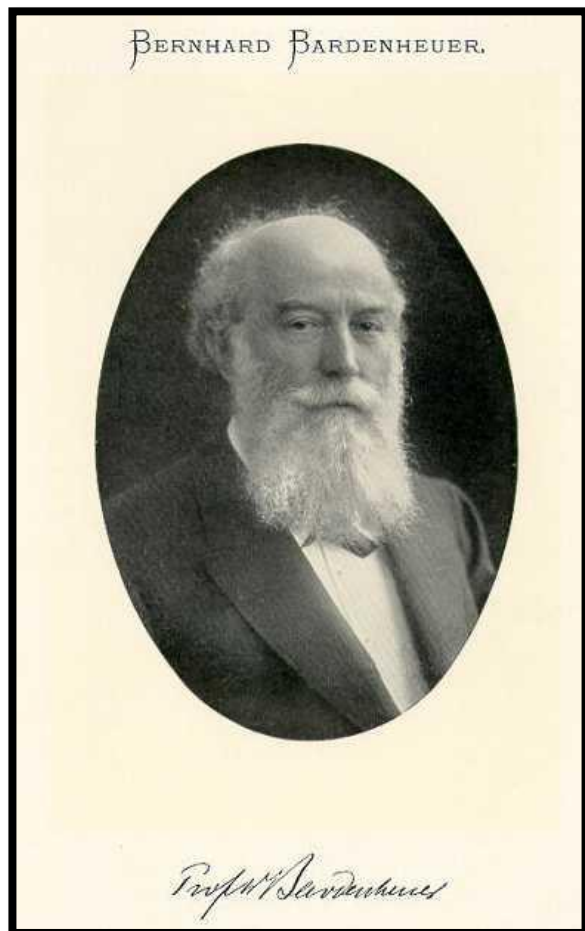




Εκτροπή ούρων, ουρούν και ζουν καλύτερα οι ασθενείς με νεοκύστη;

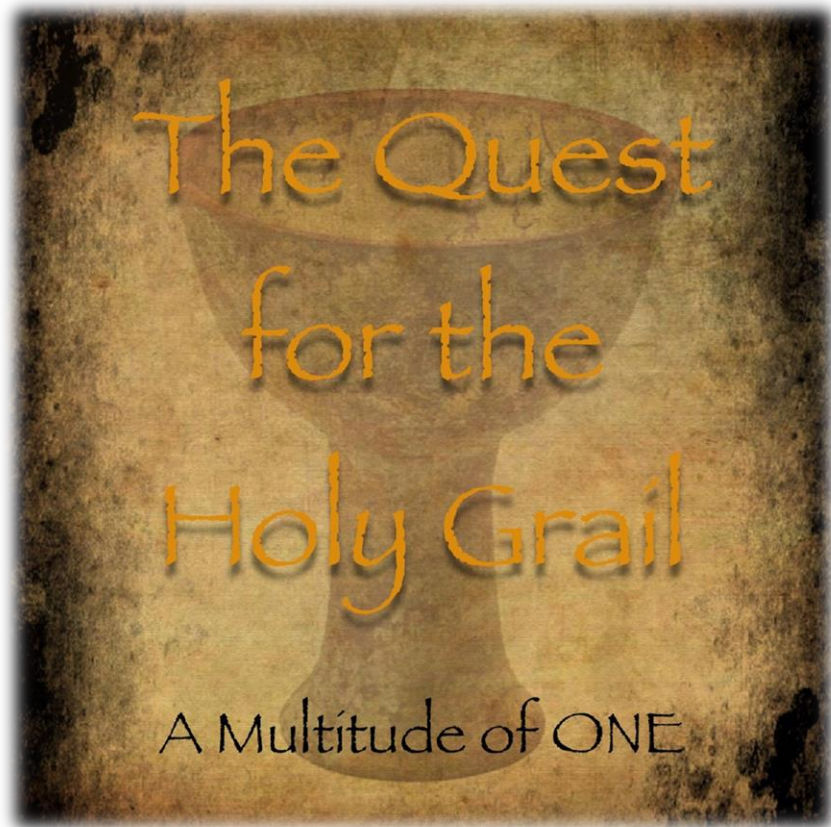
Γιώργος Δημητριάδης
Α' Ουρολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Ριζική ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ



- **1887**: Πρώτη κυστεκτομή για όγκο της ουροδόχου κύστης
- Από τότε παραμένει η «χρυσή σταθερά» στη θεραπεία της μυοδιηθητικής νόσου
- Λίγα κλινικά οφέλη από την κατανόηση της βιολογίας της νόσου
- **Μόνη ουσιαστική πρόοδος η εξέλιξη των μεθόδων εκτροπής των ούρων**

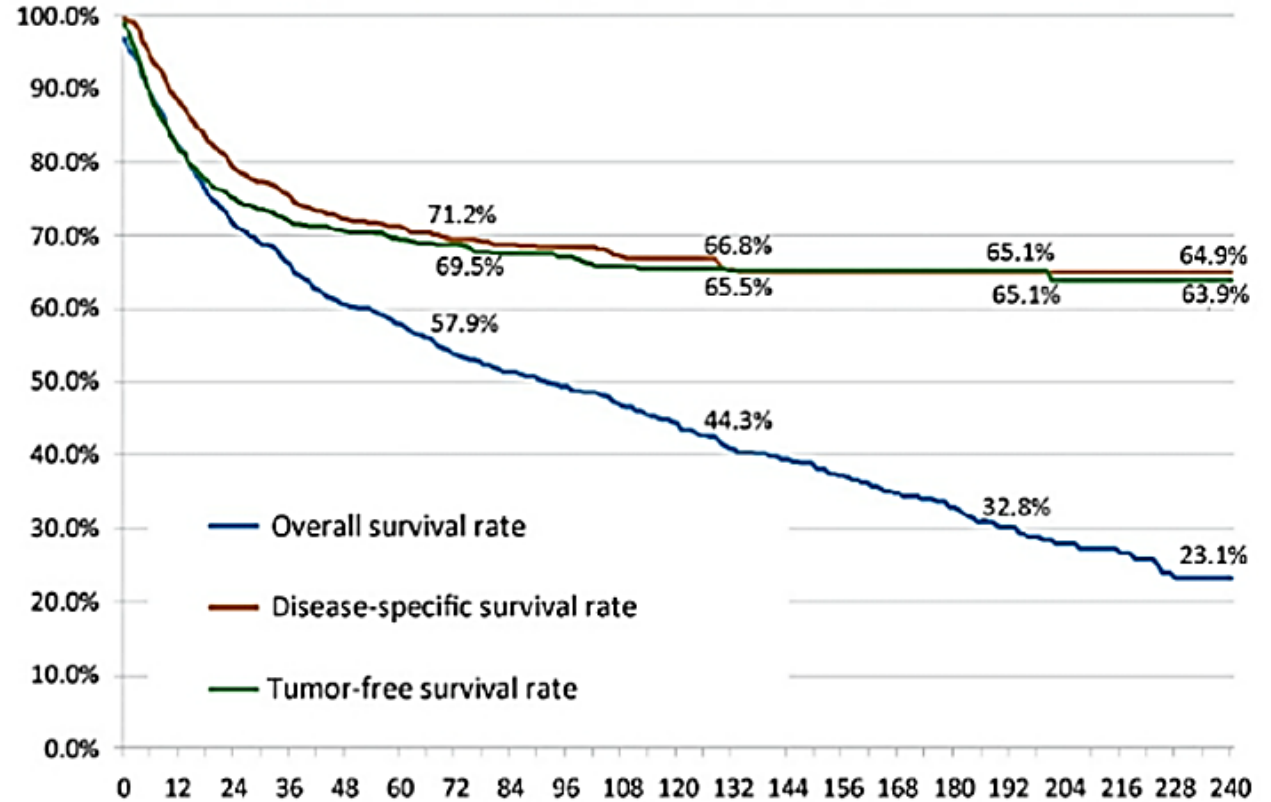
Τι προσδοκούν οι ασθενείς...



