

ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

(Υπό μορφή ερωτήσεων-απαντήσεων)

Από τα μέλη Δ.Ε.Π της Πανεπιστημιακής Παιδοχειρουργικής Κλινικής



Παιδοχειρουργική Κλινική
Διευθυντής: Καθηγητής Σ. Γαρδίκης
Σχολή Επιστημών Υγείας - Ιατρικό Τμήμα
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

1. Φυσική εξέλιξη ανάπτυξης ακροποσθίας και αποκάλυψης βαλάνου.

Η δυνατότητα της έλξης της ακροποσθίας προς τα πίσω και η σταδιακή αποκάλυψη της βαλάνου αυξάνει με το χρόνο. Ο λόγος της προοδευτικής αποκάλυψης της βαλάνου είναι η ύπαρξη βαλανοποσθικών συμφύσεων (φυσιολογικό γεγονός) οι οποίες με τη πάροδο του χρόνου λύνονται

Έτσι η βάλανος μπορεί να αποκαλυφθεί πλήρως:

Στους πρώτους 6 μήνες της ζωής στο 20% των αγοριών

Στο 1^ο έτος στο 50%

Στο 3^ο έτος στο 90%

Στο 7^ο έτος στο 92%

Στην εφηβική ηλικία στο 99%

Στα μικρά αγόρια πρέπει να αποφεύγεται η έλξη της ακροποσθίας προς τα πίσω γιατί αυτό μπορεί:

1. Να προκαλέσει επιμήκη ρήξη της ακροποσθίας με αποτέλεσμα μόνιμη στένωση και δημιουργία παθολογικής φίμωσης.
2. Ο χειρισμός της ακροποσθίας για αποκάλυψη της βαλάνου είναι συνήθως αρκετά επώδυνος με συνέπεια την δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς.

2. Αιτιολογία φίμωσης και ενδείξεις περιτομής

Φίμωση είναι η στένωση του στομίου της ακροποσθίας που δεν επιτρέπει την αποκάλυψη της βαλάνου. Αυτή μπορεί να οφείλεται:

1. Σε χειρισμό της ακροποσθίας για αποκάλυψη της βαλάνου με βίαια λύση των βαλανοποσθικών συμφύσεων, ιδίως στα μικρά παιδιά . Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την επιμήκη ρήξη της ακροποσθίας και τον σχηματισμό ουλώδους ρίκνωσης με δημιουργία στενωτικού δακτυλίου(κύρια αιτία παθολογικής φίμωσης).
2. Σε υποτροπιάζουσες φλεγμονές της ακροποσθίας (βαλανοποσθίτιδα) με αποτέλεσμα τον σχηματισμό ουλώδους ιστού και στένωσης .

3. Απφρακτική ξηρωτική βαλανίτιδα (χρόνια φλεγμονή άγνωστης αιτιολογίας) που προσβάλλει το 0.6% των αγοριών και προκαλεί παθολογική φίμωση

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΕΡΙΤΟΜΗΣ

Απόλυτες

1. Παθολογική φίμωση
2. Επιμένουσα παραφίμωση
3. Υποτροπιάζοντα επεισόδια βαλανοποσθίτιδας

Σχετικές

1. Βρέφη και νήπια με ουρολοίμωξη
2. Διάταση ακροποσθίας κατά την ούρηση

3. Συχνότητα, Ταξινόμηση και Μετεγχειρητικές επιπλοκές υποσπαδία

Ο υποσπαδίας αποτελεί τη 2^η μετά την κρυφορχία συχνότερη συγγενή ανωμαλία των έξω γεννητικών οργάνων στα αγόρια. Η συχνότητα του είναι περίπου 1:250 γεννήσεις αγοριών και είναι συχνότερος στη λευκή φυλή από ότι στη μαύρη.

