

# Abipusė laparoskopinė retroperitoninė ureterokutaneostomija: nauja vezikorektalinių fistulių gydymo galimybė

## Bilateral retroperitoneoscopic ureterocutaneostomy: a new option in the treatment of vesico-rectal fistulas

Albertas Ulys, Deimantas Šukys, Giedrius Skulčius

*Nacionalinis vėžio institutas, Onkochirurgijos centras, Onkourologijos poskyris, Santariškių g. 1, LT-08660 Vilnius, Lietuva*

*National Cancer Institute, Department of Surgical Oncology, Santariškių Str. 1, LT-08660 Vilnius, Lithuania*  
*El. paštas: albertasulys@gmail.com +370 6 879 9813*

---

Šis klinikinis atvejis iliustruoja vezikorektalinės fistulės sėkmingą gydymą ir baigtį, pirmą kartą atlikus abipusę laparoskopinę retroperitoninę ureterokutaneostomiją. Vezikorektalinės fistulės yra vienos iš retų, tačiau bene labiausiai pacientų gyvenimo kokybę veikiančių ligų, kurios neretai išsivysto po mažojo dubens organų vėžio kompleksinio gydymo ar lokaliai progresuojant navikiniam procesui. Tai vienos labiausiai žmogų luošinančių komplikacijų, kurių gydymas turi būti individualizuotas, reikalauja didelės skirtingų specialistų komandos patirties, tačiau neretai būna pavėluotas ir lydimas dažno ligos atsinaujinimo. Dėl progresuojančio onkologinio proceso ar anksčiau taikytų gydymo metodų (spindulinio, chirurginio gydymo) dažnai yra negalimos sudėtingos operacijos. Tokiu atveju gydymo sėkmę lemia pasirinkta nauja, mažiau invazyvi gydymo metodika. Šis klinikinis atvejis iliustruoja sėkmingą vezikorektalinės fistulės gydymą ir baigtį, pirmą kartą atlikus abipusę laparoskopinę retroperitoninę ureterokutaneostomiją.

**Reikšminiai žodžiai:** vezikorektalinė fistulė, laparoskopija, ureterokutaneostomija

---

Vesico-rectal fistulas are rare conditions, but they significantly affect patients' quality of life and are frequently secondary to the complex cancer treatment in the organs of the pelvis minor or a local progression of the malignant process. They are among the most disabling complications requiring individualized treatment by a highly experienced multidisciplinary team. However, the treatment is frequently applied too late, and the disease frequently recurs. Complex surgical interventions are often contraindicated because of the progressing malignancy or the previously applied therapy (radiological or surgical). In such cases, the success of the treatment frequently depends on the selection of a novel less invasive technique. This clinical case illustrates successful treatment of the vesico-rectal fistula with favorable outcomes of the first-time application of bilateral retroperitoneoscopic ureterocutaneostomy.

**Key words:** vesico-rectal fistula, laparoscopy, ureterocutaneostomy

---

## Įvadas

Vezikorektalinės fistulės yra vienos iš retų, tačiau bene labiausiai pacientų gyvenimo kokybę veikiančių ligų, kurios neretai išsivysto po mažojo dubens organų vėžio kompleksinio gydymo ar lokaliai progresuojant navikiniam procesui. Dėl progresuojančio onkologinio proceso ar anksčiau taikytų gydymo metodų (spindulinio, chirurginio gydymo) dažnai yra negalimos sudėtingos operacijos. Šis klinikinis atvejis iliustruoja sėkmingą vezikorektalinės fistulės gydymą ir baigtį, pirmą kartą atlikus abipusę laparoskopinę retroperitoninę ureterokutaneostomiją.

