



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

Organooszczędna resekcja guza nerki laparoskopowa – tumorektomia laparoskopowa (NSS).

Rozpoznano u Pana/Pani guz nerki. Na tej podstawie zakwalifikowano Pana/Panią do organooszczędnej resekcji guza nerki - tumorektomii laparoskopowej. Poniżej zawarto podstawowe informacje o chorobie oraz leczeniu, które Panu/Pani zaproponowano. Proszę zapoznać się z poniższymi informacjami i przedyskutować trapiące Pana/Panią pytania z prowadzącym urologiem.

Jest to operacja w trakcie której urolog usuwa jedynie guz nerki wraz z fragmentem tkanki tłuszczowej z jego okolicy, pozostawiając zdrową tkankę nerki. Operacja ta będzie przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (narkozie). Urolog wytworzy dostęp do jamy brzusznej przy użyciu narzędzi laparoskopowych. W czasie zabiegu zostaną wykonane 3 lub 4 nacięcia, z których najdłuższe będzie miało około 4-6 cm i zostanie wykorzystane do usunięcia preparatu bądź też zostanie wykonano osobne cięcie w podbrzuszu. Po wprowadzeniu kamery oraz narzędzi laparoskopowych do jamy otrzewnej, operujący urolog delikatnie odsunie jelita żeby uzyskać dostęp do nerki. Później wytnie guz wraz z otaczającą tkanką tłuszczową. Miejsce po usuniętym guzie zostanie zaszyte. Czasami występuje konieczność przecięcia żyły gonadalnej, nie jest to związane z żadnymi odległymi następstwami. Rana zostanie zaszyta niewielkimi szwami. Do loży po nerce zostanie wprowadzony dren asekurujący. Pobyt w szpitalu po takim zabiegu trwa około 3-5 dni, choć jeśli zajdzie taka konieczność okres ten może ulec wydłużeniu. Przez 2-3 doby po zabiegu będzie Pan/Pani miał pozostawiony cewnik w pęcherzu moczowym. Przed opuszczeniem szpitala zostanie Pan/Pani poinformowany na temat ewentualnych ograniczeń w diecie i poziomie codziennej aktywności. Okres rehabilitacji i powrotu to pełnej sprawności zależy w dużym stopniu od Pana/Pani kondycji przed zabiegiem, czasem może trwać nawet kilka miesięcy. Najczęściej zachęcamy, aby rozpocząć lekkie, codzienne czynności, tak szybko jak tylko są Państwo w stanie. Jednakże trzeba będzie unikać wysiłku fizycznego przez kilka tygodni.

Możliwe powikłania i odległe następstwa:

- Krwawienie: Krwawienie podczas zabiegu może mieć różne nasilenie jak i przyczynę. Jakiegokolwiek leki wpływające na czynność płytek krwi lub krzepnięcia należy odstawić w 3 określonym okresie czasu przed zabiegiem i poinformować o tym lekarza prowadzącego, jest to niezmiernie ważne. W czasie zabiegu ma miejsce krwawienie z naczyń nerki oraz okołonerkowych, sporadycznie, zwłaszcza przy dużych guzach, może ono wymagać jednak sródoperacyjnego przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych. Krwawienie z nadnerczy może czasem być trudne do opanowania zachowawczo, zwłaszcza przy zabiegach po prawej stronie, w takich przypadkach operator może podjąć decyzję o całkowitym lub częściowym usunięciu nadnercza. Nie prowadzi to do poważnych następstw, chyba że

w przeszłości był Pan/Pani już poddany zabiegowi usunięcia nadnercza po stronie przeciwnej. W takim przypadku konieczne będzie stałe doustne przyjmowanie hormonów.

- Krwawienia późne: Bardzo rzadko zdarza się zaobserwować nadmierne krwawienie z drenu już po zakończeniu zabiegu. W takim przypadku, stosuje się leczenie zachowawcze w postaci uzupełniania ubytków krwi, lub poddaje się chorego ponownej operacji, polegającym na kontroli łoży i zaopatrzeniu krwawienia.

- Odma podskórna: Do stosunkowo częstych i niegroźnych następstw zabiegów laparoskopowych należy odma podskórna. Polega ona na się dostaniu gazu pod skórę, który ulega spontanicznemu wchłonięciu, jednak zanim to nastąpi może dawać objawy w postaci bólu barków i karku i/lub obrzęku twarzy i szyi.

