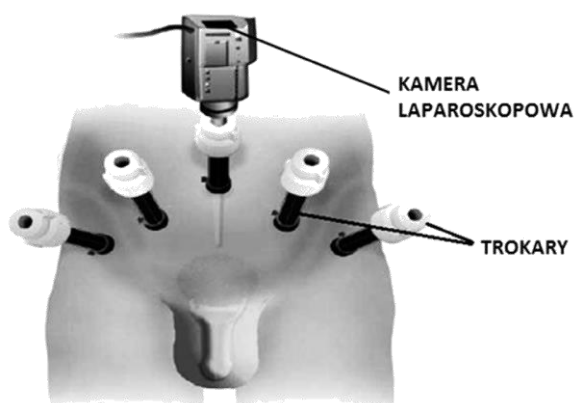




Cystektomia jest przeprowadzana w znieczuleniu ogólnym („uśpienie”). W niektórych przypadkach znieczulenie to jest poprzedzone dodatkowym znieczuleniem kanałowym, polegającym na nakłuciu kanału kręgowego w okolicy lędźwiowej. O szczegółach poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Cała operacja wykonywana jest w technice la-paroskopowej, endoskopowej (jak „przez dziurkę od klucza”). Polega na wytworzeniu kilku (zwykle pięciu) niewielkich cięć skórnych na przedniej ścianie jamy brzusznej, w których umieszczone zostaną specjalne porty (tzw. trokary) umożliwiające wprowadzenie do wnętrza ciała pacjenta cienkich narzędzi chirurgicznych i kamery endoskopowej, która przekazuje obraz z wnętrza ciała na monitor. Cięcia zlokalizowane w okolicy pępka pod koniec operacji wydłużane jest do około 5-8 cm celem usunięcia całego preparatu z jamy brzusznej (ryc. 1).

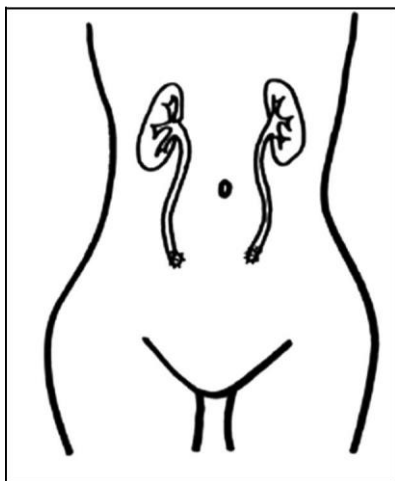


Ryc. 1. Rozmieszczenie cięć skórnych i trokarów podczas laparoskopowej cystektomii radykalnej.

W zależności od stopnia zaawansowania nowotworu, chorób towarzyszących, budowy ciała pacjenta i innych czynników możliwe są następujące opcje odprowadzenia moczu na zewnątrz po usunięciu pęcherza moczowego:

- **Obustronna przetoka moczowodowo-skórna (ureterocutaneostomia), tzw. proste odprowadzenie moczu.** Polega na przeprowadzeniu moczowodów przez powłoki brzuszne i ich przyszyciu do skóry brzucha 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 plastikowe worki stomijne, w których zbiera się mocz i które wymagają okresowego opróżnienia. W trakcie pobytu w szpitalu zostanie Pani/Pan przeszkolona/przeszkolony w zakresie wymiany i obsługi worków oraz odnośnie pielęgnacji skóry w okolicy stomii. Worki są szczelne i mogą być schowane pod ubraniem. Proste odprowadzenie moczu obciążone jest mniejszą niż inne metody liczbą powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza ze strony przewodu pokarmowego, natomiast wiąże się to z dyskomfortem związanym (ureterocutaneostomia) z koniecznością posiadania i obsługi dwóch worków stomijnych oraz z koniecznością stałego utrzymywania cewników moczowodowych i ich okresowej wymiany, a także ze związaną z tym zwiększoną podatnością na nawrotowe infekcje układu moczowego. Ten typ odprowadzenia moczu stosowany jest zwykle w przypadkach znacznego zaawansowania raka pęcherza moczowego, złego stanu ogólnego pacjenta i przebytych operacji na przewodzie pokarmowym lub przebytych z innego powodu naświetlaniach (radioterapia) w rejonie miednicy mniejszej lub jamy brzusznej (ryc. 2).



