

Wytworzenie zastępczego pęcherza jelitowego

Jelitowy pęcherz zastępczy (ortotopowy pęcherz zastępczy). Istnieje kilkanaście wariantów tego najbardziej skomplikowanego rodzaju rekonstrukcji dróg moczowych po cystektomii radykalnej. Operacja ta polega na wytworzeniu szczelnego zbiornika na mocz z jelita pacjenta, wszczepieniu do niego moczowodów obydwu nerek, a następnie na umieszczeniu go w miednicy - tam, gdzie znajdował się naturalny pęcherz chorego i podłączeniu go do cewki moczowej. Ten sposób rekonstrukcji pozwala pacjentowi po cystektomii na prawie normalne oddawanie moczu, ale droga do tego stanu jest zwykle długa, skomplikowana, wymaga wielu poświęceń i dobrej motywacji pacjenta. Ponadto - stopień zaawansowania nowotworu pęcherza nie może być nadmierny, jego lokalizacja w pęcherzu odległa od ujścia cewki moczowej, a czynność nerek pacjenta musi być zachowana na prawidłowym poziomie. Niemale znaczenie w kwalifikacji do tego rodzaju odprowadzenia moczu ma również stan mentalny oraz samodzielność chorego. Pacjenci z chorobami neurologicznymi ograniczającymi zdolności poznawcze, otępiennymi, czy zaburzającymi istotnie sprawność manualną nie będą w stanie sprostać ściślemu planowi ćwiczeń pęcherza jelitowego i przez to nie odniosą żadnych korzyści z tego sposobu rekonstrukcji. Należy mieć świadomość, iż odcinek jelita zastosowany do konstrukcji pęcherza zastępczego jest istotnie większy niż ten stosowany do wytworzenia wstawki jelitowej Bricker'a, przez co istnieje większe ryzyko powikłań metabolicznych wynikających z upośledzonego przyswajania pokarmów, dodatkowo potęgowanych faktem wzmożonego wchłaniania zwrotnego substancji z moczu przez ścianę pęcherza jelitowego.

Wskazania: konieczność zastąpienia pęcherza moczowego po cystektomii radykalnej

Przeciwwskazania: liczne zrosty jelitowe, zespół krótkiego jelita, zapalenie otrzewnej, brak możliwości technicznych do wyizolowania jelita, zaawansowany proces nowotworowy, zaburzenia neurologiczne.

Oczekiwane korzyści: wyleczenie z choroby nowotworowej pęcherza moczowego, zapobieganie krwotokom z pęcherza moczowego, zachowanie funkcji nerek.

Alternatywne sposoby leczenia: radioterapia, chemioterapia, terapia trimodalna.

Możliwe powikłania:

1. Utrata krwi (krwawienie, krwotok, krwiak,) oraz konieczność przetoczenia krwi
2. Zakażenie rany pooperacyjnej i ropień operowanej okolicy
3. Martwica wstawki jelitowej
4. Nietrzymanie moczu pooperacyjne
5. Zapalenie otrzewnej
6. Posocznica
7. Rozejście się rany pooperacyjnej
8. Niedrożność jelit (porażenna, mechaniczna)

9. Powtórna operacja
10. Wodonercze
11. Niewydolność nerek
12. Powikłania zakrzepowo-zatorowe
13. Zaburzenia metaboliczne
14. Zgon w wyniku powikłań

Ryzyko zabiegu: duże

Okres pooperacyjny:

1. Po zabiegu chory przebywa w Klinice Urologii lub Oddziale Intensywnej Terapii 2. W trakcie pierwszych dni po zabiegu nie można przyjmować płynów ani posiłków.
3. Usuwanie drenów oraz cewników następuje w pierwszych dniach po operacji
4. Chory jest informowany o wypisie w dniu lub dzień przed wypisem ze szpitala
5. Należy dokładnie przeczytać otrzymany wypis ze szpitala i postępować zgodnie z zaleceniami.
6. Pacjent i jego najbliżsi instruowani są jak postępować z urostomią (odprowadzeniem moczu do worka urostomijnego).
7. Przez pierwszy miesiąc od operacji należy prowadzić oszczędny tryb życia.
8. Ranę należy utrzymywać w suchości i czystości
9. W przypadku niepokojących objawów należy zgłosić się do Poradni Urologicznej w trybie pilnym ze skierowaniem od Lekarza POZ lub na Izbę Przyjęć szpitala.

Skutki odmowy i niepodjęcia proponowanego leczenia: progresja choroby nowotworowej, przerzuty, zgon, krwotok z pęcherza moczowego, niewydolność nerek.

Zapoznałem się z treścią w/w dokumentu. Zrozumiałem i akceptuję powyższe informacje. Miałam/em możliwość zadawania pytań i udzielono mi na nie wyczerpującej odpowiedzi. Wyrażam zgodę na planowany zabieg operacyjny.

.....
Data i podpis czytelny pacjenta

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza