



Bulletin

Απρ. – Ιουν. 2019 Τεύχος 3

Ινστιτούτο Παρακολούθησης Παθήσεων Ουροποιογεννητικού Συστήματος - ΙΠΠΟΣ

Αγαπητές/οί φίλες/οι,

Ελπίζω να είχατε ένα ευχάριστο και ξένοιαστο καλοκαίρι! Σήμερα σας παρουσιάζω το 3ο Ενημερωτικό Δελτίο (Bulletin) που είναι μια παραγωγή του ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (Ι.Π.Π.Ο.Σ.). Σε αυτό το Bulletin εκτός των γνωστών πρόσφατων άρθρων της διεθνούς βιβλιογραφίας που αναλύονται, στην ειδική σελίδα με τον τίτλο **Γνωριμία με:** ο Πέτρος Τσαφρακίδης παρουσιάζει το «Rezum – Prostate Water Vapourisation». Ο Π. Τσαφρακίδης εργάζεται στη Σκωτία και έχει μεγάλη εμπειρία στις ελάχιστες επεμβατικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της καλοήθους προστατικής απόφραξης. Το άρθρο συνοδεύεται και από βίντεο στο οποίο μπορείτε να έχετε πρόσβαση πατώντας στο σύνδεσμο που βρίσκεται μέσα στο κείμενο. Το βίντεο βρίσκεται και στην ιστοσελίδα του Ι.Π.Π.Ο.Σ. (www.ippos.org).

Θα ήθελα να σας θυμίσω ότι από 6-8 Σεπτεμβρίου 2019 πραγματοποιείται το διεθνές συνέδριο B2B meeting on LUTS and ED στην πανέμορφη Λευκάδα, στο ξενοδοχείο Ionian Blue με τη συμμετοχή του Ι.Π.Π.Ο.Σ. Το πρόγραμμα του συνεδρίου είναι διαθέσιμο **εδώ**.

Επιπλέον όπως γνωρίζετε η SIU (Société Internationale d'Urologie) διοργανώνει το 39^ο ετήσιο συνέδριό της στην Αθήνα από 17-20 Οκτωβρίου. Το συνέδριο θα περιλαμβάνει live χειρουργεία και όλα τα νεότερα θέματα της ειδικότητάς μας και θα συγκεντρώσει κορυφαίους ομιλητές και χιλιάδες συνέδρους από όλον τον κόσμο και αποτελεί εξαιρετική ευκαιρία για την Ελληνική Ουρολογική οικογένεια να έχει ισχυρή παρουσία αναδεικνύοντας το παρόν της και κτίζοντας το μέλλον της. Η θερμή υποστήριξη της Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρείας και η συμμετοχή

με ομιλίες και εργασίες πολλών συναδέλφων είναι εξαιρετικά ενθαρρυντική. Για περισσότερες πληροφορίες πατήστε **εδώ**: <https://www.siu-urology.org/congress-2019/highlights>

Τέλος θα ήθελα να σας ευχαριστήσω ειλικρινά για τον υψηλότερο αριθμό επισκέψεων στην ιστοσελίδα του Ι.Π.Π.Ο.Σ. και το ενδιαφέρον για τα βίντεο του προηγούμενου Bulletin. Οποιαδήποτε σχόλια, παρατηρήσεις ή ερωτήσεις έχετε μπορείτε να τις στέλνετε μέσω e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@ippos.org

Ελπίζω να απολαύσετε το 3ο Bulletin Με ιδιαίτερη εκτίμηση,
Σταύρος Γκράβας
Καθ. Ουρολογίας,
Διαχειριστής ΙΠΠΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΤΕΥΧΟΥΣ 3

Σελ 1: Editorial

Σελ 2: Άρθρο

Renal mass biopsy for the small renal mass

SN Ambani, JS Wolf Jr. Urol Oncol 2018; 36: 4–7.

Σχόλια από Αθανάσιο Δελλή

Σελ 3: Άρθρο

Treatment of Bladder Stones in Adults and Children: A Systematic Review and Meta-analysis on Behalf of the European Association of Urology Urolithiasis Guideline Panel

Donaldson JF, Ruhayel Y, Skolarikos A, et al. Eur Urol. 2019 Sep;76(3):352-367.

Σχόλια από Σταύρο Γκράβα

Σελ. 4: Γνωριμία με:

REZUM- Prostate Water Vapourisation

Παρουσίαση από

τον Πέτρο Τσαφρακίδη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Ι.Π.Π.Ο.Σ.