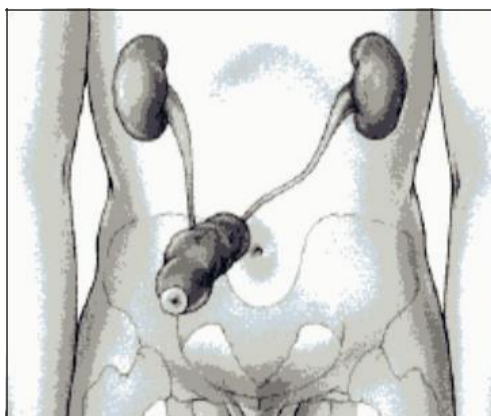
Ryc. 2. Obustronna przetoka moczowodowo-skórną (ureterocutaneostomia).

Odmianą obustronnej przetoki moczowodowo-skórnej jest wyłonienie obu moczowodów w jednej lokalizacji po prawej stronie. Taka metoda poprawia komfort życia, ponieważ pacjent zaopatrzony jest wówczas nie dwoma, lecz jednym workiem stomijnym. Wykonanie tego typu odprowadzenia moczu jest możliwe w wybranych przypadkach (długi lewy moczowód, szczupły pacjent), a podjęcie decyzji możliwe jest wyłącznie w trakcie operacji.

- **Wstawka moczowodowo-jelitowo-skórną (ureteroileocutaneostomię), tzw. odprowadzenie moczu sposobem Brickera.** W tym przypadku operator wycina około 10–15 centymetrowy odcinek jelita cienkiego i tworzy z niego zbiornik na mocz. Do tego zbiornika wszczepiane są następnie moczowody, a koniec jelita wyprowadza się jako pojedynczą stomię moczową na skórę brzucha (ryc. 3). Pozostawione po zabiegu cewniki moczowodowe zwykle usuwa się w warunkach oddziału lub poradni urologicznej po około 14 dniach od operacji. Na skórę brzucha przykleja się jeden worek stomijny zbierający mocz ze wstawki jelitowej.

W trakcie pobytu w klinice zostanie Pani/ Pan przeszkolona/przeszkolony w zakresie wymiany i obsługi worka oraz odnośnie pielęgnacji skóry w okolicy stomii.

Worki są szczelne i mogą być schowane pod ubraniem. Ten typ odprowadzenia moczu zapewnia pacjentowi wyższy komfort życia niż odprowadzenie proste, w związku z koniecznością obsługi tylko jednego worka oraz brakiem stałej obecności cewników moczowodowych. Natomiast jest to zdecydowanie bardziej rozległa operacja, w trakcie której dochodzi do naruszenia ciągłości przewodu pokarmowego i w związku z tym występuje zwiększone ryzyko 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. Inne możliwe powikłania zostaną opisane w dalszej części informacji.



Ryc. 3. Odprowadzenie moczu sposobem Brickera

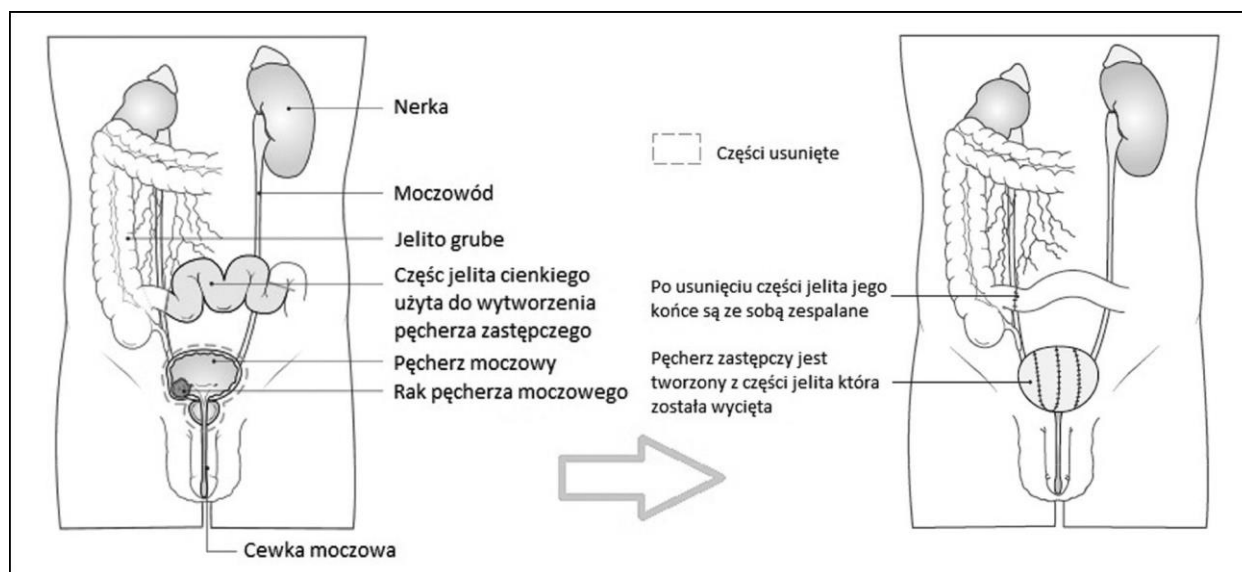
- **Zastępczy pęcherz jelitowy, tzw. ortotopowy, to znaczy umieszczony w tym samym miejscu co pęcherz naturalny.** Jest to metoda umożliwiająca najbardziej zbliżone do naturalnego oddawanie moczu (przez własną cewkę moczową). Istnieje wiele różnych technik tej operacji, w większości z nich do wykonania pęcherza zastępczego wykorzystuje się fragment jelita cienkiego, rzadziej grubego.