- ✓ Θεραπεία με χαμηλή νοσηρότητα
- ✓ «ισόβια» απαλλαγή από τον καρκίνο
- ✓ Καλά λειτουργικά αποτελέσματα
- ✓ Κατάσταση υγείας που να εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα ζωής

Radical Cystectomy for Urothelial Carcinoma of the Bladder Without Neoadjuvant or Adjuvant Therapy: Long-Term Results in 1100 Patients

Richard E. Hautmann^{a,*}, Robert C. de Petroni^a, Christina Pfeiffer^b, Bjoern G. Volkmer^{a,b}



Years	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pat. (n)	1100	815	660	567	486	434	367	318	272	250	205	172	152	131	115	87	73	51	36	27	21

Fig. 1 – Overall disease-specific and recurrence-free survival rate for the complete series of 1100 patients.

- DSS for all tumor stages: ~ 65% at 10 years

Αντιμετώπιση του μυοδιηθητικού καρκίνου της κύστης

- Έγκαιρη κυστεκτομή, νευροπροστατευτική (αν είναι εφικτό) ετερο- ή αμφοτερόπλευρα
- «Επαρκής» λεμφαδενεκτομή
- Ορθότοπη υποκατάσταση της ουροδόχου κύστης αν δεν αντενδείκνυται
- Προεγχειρητική χημειοθεραπεία σε cT3/4 ή/και cN+
- Συμπληρωματική χημειοθεραπεία σε \geq pT3 ή/και pN+
- Η αναγκαιότητα χημειοθεραπείας δεν αποκλείει την ορθότοπη υποκατάσταση

As time goes by...

Ουρητηρο-
σιγμοειδοστομία

Ουρητηρο-
ειλεο-δερματική
εκτροπή

Αποσωληνοποιημένα
reservoir

Laplace law for a spherical reservoir

$$P = \frac{2Tw}{R}$$

P: Pressure; T: Tension; w: Wall thickness; R: Radius of reservoir

Δερματικές
Εγκρατείς
εκτροπές

Ορθότοπο
Ειλεακό
Reservoir
(«νεοκύστη»)

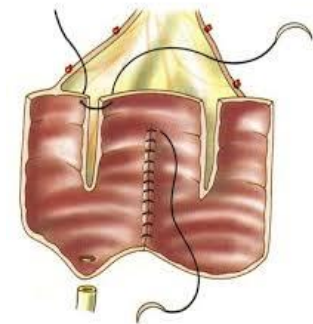
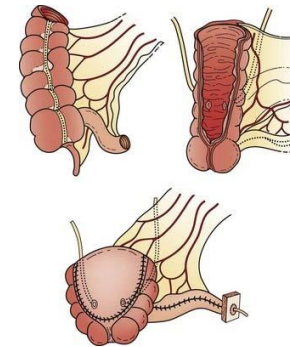
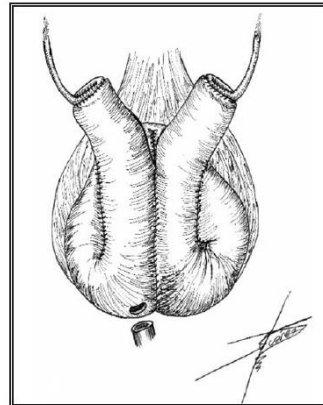
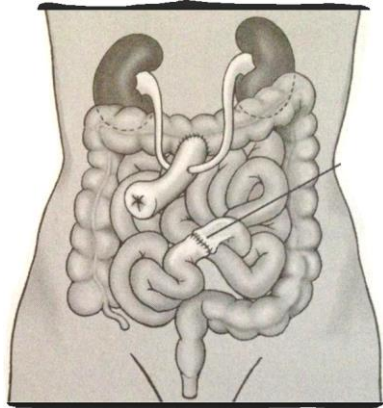
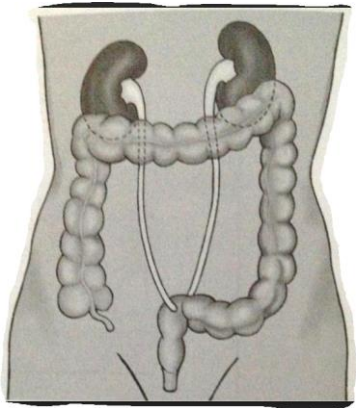
1852 (Simon)
1911 (Coffey)

1911 (Zaayer)
1950 (Bricker)

1959 (Goodwin)
1979 (Camey-LeDuc)

1982 (Kock)
1987 (Rowland)

1990... Studer,
Hautmann



Ορθότοπη υποκατάσταση της κύστης

Κριτήρια επιλογής των ασθενών

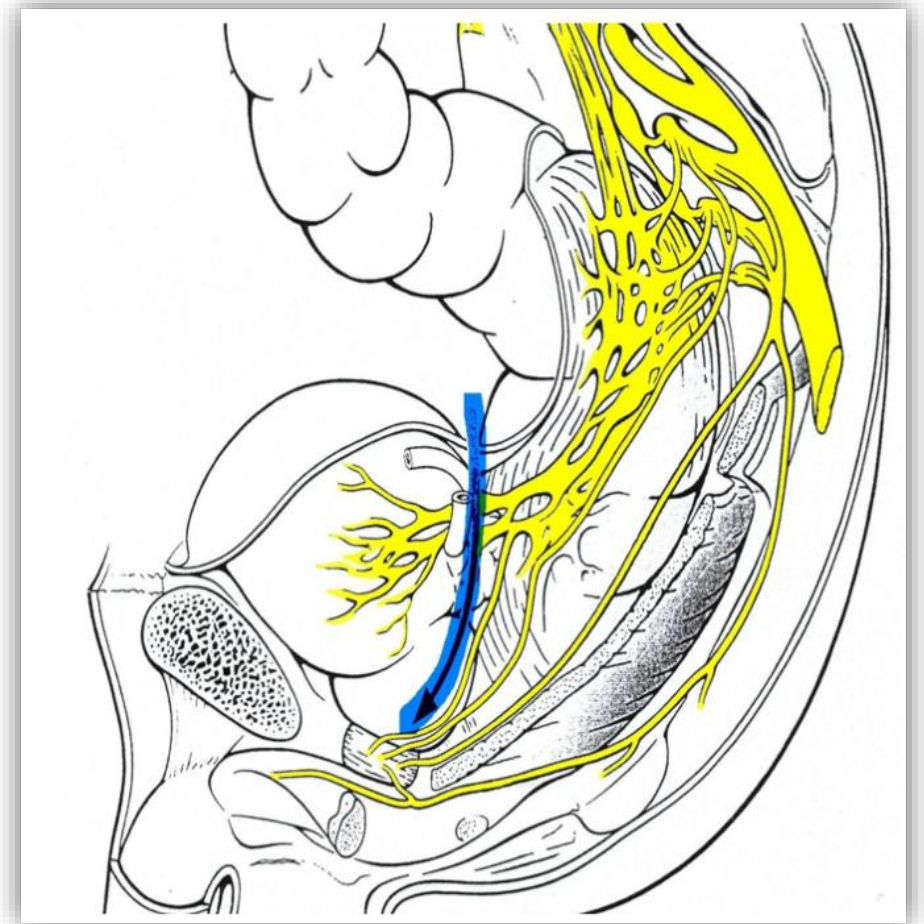
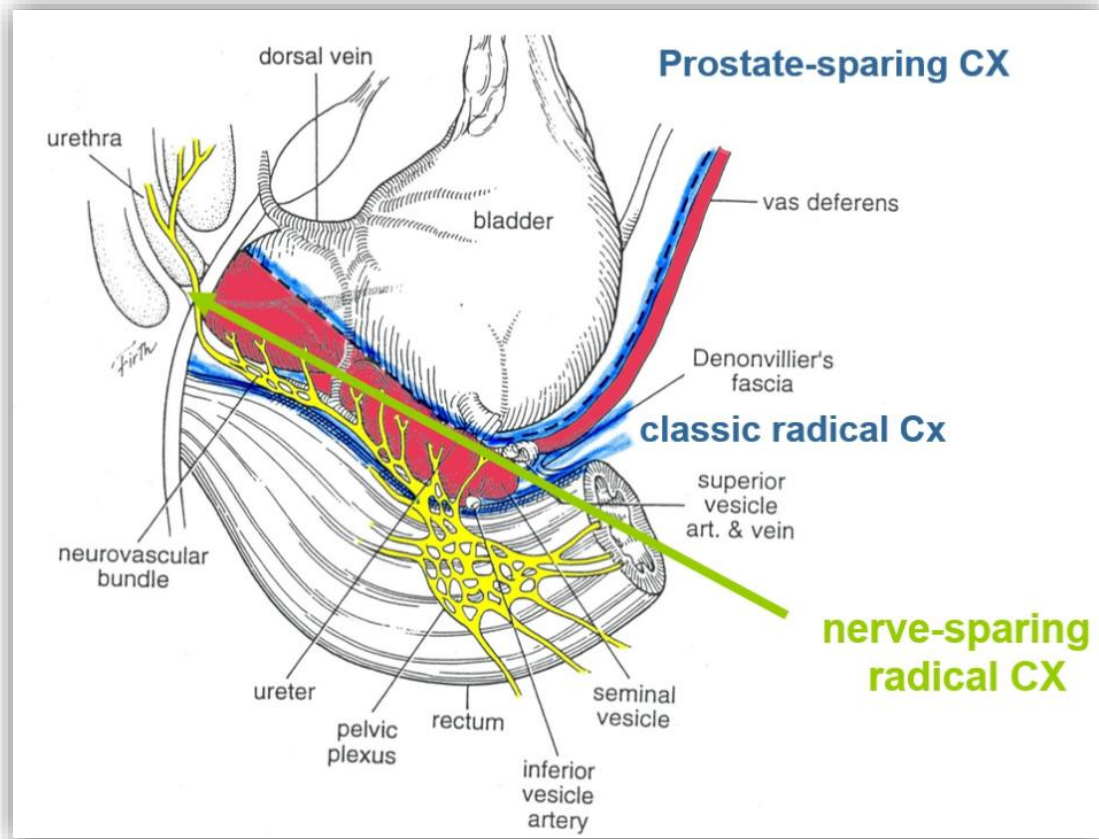
- Απουσία μεταστατικής νόσου (πολύ καλή σταδιοποίηση)
- Οπίσθια ουρήθρα ελεύθερη νεοπλασματος (προεγχειρητική TUR βιοψία, διεγχειρητική ταχεία βιοψία)
- Καλή νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού ≤ 2 mg/dL), άρση μετανεφρικής απόφραξης
- Φυσιολογική ηπατική λειτουργία
- Φυσική και νοητική κατάσταση επαρκής για να ζήσει με τη νεοκύστη