Η συνήθης ταξινόμηση των τύπων του υποσπαδία γίνεται ανάλογα με τη θέση του έξω στομίου

Ταξινόμηση υποσπαδία	Τύποι	Συχνότητα εμφάνισης	
Περιφερικός	Βαλανικός Υποβαλανικός	} 50%	
Κεντρικός	Πρόσθιος πεικός Μέσος πεικός Οπίσθιος πεικός		} 20%
Οσχεοπεικός Μεσο- οσχεικός Περινεϊκός		} 30%	

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Άμεσες

Τοπικό οίδημα

Αιμορραγία

Φλεγμονή

Απώτερες

- Ουρηθροδερματικό συρίγγιο (η πιο συχνή επιπλοκή). Σχηματίζεται μεταξύ νέο-ουρήθρας και δέρματος και έχει σαν αποτέλεσμα τη διαφυγή ούρων (διπλή ούρηση)
- Στένωση έξω στομίου νέο-ουρήθρας
- Εκκόλπωμα νέο-ουρήθρας. Οφείλεται σε στένωση του έξω στομίου της νέο-ουρήθρας ή σε περίσσεια της ουρηθροπλαστικής
- Παραμονή κάμψης του πέους

4. Ποιες είναι οι απόλυτες και ποιες οι σχετικές ενδείξεις για χειρουργική αποκατάσταση της κισσοκήλης

Παρά τις αμφιλεγόμενες απόψεις οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες που καθορίζουν τις ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση είναι :

ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- α. Μέγεθος όρχεως. Η μέτρηση με ορχιδόμετρο ή υπερηχογράφημα δείχνει ελάττωση του όγκου του σύστοιχου όρχεως κατά 20% ή κατά 2-3 cm
- β. Αμφοτερόπλευρη εντόπιση
- γ. Παθολογικά ευρήματα στην ανάλυση σπέρματος . αφορά κυρίως άντρες ή εφήβους.

ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- α. Επώδυνη κισσοκήλη
- β. Βαθμός κισσοκήλης και σύσταση όρχεως (II ή III βαθμού κισσοκήλη και μαλθακή σύσταση όρχεως στην πάσχουσα πλευρά)
- γ. Υπερβολική ανταπόκριση της LH και FSH στη δοκιμασία με GnRh
- δ .Άγχος ασθενών ή γονέων

5. Κλινική διάκριση της κρυφορχίας

Κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης σε αγόρι με κρυφορχία ο όρχις μπορεί να ψηλαφηθεί ή όχι. Έτσι από κλινικής πλευράς ο όρχις διακρίνεται σε ψηλαφητό (80% των περιπτώσεων) και αφηλάφητο (20%)

Ο ψηλαφητός όρχις μπορεί να εντοπίζεται:

1. Κατά μήκος της φυσιολογικής καθόδου του όρχεως (στο βουβωνικό κανάλι, προσχεϊκα στην είσοδο του οσχέου)
2. Σε έκτοπη θέση (5% των περιπτώσεων) λόγω ανωμαλιών του οίακα και μπορεί να εντοπίζεται στο περίνεο, στο μηρό, στη ρίζα του πέους, στην περιοχή του βουβώνα (ο όρχις έχει κατέλθει μέσω του έξω βουβωνικό στομίου αλλά αντί να εισέλθει στο σύστοιχο ημιόσχεο αυτός ακολουθεί παλίνδρομη πορεία με κατάληξη να βρίσκεται κάτω από το δέρμα και πάνω από την οροφή του βουβωνικού πόρου -απονεύρωση έξω λοξού μυός)

Ο αφηλάφητος όρχις μπορεί:

1. Να βρίσκεται εντός της κοιλίας
2. Να μην υπάρχει

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι εάν ένας όρχις που κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης δεν είναι ψηλαφητός δε συνεπάγεται ότι αυτός δεν υπάρχει ή ότι είναι ενδοκοιλιακός. Μόνο το 25% των κλινικά αφηλάφητων όρχεων δεν εντοπίζεται κατά τη χειρουργική διερεύνηση ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό (75%) αυτός ανευρίσκεται σε κάποια θέση στην βουβωνική χώρα.

6. Ποιες είναι οι επιπτώσεις από την ύπαρξη κρυφορχίας

A. Γονιμότητα

Η συχνότητα της κλινικής υπογονιμότητας μετά την ορχεοπηξία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Η ικανότητα για γονιμοποίηση σχετίζεται με την ιστολογική εξέταση ή το σπερμοδιάγραμμα. Ωστόσο είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε ότι:

1. Η ιστολογική εικόνα των όρχεων των μεγαλύτερων αγοριών που υποβάλλονται σε ορχεοπηξία δεν είναι ευνοϊκή.
2. Το σπερμοδιάγραμμα των αγοριών με ετερόπλευρη κρυφορχία είναι παθολογικό στο 50% των περιπτώσεων και το ποσοστό παθολογικού σπερμοδιαγράμματος σε αμφοτερόπλευρη κρυφορχία ανέρχεται στο 75%.