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 wynosi około 6 miesięcy.

Prowadzący Panią/Pana urolog zaleci odpowiednie ćwiczenia i udzieli niezbędnych instrukcji odnośnie opróżniania pęcherza moczowego. Aby zakwalifikować chorego do odprowadzenia moczu tym sposobem, pacjent musi być gotowy aktywnie uczestniczyć w rehabilitacji pooperacyjnej oraz uwzględnić w swoich codziennych planach częste opróżnianie pęcherza moczowego i samocewnikowanie.

W trakcie operacji chirurg wycina 50–70-centymetrowy fragment jelita cienkiego i tworzy z niego zastępczy „pęcherz jelitowy”, do którego wszczepia moczowody i następnie łączy go z cewką moczową (ryc. 4).



**Ryc. 4.** Odprowadzenie moczu poprzez wytworzenie zastępczego pęcherza jelitowego

Zwykle po około 14 dniach od operacji usuwa się pozostawiony w pęcherzu cewnik moczowy. W związku z tym, że w przypadku odprowadzenia moczu tym sposobem wycina się część jelita i zespalą się je na nowo, w okresie pooperacyjnym u około 30% pacjentów występuje niedrożność porażenna jelit. Jest to naturalne następstwo działań chirurgicznych i w większości wypadków ustępuje samoczynnie. W niektórych jednak przypadkach może być konieczna ponowna interwencja chirurgiczna, gdy jelita nie podejmują swojej funkcji.

Całkowity czas potrzebny na wykonanie cystektomii radykalnej laparoskopowej oraz odprowadzenie moczu wynosi około 3–6 godzin i zależy w znacznej mierze od wybranego sposobu odprowadzenia moczu, zaawansowania choroby nowotworowej oraz budowy ciała pacjenta.

Po operacji oprócz cewników moczowodowych poprzez skórę brzucha wyprowadzany jest dren asekuracyjny, który z reguły usuwa się po około 2–4 dniach.

W pierwszej dobie po operacji pacjent może przyjmować niewielkie ilości płynów, w kolejnych dobach włączane jest stopniowo żywienie. Szczegółowy plan żywienia omówi z Panią/Panem lekarz prowadzący będzie on uzależniony od sposobu odprowadzenia moczu oraz funkcji jelit po zabiegu. Istotne jest stosowanie się do wszystkich zaleceń personelu szpitala, gdyż powrót funkcji przewodu pokarmowego jest bardzo istotnym elementem warunkującym właściwy przebieg pooperacyjny leczenia. W niektórych przypadkach konieczne może być włączenie na kilka dni żywienia pozajelitowego – wówczas niezbędne składniki odżywcze będzie Pani/Pan otrzymywał w kroplówce dożylniej.

Pacjent zostaje wypisany do domu po około 3–7 dniach od operacji. Wycięty podczas operacji materiał jest przesyłany do badania mikroskopowego (histopatologicznego) celem oceny stopnia zaawansowania nowotworu oraz radykalności zabiegu. Wynik wydawany jest pacjentowi we wskazanym miejscu po upływie kilku do kilkunastu dni od za-biegu i wpływa na dalsze zalecenia po cystektomii.

W leczeniu operacyjnym raka pęcherza moczowego cystektomia jest metodą wybieraną w przypadku inwazyjnego raka pęcherza moczowego oraz w przypadkach nieinwazyjnych, gdy istnieje duże ryzyko progresji choroby. Cystektomia radykalna jest rozległym zabiegiem operacyjnym i niesie ze sobą ryzyko powikłań. Dzięki zastosowaniu techniki laparoskopowej pacjent jest obciążony znacznie mniejszym urazem operacyjnym, wyraźnie zmniejsza się utrata krwi i skraca czas do powrotu do pełnej aktywności w po-równaniu do klasycznej, otwartej cystektomii radykalnej. Czas potrzebny na powrót do sprawności fizycznej nie przekracza zazwyczaj 4–6 tygodni.