Ορθότοπη υποκατάσταση της κύστης

Κριτήρια επιλογής των ασθενών (συνέχεια)..

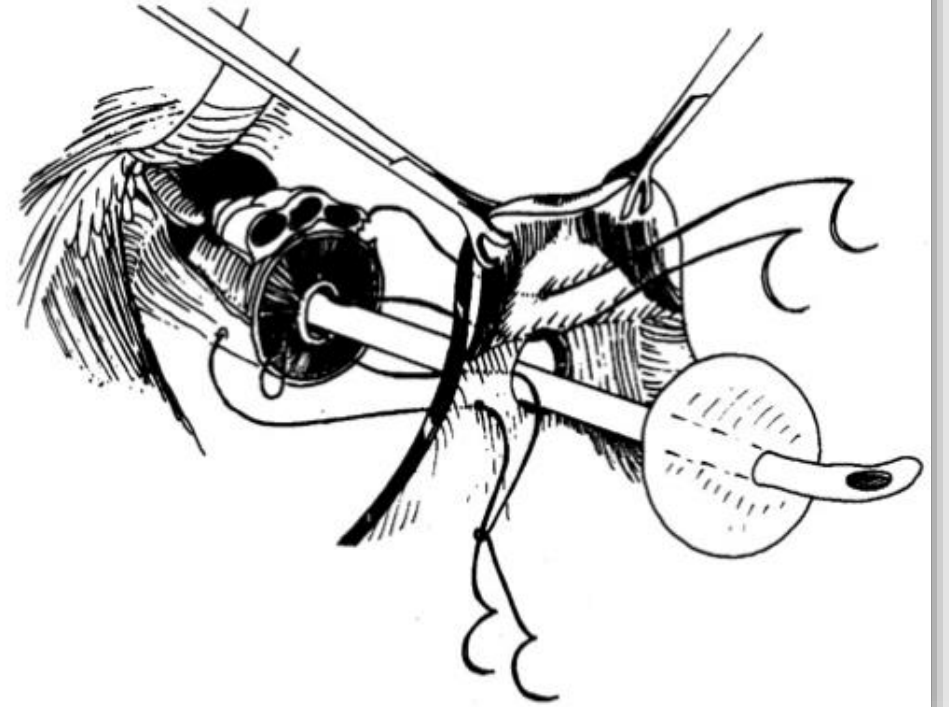
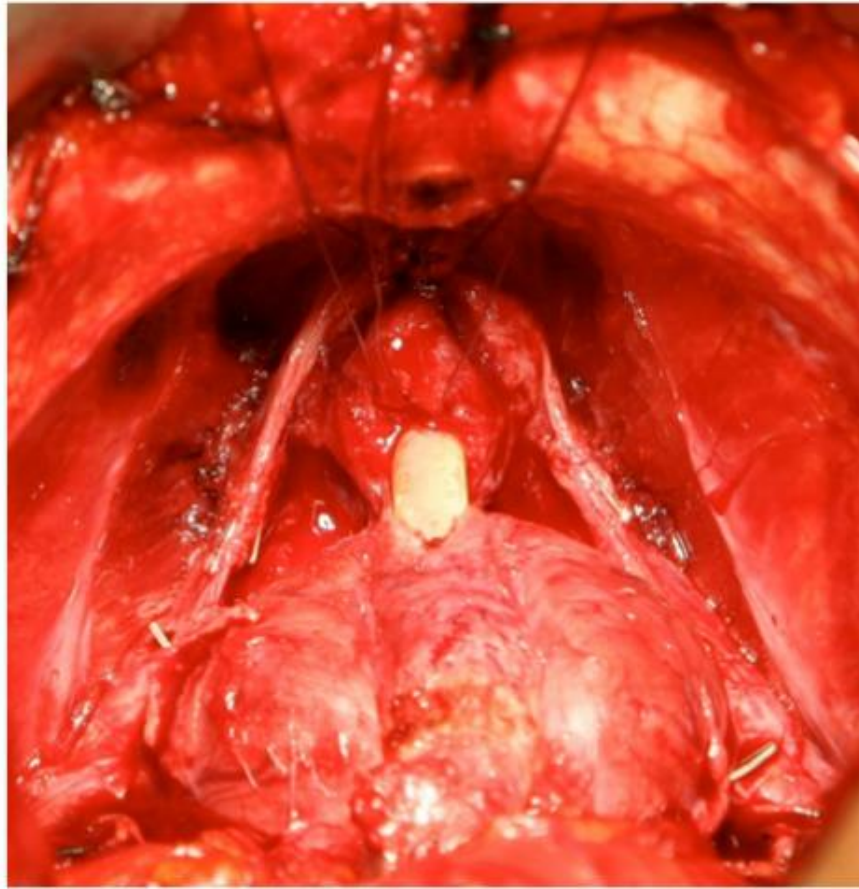
- Προσοχή στους ηλικιωμένους ασθενείς (μειωμένη ικανότητα εγκράτειας)
- Ιστορικό διαταραχής της εντερικής λειτουργίας (ακτινοθεραπεία, νόσος Crohn, προηγούμενη εντερεκτομή...)
- Τοπικά προχωρημένη νόσος – cN+

Νευροπροστατευτική ριζική κυστεκτομή: περισσότερες πιθανότητες διατήρησης εγκράτειας και στύσης