3. Η πιθανότητα τεκνοποίησης σε ετερόπλευρη κρυφορχία ανέρχεται στο 90% ενώ στην αμφοτερόπλευρη στο 62%.

4. Δεν υπάρχουν μακροχρόνιες μελέτες όσο αφορά την επίπτωση της πρώιμης αντιμετώπισης της κρυφορχίας στη γονιμότητα.

B. Καρκίνος

Από όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του όρχεως το 11% αφορά τους κρυφόρχεις. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του όρχεως σε αγόρια με κρυφορχία αυξάνεται κατά 25-30 φορές. Η ορχεοπηξία δεν ελαττώνει αυτή τη συχνότητα. Οι ορχικοί όγκοι μετά την ορχεοπηξία είναι συνήθως μη σεμινωματώδεις ενώ οι ενδοκοιλιακοί όρχεις μπορεί να αναπτύξουν σεμινώματα.

Γ. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα

- Οι κρυφόρχεις είναι περισσότερο επιρρεπείς στην συστροφή όρχεως και στο τραύμα ενώ
- Η ψυχολογική επιβάρυνση που μπορεί να έχει ένα παιδί με κρυφορχία δεν είναι τόσο μεγάλη όσο αυτή που μπορεί να έχει ένα παιδί με ανωμαλίες στο πέος.
- Η πλειονότητα των αγοριών έχει ανοικτό ελυτροπεριτοναϊκό πόρο

7. Πως γίνεται η διάγνωση της συστροφής όρχεως;

Στα μεγαλύτερα αγόρια η παθολογική κλινική εικόνα της συστροφής περιλαμβάνει την αιφνίδια εμφάνιση ετερόπλευρου έντονου άλγους και διόγκωσης του οσχέου/όρχεως. Το άλγος ελαττώνεται καθώς εξελίσσεται η νέκρωση του όρχεως. Όμως λιγότερα από τα μισά αγόρια με συστροφή εμφανίζουν το κλασσικό ιστορικό της αιφνίδιας έναρξης έντονου άλγους και διόγκωσης σε συνδυασμό με ευαίσθητο κατά την ψηλάφηση όρχι που βρίσκεται σε υψηλή θέση. Η απουσία του αντανακλαστικού του κρεμαστήρα συνηγορεί υπέρ της συστροφής όρχι. Το αρχικό άλγος συχνά αντανακλά στη βουβωνική χώρα ή στην κάτω κοιλία λόγω κατανομής της νέρωσης του όρχεως και εμετός παρατηρείται στο 40% των περιπτώσεων. Ο συνδυασμός άλγους κάτω κοιλίας και εμέτου χωρίς άλγος του οσχέου μπορεί να προκαλέσει διαγνωστική πλάνη. Η εξέταση του οσχέου κατά την κλινική

εκτίμηση κοιλιακών συμπτωμάτων είναι απαραίτητη. Στην νεογνική συστροφή έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ενδομήτριας συστροφής που ανακαλύφθηκαν με το προγεννητικό υπερηχογράφημα. Το ασυμπτωματικό νεογνό εμφανίζει σκληρό ανώδυνο όρχι και το δέρμα του οσχέου να προσφύεται στο νεκρωμένο όρχι.

Απεικονιστικές μέθοδοι

Έγχρωμο υπερηχογράφημα. Η ροή αίματος στον όρχι απουσιάζει ή είναι σημαντικά ελαττωμένη. Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος κυρίως περιορίζεται στα αγόρια της προεφηβικής ηλικίας στα οποία αποκλείεται η συστροφή κλινικά αλλά απαιτείται και περαιτέρω επιβεβαίωση

Σπινθηρογράφημα και μαγνητική τομογραφία Αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούνται όταν η διάγνωση δεν είναι βέβαιη και η συστροφή του όρχεως δεν μπορεί να αποκλειστεί από το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση.

Χειρουργική διερεύνηση δεν πρέπει να καθυστερεί όταν η αντικειμενική εξέταση κατευθύνεται προς τη συστροφή.

8. Διαφορική διάγνωση συστροφής όρχι - συστροφής ορχικής απόφυσης- επιδιδυμίτιδας.

