



УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ



Въведение

доц. д-р Боян
Атанасов, д-р
Ангел Анатолиев,
доц. д-р Владислав
Дунев

МУ-Плевен, Клиника
по урология, УМБАЛ
"Света Марина",
гр. Плевен

Ключови думи:
простатен
карцином,
радикална
простатектомия,
усложнения

Простатният карцином е водещо злокачествено заболяване при мъжете след 50-годишна възраст. Фамилното обременяване, хормоналният дисбаланс и честите възпалителни процеси на простатната жлеза са допълнителни предразполагащи фактори, отключващи онкологичното заболяване. Оперативното лечение в начален стадий се утвърди като водещ модел на поведение, при който се постига пълно излекуване, но както всяка оперативна интервенция, може да доведе до усложнения.

Цел: Да се анализират и класифици-

рат настъпилите усложнения след радикална простатектомия.

Основните три оперативни метода, които се доказаха като водещи, са конвенционална, лапароскопска и роботизирана радикална простатектомия. Всеки един от тях има своите технически особености, трудности при изпълнението и различна обучителна крива. Преценката кой от трите метода да е метод на избор е строго индивидуален за конкретния пациент. Общото между трите метода е, че при всеки един от тях може да настъпят усложнения.

Преди да се премине към оперативно отстраняване на простатната жлеза, за да се намали рискът от усложнения в оперативния и постоперативния период е необходимо да се извърши добро стадияне на онкологичното заболяване. Добрата предоперативна диагностика при хистологично доказан карцином на простатната жлеза се състои в определяне на предоперативно PSA, възраст на пациента, клиничен стадий на разпространение, Gleason score, преценка на локалния статус на жлезата, ЯМР на малък таз, костна сцинтиграфия, определяне на ендовезикален дял на простатната жлеза, номограма за оценка на необходимостта от лимфна дисекция. Ако всеки един от гореизброените показатели е в граници, позволяващи оперативно лечение, възможността за постигане на пентафект е по-голяма.

Усложненията след извършване на радикална простатектомия могат да се класифицират най-общо като ранни (периперативни) и късни (постоперативни). Clavien et al.^[1] публикуват система, чрез която определят степента на тежест на настъпилите усложнения след извършване на оперативна интервенция. С развитието на оперативната дейност тази систематизирана класификация е модифицирана.

Периперативни (ранни) усложнения

Това са тези усложнения, които настъпват от момента на позициониране на пациента върху хирургичната маса. Тук могат да се причислят: чревни наранявания, периферни неврологични увреждания, кръвозагуба,

таблица 1

**КЛАСИФИКАЦИЯ НА ХИРУРГИЧНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ
(МОДИФИКАЦИЯ НА КЛАСИФИКАЦИЯТА НА CLAVIEN)⁽¹⁾**

Степен	Модификация
Clavien 1	Всяко отклонение от нормалния интра- или постоперативен курс, в т.ч. и прилагането на фармакологично лечение, освен обичайните антиеметици, антипиретици, аналгетици, диуретици, електролити и физиотерапия.
Clavien 2	Усложнения, налагащи използването на медикаменти за интравенозно приложение, парентерално хранене или кръвопреливане.
Clavien 3a	Усложнения, налагащи използването на хирургична, ендоскопска или радиологична интервенция под местна анестезия.
Clavien 3b	Усложнения, налагащи използването на хирургична, ендоскопска или радиологична интервенция под обща анестезия.
Clavien 4a	Животозастрашаващи усложнения, налагащи лечение в интензивно отделение, с дисфункция само на един орган.
Clavien 4b	Животозастрашаващи усложнения, налагащи лечение в интензивно отделение, с мултиорганна дисфункция.
Clavien 5	Смърт на пациента.

лезия на уретера, лезия на пикочен мехур, тромбоемболични усложнения, нарушения на уретеровезикалната анастомоза.

Наранявания на червата

- По време на радикалната простатектомия е възможно да се засегне участък от дебелото черво, като поради анатомичната си близост това най-често е ректумът. Използвайки екстраперитонеалния достъп, възможността за увреда на дебелото черво е ниска. При лапароскопската и роботизираната простатектомия процентът на засягане на сегмент от дебелото черво е по-висок. Обикновено това се получава в началото на оперативния процес при поставяне на троакарите, по време на дисекция на тъканите, вкарване на инструментите без проследяване от камерата.

Неврологични усложнения

- Най-често след радикална простатектомия се забелязват периферните неврологични смущения. Лимфните възли около п. obturatorius са локализация, в която туморите от малък таз често метастазират. Ето защо е необходимо да се извърши лимфна дисекция. Последната от своя страна крие риск от нараняване на нерва и невъзможност за асдукция на бедрото, инервирано от увредения нерв. Това води до значителен дискомфорт за пациента в първите няколко дни от възстановителния период.

Кръвозагуба

- Кръвозагубата е усложнение, което се наблюдава при всяка оперативна интервенция с голям обем и сложност. При лапароскопската и роботизираната радикална прос-