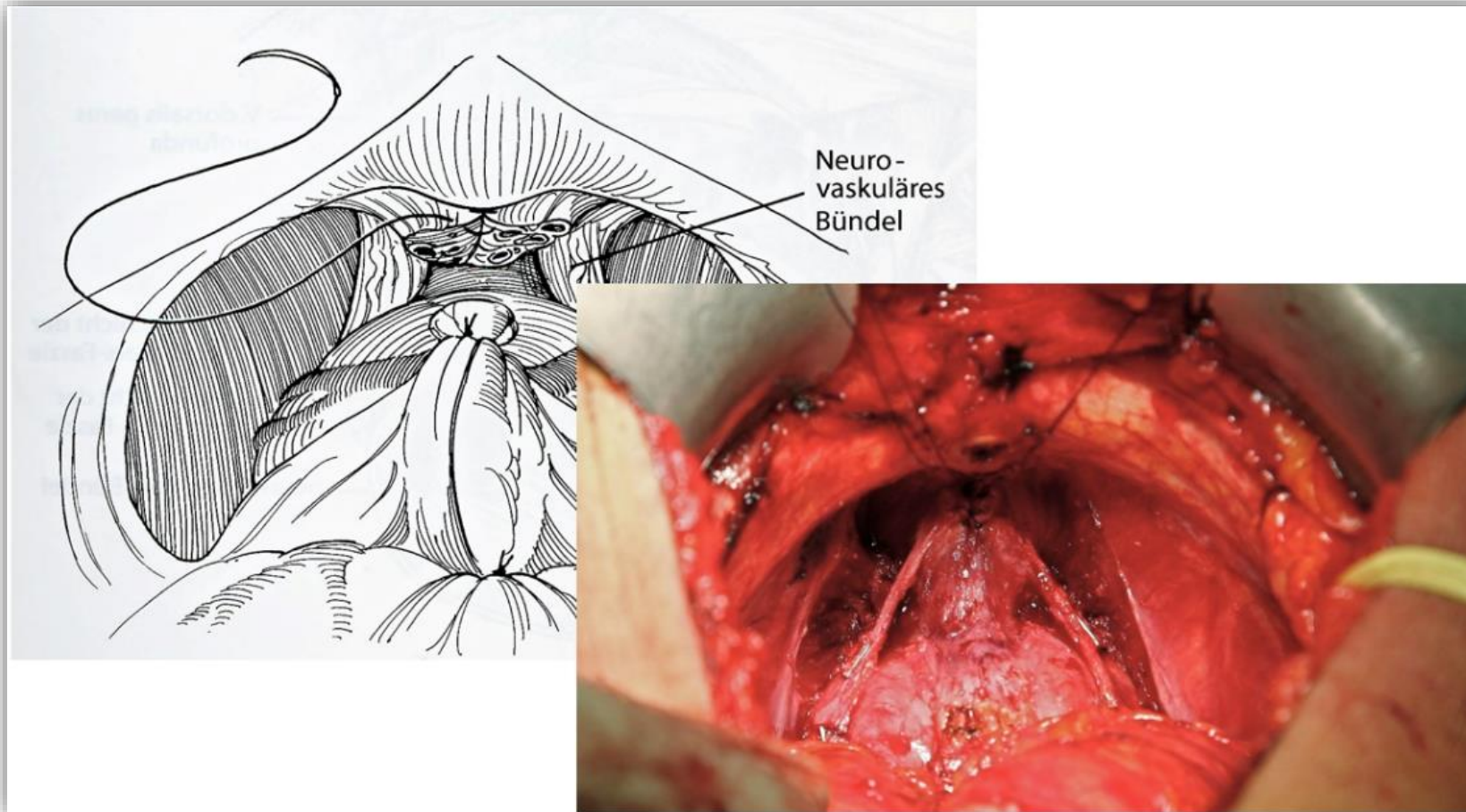
Ορθότοπη νεοκύστη:

Η ανατομική παρασκευή του ραβδοσφιγκτήρα και της οπίσθιας ουρήθρας ενισχύει την εγκράτεια



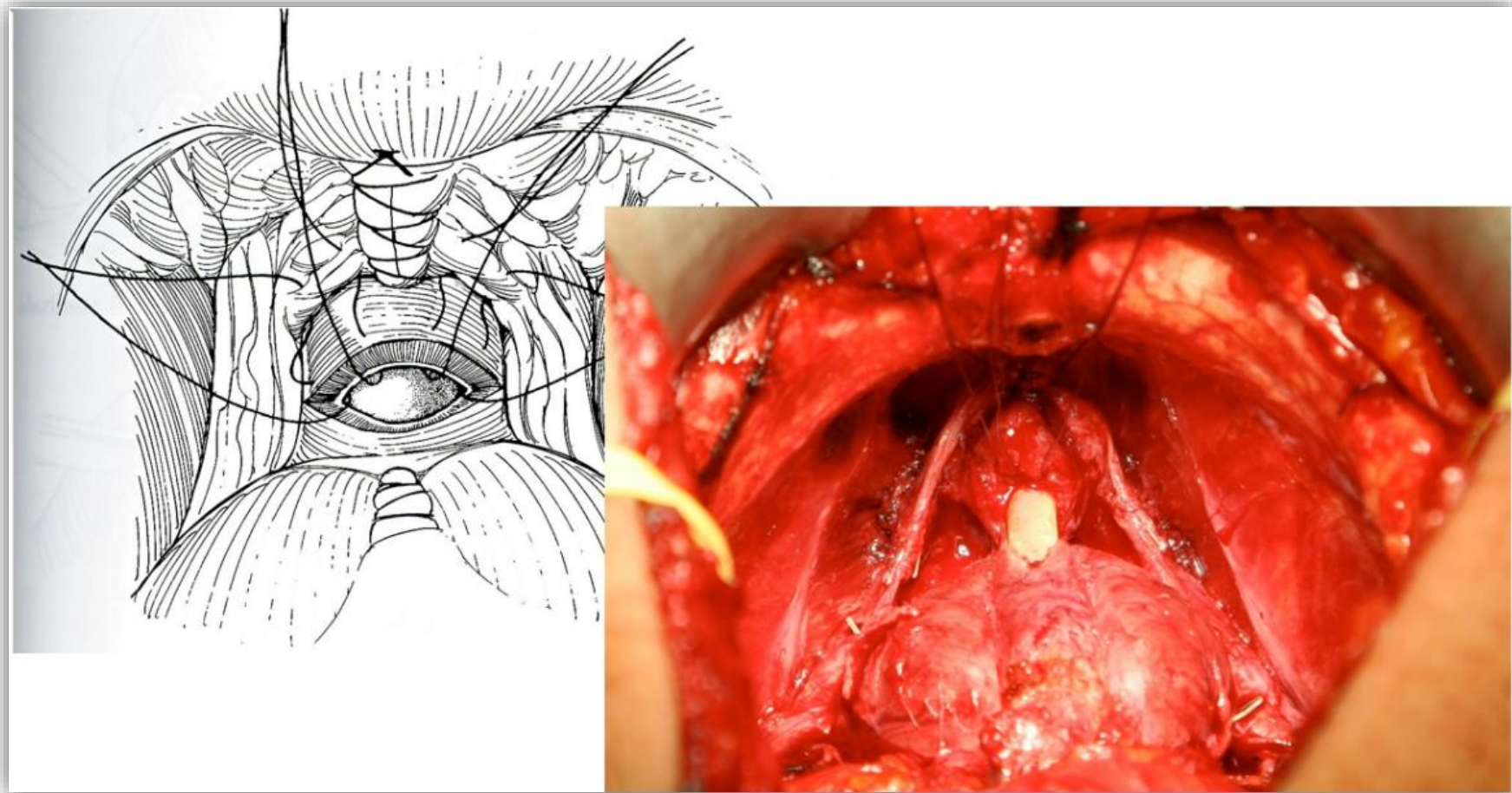
Ογκολογική χειρουργική και λειτουργική αποκατάσταση