Η συστροφή όρχεως διακρίνεται από έντονο αιφνίδιο άλγος που μπορεί να συνοδεύεται από κοιλιακό άλγος ναυτία και έμετο. Στη συστροφή όρχεως δεν εκλύεται το αντανακλαστικό του κρεμαστήρα και ο όρχις τις περισσότερες φορές είναι έντονα επώδυνος και βρίσκεται σε υψηλότερη οριζόντια θέση. Στη συστροφή ορχικής απόφυσης το άλγος είναι προοδευτικό και ηπιότερο σε σχέση με τη συστροφή όρχεως ενώ εκλύεται τουλάχιστον στα αρχικά στάδια το αντανακλαστικό του κρεμαστήρα. Δεν συνοδεύεται σχεδόν ποτέ από έμετο ενώ μπορεί να είναι ορατή στον άνω πόλο του πάσχοντος όρχη η 'μπλέ κηλίδα'. Στην επιδιδυμίτιδα πολλές φορές μπορεί να παρατηρηθεί πυρετός και πουουρία, το άλγος δεν είναι τόσο οξύ ,ενώ και σε αυτή την περίπτωση εκλύεται το αντανακλαστικό του κρεμαστήρα.

9. Ποια τα πιθανά αίτια δημιουργίας απόφραξης πυελοουρητηρικής συμβολής;

Ενδογενή αίτια:

A. ενδογενής απόφραξη. Βραχύ στενό τμήμα του ουρητήρα στην πυελοουρητηρική συμβολή

B. Ουρητηρικές πτυχές. Η πυελοουρητηρική συμβολή έχει φυσιολογικό αυλό αλλά το κεντρικό τμήμα του ουρητήρα είναι ελικοειδές.

Εξωγενή αίτια:

A. Ινώδεις ταινίες. Γωνίωση της πυελοουρητηρικής συμβολής και του κεντρικού τμήματος του ουρητήρα λόγω της συμπίεσης από ινώδεις ταινίες.

B. Υψηλή θέση πυελοουρητηρικής συμβολής. Ο ουρητήρας εισέρχεται σε ψηλή θέση στη διατεταμένη νεφρική πύελο και απωθείται από αυτή

Γ. Εκτοπα ή υπεράριθμα αγγεία (30% μεγαλύτερα παιδιά, 5% βρέφη) Τα αγγεία προέρχονται από την κοιλιακή αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα και πορευόμενα προς τον κάτω πόλο του νεφρού αποφράσσουν την πυελοουρητηρική συμβολή.

Συνύπαρξη ΑΠΟΥΣ και ΚΟΠ

Η συνύπαρξη (10%) αυτή δημιουργεί διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα. Λόγω της παλινδρόμησης ο ουρητήρας γίνεται ελικοειδής και η πυελοουρητηρική συμβολή γωνιούται. Επομένως η διόρθωση της ΚΟΠ βελτιώνει την αποχέτευση των ούρων. Σπανιότερα η ομόπλευρη ΑΠΟΥΣ και η ΚΟΠ αποτελούν ξεχωριστές παθολογικές οντότητες. Τότε προέχει η αποκατάσταση της ΑΠΟΥΣ.

10. Ποια η κλινική εικόνα και ποιες οι απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης της απόφραξης πυελοουρητηρικής συμβολής.

Κλινική εικόνα

α) Βρέφη. Συχνότερο εύρημα είναι η ουρολοίμωξη αλλά μπορεί να εμφανιστεί και με άλγος οσφύος, αιματουρία ή ενδοκοιλιακή μάζα. Το 50% των ενδοκοιλιακών μαζών σε βρέφη ηλικίας <1 έτους οφείλεται σε παθήσεις των νεφρών και 40% αυτών σε απόφραξη πυελοουρητηρικής συμβολής (ΑΠΟΥΣ).