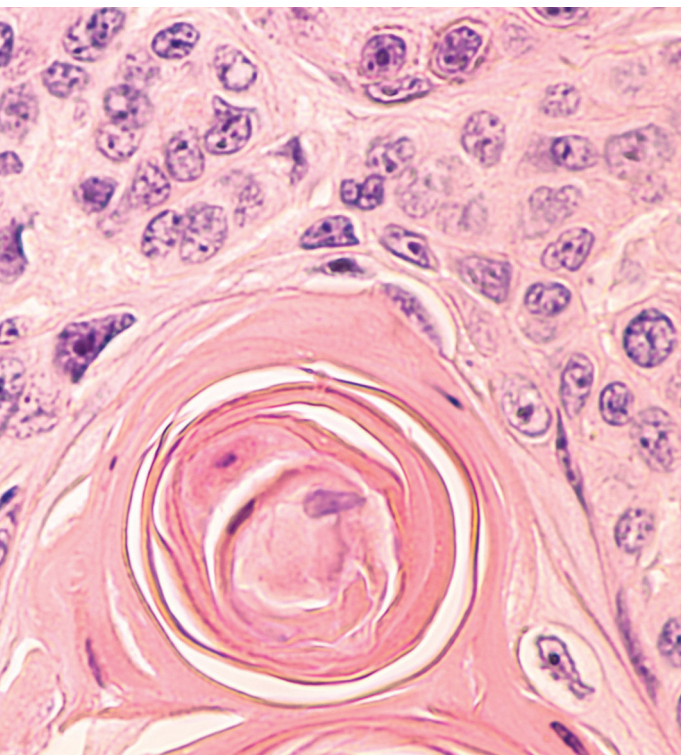
татектомия рискът от сериозна кръвозагуба е по-малък в сравнение с конвенционалната супрабупична радикална простатектомия. Въпреки това кръвозагубата си остава едно от честите и сериозни усложнения. Показател, показващ кръвозагубата при една оперативна интервенция, е количеството прелята по време на интервенцията, изогрупова кръв. Проучване на резултатите от *Hu JC, et al.*^[2], проведено в Обединеното Кралство показва, че средно кръвозагубата е приблизително 700 ml за РРП, 350 ml за ЛРП и 150 ml за РЛЛРП.

Лезия на пикочен мехур

- Лезията на пикочния мехур е рядко усложнение, което е по-характерно за лапароскопската и робот-асистираната хирургия. Рискът от засягане на пикочния мехур е най-висок по време на дисекцията на ретровезикалното пространство. Често при подхода към семенните мехурчета отново може да се навлезе в пикочен мехур, както и по време на дисекцията на ретропубичното пространство при използване на трансперитонеалния подход.

Лезия на уретер

- Употребата на лапароскопски способ за извършване на радикална простатектомия, намалява риска от увреда на уретерите. Независимо от това засягането на уретера е често срещано усложнение, което изисква незабавно стентирание и термино-терминална анастомоза. Ако не се забележи лезията на уретера, често клиничната картина се развива в първите постоперативни дни и обикновено налага ревизия.



Тромбоемболични усложнения

- В едно от своите проучвания *Licskovsky G et al.*^[3], съобщават за висок процент тромбоемболични усложнения, които в съвременната практика се срещат рядко, но въпреки това представляват сериозен проблем поради високата леталитет, свързан с тях. В съвременните проучвания тромбоемболичните усложнения се срещат с честота около 0 до 1%.

Постоперативни (късни) усложнения

В тази група спадат: склероза на мехурната шийка, стриктура на уретрата, инконтиненция и еректилна дисфункция.

Склероза на мехурната шийка

- Симптомите, сигнализиращи за склероза на мехурната шийка

могат да се появят месец след оперативната интервенция или по-късно. Като признаци за това се определят: затруднение при уриниране, тънка и вяла струя, супрапубична болка, вследствие на ретенцията. Честотата на това усложнение при лапароскопската радикална простатектомия е около 2.2%^[4,5].

Инконтиненция

- Това е едно от късните усложнения, които нарушават значително качеството на живот на пациенти, при които е извършена радикална простатектомия. Самата стрес-инконтиненция може да се класифицира като лека, появяваща се само при сериозни физически усилия, умерена – при леки физически усилия и тежка стрес-инконтиненция – в покой. С помощта на специално изготвен въпросник, може точно да се определи степента на инконтинентност. Честотата на това усложнение след справка в литературните данни е значителна – от 8 до 87%. Високата честота, заедно със значителното понижаване на качеството на живот, превръща инконтиненцията в сериозно предизвикателство за съвременната урология.

Еректилна дисфункция

- Това е състояние, при което мъжът е неспособен да получи ерекция и да осъществи полов акт. При сексуално активните мъже, диагностицирани с карцином на простатната жлеза, подложени на оперативно лечение, ЕД е често усложнение, нарушаващо качеството на живот. Запазването на еректилната функция е желание на все повече пациенти, при които предстои извършване

на радикална простатектомия. Затова методът на избор трябва да позволява запазване на съдовонервния сноп. Внимателната работа и избягване употребата на електрокаутер по време на дисекцията около съдовонервния сноп както за отворената РП, така и за лапароскопската, спомага за предотвратяване увредата на тези структури и намаляване на този тип усложнение.

Заклучение

Усложненията след радикална простатектомия, могат да нарушат значително качеството на живот, както и да доведат до леталитет. Благодарение на подобрените и иновативни методи за лечението им техният брой е значително намален през годините, което води до радикално лечение на онкологичното заболяване, без нарушение на ежедневните дейности на пациента. ■

Книгопис:

1. Dindo T, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240:205-213
2. Hu JC, Wood D, Andriole G et al. Perioperative quality of care indicators for retropubic, laparoscopic, and robotic prostatectomy: results from a national, multi-center, prospective cohort. *J Urol* 2006;175(S):37L
3. Licskovsky G, Skinner DG, Weisenburger T. Pelvic lymphadenectomy in the management of carcinoma of the prostate. *J Urol* 1980;124:635-638.
4. Davis J, McCammon K, Schellhammer P et al. 41. Complications of radical prostatectomy. *AUA Update Series* 2006;25:142-151.
5. Hinev A, Evtimov N, Anakievski D et al. Open versus laparoscopic prostatectomy: comparison between two European urologic clinics. *EAU 6th South Eastern European Meeting (SEEM), Istanbul, Turkey, 1-2 October, 2010. Abstract No S 8. Eur Urol Suppl* 2010;9(6):560.