



## Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

### Prostatektomia radykalna

Na podstawie biopsji prostaty rozpoznano u Pana nowotwór tego narządu. Wykonane badania wskazują na niskie zaawansowanie choroby – to znaczy, że rak jest ograniczony wyłącznie do gruczołu krokowego i nie rozprzestrzenił się jeszcze na inne tkanki i narządy. W takim przypadku leczenie operacyjne – prostatektomia radykalna – jest skutecznym sposobem umożliwiającym wyleczenie. Poniżej zawarto podstawowe informacje o operacji, którą Panu zaproponowano. Proszę się z nimi zapoznać i przedyskutować trapiące Pana pytania z prowadzącym urologiem.

Prostatektomia radykalna jest uznanym sposobem leczenia mężczyzn z rakiem stercza o niskim stopniu zaawansowania. Operację tą przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym (pełne uśpienie chorego). Radykalne wycięcie gruczołu krokowego polega na całkowitym usunięciu prostaty i pęcherzyków nasiennych. W większości przypadków wykonuje się również limfadenektomię miedniczną (usunięcie węzłów chłonnych rejonu miednicy mniejszej).

Podczas zabiegu wykonywane jest cięcie w podbrzuszu. Następnie po odsłonięciu kolejnych warstw powłok brzusznych wypreparowany zostaje pęcherz moczowy oraz przednia, tylna i boczne powierzchnie stercza. Urolog wycina się całą prostatę z guzem, pęcherzyki nasienne oraz w większości przypadków węzły chłonne okolicy miednicy mniejszej. Ponieważ wraz ze sterczem usuwa się przebiegający przez niego odcinek cewki moczowej kolejnym etapem operacji jest wytworzenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego, polegające na odtworzeniu ciągłości dolnych dróg moczowych poprzez przysycie cewki do pęcherza moczowego. Pod koniec operacji wycięte narządy są usuwane i przesyłane do badania histopatologicznego. Zabieg kończy zeszytanie powłok jamy brzusznej i skóry. Po operacji pozostawiany jest na okres 1 – 3 dni dren asekuracyjny w celu kontroli krwawienia pooperacyjnego oraz ew. wycieku moczu. Ponadto w pęcherzu moczowym umieszcza się cewnik, przez który odpływa mocz. Cewnik zwykle usuwany jest po upływie 7-10 dni. Ma to na celu umożliwienie wygojenia zespolenia cewkowo-pęcherzowego.

Możliwe powikłania związane z operacją:

- krwawienie: podczas operacji i w okresie pooperacyjnym może niekiedy dochodzić do utraty krwi w stopniu wymagającym jej przetoczenia. Obecnie konieczność transfuzji krwi zdarza się niezbyt często, natomiast jej wystąpienia nie można jednoznacznie w żadnym przypadku wykluczyć.
- zaburzenia trzymania moczu: w trakcie operacji usuwając gruczoł krokowy wycięty zostaje również fragment cewki moczowej przechodzący przez prostatę. U większości pacjentów występują zaburzeniami trzymania moczu, które w początkowym okresie po usunięciu cewnika pęcherzowego mogą mieć różne nasilenie (od niekontrolowanego wypływu kilku kropel moczu do całkowitego

nietrzymania moczu – stały wypływ moczu z cewki). W pierwszych dniach po usunięciu cewnika dolegliwości te dotyczą znacznej części pacjentów, natomiast przeważnie w większości przypadków szybko ustępują. Trzymanie moczu zwykle wraca do normy w ciągu 3-6 miesięcy od operacji. Ciężkie, przewlekłe nietrzymanie moczu występuje po prostatektomii radykalnej bardzo rzadko (około 1-5% operowanych). Umiarkowane do słabo nasilonych objawów nietrzymania moczu (wyciek kilku kropli moczu podczas kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego) występuje u około 10% operowanych. Poprawa w zakresie trzymania moczu następuje wraz z czasem upływającym od operacji, i istotnie zależy od stosowania się do zaleceń pooperacyjnych (regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy, unikanie zaparć, utrzymanie odpowiedniej higieny osobistej). Ogółem po upływie 12 miesięcy od prostatektomii prawidłowe trzymanie moczu powraca u ponad 85% pacjentów.

- zaburzenia wzwodu prącia: do wystąpienia zaburzeń erekcji dochodzi w związku z uszkodzeniem unerwienia prącia w trakcie usuwania prostaty. W trakcie usuwania stercza często dochodzi do ich nieodwracalnego uszkodzenia, co skutkuje wystąpieniem utrwalonych zaburzeń potencji. Jeśli zostaje zachowana zdolność do wzwodu prącia to często erekcje są słabsze i trwają krócej niż przed operacją. Wówczas konieczne może okazać się stosowanie dodatkowego leczenia (leki doustne, iniekcje doprąciowe, aparaty „vacuum”). Istotnym czynnikiem jest profilaktyka rozwoju utrwalonych zaburzeń potencji, polegająca na wcześnie rozpoczętej rehabilitacji farmakologicznej, która powinna zostać wdrożona w ciągu pierwszych 3 miesięcy po prostatektomii. Leczenie takie polega na regularnym przyjmowaniu tabletek, lub wykonywaniu iniekcji ze środków wywołujących wzwód. Takie postępowanie dodatkowo istotnie redukuje ryzyko wystąpienia utrwalonych zaburzeń potencji. Szczegółowe informacje tego zakresu uzyska Pan od swojego urologa prowadzącego. Warto taką rozmowę przeprowadzić w obecności partnerki, ponieważ obustronne zrozumienie problemu może znacznie ułatwić podjęcie odpowiedniej decyzji. Przyczyną tych zaburzeń jest jednoczesne usunięcie stercza i pęcherzyków nasiennych. Natomiast wrażenia czuciowe pozostaną niezmienione, nadal możliwe będzie odczuwanie orgazmu. Jeśli planuje Pan posiadanie potomstwa, proszę ten problem przedyskutować z urologiem prowadzącym, konieczne może okazać się zdeponowanie nasienia.