Παρασκευή του ραχιαίου πλέγματος, της ουρήθρας και του αγγειονευρώδους δεματίου



Ογκολογική χειρουργική και λειτουργική αποκατάσταση

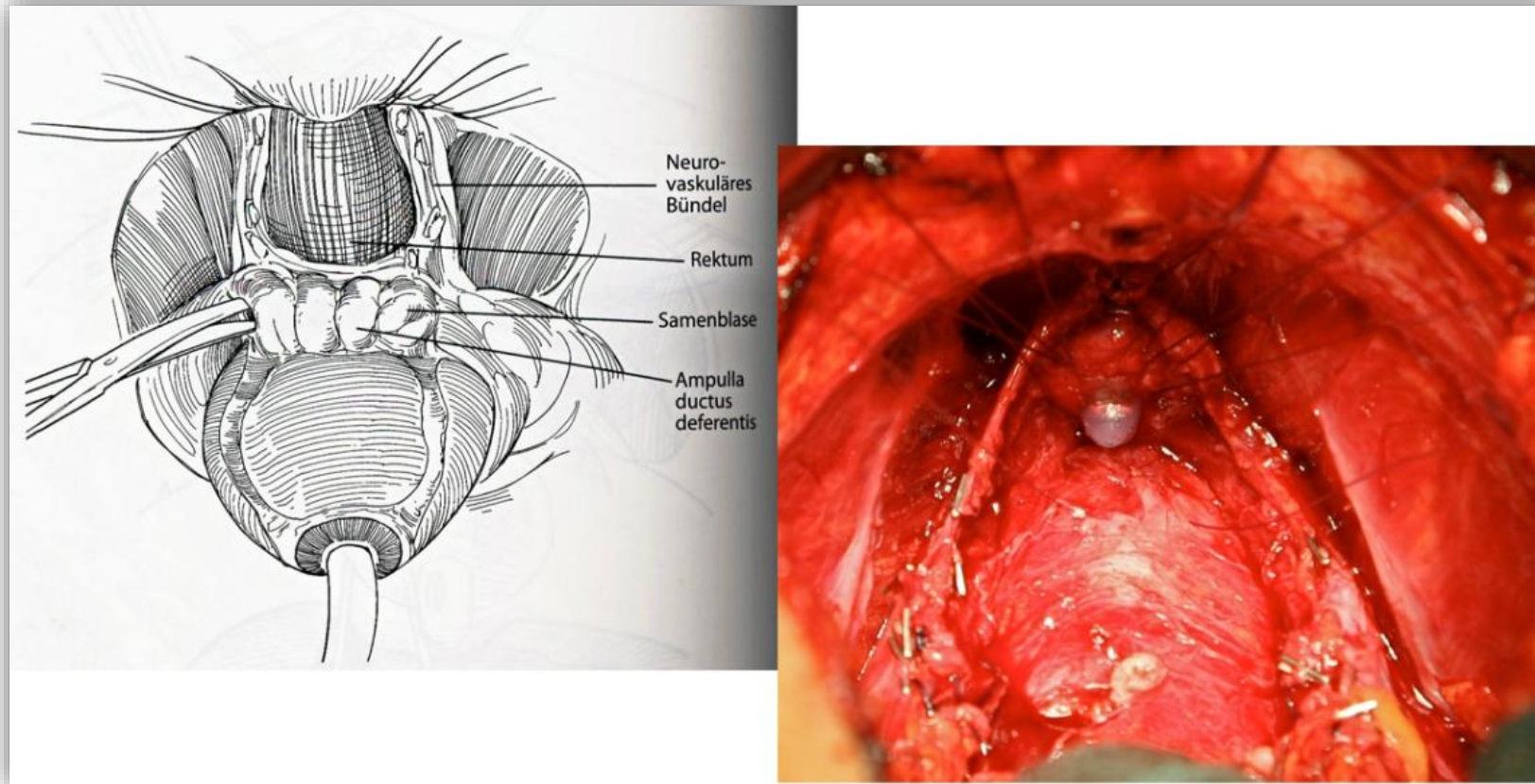
Τοποθέτηση των ραφών της αναστόμωσης



Ογκολογική χειρουργική και λειτουργική αποκατάσταση

Παρασκευή των πλάγιων αγγειονευρωδών δεματίων

Λειτουργικότητα = διατήρηση της αυτόνομης νεύρωσης



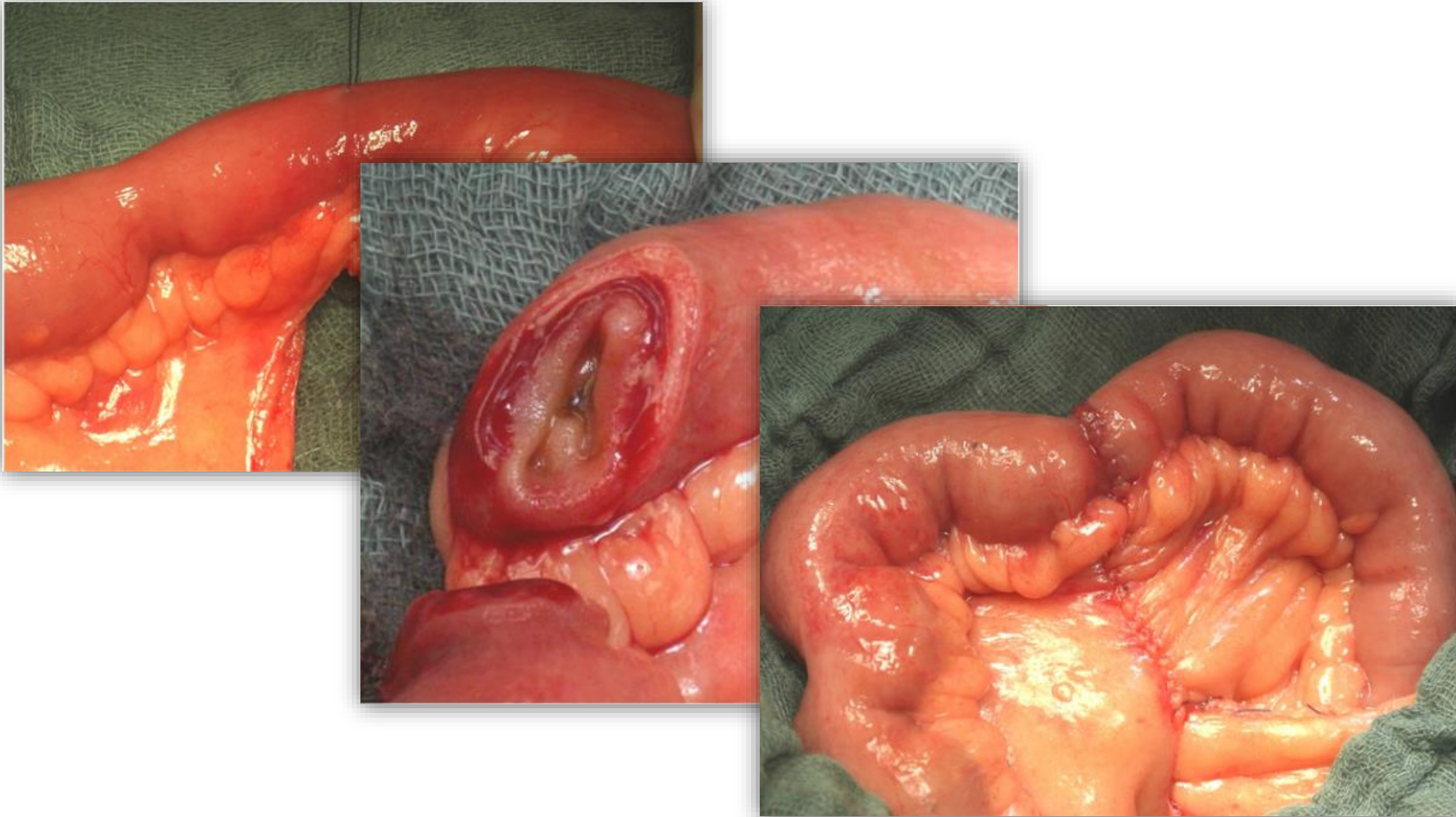
Ορθότοπη νεοκύστη:

Από τι κινδυνεύει η ζωή του ασθενή στην περιεγχειρητική περίοδο;

- $\frac{1}{3} \approx$ ενδοκοιλιακή σήψη
 - $\frac{1}{3} \approx$ μη ενδοκοιλιακή σήψη
 - $\frac{1}{3} \approx$ αγγειακές επιπλοκές
-
- **Άμεση επανεπέμβαση** σε βάσιμες ενδείξεις ενδοκοιλιακής σήψης (αξονική τομογραφία με σκιαστικό: απόστημα, διαρροή εντερικού περιεχομένου...)

