



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Kędzierzynie-Koźlu

## **WYCIĘCIE GUZA, POLIPA ODBYTNICY TECHNIKĄ ENDOSKOPOWEJ MIKROCHIRURGII (TEM)**

### **OPIS ZABIEGU**

Proponowana Państwu technika operacyjna jest stosowana w medycynie od 1983r. (w Polsce od 1996r.).

Operacja przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym lub podpajęczym (dokładnych informacji na temat znieczulenia i możliwych jego powikłań udzieli lekarz anestezjolog podczas badania).

Wycięcie zmiany odbytnicy odbywa się poprzez wprowadzenie przez odbyt rektoskopu operacyjnego o śr. 50 mm i długości od 15-25 cm / w zależności od lokalizacji zmiany/. Przed zabiegiem konieczne jest oczyszczenie jelita z resztek pokarmowych przy pomocy lewatyw. Pole operacyjne uwidacznia się po wprowadzeniu dwutlenku węgla do bańki odbytnicy. Resekcja zmiany może obejmować pełną lub częściową grubość ściany jelita, lub tylko usunięcie samej błony śluzowej ze zmianą. Grubość usuwanej ściany zależna jest od wielkości guza, typu histologicznego, stopnia złośliwienia oraz lokalizacji. W przypadku zmian złośliwych wycina się je pełnościenne, z zachowaniem odpowiedniego marginesu zdrowych tkanek. Rektoskop operacyjny wraz z dodatkowo zastosowaną aparaturą do koagulacji argonowej może być wykorzystywany do zabiegów paliatywnych (udrażnianie nieresekcyjnych raków odbytnicy) lub w celu zatrzymania krwawienia z masywnie krwawiących guzów. Niekiedy przed zabiegiem operacyjnym konieczne jest zacewnikowanie pęcherza moczowego. Odżywianie doustne włącza się najczęściej po upływie 24-48 godz. od zabiegu operacyjnego. O czasie włączenia odżywiania każdorazowo decyduje lekarz. Ten rodzaj operacji wykonywany jest najczęściej w przypadku takiej choroby jaka występuje u Pani/Pana. Niekiedy jednak występują okoliczności, które uniemożliwiają opisany powyżej przebieg operacji. Podczas resekcji może dojść do perforacji /przebicia/ jelita. W tych przypadkach najczęściej konieczne jest wykonanie laparotomii (otworzenie jamy brzusznej) i przeprowadzenie dalszej części zabiegu od strony jamy otrzewnej polegającego na częściowym lub całkowitym wycięciu odbytnicy wraz ze zmianą chorobową. Czasami w takim przypadku konieczne jest wytworzenie stomii, czyli wyłonienie jelita na powierzchnię brzucha, które następnie jest zaopatrywane workiem, do którego odchodzi treść jelitowa. Kolejną sytuacją, która może zmienić przebieg operacji, jest duże zaawansowanie miejscowe zmiany, nasuwające śródoperacyjnie podejrzenie procesu złośliwego, wymagające innego postępowania. W tych przypadkach wycina się zmianę częściowo, aby móc ponownie poddać ją dokładnej weryfikacji histopatologicznej i zaplanować dalsze leczenie. Czasami w przypadku łagodnych zmian, pokrywających „dywanowo” dużą powierzchnię jelita, wycięcie zmiany przeprowadza się w kilku etapach. Kwalifikacja do metody leczenia techniką TEM powinna być poprzedzona wykonaniem

kolonoskopii (w wybranych przypadkach rektoskopii), ultrasonografii konwencjonalnej jamy brzusznej i ultrasonografii przez odbytniczej, zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej i weryfikacji histopatologicznej zmiany w odbytnicy. Po upływie 3 m-cy od zabiegu konieczne jest przeprowadzenie kontrolnej rektoskopii.

## **MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od jego budowy anatomicznej, wielkości i lokalizacji zmiany, stanu odżywienia, stopnia zaawansowania choroby podstawowej i chorób współistniejących, oraz od jego stanu ogólnego. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań. Do powikłań tych należą:

- perforacji jelita;
- krwawienia śródoperacyjne i pooperacyjne- ryzyko wzrasta przy bocznej lokalizacji zmiany /nawet w kilkanaście dni po zabiegu/, niekiedy wymagające przetoczenia krwi lub ponownej operacji;
- uszkodzenie innych narządów np. innego odcinka jelita- /przy perforacji/, nerwów, pochwy- u kobiet, gruczołu krokowego u mężczyzn, naczyń krwionośnych. Ryzyko takiego uszkodzenia wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, lub w stanach zapalnych w jamie brzusznej.
- nieszczelność szwu na jelicie i rozejście zespolenia, mogące prowadzić do powstania przetoki jelitowej, sepsy w obrębie miednicy mniejszej, do krwawienia i konieczności ponownej operacji;
- bólu w okolicy kanału odbytu, zaostrzenie dolegliwości hemoroidalnych w okresie pooperacyjnym;
- powstania szczeliny odbytu;
- zwężenie zespolenia jelitowego zaburzające pasaż treści jelitowej;
- zwężenia odbytu;
- przetoki odbytniczo -pochwowej u kobiet;
- przetoki do narządów miednicy, jak też przetoki skórno- jelitowe;
- zakażenia wewnątrztrzewnowe, w wyniku których mogą rozwinąć się ropnie w jamie brzusznej;
- powikłania związane z zakładaniem i obecnością wkłuc dożylnych (miejscowa infekcja, krwiak, obrzęk, zakażenie wkłucia);
- tworzenie się zakrzepów w układzie żylnym, co zagraża: zakrzepicą naczyń kończyn dolnych, naczyń jamy brzusznej, a w przypadku oderwania zakrzepu zatorem tętnicy płucnej, lub mikrozatorowością płuc;
- powstawanie zatorów tętnic, które mogą spowodować między innymi zawał serca, udar mózgu, lub zamknięcie innych tętnic obwodowych;
- powikłania ze strony układu krążenia – nasilenie niewydolności krążenia, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego;

- niekiedy mogą wystąpić uszkodzenia lub oparzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny stosowane podczas zabiegu;
- alergie na leki stosowane w okresie okołoperacyjnym – szczególnie leki stosowane podczas znieczulenia, antybiotyki oraz środki przeciwbólowe;
- zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B i C (tzw. żółtaczki zakaźnej) lub wirusem HIV;
- wznowa procesu nowotworowego jak również powstanie przerzutów odległych.