### **Kiedy wykonuje się cystektomię?**

Cystektomia radykalna jest operacją przeprowadzaną u chorych z naciekającym warstwę mięśniową rakiem pęcherza moczowego oraz u chorych z rakiem powierzchniowym, u których jednak ryzyko progresji choroby w przyszłości jest wysokie. Inne, rzadkie wskazania do tej operacji obejmują również choroby niezwiązane z rakiem, takie jak marskość pęcherza moczowego, przetoka pęcherzowo-moczowa i pęcherzowo-odbytnicza oraz zespół bólowy miednicy mniejszej. W przypadkach raka powierzchniowego (nienaciekającego mięśniówki pęcherza moczowego) cystektomia daje bardzo dobre wyniki onkologiczne. Wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania choroby nowotworowej szansa na całkowite wyleczenie zmniejsza się – szczegółowe informacje na ten temat może Pani/Pan uzyskać od swojego lekarza kierującego.

### **Objawy związane z rakiem pęcherza moczowego mogą być następujące:**

- Krwiomocz. Może to być czerwone zabarwienie moczu lub mocz może wyglądać normalnie, ale krwinki czerwone mogą być stwierdzone w badaniu mikroskopowym moczu.
- Częstomocz.
- Ból podczas oddawania moczu.
- Ból w okolicy lędźwiowej.
- Bóle podbrzusza.
- Upośledzenie funkcji nerek.

## Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych

Każda operacja wiąże się z ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Pomimo tego, że cystektomia laparoskopowa wykonywana jest metodą minimalnie inwazyjną, nadal pozostaje rozległą operacją urologiczną i wiąże się z określonymi następstwami oraz ryzykiem powikłań. Naturalnym następstwem cystektomii jest inny sposób oddawania moczu (w zależności od wybranej metody – patrz wyżej) oraz utrata wzdrodu prącia u mężczyzn.

Poniżej wymieniono niektóre możliwe powikłania śród- i pooperacyjne. Nie są to jednak wszystkie możliwe powikłania, jakie mogą wystąpić.

- **Krwawienie.** Utrata krwi w trakcie usuwania pęcherza i wytwarzania odprowadzenia moczu jest w większości przypadków, dzięki zastosowaniu techniki laparoskopowej, bardzo dobrze kontrolowana, ale ze względu na znaczny zakres działań chirurgicznych może wystąpić nieoczekiwane krwawienie, wymagające przetoczenia krwi.  
Dzięki zastosowaniu techniki laparoskopowej potrzeba transfuzji została znacznie ograniczona, nie jest jednak całkowicie wyeliminowana i dotyczy około 1/3 operowanych pacjentów. W bardzo rzadkich przypadkach, przede wszystkim dotyczących chorych ze znacznie zaawansowanym rakiem pęcherza, u których operacja wykonywana jest ze wskazań życiowych, masywne krwawienie może stanowić poważne zagrożenie życia. Jest to powikłanie bardzo rzadkie, natomiast jego wystąpienia nie można całkowicie wykluczyć, szczególnie w przypadkach dużych, rozległych, naciekających okoliczne tkanki i narządy guzów pęcherza moczowego.
- **Uszkodzenie sąsiadujących narządów.** To bardzo rzadko zdarzające się 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 (podczas usuwania pęcherza).
- **Niedrożność przewodu pokarmowego.** Niedrożność porażenna jelit, zwłaszcza w przypadku odprowadzenia moczu z wykorzystaniem fragmentu jelita (patrz wyżej), 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 i ssanie cukierków. 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 i cukierków do ssania. Jednak u około 30% pacjentów mogą być potrzebne dodatkowe działania lecznicze oraz w niektórych wypadkach reoperacja i czasowe lub stałe wyłonięcia stomii kałowej.

- **Chłonkotok.** W trakcie cystektomii usuwane są w celach diagnostyczno-leczniczych węzły chłonne. W związku z tym naruszona zostaje szczelność układu limfatycznego, co może być przyczyną przedłużonego wycieku chłonki z drenów asekuracyjnych.  
Z tego powodu w niektórych wypadkach pacjent zostaje wypisany z drenem, a decyzja o jego usunięciu zostaje podjęta przez urologa prowadzącego w wyniku stałej kontroli wielkości wycieku. Pacjenci po cystektomii mogą również mieć zwiększoną skłonność do powstawania obrzęków chłonnych, zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych i kroczu.