β) Μεγαλύτερα παιδιά. Στα μεγαλύτερα παιδιά η ΑΠΟΥΣ εκδηλώνεται με κοιλιακό ή οσφυϊκό άλγος αιματουρία μετά από ήπιο τραυματισμό ή ουρολοίμωξη. Παιδιά που παρουσιάζουν μακροσκοπική αιματουρία μετά από

ήπιο τραυματισμό ή έχουν ουρολοίμωξη με συμπτωματολογία από την οσφυική χώρα πρέπει να ελέγχονται για ΑΠΟΥΣ.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Ο διαγνωστικός αλγόριθμος περιλαμβάνει αρχικά το υπερηχογράφημα μετά τη γέννηση (3^η- 7^η ημέρα) αν έχει βρεθεί υδρονέφρωση προγεννητικά. Αν το υπερηχογράφημα δείξει ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη διάταση συνίσταται δυναμικό σπινθηρογράφημα (MAG3). Αν η υδρονέφρωση είναι ετερόπλευρη και μικρής βαρύτητας το MAG3 γίνεται τον πρώτο μήνα. Αν η υδρονέφρωση είναι αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη μεγάλης βαρύτητας το MAG3 γίνεται μετά την 3^η ημέρα ζωής.

-Απέκκριση του ραδιοφαρμάκου <15 λεπτά μετά τη χορήγηση του διουρητικού σημαίνει μη αποφρακτική διάταση.

-καθυστερημένη >20 λεπτά απέκκριση του ραδιοφαρμάκου σημαίνει αποφρακτική διάταση

- απέκκριση του ραδιοφαρμάκου μεταξύ 15 και 20 λεπτών σημαίνει ασαφές αποτέλεσμα

- Σχετική νεφρική λειτουργία <40% της συνολικής νεφρικής λειτουργίας σημαίνει παθολογική ΑΠΟΥΣ και αυξημένο κίνδυνο για επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Το στατικό σπινθηρογράφημα (DMSA) χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που η μειωμένη νεφρική λειτουργία είναι τέτοια ώστε πρέπει να αποφασιστεί αν θα γίνει πυελοπλαστική ή νεφρεκτομή.

11. Ποιες είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της απόφραξης πυελοουρητηρικής συμβολής και ποιες οι ενδείξεις πυελοπλαστικής.

Οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της απόφραξης της πυελοουρητηρικής συμβολής είναι οι εξής:

Συντηρητική αντιμετώπιση

Όταν το νεφρικό υπερηχογράφημα δείχνει σημαντική υδρονέφρωση και το σπινθηρογράφημα φυσιολογική σχετική νεφρική λειτουργία. Πρακτικά οι νεφροί με φυσιολογική σχετική νεφρική λειτουργία έχουν προσθιοπίσθια διάμετρο νεφρικής πυέλου <30mm. Το πρωτόκολλο παρακολούθησης περιλαμβάνει χημειοπροφύλαξη και ετήσιο έλεγχο με υπερηχογράφημα και

σπινθηρογράφημα. Ο έλεγχος αυτός μπορεί να γίνει και συχνότερα αν η νεφρική λειτουργία είναι οριακή ή παραμένει μεγάλη υδρονέφρωση.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Ενδείξεις

1. Ασυμπτωματική απόφραξη με ελαττωμένη σχετική νεφρική λειτουργία (<35-40%) ιδιαίτερα αν η προσθιοπίσθια διάμετρος της νεφρικής πυέλου είναι >30mm.
2. Επιμένουσα ασυμπτωματική απόφραξη χωρίς σημεία βελτίωσης στο υπερηχογράφημα και ραδιοισοτοπικό νεφρόγραμμα -MAG 3 παρά τη σταθερή σχετική νεφρική λειτουργία.
3. Αμφοτερόπλευρη απόφραξη με μεγάλη διάταση
4. Αποτυχία συντηρητικής παρακολούθησης (επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ή αύξηση της διάτασης)

12. Ποιες είναι οι ενδείξεις συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας στην απόφραξη της κυστεοουρητηρικής συμβολής

Συντηρητική θεραπεία

α. Αν η σχετική νεφρική λειτουργία είναι >35-40% συνίσταται συντηρητική αντιμετώπιση και διαχρονική παρακολούθηση για διάστημα που μπορεί να φθάνει και τα 4-5 έτη με την προϋπόθεση ότι η διάταση υποχωρεί σταδιακά με το χρόνο και η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική κατά τον αρχικό έλεγχο.

β. Ήπια ή μέτρια ουρολοίμωξη με τις υπόλοιπες παραμέτρους να κυμαίνονται στα φυσιολογικά επίπεδα (ουρητηρική διάμετρος <ή = 1 cm και νεφρική λειτουργία >35-40% απαιτεί συντηρητική αντιμετώπιση με χημειοπροφύλαξη και παρακολούθηση.