Διεύθυνση: Παλαμίδου 8,

Λάρισα 41222

Τηλ: 6944626086

info@ippos.org

Με την ευγενική
χορηγία των



YOU'RE INVITED TO
Athens
Featuring The 5th SIU Global Nurses' Educational Symposium
In conjunction with the 9th Eurasian Uro-Oncology Congress

SIU
Around the
WORLD
ATHENS 2019

Athenaeum InterContinental Athens
October 17–20, 2019

Renal mass biopsy for the small renal mass
SN Ambani, JS Wolf Jr, Urol Oncol 2018; 36: 4–7.

Σχολιασμός από τον Αθανάσιο Δελλή
Αν. Καθηγητή Ουρολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών

Όλο και συχνότερα τα τελευταία χρόνια ερχόμαστε αντιμέτωποι με το δίλημμα της καλύτερης δυνατής αντιμετώπισης νεφρικών μαζών <4 εκ (SRMs), με αποτέλεσμα η ιδέα της προεγχειρητικής νεφρικής βιοψίας να φαίνεται περισσότερο από ποτέ επίκαιρη. Με δεδομένη τη μη ύπαρξη ομοφωνίας σχετικά με το αν πρέπει να εκτελείται ή όχι, είναι εξαιρετικής σημασίας να μπορούμε να διαλέξουμε ποιοι από τους ασθενείς μας θα ωφεληθούν και ποιοι όχι.

Στο συγκεκριμένο άρθρο οι συγγραφείς προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις σε συγκεκριμένες ερωτήσεις:

A) Είναι απαραίτητη η βιοψία? Με δεδομένο πως το 25% περίπου των SRMs είναι καλοήθεις [1], η πιθανότητα ενός μη απαραίτητου χειρουργείου είναι πολύ υψηλή. Άρα, αν η νεφρική βιοψία μπορεί να ελαττώσει αυτό το ποσοστό, είναι χρήσιμη. Οι απεικονιστικές εξετάσεις, για την ώρα δεν μπορούν να διαφοροδιαγνώσουν με ακρίβεια την φύση μιας νεφρικής βλάβης. Μόνο το 20% των SRMs έχει επιθετική συμπεριφορά, οπότε η ακριβής διάγνωση αυτών των βλαβών θα ελάττωνε τόσο την υπερ- όσο και την υποθεραπεία.

B) Είναι επικίνδυνη η βιοψία? Η νεφρική βιοψία έχει χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών, με πιο συχνή το αιμάτωμα (4.9%), ενώ είναι μάλλον απίθανος ο ενοφθαλμισμός καρκινικών κυττάρων [2].

Γ) Είναι ακριβής η βιοψία? Η νεφρική βιοψία έχει εξελιχθεί σε μια υψηλής ακρίβειας διαγνωστική μέθοδο, διαφοροδιαγιγνώσκοντας μεταξύ καλοήθων και κακοήθων SRMs, με ευαισθησία έως 99.7%, ειδικότητα έως 99.1% και θετική προγνωστική αξία 99.8% σε πρόσφατη μετα-ανάλυση [3]. Οι μη διαγνωστικές βιοψίες λόγω ανεπαρκούς ιστού, ύπαρξης φυσιολογικού νεφρικού παρεγχύματος, ίνωσης ή νέκρωσης κυμαίνονται από 10-20% [3], ενώ με την επαναληπτική βιοψία τα ποσοστά της μη διαγνωστικής βιοψίας πέφτουν κάτω από 10%.

Από δεδομένα παλαιότερης μελέτης της ίδιας ομάδας, στην οποία δεν περιελήφθησαν ασθενείς με καλοήθεις ή μη διαγνωστικές βιοψίες, μόνο 3% των ασθενών είχαν κακοήθεια στο χειρουργικό παρασκεύασμα αλλά όχι στην προεγχειρητική βιοψία (ευαισθησία για χειρουργική θεραπεία 96%, ειδικότητα για παρακολούθηση 100%, θετική προγνωστική αξία για θεραπεία 100% και αρνητική προγνωστική αξία για παρακολούθηση 86%) [4]. Αντίθετα, σε αναδρομική πολυκεντρική μελέτη επί 1175 ρομποτικά

υποβοηθούμενων μερικών νεφρεκτομών, το 52% των επεμβάσεων θα είχε αποφευχθεί αν είχε εκτελεσθεί βιοψία προεγχειρητικά [5].

Ένα μεγάλο ζήτημα είναι οι ψευδώς αρνητικές προεγχειρητικές βιοψίες με αποτέλεσμα π.χ. ένας ασθενής με high-risk όγκο να μπει σε παρακολούθηση. Αυτό θα μπορούσε πιθανώς να περιορισθεί, αξιολογώντας την αύξηση του μεγέθους της βλάβης ως παράγοντα που θα καθορίσει την καθυστερημένη χειρουργική διερεύνηση.