- **Rozejście się zespolenia jelitowego.** Jest to 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 oraz ponownego zespolenia, często również czasowego lub stałego wyłonienia jelita do skóry (stomii kałowej).
- **Infekcja układu moczowego i uogólnione zakażenie.** Po cystektomii może dojść do zakażenia układu moczowego. Aby zminimalizować ryzyko infekcji, stosuje się profilaktyczną antybiotykoterapię w trakcie i po operacji. W bardzo rzadkich przypadkach, zwłaszcza u chorych z osłabioną odpornością i zakażonych agresywnym szczepem bakterii, może dojść do uogólnionego zakażenia bakteryjnego organizmu (sepsy). Wówczas konieczny jest dłuższy pobyt w szpitalu i leczenie antybiotykami podawanymi dożylnie. W skrajnie rzadkich przypadkach może dojść do zagrożenia życia pacjenta.
- **Nietrzymanie moczu.** W zależności od typu odprowadzenia moczu może mieć różny charakter. W przypadku odprowadzeń stomijnych (obustronna przetoka moczowodowo-skórna, wstawka moczowodowo-jelitowo-skórna) oznacza w istocie nieszczelność worków stomijnych i wyciek moczu, czasami powodujący trudności w utrzymaniu higieny i odparzania skóry. Ze względu na stosowane obecnie wysokiej jakości systemy worków stomijnych jest to powikłanie bardzo rzadkie. Przeważnie jego przyczyną jest nietypowa budowa ciała pacjenta (zwłaszcza otyłość), gdy wytworzenie szczelnej stomii moczowej może być bardzo utrudnione. Natomiast po wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego nietrzymanie moczu oznacza mimowolny wyciek z cewki, szczególnie podczas wysiłku, kaszlu i kichania. Czasami może mieć postać stałej, dziennej i nocnej utraty moczu i prowadzić do istotnego pogorszenia komfortu życia. Powikłanie to w różnym stopniu nasilenia dotyczy około 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 nadmiernego rozciągnięcia pęcherza jelitowego 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 ma mięśnia wypieracza, sam proces oddawania moczu wymagać będzie specjalnego postępowania (oddawania moczu 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/dobę) oraz stosowanie leków rozrzedzających śluz. Dokładnych informacji na ten temat może Pani/Panu udzielić urolog prowadzący.
- **Powikłania częściej dotyczą pacjentów z prostym odprowadzeniem moczu.** Konieczność stałego utrzymania cewników moczowodowych przyczynia się do częstych infekcji układu moczowego, co może z czasem prowadzić do trwałego upośledzenia funkcji nerek. Ponadto u tych pacjentów niekiedy może dochodzić do zatkania cewników moczowodowych – w takim przypadku należy zawsze pilnie zgłosić się do poradni urologicznej lub do najbliższego oddziału urologicznego; konieczna może być wcześniejsza wymiana cewników. Natomiast po wytworzeniu wstawki moczowodowo-jelitowo-skórnej lub pęcherza jelitowego najczęstszą przyczyną niewydolności nerek jest zwężenie zespolenia moczowodów z zastępczym zbiornikiem moczowym.

W niektórych przypadkach konieczne może być doraźne lub definitywne wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomii) bądź ponowna operacja. Opisane powyżej powikłania są bardzo rzadkie, przy obecnej technice operacyjnej dotyczą mniej niż 5% pacjentów.

- **Konwersja do operacji otwartej.** Podczas każdego zabiegu laparoskopowego może zaistnieć konieczność otwarcia jamy brzusznej i dokończenia operacji techniką klasyczną. Przyczyną najczęściej jest nasilone krwawienie, wymagające niezwłocznego zaopatrzenia, wysokie zaawansowanie miejscowe nowotworu, znacznie utrudniające usunięcie pęcherza i prostaty na drodze laparoskopii oraz niekorzystna budowa ciała pacjenta (przede wszystkim otyłość). Dzięki stałemu doskonaleniu techniki i narzędzi laparoskopowych konieczność zamiany techniki z laparoskopii do operacji otwartej zdarza się wyjątkowo rzadko (mniej niż 3% pacjentów).
- **Powikłania związane z operacją i znieczuleniem.** Jak każdy rozległy zabieg operacyjny cystektomia niesie ze sobą ryzyko potencjalnie zagrażających życiu powikłań związanych z operacją i znieczuleniem. Powikłania te obejmują takie stany, jak krwotok śródoperacyjny, zaburzenia rytmu serca, wstrząs, zatrzymanie akcji serca i inne.

