA ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35,
15238 Χαλάνδρι
Τηλ.: 2107488821, Fax: 2107488827
info@winmedica.gr, www.winmedica.gr

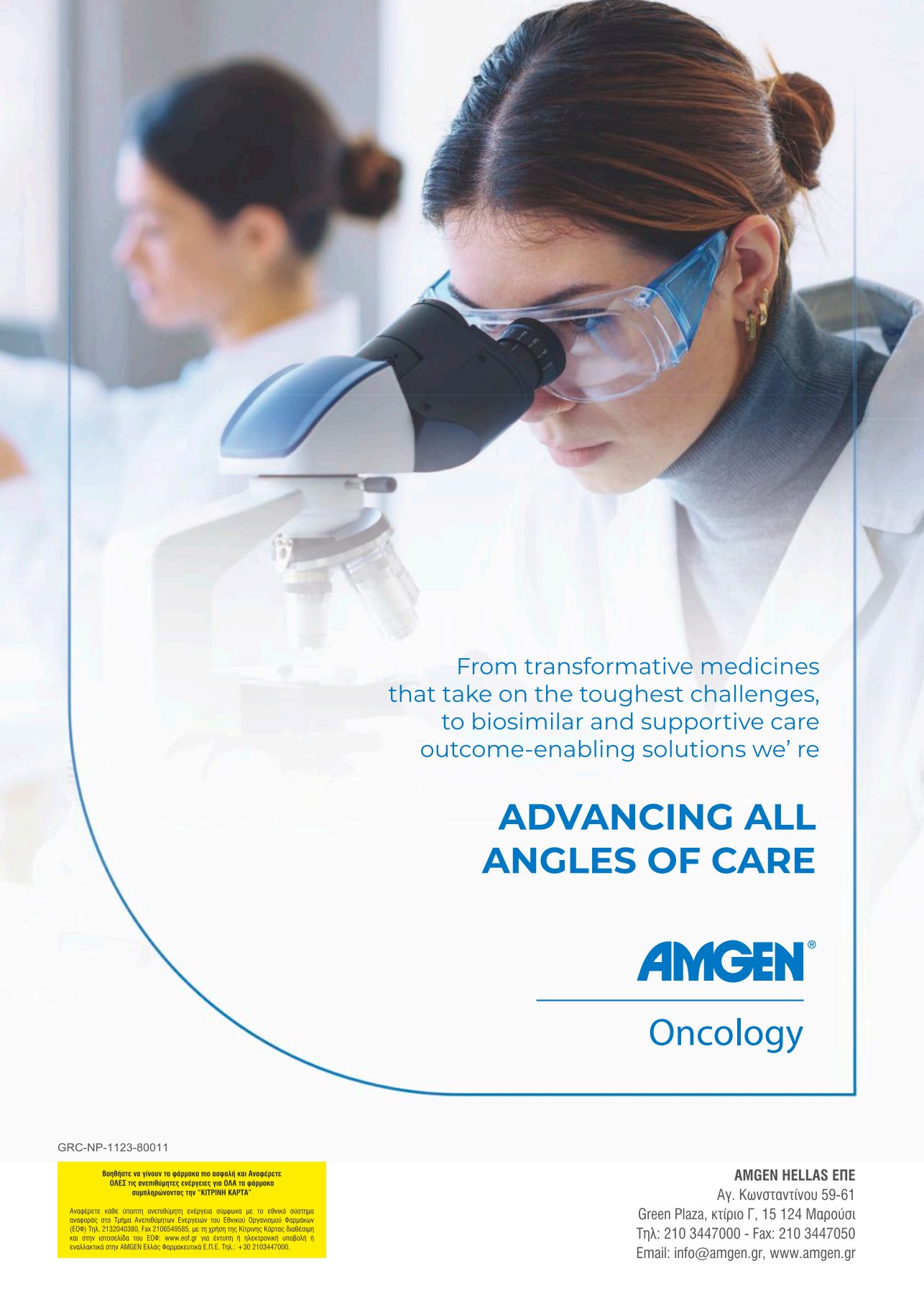
Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: Accord Healthcare S.L.U.

accord
We make it better





From transformative medicines
that take on the toughest challenges,
to biosimilar and supportive care
outcome-enabling solutions we're

ADVANCING ALL ANGLES OF CARE

AMGEN[®]

Oncology

GRC-NP-1123-80011

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
συμπληρώνοντας την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε κάθε ύποπτη ανεπιθύμητη ενέργεια σύμφωνα με το εθνικό σύστημα
αναφοράς στο Τμήμα Ανεπιθύμητων Ενέργειων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων
(ΕΟΦ) Τηλ. 2132040380, Fax 2106549585, με τη χρήση της Κίτρινης Κάρτας διαβούλευση
και στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ: www.eof.gr για έντυπη ή ηλεκτρονική υποβολή ή
εναλλακτικά στην AMGEN Ελλάς Φαρμακευτικά Ε.Π.Ε. Τηλ.: +30 2103447000.

AMGEN HELLAS ΕΠΕ

Αγ. Κωνσταντίνου 59-61

Green Plaza, κτίριο Γ, 15 124 Μαρούσι

Τηλ: 210 3447000 - Fax: 210 3447050

Email: info@amgen.gr, www.amgen.gr



14^ο

**ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

8-9-10 Μαρτίου 2024

Grand Hotel

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