Σε κάθε περίπτωση η νεφρική βιοψία, όπως κάθε άλλη διαγνωστική εξέταση, θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν το αποτέλεσμά της θα αλλάξει τη θεραπευτική μας προσέγγιση, όπως π.χ. να εκτελέσουμε μια ριζική νεφρεκτομή σε έναν επιθετικό όγκο αντί μερική νεφρεκτομή. Βεβαίως, είναι εξαιρετικά ωφέλιμο να αποφύγει κάποιος την επέμβαση εάν δεν έχει κακοήθεια ή έχει κάποιο μη-επιθετικό όγκο, από την άλλη όμως ένας νέος υγιής ασθενής είναι απίθανο να δεχθεί την παρακολούθηση με δεδομένη την πολύ χαμηλή νοσηρότητα της μερικής νεφρεκτομής. Παρομοίως, ο ηλικιωμένος ασθενής με τη συν-νοσηρότητα που τον χαρακτηρίζει, δεν θα μπει εύκολα στη διαδικασία του χειρουργείου, ότι και να δείξει η βιοψία.

Αν και παραγκωνισμένη για χρόνια, η νεφρική βιοψία φαίνεται πως επανέρχεται στο προσκήνιο, ειδικά για προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Frank I, Blute ML, Cheville JC, Lohse CM, Weaver AL, Zincke H. Solid renal tumors: an analysis of pathological features related to tumor size. *J Urol* 2003; 170: 2217–20.
- 2 Marconi L, Dabestani S, Lam TB, Hofmann F, Stewart F, Norrie J, et al. Systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy of percutaneous renal tumour biopsy. *Eur Urol* 2016; 69: 660–73.
- 3 Marconi L, Dabestani S, Lam TB, Hofmann F, Stewart F, Norrie J, et al. Systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy of percutaneous renal tumour biopsy. *Eur Urol* 2016; 69: 660–73.
- 4 Halverson SJ, Kunju LP, Bhalla R, Gadzinski AJ, Alderman M, Miller DC, et al. Accuracy of determining small renal mass management with risk stratified biopsies: confirmation by final pathology. *J Urol* 2013; 189: 441–6.
- 5 Rahbar H, Bhayani S, Stifelman M, Kaouk J, Allaf M, Marshall S, et al. Evaluation of renal mass biopsy risk stratification algorithm for robotic partial nephrectomy—could a biopsy have guided management? *J Urol* 2014; 192: 1337–42.

**Treatment of Bladder Stones in Adults and Children: A Systematic Review
and Meta-analysis on Behalf of the EAU Urolithiasis Guideline Panel**

Donaldson JF, Ruhayel Y, Skolarikos A, et al.

Eur Urol. 2019 Sep;76(3):352-367.

**Σχόλια από το Σταύρο Γκράβα
Παν. Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**

Οι λίθοι της ουροδόχου κύστης μπορεί να είναι πρωτοπαθείς ή ενδημικοί (χωρίς παθολογία του ουροποιητικού συστήματος), δευτεροπαθείς (με συνυπάρχουσα παθολογία του ουροποιητικού όπως καλοήθης προστατική απόφραξη, νευρογενής κύστη, κλπ.) και τέλος μεταναστευτικοί (από το ανώτερο ουροποιητικό) [1].

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει διαρκές ενδιαφέρον και πληθώρα δημοσιεύσεων σχετικών με τη λιθίαση νεφρών και ουρητήρων αλλά σχετική έλλειψη όσον αφορά τους λίθους της ουροδόχου κύστης παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν το 5% του συνόλου των λίθων. Επομένως η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για την αντιμετώπιση αυτών των λίθων είναι εξαιρετικά ευπρόσδεκτη ιδιαίτερα όταν προέρχεται από την Ομάδα Εργασίας των Κατευθυντήριων Γραμμών για τη Λιθίαση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας.