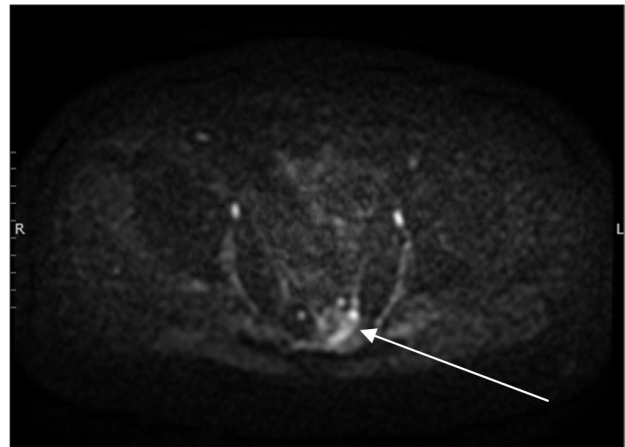
## Klinikinis atvejis

56 metų vyras 2014 m. kovo mėnesį kreipėsi į VUOI konsultacinės poliklinikos urologą dėl jį varginančių simptomų. Pacientas skundėsi nuolatiniais, stiprėjančiais ir veržiančiais skausmais išangėje, pilvo apačioje, jie sekino ligonį, vertė didžiąją laiko dalį praleisti lovoje (judant skausmas buvo nepakeliamas), taip pat nuolatinio dvokiančių išskyrių tekėjimu iš tiesiosios žarnos bei dėl to smarkiai sutrikusia psichosocialine funkcija.

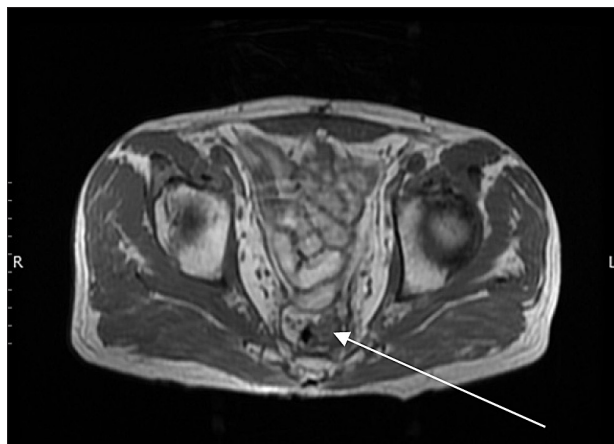
2012 m. liepos mėnesį tiriant dėl slapto kraujavimo, dubens kompiuterinės tomografijos (KT) ir kolonoskopijos duomenimis buvo diagnozuota tiesiosios žarnos



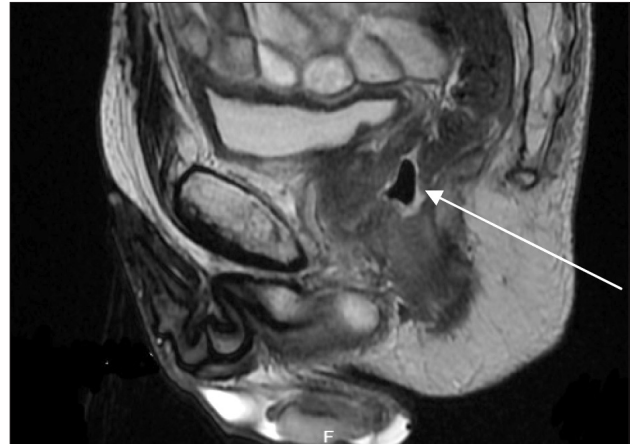
1 pav. Daugybines metastazes kepenyse



3 pav. Naviko recidyvas mažajame dubenyje



2 pav. Naviko recidyvas mažajame dubenyje



4 pav. Tiesiosios žarnos fistulė mažajame dubenyje

adenokarcinoma (cT3N2M0, G2 III st.), o prostatos biopsijos duomenimis – ir prostatos adenokarcinoma (cT3NxM0 Gleason 7(3+4), III stadija).

2012 m. rugpjūčio–rugsėjo mėnesiais skirtas chemospindulinis gydymas (nuotolinė spindulinė terapija 50 Gy ir 2 ciklai chemoterapijos 5 Fu/LV, vėliau prostatos HDR brachiterapija 2 fr. po 9 Gy).

2012 m. gruodžio mėnesį atlikta tiesiosios žarnos rezekcija, suformuota prevencinė ileostoma (histologiškai verifikuota infiltracinė tiesiosios žarnos adenokarcinoma (pT3N0M0, L0V0R0, III stadija).

2013 m. kovo mėnesį ileostoma uždaryta. Nesant skundų pacientas toliau nesitikrino.

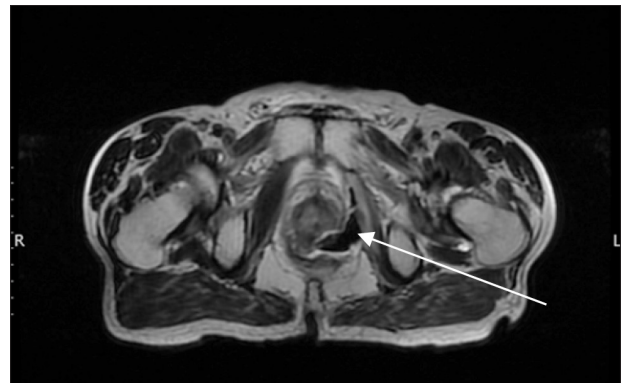
2013 m. spalio mėnesį smarkiai padaugėjęs vėžio žymenų CEA (2633 μg/l) ir Ca 19-9 (786 kU/l), esant normaliam PSA (1,26 μg/l), būklė vertinta kaip tiesiosios žarnos karcinomos progresavimas. Pilvo magnetinio rezonanso tomografija (MRT) parodė daugybines masyvias metastazes kepenyse (1 pav.).

