



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

CYSTEKTOMIA RADYKALNA. Przebieg zabiegu:

Cystektomia radykalna jest operacją polegającą na całkowitym usunięciu pęcherza moczowego wraz ze zlokalizowanym w nim nowotworem. Wraz z pęcherzem usuwa się u mężczyzn prostatę i pęcherzyki nasienne, natomiast u kobiet macicę wraz z szyjką i przydatkami oraz z częścią (ściana przednia) pochwy. W wybranych przypadkach konieczne jest również usunięcie całej cewki moczowej. Do operacji kwalifikuje się chorych z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego (nowotwór nacieka błonę mięśniową lub tkanki i narządy przylegające do pęcherza), lub pacjentów u których rak nie nacieka warstwy mięśniowej jednak istnieje duże ryzyko progresji nowotworu w przyszłości. Następnie usuwa się regionalne węzły chłonne. Kolejnym etapem operacji jest odprowadzenie moczu. W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu, chorób towarzyszących, budowy ciała pacjenta i innych czynników możliwe są trzy opcje odprowadzenia moczu na zewnątrz po usunięciu pęcherza moczowego:

- **Obustronna przetoka moczowodowo-skórna (łac. ureterocutaneostomia).**
Polega na przeprowadzeniu moczowodów przez powłoki brzuszne i na ich przyszyciu do skóry jamy brzusznej po obu stronach pępka. W moczowodach przewlekle pozostawione będą cewniki które należy wymieniać regularnie co 2 miesiące w poradni urologicznej. W miejscu ujścia moczowodów na skórze brzucha pacjent przykleja worki stomijne w których zbiera się mocz. Odprowadzenie moczu tą metodą obciążone jest mniejszą niż inne metody liczbą powikłań pooperacyjnych.
- **Wstawka moczowodowo-jelitowo-skórna (łac. ureteroileocutaneostomia) - tzw. odprowadzenie moczu sposobem Bricker.** W tym przypadku urolog wycina ok. 10-15 cm odcinek jelita cienkiego, do którego wszczepiane są następnie oba moczowody, a koniec jelita wyprowadza się jako pojedynczą stomię moczową na skórę brzucha (Ryc.2). Na skórę brzucha przykleja się jeden worek stomijny zbierający mocz ze wstawki jelitowej. Ten typ odprowadzenia moczu zapewnia pacjentowi wyższy komfort życia, natomiast wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Jednym z częstszych (dotyczy ok 30% pacjentów) jest niedrożność porażenna jelit. Jest to naturalne następstwo działań chirurgicznych i w większości wypadków ustępuje samoczynnie. Czasem jednak może być konieczna ponowna interwencja chirurgiczna gdy jelita nie podejmują swojej funkcji.
- **Zastępczy pęcherz jelitowy** – jest to metoda umożliwiająca najbardziej zbliżone do naturalnego oddawanie moczu (przez własną cewkę moczową). Istnieje wiele różnych

technik tej operacji. Do takiego odprowadzenia moczu kwalifikuje się pacjentów z mniej zaawansowanym rakiem, u których istotne dla trzymania moczu okolice dolnych dróg moczowych nie są zajęte przez chorobę nowotworową. Dodatkowo pacjent musi być świadomy faktu iż w celu trzymania moczu konieczne będą systematyczne ćwiczenia oraz samocewnikowanie w celu częstego i kompletnego opróżniania pęcherza jelitowego. Okres rehabilitacji w tym zakresie wynosi około 6 miesięcy. Aby zakwalifikować chorego do tego odprowadzenia moczu pacjent musi być gotowy aktywnie uczestniczyć w rehabilitacji pooperacyjnej i uwzględnić w swoich planach życiowych częste opróżnianie pęcherza moczowego i samocewnikowanie. W trakcie operacji urolog wycina 50 – 70 cm fragment jelita cienkiego i tworzy z niego zastępczy „pęcherz jelitowy” do którego wszczepia moczowody i następnie łączy go z cewką moczową. Całkowity czas potrzebny na wykonanie cystektomii radykalnej oraz odprowadzenie moczu wynosi około 3-6 godzin.

Możliwe powikłania związane z zabiegiem i następstwa odległe:

Krwawienie – utrata krwi w trakcie usuwania pęcherza i wytwarzania odprowadzenia moczu jest w większości przypadków bardzo dobrze kontrolowana, ale ze względu na znaczny zakres działań chirurgicznych u wielu operowanych konieczne jest przetoczenie krwi podczas lub po operacji.