### Jak przygotować się do cystektomii?

Cystektomia jest specyficzną operacją, która wywiera olbrzymi wpływ na losy chorego przede wszystkim w zakresie jakości życia i codziennego funkcjonowania. W wielu ośrodkach urologicznych organizowane są grupy wsparcia dla pacjentów przed operacjami i po nich. Warto skorzystać z doświadczenia osób, które już przebyły cystektomię i dowiedzieć się, jak sobie radzą. Niezwykle cenna będzie obecność na takim spotkaniu Pani/Pana osoby bliskiej, która będzie pomocna i udzieli wsparcia szczególnie w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Proszę zapytać urologa o taką możliwość.

Zgłaszając się w Izbie Przyjęć szpitala na zabieg planowy, koniecznie należy przedłożyć skierowanie do szpitala oraz okazać dokument tożsamości ze zdjęciem i numerem PESEL. Pakując się z myślą o hospitalizacji należy przygotować się na około 5–10-dniowy pobyt i zabrać ze sobą rzeczy, które w takim okresie mogą być przydatne. Absolutnie niezbędne jest zabranie ze sobą całej dostępnej dokumentacji medycznej, w tym wyników badań obrazowych (opis w formie pisemnej oraz płyta CD/DVD z nagrany badaniem), kart wypisowych z innych oddziałów, a także od lekarza rodzinnego, wyników badań zleconych przed operacją, konsultacji specjalistycznych, informacji o przyjmowanych na stałe lekach, informacji i „paszportów” dotyczących implantów. Proszę też pamiętać o dokumentach, które mogą być potrzebne do sporządzenia wypisu ze szpitala (NIP zakładu pracy, legitymacja Honorowego Dawcy Krwi, Kombatanta/Osoby Represjonowanej). Przed zabiegiem konieczne będzie całkowite usunięcie biżuterii (kolczyki, łańcuszki, pierścionki). Uprzejmie proszę zwłaszcza o zdjęcie obrączek i pierścionków z palców przed przyjęciem do szpitala, gdyż często okazuje się, że nie da się ich usunąć w dniu zabiegu bez ich uszkodzenia.

Opiekujący się Panią/Panem urolog przed operacją sprawdzi wyniki następujących badań: usg jamy brzusznej, tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej, badania laboratoryjne, badanie palcem przez odbytnicę (w przypadku mężczyzn). Bardzo istotne jest udzielenie lekarzowi dokładnych informacji o przyjmowanych lekach, ze szczególnym uwzględnieniem leków hamujących krzepnięcie krwi. Proszę o przygotowanie kartki z nazwami leków, które Pani/Pan stosuje.



Spożywanie posiłków i napojów w dniu operacji jest zabronione. Personel szpitala poprosi Panią/Pana o pozostanie na czczo. W praktyce oznacza to całkowity zakaz spożywania posiłków i płynów od północy dnia poprzedzającego operację. W dniu operacji, rano, proszę jedynie przyjąć te leki, które wskaże Pani/Panu urolog i popić je minimalną ilością wody. W razie wątpliwości proszę koniecznie przyjęcie jakichkolwiek leków skonsultować z Pani/Pana lekarzem prowadzącym. Nieprzestrzeganie powyższych za-sad może poważnie zagrozić Pani/Pana zdrowiu i życiu oraz może być powodem czasowego zdyskwalifikowania Pani/Pana z zaplanowanej operacji.

Prosimy o zabranie do szpitala środków higieny osobistej, bielizny i kapci. Można też mieć swoją piżamę i szlafrok. Przed operacją zalecane jest ogolenie okolicy operowanej, co w części przypadków może obejmować również owłosienie łonowe.

Może Pani/Pan zrobić to w domu lub już w szpitalu. Niezmiernie ważna jest dokładna higiena całego ciała, a w szczególności okolic intymnych. Może Pani/Pan otrzymać opakowanie płynnego mydła ze środkiem odkażającym w celu użycia go w przededniu lub w dniu operacji. Prosimy o zastosowanie się do poleceń personelu oddziału w tej kwestii.

### **Co należy wiedzieć o operacji cystektomii?**

**Podczas operacji.** Cystektomia zwykle trwa około 3–6 godzin. W tym czasie będzie Pani/Pan znieczulona/znieczulony. Standardowo stosuje się znieczulenie ogólne. Dzięki temu będzie Pani/Pan spać i zostanie wybudzona/wybudzony dopiero po zakończeniu zabiegu.