Ορθότοπη νεοκύστη:

Σημείο κλειδί: Σωστός χειρισμός του εντέρου - αναστόμωση



Ορθότοπη νεοκύστη:

Σημείο κλειδί: Σωστός χειρισμός του εντέρου - αναστόμωση

Τεχνική αναστόμωσης του λεπτού εντέρου:

- Ο τρόπος δεν είναι σημαντικός αρκεί ο χειρουργός να είναι προσεκτικός
- Συνεχείς η διακεκομμένες **ορομυϊκές ραφές** με μονόκλωνο απορροφήσιμο ράμμα 4-0, συνήθως ένα στρώμα αρκεί
- Αν χρησιμοποιηθεί συρραπτικό, οι **ορογονικές επικαλυπτικές ραφές** βοηθούν στην αποφυγή συριγγίων με τη νεοκύστη
- Όσο το δυνατό πιο **ευρεία**, με καλή αιμάτωση, ατραυματική

Ριζική κυστεκτομή & εκτροπή των ούρων: οι «ώρες πτήσεις» βελτιώνουν το αποτέλεσμα

Patients	1 - 360		500 - 650
Mortality (3M) *	3%	➔	2%
Early (< 3M)	40%		39%
Interventions	26.2%	➔	15.3%
Relaparotomy	2.7%		2.1%

Surgeon`s and hospital`s volume critical !

Gschwend unpublished data

Ζουν καλύτερα οι ασθενείς με
ορθότοπη εγκρατή
υποκατάσταση της ουροδόχου
κύστης?

HRQoL HRQoL HRQoL HRQoL HRQoL HRQoL HRQoL HRQoL ?

Ουρητρο-
σιγμοειδοστομία

Ουρητρο-
ειλεο-δερματική
εκτροπή

Αποσωληνοποιημένα
reservoirs

Δερματικές
Εγκρατείς
εκτροπές

Ορθότοπο
Ειλεακό
Reservoir
(«νεοκύστη»)

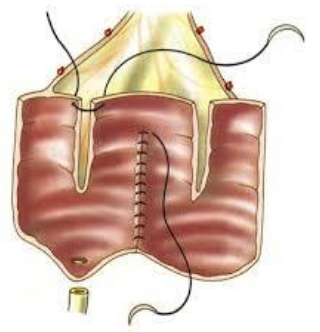
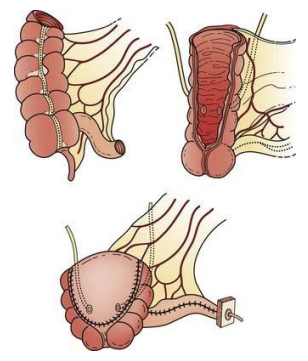
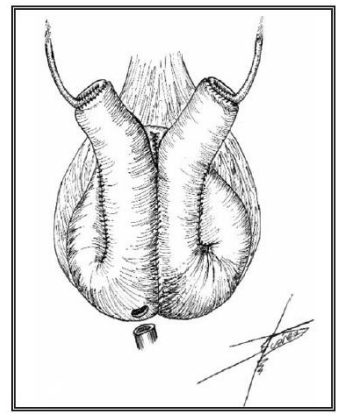
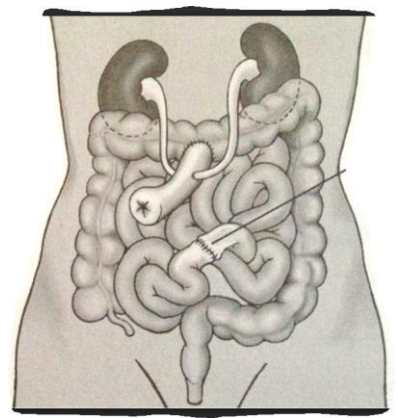
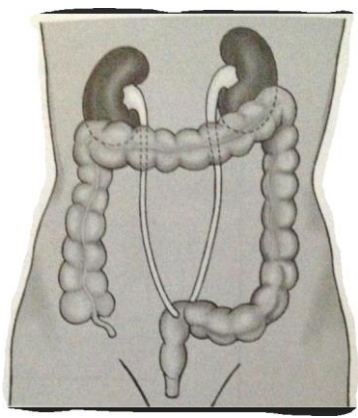
1852 (Simon)
1911 (Coffey)

1911 (Zaayer)
1950 (Bricker)

1959 (Goodwin)
1979 (Camey-LeDuc)

1982 (Kock)
1987 (Rowland)
.....

1990... Studer,
Hautmann
.....



URINARY DIVERSION: ILEAL CONDUIT TO NEOBLADDER

RICHARD E. HAUTMANN

From the Department of Urology, University of Ulm, Ulm, Germany

J Urol 2003; 169: 834

ABSTRACT

Purpose: The goals of urinary diversion have evolved from simply diverting the urine through a conduit to orthotopic reconstruction, which provides a safe and continent means to store and eliminate urine with efforts to provide an improved quality of life. We address meaningful points that may help optimize clinical results in patients with an orthotopic bladder substitute.

Materials and Methods: The review involved an objective evaluation of the basic science literature of functional, structural and physiological characteristics of gastrointestinal tissue as a substitute for bladder. Potential problems that may be associated with particular parts of the gut for use in reconstruction are discussed. We also summarize the clinical results and complications of orthotopic reconstruction.

Results: In the last 10 years the paradigm for choosing urinary diversion has changed substantially: **In 2002 all patients undergoing cystectomy were neobladder candidates.** It is critically important to understand the phenomenon of maturation. The motor and pharmacological response of the implanted gut changes dramatically toward that of the bladder. Structural and ultrastructural changes in the ileal mucosa lead to a primitive epithelium similar to urothelium. The need for reflux prevention is not the same as in ureterosigmoidostomy conduit or continent diversion. Reflux prevention in neobladders is even less important than in a normal bladder. When using nonrefluxing techniques, the risk of obstruction is at least twice that after direct anastomosis. Kidney function is not impaired by diversion if stenosis is recognized and managed. Patient health status is more influenced by underlying disease than by diversion. Complications of neobladders are actually similar to or lower than the true rates after conduit formation, in contrast to the popular view that conduits are simple and safe. Some degree of nocturnal leakage is a consistent finding in most reports despite a technically sound operation. The precise pathogenesis of urinary retention requiring clean intermittent catheterization remains uncertain. There are new complications, such as neobladder rupture and mucous tamponade.

Conclusions: Orthotopic reconstruction has passed the test of time. **In these patients life is similar to that in individuals with a native lower urinary tract.** Until a better solution is devised orthotopic bladder reconstruction remains the best option for patients requiring cystectomy.

Επιλογή της εκτροπής των ούρων

- Ιδεώδης επιλογή η ορθότοπη υποκατάσταση της κύστης (OBS)
50-70% σε κέντρα με μεγάλη εμπειρία
- Συνολικά όμως η επιλογή του ileal conduit ξεπερνά το 80%
- Σε ελάχιστους ασθενείς > 75 ετών εφαρμόζεται ορθότοπη εγκρατής υποκατάσταση

0022-5347/05/1745-1729/0

THE JOURNAL OF UROLOGY®

Copyright © 2005 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

Vol. 174, 1729–1736, November 2005

Printed in U.S.A.

DOI: 10.1097/01.ju.0000176463.40530.05

Review Articles

QUALITY OF LIFE AFTER CYSTECTOMY AND URINARY DIVERSION: AN EVIDENCE BASED ANALYSIS

ELMAR W. GERHARZ,* ÅSA MÅNSSON, SONJA HUNT, EILA C. SKINNER AND WIKING MÅNSSON

From the Department of Urology, Julius Maximilians University Medical School (EWG), Würzburg, Germany, Departments of Nursing (ÅM) and Urology (WM), University Hospital, Lund, Sweden, Department of Public Health Sciences, University of Edinburgh (SH), Edinburgh, Scotland, and Norris Comprehensive Cancer Center, University of Southern California (ECS), Los Angeles, California

Review Articles

QUALITY OF LIFE AFTER CYSTECTOMY AND URINARY DIVERSION: AN EVIDENCE BASED ANALYSIS

ELMAR W. GERHARZ,* ÅSA MÅNSSON, SONJA HUNT, EILA C. SKINNER AND WIKING MÅNSSON

From the Department of Urology, Julius Maximilians University Medical School (EWG), Würzburg, Germany, Departments of Nursing (ÅM) and Urology (WM), University Hospital, Lund, Sweden, Department of Public Health Sciences, University of Edinburgh (SH), Edinburgh, Scotland, and Norris Comprehensive Cancer Center, University of Southern California (ECS), Los Angeles, California