Οι ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας είναι :

α. Στον ασυμπτωματικό μεγαουρητήρα (προγεννητικά διαγνωσμένος αποφρακτικός μεγαουρητήρας) η χειρουργική παρέμβαση ενδείκνυται αν η σχετική νεφρική λειτουργία υπολείπεται κατά τον αρχικό έλεγχο (<35%) και με τον έλεγχο να επαναλαμβάνεται στους 3-6 μήνες ζωής του παιδιού λίγο πριν τη χειρουργική επέμβαση και εφόσον δεν υπάρχουν σημεία βελτίωσης.

β. Όταν υπάρχουν σημεία επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας κατά τη διαχρονική παρακολούθηση του ασυμπτωματικού μεγαουρητήρα.

γ. Στο συμπτωματικό μεγαουρητήρα που συνοδεύεται από υποτροπιάζουσες ή βαριές ουρολοιμώξεις και άλγος.

13. Ποια η διαβάθμιση της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης (ΚΟΠ) και ποιοι οι τρόποι αντιμετώπισης της.

Βαθμός I: εμφάνιση του σκιαγραφικού μόνο στον ουρητήρα

Βαθμός II: εμφάνιση του σκιαγραφικού στον ουρητήρα και στο πυελοκαλυκικό σύστημα χωρίς διάταση των καλύκων

Βαθμός III: μικρή ως μέτρια διάταση των καλύκων

Βαθμός IV: μέτρια διάταση και επιπέδωση των καλύκων χωρίς ελίκωση του ουρητήρα

Βαθμός V: μεγάλη διάταση και εξαφάνιση των θηλών των καλύκων με ελίκωση του ουρητήρα.

Γενικά οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη συντηρητική αγωγή (χημειοπροφύλαξη) και τη χειρουργική παρέμβαση.

Συντηρητική αγωγή

Αν διαγνωστεί η παλινδρόμηση πρέπει να χορηγείται στον ασθενή χημειοπροφύλαξη μέχρι να υποχωρήσει αυτόματα. Οι ασθενείς με μεγάλου βαθμού παλινδρόμηση έχουν μικρότερη πιθανότητα για αυτόματη ίαση (81% και 48% για βαθμούς I-II και III-IV αντίστοιχα) και μεγαλύτερο κίνδυνο νεφρικών ουλών. Η διαχρονική παρακολούθηση πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο και να ελέγχεται η πιθανή βελτίωση ή και ίαση της παλινδρόμησης. Το αντιβιοτικό στη χημειοπροφύλαξη πρέπει να δίνεται στο 1/3 ή 1/2 της θεραπευτικής δόσης.

Χειρουργική θεραπεία

Οι ενδείξεις για τη χειρουργική αποκατάσταση είναι οι εξής:

- α. Επανειλημμένα επεισόδια πυελονεφρίτιδας παρά τη χορήγηση αντιβιοτικών
- β. Λοιμώξεις από ανθεκτικά μικρόβια παρά τη χορήγηση αντιβιοτικών
- γ. Παραμονή της παλινδρόμησης μέχρι την εφηβική ηλικία
- δ. Παρουσία συνοδών ανωμαλιών (διπλό σύστημα, έκτοπος ουρητήρας, παραουρητηρικό εκκόλπωμα)

ε. Αδυναμία ανταπόκρισης γονέων/παιδιών στη φαρμακευτική αγωγή.

Οι τεχνικές χειρουργικής αποκατάστασης είναι:

Η ανοικτή μετεμφύτευση ουρητήρων,

Η λαπαροσκοπική μετεμφύτευση ουρητήρων ,

Η ενδοσκοπική υποουρητηρική έγχυση ειδικών ουσιών

(Teflon, deflux, PDMS-macropastique) .