Η Ομάδα μετά από ενδελεχή και κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας κατέληξε σε 25 μελέτες (20 σε ενήλικες και 5 σε παιδιά) για την αντιμετώπιση της λιθίασης της ουροδόχου κύστης από τις οποίες 10 ήταν τυχαιοποιημένες και 15 μη τυχαιοποιημένες συγκριτικές μελέτες. Οι μέθοδοι που μελετήθηκαν ήταν η ανοιχτή κυστεολιθοτομή, η λαπαροσκοπική αφαίρεση, η διουρηθρική κυστεολιθοτριψία, η διαδερμική κυστεολιθοτριψία και η εξωσωματική λιθοτριψία. Επιπλέον οποιαδήποτε πηγή ενέργειας ή τρόπος θρυμματισμού των λίθων συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση. Τα ευρήματα της ανάλυσης επιβεβαιώνουν την αντίληψη που είχαμε: Η εξωσωματική λιθοτριψία έχει μικρότερο ποσοστό επιτυχίας (ποσοστό ασθενών ελεύθερων λίθου) στους λίθους κύστης ενώ όλες οι υπόλοιπες μέθοδοι είχαν παρόμοια αποτελεσματικότητα. Η ανοιχτή κυστεολιθοτριψία όπως αναμενόταν είχε το μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και ανάγκης καθετηριασμού. Ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η χρήση νεφροσκοπίου στη διουρηθρική λιθοτριψία είχε το ίδιο ποσοστό επιτυχίας αλλά απαιτούσε μικρότερο χειρουργικό χρόνο σε σύγκριση με το κυστεοσκόπιο. Οι μηχανικοί, πνευματικοί και laser λιθοτρίπτες φαίνονται να είναι ισοδύναμοι στην ενδοσκοπική αντιμετώπιση των λίθων κύστης αν και υπάρχει έλλειψη ισχυρών αποδείξεων.

Πέρα από την αποτελεσματικότητα όμως σημασία έχει και η ασφάλεια των ασθενών. Οι μετεγχειρητικές

επιπλοκές αναλύθηκαν σε όσα άρθρα αυτό ήταν δυνατόν αλλά λόγω του χαμηλού συνολικά ποσοστού εμφάνισης επιπλοκών, οι μελέτες δεν ήταν σταθμισμένες για να καταλήξουν σε ασφαλή συμπεράσματα. Γενικά δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της διαδερμικής και της διουρηθρικής λιθοτριψίας. Δεν υπήρχε διαφορά ούτε στην εμφάνιση των στενωμάτων ουρήθρας (όπου θα περίμενε κανείς υψηλότερα ποσοστά για τη διουρηθρική λιθοτριψία) καθώς το ποσοστό εμφάνισης τους ήταν χαμηλό (2.8%). Μειονεκτήματα της παρούσας ανασκόπησης είναι η σχετικά χαμηλή ποιότητα των διαθέσιμων στοιχείων (Quality of Evidence) των μελετών αλλά και η έλλειψη συγκριτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων σε σχέση με το μέγεθος, είδος των λίθων, τις ηλικιακές ομάδες κλπ. Στην κλινική πράξη η επιλογή του είδους της θεραπευτικής αντιμετώπισης των δευτεροπαθών λίθων καθορίζεται και από τον τρόπο θεραπείας των καταστάσεων – παθήσεων που συνυπάρχουν. Παραδείγματος χάρι είναι γνωστό ότι η ύπαρξη λίθων της κύστης αποτελεί ένδειξη χειρουργικής θεραπείας της καλοήθους απόφραξης του προστάτη. Η διουρηθρική αντιμετώπιση της διόγκωσης του προστάτη οδηγεί σε διουρηθρική αφαίρεση των λίθων, σε περίπτωση ανοικτής ή λαπαροσκοπικής προστατεκτομής προφανώς η κυστεολιθοτομή θα είναι η μέθοδος αφαίρεσης ενώ σε περίπτωση εκπυρήνισης με Holmium laser ή ίδια πηγή θα χρησιμοποιηθεί για το θρυμματισμό των λίθων. Ειδικά για την συνύπαρξη διόγκωσης του προστάτη, νομίζω ότι το επόμενο ενδιαφέρον βήμα στην αντιμετώπιση των λίθων της ουροδόχου κύστης είναι να καθοριστεί η αναγκαιότητα ταυτόχρονης χειρουργικής αντιμετώπισης του προστάτη καθώς αυξάνει η αμφισβήτηση αυτής της προσέγγισης [1,2]. Θέμα που θα μας απασχολήσει ολοένα και περισσότερο στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Phillippou P, Massod MK, Junaid J, Buchholz IN. The Management of Bladder Lithiasis in the Modern Era of Endourology. *Urology* 2012;79:980–6.
2. Cicione A, DE Nunzio C, Manno S, Damiano R, Posti A, Lima E, Tubaro A, Balloni F. Bladder stone management: an update. *Minerva Urol Nefrol.* 2018 Feb;70(1):53-65.

Γνωριμία με το: REZUM: Convective water vapour energy ablation of the prostate

**Presentation by Mr Petros Tsafrakidis Consultant Urologist
NHS Fife Urology Department, Scotland, UK**

Convective water vapour energy ablation of the prostate (Rezüm system; Boston Scientific, USA) is used for treating lower urinary tract symptoms (LUTS) presumed to be secondary to benign prostatic hyperplasia (BPH).