- Δεν υπάρχει καμία τυχαιοποιημένη μελέτη και ελάχιστες προοπτικές
- Μεγάλη ποικιλία των «εργαλείων» (ερωτηματολογίων), που χρησιμοποιήθηκαν. Πολλά δεν ήταν validated
- Χρόνος της εκτίμησης ποιότητας ζωής: 12 μήνες
- Μεγάλη απόκλιση αν η εκτίμηση γίνεται από το χειρουργό ή από τρίτο πρόσωπο, από ουρολόγο ή ειδικό επαγγελματία υγείας, στο νοσοκομείο ή στο οικιακό περιβάλλον
- Παρά την πρόοδο δεν εκτιμάται η ποιότητα ζωής αλλά η κατάσταση υγείας

Review Articles

QUALITY OF LIFE AFTER CYSTECTOMY AND URINARY DIVERSION: AN EVIDENCE BASED ANALYSIS

ELMAR W. GERHARZ,* ÅSA MÅNSSON, SONJA HUNT, EILA C. SKINNER AND WIKING MÅNSSON

From the Department of Urology, Julius Maximilians University Medical School (EWG), Würzburg, Germany, Departments of Nursing (ÅM) and Urology (WM), University Hospital, Lund, Sweden, Department of Public Health Sciences, University of Edinburgh (SH), Edinburgh, Scotland, and Norris Comprehensive Cancer Center, University of Southern California (ECS), Los Angeles, California

Συμπεράσματα

- Το «δόγμα» ότι η εγκρατής ορθότοπη «νεοκύστη» σημαίνει αυτονόητα καλύτερη ποιότητα ζωής από το ileal conduit, δεν επιβεβαιώνεται
- Η μεγάλη πλειονότητα των μελετών δεν ξεπερνούν το επίπεδο τεκμηρίωσης (LE) 3
- Η λεπτομερής πληροφόρηση και η συμμετοχή του ασθενή στην επιλογή της μεθόδου εκτροπής μειώνει τις υπερβολικές προσδοκίες και συμβάλλει στην προσαρμογή στις νέες συνθήκες

EJSO 41 (2015) 295–299

Review

**Health related quality of life (HRQoL) after cystectomy:
Comparison between orthotopic neobladder and ileal
conduit diversion**

A.S. Ali, M.C. Hayes, B. Birch, T. Dudderidge, B.K. Somani*

Department of Urology, University Hospital Southampton NHS Trust, Southampton, UK

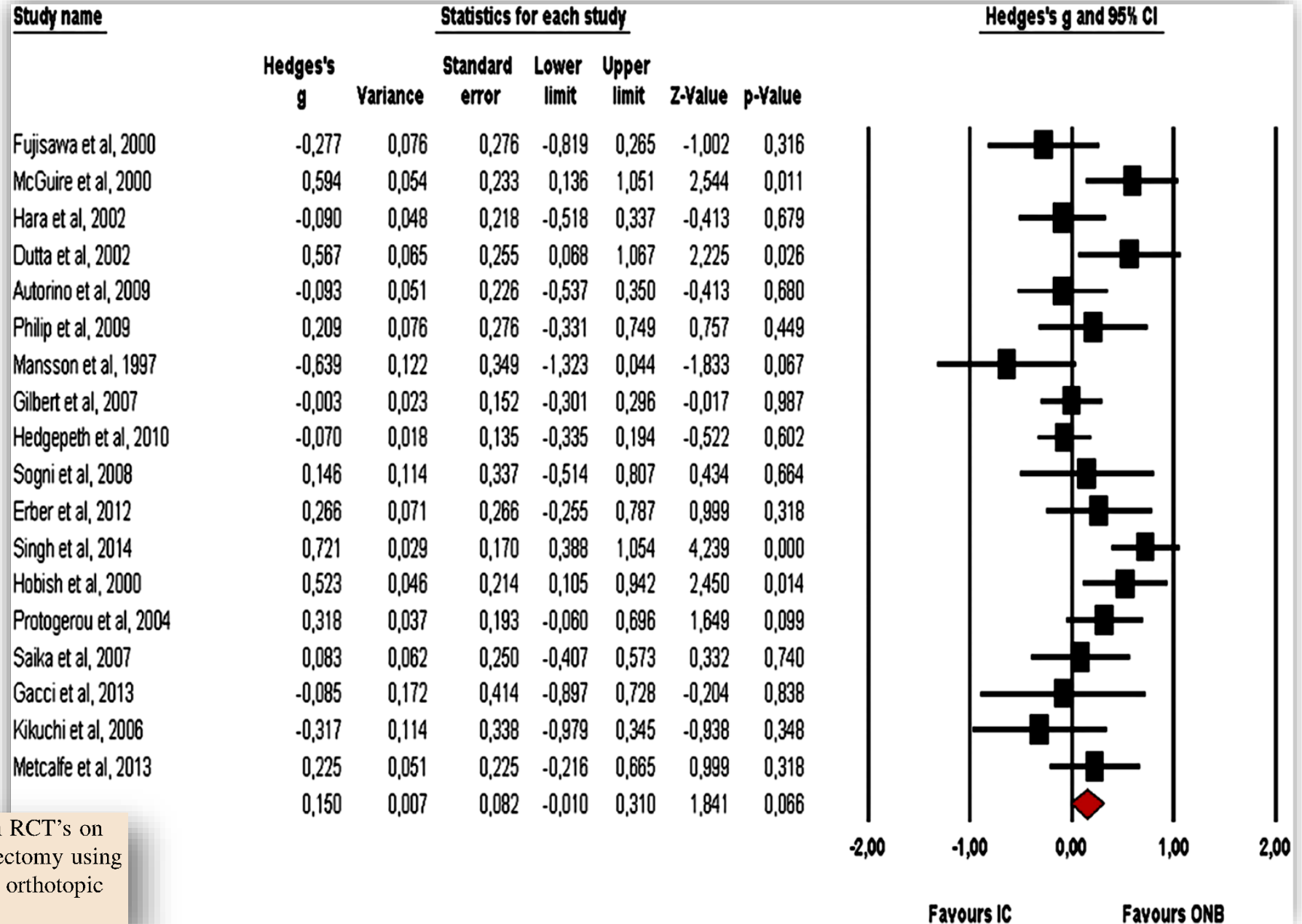
Conclusion

Orthotopic neobladder urinary diversion shows a marginally better quality of life scores compared to ileal conduit diversion especially when considering younger and fitter patients.

Review

Systematic review and meta-analysis of non RCT's on health related quality of life after radical cystectomy using validated questionnaires: Better results with orthotopic neobladder versus ileal conduit

M.A. Cerruto ^a, C. D'Elia ^{a,*}, S. Siracusano ^b, X. Gedeshi ^a,
A. Mariotto ^a, M. Iafrate ^c, M. Niero ^d, C. Lonardi ^d, P. Bassi ^e,
E. Belgrano ^b, C. Imbimbo ^f, M. Racioppi ^e, R. Talamini ^g,
S. Ciciliato ^b, L. Toffoli ^b, M. Rizzo ^b, F. Visalli ^b, P. Verze ^f,
W. Artibani ^a



Systematic review and meta-analysis of non RCT's on health related quality of life after radical cystectomy using validated questionnaires: Better results with orthotopic neobladder versus ileal conduit

Int Urol Nephrol (2011) 43:743–748

DOI 10.1007/s11255-011-9904-2

UROLOGY – ORIGINAL PAPER

Does intubated uretero-ureterocutaneostomy provide better health-related quality of life than orthotopic neobladder in patients after radical cystectomy for invasive bladder cancer?

**Ioannis Vakalopoulos · Georgios Dimitriadis ·
Anastasios Anastasiadis · Georgios Gkotsos ·
Demetrios Radopoulos**

Does intubated uretero-ureterocutaneostomy provide better health-related quality of life than orthotopic neobladder in patients after radical cystectomy for invasive bladder cancer?