Uszkodzenie sąsiadujących narządów – to bardzo rzadko obserwowane powikłanie. Jego ryzyko rośnie w przypadku zaawansowanych guzów z masywnym naciekiem tkanek otaczających pęcherz. Narządy szczególnie narażone na uszkodzenie to jelito cienkie (podczas wytwarzania jelitowego odprowadzenia moczu) i jelito grube oraz odbytnica

Niedrożność przewodu pokarmowego – niedrożność porażenna jelit, zwłaszcza w przypadku odprowadzenia moczu z wykorzystaniem fragmentu jelita jest zjawiskiem naturalnym i w większości wypadków ustępuje samoczynnie po kilku dniach od zabiegu. Szybszy powrót prawidłowej perystaltyki jelit można stymulować poprzez regularne żucie gumy. W ten sposób zwiększana jest produkcja śliny, co przyspiesza prawidłową funkcję przewodu pokarmowego. Warto przed przyjęciem do szpitala zaopatrzyć się w kilka opakowań gumy do żucia. Jednak u około 30% pacjentów może wymagać dodatkowych działań leczniczych, oraz w niektórych wypadkach reoperacji i czasowego lub stałego wyłonienia stomii kałowej.

Chłonkotok – w trakcie cystektomii usuwane są w celach diagnostyczno- leczniczych węzły chłonne. Pacjenci po cystektomii mogą również mieć zwiększoną skłonność do powstawania obrzęków chłonnych, zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych i kroczka.

Rozejście się zespolenia jelitowo-jelitowego – jest to bardzo rzadkie powikłanie, mogące wystąpić u pacjentów u których wykonuje się odprowadzenie moczu z wykorzystaniem fragmentu jelita. Może ono stanowić stan zagrożenia życia i wymagać doraźnej reoperacji i ponownego zespolenia, często również czasowego lub stałego wyłonienia jelita do skóry (stomii kałowej).

Nietrzymanie moczu po wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego , szczególnie podczas wysiłku, kaszlu i kichania. Powikłanie to w różnym stopniu nasilenia dotyczy ok. połowy operowanych i zwykle ma tendencję do częściowego lub całkowitego ustępowania wraz z czasem upływającym od operacji. O jego wystąpieniu w dużym stopniu decydują warunki anatomiczne w miednicy mniejszej, i sprawne funkcjonowanie mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Należy pamiętać, że pęcherz jelitowy nie jest narządem naturalnym, lecz sztucznie wytworzonym. Jelita w różnym stopniu mogą adaptować się do gromadzenia moczu. Przy niewłaściwym postępowaniu może dojść do jego nadmiernego rozciągnięcia, bądź do zwłóknienia i zmniejszenia pojemności. Wyjątkowo rzadko w obu przypadkach może być konieczne usunięcie pęcherza zastępczego i wytworzenie prostego

odprowadzenia moczu. Ponadto ponieważ pęcherz jelitowy nie posiada mięśnia wypieracza, sam proces oddawania moczu wymagać będzie specjalnego postępowania (mikcja na siedząco z użyciem tłoczni brzusznej, w niektórych przypadkach regularne samocewnikowanie). Zaburzenia oddawania moczu po wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego czasem mogą być związane z nadprodukcją śluzu przez jelita, co niekiedy może prowadzić do zatrzymania moczu. Temu powikłaniu można skutecznie zapobiegać poprzez przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów(2,5 – 3 l / d) oraz stosowanie leków rozrzedzających śluz. Dokładnych informacji z tego zakresu może Pani/Panu

Ostra niewydolność nerek pooperacyjna

Rozejście się oraz zakażenie rany pooperacyjnej: ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej związane jest z każdym zabiegiem naruszającym powłoki ciała. Przy zastosowaniu odpowiednich sterylnych warunków w czasie operacji oraz prawidłowej higieny rany pooperacyjnej ryzyko to jest niewielkie.

Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne: Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-- naczyniowej takie jak utrata przytomności, zakażenie organizmu (sepsa), zapalenie otrzewnej, arytmia serca i w konsekwencji zatrzymanie akcji serca prowadzące do zgonu. Ryzyko poważnych powikłań jest niskie jednak nie można go wykluczyć całkowicie.