**Po operacji.** Dreny wyprowadzone przez skórę brzucha lub przez cewkę moczową są w większości wypadków usuwane po około 3–5 dniach od operacji. W zależności od wybranego sposobu odprowadzenia moczu odmienne jest postępowanie z cewnikami. W przypadku odprowadzenia moczu z użyciem wstawki jelitowej (sposobem Brickera) cewniki moczowodowe zostaną usunięte po około 14 dniach od zabiegu. U pacjentów z prostym odprowadzeniem moczu cewniki moczowodowe pozostają na stałe i są wy-mieniane co 2 miesiące w poradni urologicznej. U chorych z zastępczym pęcherzem jeli-towym kwestia cewnika w pęcherzu moczowym jest indywidualnie omawiana z pacjentem i wymaga sumiennej współpracy (zwykle jest on usuwany po upływie maksimum 2–3 tygodni). Czasami konieczne jest po takim zabiegu samocewnikowanie. Bez względu na sposób odprowadzenia moczu po operacji zostanie Pani/Pan podczas pobytu w szpitalu przeszkolona/przeszkolony przez pielęgniarkę w zakresie postępowania z workami stomijnymi i zasad higieny. Zachęcamy do wzięcia udziału w takim szkoleniu najbliższych członków rodziny, którzy będą się Panią/Panem opiekować w pierwszych dniach po wypisaniu ze szpitala. Żywnienie po operacji jest wprowadzane stopniowo przez lekarza prowadzącego, należy ściśle przestrzegać zaleceń odnośnie spożywania pokarmów i płynów. W niektórych przypadkach w okresie pooperacyjnym może być konieczne stosowanie żywienia pozajelitowego – niezbędne składniki odżywcze są dostarczane w postaci odpowiednio zbilansowanych kroplówek. Wskazane jest wcześniejsze zorganizowanie transportu do miejsca zamieszkania, gdyż w tak krótkim czasie po operacji nie powinna Pani/powinien Pan prowadzić żadnych pojazdów. Należy również w planach osobistych i zawodowych uwzględnić pooperacyjny okres przeznaczony na rehabilitację. Trwa on zwykle około 1–3 miesięcy. W tym czasie nie powinna Pani/po-winien Pan wykonywać żadnej ciężkiej pracy fizycznej.

Po upływie kilku do kilkunastu dni po operacji we wskazanym miejscu otrzyma Pani/ Pan wynik badania histopatologicznego. Po uzyskaniu wyniku należy się w każdym przypadku zgłosić do urologa prowadzącego. Ustalenie ostatecznego rozpoznania po-operacyjnego w oparciu o wynik badania histopatologicznego może mieć istotny wpływ na dalsze leczenie Pani/Pana.

### **Wytyczne dotyczące rekonwalescencji po przebytej cystektomii:**

- Proszę pić dużo płynów (co najmniej 2,5 l/dobę). Ma to na celu sprawne płukanie układu moczowego i zapobiega tworzeniu się skrzepów.
- Proszę nie stosować żadnych leków doustnych hamujących krzepnięcie krwi. Ich zażycie może przyczynić się do wystąpienia masywnego krwimoczku. Jeśli z powodu obciążeń kardiologicznych przed zabiegiem odstawiła Pani/ odstawił Pan doustne leki przeciwkrzepliwe i rozpoczęła/rozpoczął stosowanie iniekcji heparyny, proszę kontynuować leczenie iniekcjami przez co najmniej 2 tygodnie.
- Proszę powstrzymać się od wykonywania ciężkiej pracy fizycznej przez co najmniej 4 tygodnie po operacji.
- Proszę nie dopuszczać do zaparć. W tym celu należy spożywać pokarmy zawierające dużo błonnika i unikać produktów działających zapierająco. Ważne jest przestrzeganie zdrowej i zrównoważonej diety, zawierającej owoce, warzywa, produkty pełnoziarniste i niskotłuszczowe pokarmy. Zalecane jest ograniczenie dziennego spożycia soli i zwracanie szczególnej uwagi na zawartość soli (sodu) w żywności przetworzonej (opis produktu na opakowaniu). W celu dobrania odpowiedniego schematu żywieniowego warto skorzystać z pomocy dietetyka.
- Istotne jest ograniczenie spożycia alkoholu i kofeiny. W wybranych przypadkach lekarz może zalecić całkowite wyeliminowanie tych produktów.
- Wskazane są regularne ćwiczenia fizyczne, w natężeniu dobranym do Pani/Pana stanu zdrowia i kondycji fizycznej. Są one bardzo ważnym elementem powrotu do zdrowia.
- Bezwzględnie przeciwwskazane jest palenie tytoniu. Udowodniono istotny wpływ dymu papierosowego na rozwój raka pęcherza moczowego oraz na ryzyko wznowy choroby nawet po przebytej cystektomii.
- Przebyte leczenie z powodu choroby nowotworowej może być przyczyną zaburzeń Pani/Pana nastroju, uczucia niepewności, przygnębienia, depresji.  
W takich sytuacjach należy skorzystać z pomocy psychologa lub psychiatry. W przypadku wątpliwości zachęcamy do kontaktu z urologiem prowadzącym.