- zwężenie zespolenia cewkowo-pęcherzowego: czasami po operacji w wyniku zbliznowacenia może dojść do zwężenia w obrębie szyi pęcherza moczowego (okolica do której przyszyta jest cewka moczowa). Jeśli zaobserwuje Pan u siebie stopniowe osłabianie się strumienia moczu i narastanie trudności podczas mikcji proszę zgłosić się do urologa prowadzącego. Może okazać się konieczne wykonanie dodatkowego zabiegu endoskopowego, polegającego na poszerzeniu zespolenia cewkowo-pęcherzowego cystoskopem (wziernikiem) wprowadzonym do cewki moczowej. W praktyce po operacji usunięcia prostaty, wykonanej technika laparoskopową powikłanie to występuje bardzo rzadko (poniżej 1% operowanych).

- nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego: niekiedy zespolenie (miejsce przyszycia cewki do pęcherza moczowego) może być nieszczelne. Wówczas występuje tzw. zaciek moczu, co objawia się przedłużonym wyciekaniem moczu z drenu asekuracyjnego. Wówczas konieczne może być dłuższe utrzymanie drenu (2-3 tygodnie), czasami pacjent wychodzi do domu z pozostawionym drenem i zgłasza się na regularne kontrole. Po ustaniu wycieku dren jest usuwany. Powikłanie to występuje bardzo rzadko i dotyczy ok 1 % pacjentów.

- torbiel chłonna: (tzw. limfocele) – to powstanie otorbionego zbiornika płynowego w miednicy mniejszej, zawierającego chłonkę (płyn krążący w układzie limfatycznym). Zbiornik taki może wytworzyć się po rozległej limfadenektomii (wycięcie węzłów chłonnych miednicy mniejszej). Powstały zbiornik chłonki może uciskać na narządy miednicy mniejszej (pęcherz moczowy, odbytnica) i powodować zaburzenia oddawania moczu i stolca oraz utrzymujący się przewlekłe ból i dyskomfort.

Wówczas konieczne może być zdrenowanie (nakłucie i opróżnienie) torbieli, lub w przypadku dużych zmian dodatkowa operacja podczas której torbiel zostanie usunięta.

- zakażenie rany pooperacyjnej: każdy zabieg, podczas którego przecina się skórę jest związany z ryzykiem zakażenia, zropienia i rozejścia się rany. Jeśli zaobserwuje Pan u siebie sączenie treści ropnej z którejś z ran lub jej rozejście proszę niezwłocznie zgłosić się do urologa prowadzącego. Konieczna może okazać się odpowiednia pielęgnacja rany, stosowanie specjalnych opatrunków oraz leczenie antybiotykami.

- zakażenie układu moczowego: każda operacja przeprowadzana w obrębie układu moczowego obarczona jest ryzykiem wystąpienia infekcji. Po operacji będzie Pan miał pozostawiony cewnik w pęcherzu przez okres 10 dni. W tym czasie ważne jest odpowiednie postępowanie – przyjmowanie min. 2,5 litra płynów na dobę, zachowanie odpowiedniej higieny osobistej oraz regularna wymiana worków na mocz (co 2-3 dni). Prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia układu moczowego można zmniejszyć stosując leki ziołowe oparte na preparatach żurawiny. Natomiast jeśli po usunięciu cewnika odczuwa Pan ból i pieczenie w podbrzuszu i w cewce moczowej połączone z bardzo częstym oddawaniem małych porcji moczu i z częstymi parciem na mocz proszę niezwłocznie zgłosić się do urologa lub do lekarza rodzinnego. Konieczne może być wykonanie posiewu moczu (badanie bakteriologiczne) i włączenie antybiotykoterapii.

- uszkodzenie jelita grubego: jest to poważne, rzadko występujące powikłanie (poniżej 1% operowanych). Przeważnie uszkodzenie jelita jest jednocześnie zaopatrywane podczas prostatektomii. Wówczas konieczne może okazać się dłuższe utrzymanie cewnika (2-3 tygodnie) oraz przestrzeganie przez 3-5 dni po operacji diety ścisłej (bezwzględny zakaz spożywania pokarmów stałych). Ma to na celu umożliwienie prawidłowego wygojenia się odbytnicy i zespolenia cewkowo-pęcherzowego. W bardzo rzadkich przypadkach konieczna może być powtórna operacja polegająca na otwarciu jamy brzusznej i czasowym wyłonieniu stomii jelitowej. W późniejszym okresie (zwykle po 6 miesiącach) możliwe jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. Powikłanie wymagające tak rozległej operacji zdarza się niezmiernie rzadko (poniżej 0,5% pacjentów), ale jego wystąpienia, szczególnie w przypadkach bardziej zaawansowanego nowotworu nie można całkowicie wykluczyć.

- Powikłania sercowo-naczyniowe i infekcyjne: Bardzo rzadko mogą wystąpić powikłania natury sercowo-naczyniowej takie jak zatorowość płucna, stany zapalne dróg oddechowych, zakażenie organizmu (sepsa), zawał serca, zatrzymanie akcji serca, zgon, udar mózgowy bądź czasowe niedotlenienie. Niektórzy pacjenci wymagają czasowego pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Ryzyko zgonu jest nikłe jednak nie można go wykluczyć całkowicie.