

Rycina 87.2. Nerka prawa wraz z czopem nowotworowym w trakcie operacji radykalnej (a) i po niej (b).

Skuteczność i dokładność oceny zasięgu czopa w układzie żylnym determinuje w sposób bezpośredni trafny wybór strategii postępowania chirurgicznego, a pośrednio wpływa na bezpieczeństwo chorego oraz radykalizm onkologiczny. Zagadnieniem kluczowym dla wyboru sposobu postępowania chirurgicznego jest ocena stopnia propagacji czopa nowotworowego raka nerki, która determinuje wybór dostępu operacyjnego, określa zestaw potrzebnych narzędzi, a przede wszystkim skład zespołu operacyjnego i spodziewany czas trwania operacji, konieczność zapewnienia intensywnej opieki, zabezpieczenie w krew itd. Wiedza ta umożliwia wybór metody w postaci technik pozwalających na obniżenie czoła czopa z poziomu nad- do podprzeponowego czy z poziomu przedsiönka przez uszko serca do poziomu przepony.

Określenie zasięgu penetracji układu żylnego przez czop nowotworowy w raku nerki pozwala precyzyjnie zaplanować strategię postępowania chirurgicznego, dobrać rodzaj dostępu operacyjnego, wskazać na konieczność (lub jej brak) zastosowania krążenia pozaustrojowego, określić skład zespołu operacyjnego oraz potrzebne

narzędzia (np. proteza naczyniowa), ograniczyć utratę krwi i zwiększyć radykalizm onkologiczny, a przez to – poprawić wyniki leczenia chorych z czopem nowotworowym wrastającym do układu żylnego. Ponad 60% chorych z rakiem nerki i towarzyszącym czopem w obrębie układu żylnego przeżywa pięć lat po operacji.

### 87.2. Rekonstrukcja dróg moczowych z użyciem jelita po cystektomii radykalnej

Cystektomia radykalna (CR) stwarza konieczność zrekonstruowania dróg moczowych pozbawionych pęcherza. Rekonstrukcji można dokonać, odprowadzając mocz nadpęcherzowo (nadpęcherzowe odprowadzenie moczu) lub wytwarzając nowy, położony ortotopowo pęcherz moczowy z jelita (*orthotopic intestinal bladder*) bądź „szczelny” zbiornik jelitowy na mocz (*intestinal urinary reservoir [pouch]*).

Dokonując wyboru metody rekonstrukcji dróg moczowych, trzeba uwzględnić wiele czynników charakteryzujących chorego oraz cechy onkologiczne BCa, a także

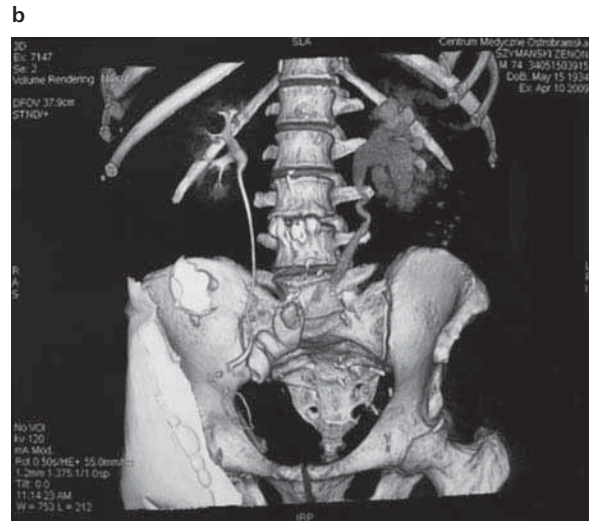
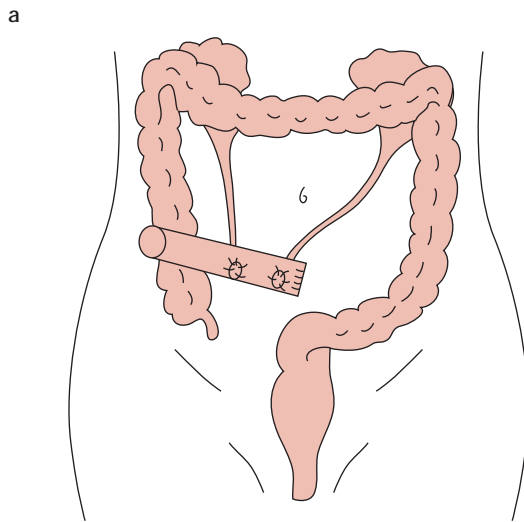
umiejętności i doświadczenie chirurga. Najprostsze, ale najmniej wygodne dla chorego, nadpęcherzowe odprowadzenie moczu (NOM), którym jest obustronna ureterokutaneostomia, ma po CR zastosowanie marginalne. Niekiedy, choć wyjątkowo rzadko, trzeba je zastosować po cystektomii o charakterze „sanitarnym”, wykonanej w przypadku istnienia klinicznie ważnych czynników ryzyka natury ogólnej.

Warunkiem wykonania ureterokutaneostomii jest poszerzenie moczowodów, ponieważ wszczepienie moczowodu nieposzerzonego do skóry stwarza duże niebezpieczeństwo zwężenia przetoki. Mniej kłopotliwym dla chorego, a jednak skutecznym sposobem NOM, stanowiącym alternatywę dla ureterokutaneostomii obustronnej, jest transuretero-ureterokutaneostomia (ryc. 87.3), polegająca na wszczepieniu jednego (bardziej poszerzonego) moczowodu do skóry i zespoleniu z nim w przestrzeni zaotrzewnowej moczowodu mniej poszerzonego.

Najczęściej po CR stosuje się ureteroileokutaneostomię, w tworzeniu której – w celu uniknięcia wszczepiania nieposzerzonych moczowodów do skóry – wykorzystywany jest izolowany fragment jelita końcowego (operacja Bricker zaproponowana w 1950 r.), wstawiony pomiędzy moczowody przeniesione na stronę prawą a skórę w obszarze prawego dołu biodrowego. Stąd popularna nazwa „wstawka jelitowa” (ryc. 87.4a). Na ryc. 87.4 b przedstawiono obraz rekonstrukcji 3D obrazu TK jamy brzusznej w fazie urograficznej u chorego po upływie 7 lat po



Rycina 87.3. Transuretero-ureterokutaneostomia prawostronna w badaniu urograficznym.



Rycina 87.4. Schemat operacji klasycznej – *ileal conduit*, metoda Bricker (a, b).