Ioannis Vakalopoulos · Georgios Dimitriadis ·
Anastasios Anastasiadis · Georgios Gkotsos ·
Demetrios Radopoulos

Αποτελέσματα

Table 2 Comparison of the scores for FACT-G, FACT-VCI, and BDI in the two diversion groups

	ONB <i>n</i> = 25		UUC <i>n</i> = 14		<i>P</i>
	Mean ± SD	Median (range) interquartile range	Mean ± SD	Median (range) interquartile range	
FACT-G	80.76 ± 14.63	83 (38–102) 13.5	86.64 ± 9.32	88.5 (38–102) 14.5	0.184
VCI	41 ± 8.79	41 (28–64) 7	46 ± 9.18	45 (24–59) 13.5	0.051
FACT-VCI	121.76 ± 21.46	123 (66–166) 25.5	132.64 ± 17.43	133 (92–160) 22.75	0.114
BDI	8.27 ± 6.25	7 (0–27) 7	7.43 ± 7.86	4 (0–22) 12.75	0.553

Does intubated uretero-ureterocutaneostomy provide better health-related quality of life than orthotopic neobladder in patients after radical cystectomy for invasive bladder cancer?

Ioannis Vakalopoulos · Georgios Dimitriadis ·
Anastasios Anastasiadis · Georgios Gkotsos ·
Demetrios Radopoulos

Αποτελέσματα

Table 3 Comparison of the scores for the SF-36 subgroups

Dimensions of the SF-36 questionnaire	ONB <i>n</i> = 25		UUC <i>n</i> = 14		<i>P</i>	
	Mean ± SD	Median (range) interquartile range	Mean ± SD	Median (range) interquartile range		
PCS (physical health)						
Physical functioning	69.4 ± 30.32	75 (0–100) 37.5	80 ± 24.88	90 (25–100) 21.25	0.255	
Role-physical	46.85 ± 46.22	37.5 (0–100) 100	76.78 ± 42.13	100 (0–100) 43.75	0.061	
Bodily pain	81.1 ± 28.25	100 (10–100) 38.75	88.39 ± 14.95	90 (57.5–100) 15.62	0.873	
General health	55.4 ± 14.99	50 (35–95) 20	56.79 ± 11.7	52.5 (40–80) 17.5	0.767	
MCS (mental health)						
Vitality	58.96 ± 21.31	60 (10–95) 23.75	59.26 ± 9.58	60 (50–80) 15	0.949	
Social functioning	75 ± 24.17	75 (25–100) 50	85.71 ± 20.72	100 (50–100) 31.25	0.141	
Role-emotional	53.33 ± 46.15	66.7 (0–100) 100	88.09 ± 28.06	100 (0–100) 8.33	0.022*	
Mental health	63.2 ± 16.08	60 (28–96) 24	60.57 ± 13.48	56 (44–88) 19	0.471	

* *P* < 0.05

Πως ουρούν τελικά οι ασθενείς
με ορθότοπη εγκρατή
υποκατάσταση της ουροδόχου
κύστης?



Original Article

Int Neurorol J 2015;19:265-271

<http://dx.doi.org/10.5213/inj.2015.19.4.265>

pISSN 2093-4777 · eISSN 2093-6931



Comparison Between Ambulatory and Conventional Urodynamics of the Modified Orthotopic Hautmann Neobladder

Malioris Apostolos¹, Dimitriadis Georgios¹, Kampantais Spyridon², Gkotsos Georgios¹, Vakalopoulos Ioannis¹, Ioannidis Stavros¹, Hatzimoutatidis Konstantinos³, Hatzichristou Dimitrios¹

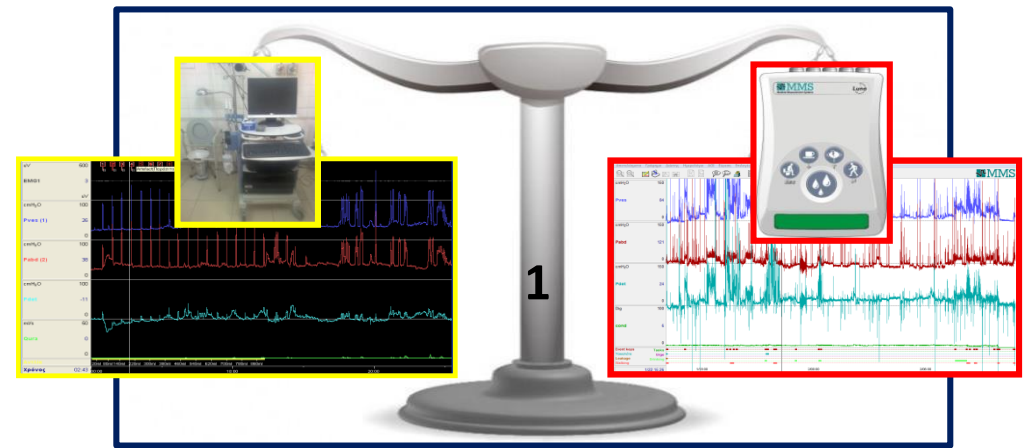
¹1st Department of Urology, "Gennimatas" General Hospital, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

²Department of Urology, University Hospital of South Manchester, Manchester, UK

³2nd Department of Urology, General Hospital "Papageorgiou", Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece



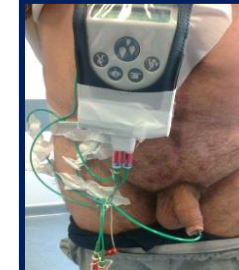
Σκοπός μελέτης








QoL



Συμβάντα και αντίστοιχα κομβία της φορητής συσκευής



Δείκτης συμβάντος	Ονομασία κομβίου	Ερμηνεία
	Toilet/Τουαλέτα	Ο ασθενής σημειώνει την έναρξη της ούρησης. Το ουροροόμετρο έρχεται σε επικοινωνία μέσω Bluetooth με το Luna για καταγραφή ροής και όγκου.
	Drinking/Πόση υγρών	Ο ασθενής σημειώνει την έναρξη και τη λήξη της περιόδου πρόσληψης υγρών.
	Urge/Επιτακτικότητα	Ο ασθενής σημειώνει την επιτακτικότητα.
	Walking/Περπάτημα	Ο ασθενής επισημαίνει την έναρξη και τη λήξη της βόδισης.
	Leakage/Διαρροή	Ο ασθενής εντοπίζει τη στιγμή της απώλειας των ούρων.

**Υπολογισμός
Υπολειπόμενου
όγκου**



**Ελεύθερη λήψη υγρών - καταγραφή
Ζύγιση πάνας – Ποσοτικοποίηση διαφυγής**



1. SF-36 : >50% σε όλες τις κλίμακες
2. FACT-G-VCI : $83,8 \pm 14,3$ (108)
3. BECK-BDI : $8,8 \pm 6,4$ (78% ελάχιστου βαθμού κατάθλιψη)
4. Η ακράτεια → κοινωνική λειτουργικότητα - συναισθηματική ευεξία
5. Νυκτερινή εγκράτεια → ↑↑ σκορ(SF-36)
6. Ισχυρές θετικές συσχετίσεις SF36 - FACT – VCI
(Ενέργεια κόπωση-συναισθηματική ευεξία-γενική υγεία)
7. Αρνητικές συσχετίσεις με BDI





Συμπεράσματα

- 1) Μέση Pves (Φορητή) → Αρτιότητα ανώτερου ουροποιητικού
- 2) Λειτουργική χωρητικότητα νεοκύστης → ½ Μέγ. Χωρητικότητα
- 3) Υπολειπόμενος όγκος → Χωρίς διαφορές
- 4) Νεοκύστη Hautmann → OBI
- 5) Αισθητικότητα ≠ Εντερικές συσπάσεις
- 6) Υψηλή ευενδοτότητα → Προσαρμογή στον όγκο
- 7) Ουροδυναμικός έλεγχος → Διαλείποντες αυτοκαθητηριασμοί
- 8) ICIQ → Σφαιρική εκτίμηση
- 9) Φορητή ουροδυναμική → Επικουρικός – ερευνητικός ρόλος
→ Ακράτεια - Αποτυχία σταθερής
- 10) Ικανοποιητικό επίπεδο εγκράτειας
- 11) QoL → Ικανοποιητικό επίπεδο (νυκτερινή ακράτεια)

Ορθότοπη υποκατάσταση της ουροδόχου κύστης....



...και όχι αντικατάσταση της με μία καινούργια