- Uraz dwunastnicy, jelita cienkiego lub jelita grubego, konieczność resekcji jelita: W niektórych przypadkach, kiedy guz nerki nacieka na jelita, możliwe jest konieczność resekcji jelit. W zależności od stopnia zaawansowania guza, bądź rozległości wyciętego fragmentu jelita, operator może się zdecydować na śródoperacyjne odtworzenie ciągłości jelit, tymczasowe wyłonienie "stomii" jelitowej na brzuchu (wszycie jelita do skóry i przyklejenie worka na stolec), bądź też, w najrzadszych przypadkach, na wyłonienie "stomii" definitywnej. Po takim zabiegu wymagana jest dieta ścisła przez okres 1-2 dni, a w niektórych przypadkach również sonda żołądkowa założona przez nos lub i rurka do odbyticy.

- Uraz śledziony: W czasie nefrektomii lewostronnej, sytuacja ta występuje w około 10% przypadków. Czasem krwawienie ze śledziony może wymagać usunięcia tego narządu. Zazwyczaj nie jest to związane z negatywnymi odległymi następstwami.

- Uraz wątroby: w przypadkach usuwania nerki prawej, a czasami lewej do chodzą do uszkodzenia wątroby i krwawienia z tego narządu. Krwawienie najczęściej jest zahamowane w trakcie operacji.

- 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.

- Konwersja: Jeśli w trakcie zabiegu wystąpią niespodziewane trudności w operowaniu techniką laparoskopową (każda wcześniejsza operacja w obrębie jamy brzusznej lub przestrzeni zaotrzewnowej zwiększa prawdopodobieństwo zrostów) lekarz urolog może podjąć śródoperacyjnie decyzję o konwersji do operacji „otwartej” czyli klasycznego przecięcia skóry i mięśni.

- Usunięcie całej nerki: w przypadkach braku możliwości wycięcia jedynie guza, silnego krwawienia z nerki po usunięciu guza, braku możliwości opanowania krwawienia, może dojść do konieczności usunięcia całej nerki. Ryzyko usunięcia całej nerki jest nikłe i zdarza się rzadko.

- Niewydolność nerki pozostałej: Do najczęstszych powikłań okresu pooperacyjnego należy niewydolność nerki pozostałej, która czasem wymaga wykonania doraźnej dializy, a w rzadkich przypadkach, kiedy to nerka nie będzie w stanie dostatecznie filtrować krwi, rozpoczęcie stałej, przewlekłej dializoterapii.

- Przedłużony wyciek z drenu: Wystąpić może także przedłużony wyciek z drenu, zazwyczaj treści chłonnej lub surowiczej, który wymaga pozostawienia drenu na dłuższy okres, sporadycznie nawet po

4 wypisaniu ze szpitala. W rzadkich przypadkach może dojść do powstania zbiornika płynowego w łoży po nefrektomii, który może być źródłem infekcji.

- Przewulica okolic blizn pooperacyjnych, pseudoprzewulica, przewulica: W przypadku przecięcia nerwów skórnych może dojść do przewulicy skóry w okolicy rany pooperacyjnej. Uczucie drętwienia może się utrzymywać przez kilka miesięcy. W rzadkich przypadkach może dojść do czasowego lub permanentnego porażenia nerwów odpowiedzialnych za funkcję mięśni w tej okolicy. Występuje wtedy pseudoprzewulica.

- Nieszczelność UKM, zacieki moczu i przetoka moczowo-skronna: Jeśli w trakcie resekcji guza, na skutek jego głębokiego naciekania dojdzie do otwarcia układu kielichowo-miedniczkowego, niezbędna będzie jego śródoperacyjna rekonstrukcja. W niektórych przypadkach nie udaje się uzyskać całkowitej szczelności, co niekiedy manifestuje się dopiero w okresie pooperacyjnym. W takim przypadku, lekarze mogą zdecydować na czasowym wprowadzeniu cewnika przez moczowód do nerki żeby ułatwić odpływ moczu z nerki. Cewnik ten pozostanie w moczowodzie na okres około 6 tygodni.