What does this procedure involve? A hand-held delivery device, similar in shape and size to a cystoscope, is connected to a generator (Fig. 1). A few drops of sterile water are heated to approximately 103°C and as the sterile water is transformed from liquid into steam, or vapor, the volume expands by almost 1,700 times and stores 540 calories of thermal energy for every milliliter (mL). A precise dose of water vapor thermal energy is delivered for 9 seconds into the targeted tissue using a small needle with multiple emitter holes (Fig. 2) to enable controlled and uniform vapor dispersion (on 2-8 different sites). The way heat is transferred is what differentiates Rezüm from other ablative thermal therapies that rely on the slower, less precise and less efficient process of conduction to heat tissue (for the video of the procedure please click [here](#))

Convective transfer of water vapor thermal energy to tissue is fast but also self-limiting. Water vapor condenses back into its liquid state as it is dispersed through tissue, so the energy travels no further than its intended area of treatment.



Fig.1 The Rezüm water vapour device (courtesy of Boston Scientific)

Data from one sham trial, one single-arm pilot study, and two retrospective observational studies showed a significant improvement in terms of IPSS, QoL and Qmax [1]. The recently reported four years results confirmed durability of the positive clinical outcome after convective water vapour energy ablation (IPSS -46%, QOL -42%, Qmax +50%) [2].

The main benefits of this procedure, compared with other surgical treatments for prostate enlargement, are: short

stay in hospital; a minimally-invasive (minor) procedure which takes 10 to 15 minutes to complete and can be performed under oral sedation in the majority of the patients; and no sexual side-effects such as retrograde (dry) ejaculation or erectile dysfunction. Catheter insertion is required for 7 days post-op.

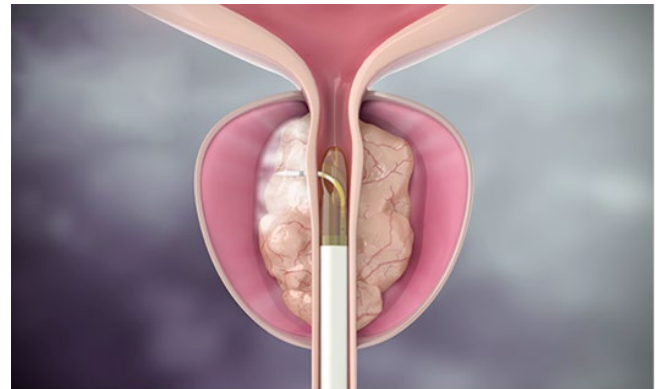


Fig.2 Graphic delivery of energy (courtesy of Boston Scientific)

Complications of the method include dysuria/pelvic discomfort (16%), temporary hematuria (12%), frequency and urgency (6%), temporary urge incontinence (4%), retention (4%), urinary tract infection (4%). The common post-operative symptoms of pelvic discomfort and frequency are usually mild; they tend to improve over five to seven days, and normally disappear after the first two to four weeks [2]. In a small number of men who have this surgery, further treatment may be needed at a later stage.

Rezüm seems to be most suitable for obstructive urinary symptoms secondary to prostate glands sized between 30-70ml and/or with an obstructing median lobe, especially for men who wish to preserve their antegrade ejaculation. However, randomized controlled trials against a reference technique are needed to confirm the first promising clinical results and to evaluate long-term efficacy and safety of water vapour energy treatment.

REFERENCES:

1. NICE Guidance on the Rezüm prostate water vapourisation system. (<https://www.nice.org.uk/advice/mib158/resources/rezum-for-treating-benign-prostatic-hyperplasia-pdf-2285963523349189>). Assessed August 23, 2019
2. McVary KT, Rogers T, Roehrborn CG. 4-year outcomes of the prospective, randomized controlled Rezüm system study: Rezüm Water Vapour Thermal Therapy for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Associated With Benign Prostatic Hyperplasia. *Urology* 2019; Apr:126:171-179



DUODART
(0.5mg dutasteride/0.4mg tamsulosin HCl) Capsules

Duodart: 0,5 mg / 0,4 mg σκληρά καψακία.
Κάθε σκληρό καψακίο περιέχει 0,5 mg δουταστερίδης και 0,4 mg ταμσουλοσίνης υδροχλωρικής.
Για το SPC του Duodart πατήστε [εδώ](#)

Πατήστε [εδώ](#) για περισσότερες πληροφορίες.
Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.
© 2018 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούπαρχος του Ομίλου GSK.
GR/Pharma/0012/18 Date of preparation: December 2018



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