14. Τι γνωρίζεται για την κλινική εικόνα και την αντιμετώπιση της ουρολιθίασης στα παιδιά

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει κολικοειδές ή απλό κοιλιακό άλγος, μακροσκοπική και κυρίως επιμένουσα μικροσκοπική αιματουρία, ουρολοίμωξη και ασυπτωματική λιθίαση

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι:

α) Μη ελεγχόμενο άλγος

β) Επιμένουσα απόφραξη

γ) Επιμένουσα λοίμωξη

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης της ουρολιθίασης στα παιδιά περιλαμβάνουν:

- Εξωσωματική λιθοτριψία
- Διαδερμική χειρουργική νεφρολιθίασης
- Ενδοσκοπική λιθοτριψία
- Ανοικτή χειρουργική (σπάνια)

Η επιλογή της μεθόδου θεραπείας εξαρτάται από:

- Ηλικία- σωματομετρικές διαστάσεις ασθενούς
- Αριθμό - εντόπιση-σύσταση-μέγεθος λίθου
- Ανατομία του ουροποιητικού συστήματος - Γνώση ανατομικών ανωμαλιών

15. Επιδημιολογία και κλινικές εκδηλώσεις νεφροβλαστώματος (όγκος του Wilms)

Το νεφροβλάστωμα αποτελεί περίπου το 90% των κακοήθων όγκων του νεφρού. Η επίπτωση της νόσου είναι 7-10 περιπτώσεις ανά 1.000.000 παιδιών ανά έτος και αντιστοιχεί στο 6-7% όλων των καρκίνων της παιδικής ηλικίας.

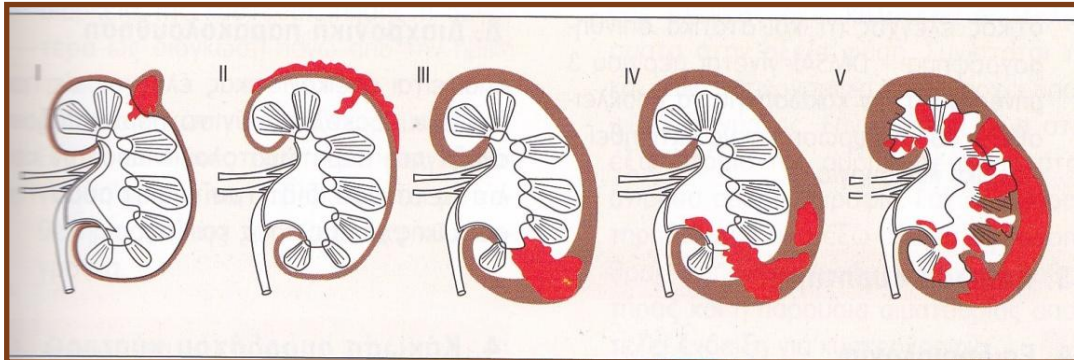
Η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 3 έτη με το 80% των περιπτώσεων να εκδηλώνεται σε ηλικία < 5 ετών. Ασθενείς με αμφοτερόπλευρους όγκους (5%) εκδηλώνονται σε μικρότερη ηλικία

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

1. Ψηλαφητή ανώδυνη κοιλιακή μάζα σε υγιή κατά τα άλλα παιδιά (> 90%)
2. Μακροσκοπική αιματουρία λόγω διήθηση της νεφρικής φλέβας ή της πυέλου (10-15%)
3. Μικροσκοπική αιματουρία (είναι πιο συχνή από την μακροσκοπική)
4. Κοιλιακό άλγος (28%)
5. Οξεία κοιλία σε περίπτωση ρήξης του όγκου (αυτόματα ή μετά τραυματισμό)
6. Κιρσοκήλη λόγω πίεσης ή φλεβικής επέκτασης στην κάτω κοίλη
7. Ασκίτη
8. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια λόγω φλεβικής επέκτασης στο δεξιό κόλπο

16. Διαβάθμιση κάκωσης νεφρού και ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

Διαβάθμιση κάκωσης νεφρού



Βαθμός I: θλάση νεφρού

Βαθμός II: Ρήξη νεφρού χωρίς επέκταση στο πυελοκαλυκτικό σύστημα

Βαθμός III: ρήξη ,επέκταση στο πυελοκαλυκτικό σύστημα-περινεφρικό αιμάτωμα –διαφυγή ούρων

Βαθμός IV: εκτεκαμένη ρήξη/απόσπαση νεφρικού παρεγχύματος

Βαθμός V: κατακερματισμένος νεφρός και/ή απόσπαση νεφρικού μίσχου

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας:

- α. Αιμορραγία που προκαλεί αιμοδυναμική αστάθεια
- β. Ρήξη νεφρικής πυέλου ή απόσπαση ουρητήρα
- γ. Κατακερματισμένος νεφρός (κάκωση V βαθμού)
- δ. Κακώσεις νεφρικών αγγείων