### **Wyniki i leczenie uzupełniające**

Cystektomia radykalna laparoskopowa jest operacją wykonywaną z intencją usunięcia narządu wraz z całym nowotworem w granicach zdrowych tkanek. W przypadkach zaawansowanych guzów (naciekających tkanki i narządy sąsiadujące, lub z obecnością przerzutów), przeprowadza się ją jako zabieg paliatywny, mający na celu zapobieganie objawom raka (krwawienie, ból) i możliwie szybkie wdrożenie leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia, leczenie paliatywne). Wyniki zależą bezpośrednio od zaawansowania choroby nowotworowej. Jeżeli rak nie przekracza warstwy mięśniowej pęcherza moczowego, szansa na dobry wynik leczenia znacznie wzrasta. Najlepsze wyniki osiąga się u chorych, u których cystektomia jest wykonywana, gdy zmiana nowotworowa nie nacieka warstwy mięśniowej pęcherza moczowego. W takich przypadkach całkowite wyleczenie (przeżycie co najmniej 5 lat bez wznowy) osiąga około 80% chorych.

U znacznej części chorych w pooperacyjnym wyniku histopatologicznym rozpoznawane jest bardziej zaawansowane stadium choroby. Wówczas w celu poprawy rokowania i/lub złagodzenia objawów konieczne może być uzupełniające leczenie onkologiczne, chemio- i radioterapia oraz leczenie paliatywne (łagodzenie bólu). Dokładne dane dotyczące rokowania oraz zalecenia odnośnie dalszego postępowania otrzyma Pani/Pan podczas pooperacyjnej wizyty kontrolnej od urologa prowadzącego.

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy Pani/Pana stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania Pani/Pana strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony pewnymi komplikacjami. Ponadto informujemy o monitorowaniu bloku operacyjnego. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłoszenie się do lekarza prowadzącego.

**Jeśli chce Pani/Pan uzyskać dodatkowe informacje na temat choroby i leczenia, proszę skontaktować się z personelem oddziału**

**Oddział** .....

**Gabinet lekarski – tel.** .....

**Sekretariat – tel.** .....

**lub zgłosić się do Poradni Urologicznej**

**Poradnia Urologiczna – tel.** .....

## **Formularz świadomej zgody na zabieg cystektomii z odprowadzeniem moczu sposobem:**

- Wytworzenia obustronnych przetok moczowodowo-skórnych (tzw. proste odprowadzenie moczu) lub wyłonienie obu moczowodów w jednej lokalizacji po prawej stronie jamy brzusznej

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

- Wytworzenia wstawki moczowodowo – jelitowo-skórnej sposobem Brickera

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

Wytworzenia zastępczego pęcherza jelitowego sposobem

.....

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

**Prosimy o podpisanie niniejszego oświadczenia:**

Oświadczam, że informacje o planowanym leczeniu, jego metodzie i możliwych komplikacjach z niego wynikających zostały mi przedstawione przez lekarza w sposób wyczerpujący i przystępny oraz że są one dla mnie całkowicie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem stosowne wyjaśnienia zgłaszanych wątpliwości. Zaświadczam, że nie zataiłem żadnych informacji, które mogą mieć wpływ na moje leczenie. Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na proponowane mi leczenie i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających. Rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia.

W przypadku klinicznego charakteru placówki medycznej wyrażam również zgodę na bierne i czynne uczestnictwo przy badaniu i zabiegach studentów medycyny.

Wyrażam zgodę na przetoczenie preparatów krwiopochodnych w przypadku zaistnienia wskazań do takiego postępowania. Upoważniam lekarzy do wykonania transfuzji krwi w trakcie oraz po przebytej operacji, również wtedy, gdy będę nieprzytomny.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych medycznych do celów naukowych, w tym do publikacji w czasopiśmie medycznych. Oświadczam, iż rozumiem, że wykorzystane zostaną wyłącznie dane medyczne w sposób niepozwalający osobom postronnym na identyfikację mojej osoby, a dane osobowe pozostaną utajnione.

Jeśli po przeczytaniu niniejszego dokumentu ma Pani/Pan jakieś pytania do lekarza prowadzącego, proszę napisać je poniżej.

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....
3. ....  
.....  
.....

4. ....  
.....  
.....

Miejscowość, data .....

.....  
Czytelny podpis pacjenta

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

*\*) W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i numer dokumentu tożsamości*