2013 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais skirta paliatyvi chemoterapija (FOLFOX4 schema su bevacizumabu – 3 ciklai). Atsiradus skausmui išangėje, esant pasunkėjusiam tuštinimuisi, atlikta rektoskopija – nustatytas recidyvas anastomozės srityje (histologiškai – lėtinis uždegimas ir išopėjimas).

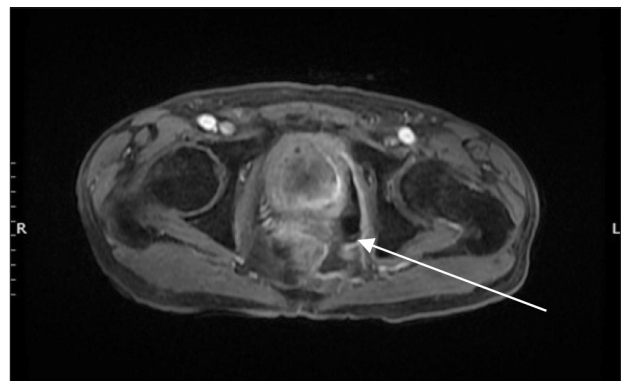
2013 m. gruodžio mėnesį atlikus dubens MRT prie kryžkaulio bei tiesiosios ir riestinės žarnos srityje aptikti tikėtini navikiniai židiniai – 23x15 mm dydžio (2, 3 pav.), tiesiosios žarnos fistulė prostatos aukštyje – 48x16 mm dydžio (4, 5 pav.).

2014 m. sausio mėnesį ryškėjant dalinio žarnyno nepraeinamumo klinikai, atsiradus sekrecijai iš tiesiosios žarnos, stiprėjant išangės skausmui, ligonis operuotas. Operacijos metu nustatytas recidyvas mažajame dubenyje (biopsija neatlikta), dėl gausių sąaugų suformuota tik kolostoma. Skirtas ketvirtas paliatyvi chemoterapijos ciklas – FOLFOX4 schema be bevacizumabo.

2014 m. vasario mėnesį atlikus kontrolinę dubens MRT, prostatos aukštyje nustatyta didėjanti 62x22 mm dydžio tiesiosios žarnos fistulė (6 pav.), kuri patvirtinta ir ekskrecine urograma (7 pav.). 2014 m. kovo mėnesį pacientas paguldytas į VUOI Urologijos skyrių, siekiant apsispręsti dėl geriausios gydymo taktikos.



5 pav. Tiesiosios žarnos fistulė mažajame dubenyje



6 pav. Didėjanti tiesiosios žarnos fistulė mažajame dubenyje



7 pav. Kontrastinės medžiagos išsiskyrimas už šlapimo pūslės ribų

## Diskusija

Ryškėjant minėtiems nusiskundimams ir sprendžiant apie galimas gydymo galimybes, nutarta, kad transperitoninė prieiga prie tiesiosios žarnos defekto, būtų labai sudėtinga dėl sąaugų po ankstesnių operacijų ir buvusios spindulinės terapijos. Perkutaninių nefrostomų suformavimas, nesant išsiplėtusioms inkstų kolektorikoms, yra sudėtingas ir greičiausiai neduotų norimo efekto, nes nepanaikintų galimybės šlapimui nutekėti į šlapimo pūslę. Siekiant pagerinti paciento gyvenimo kokybę būtų siūlytina minimali operacija – šlapimtakių atjungimas nuo šlapimo pūslės ir ureterokutaninių jungčių suformavimas. Šiuo atveju pasirinktas naujas gydymo variantas – minėta operaciją atlikti laparoskopiniu metodu.

Peržvelgtos PubMed, EMBASE, Cochrane internetinės medicininių duomenų bazės ieškant duomenų apie laparoskopines retroperitonines ureterokutaneostomijas. Literatūroje aprašytos tik pavienės sėkmingos minėtos operacijos.

Pirmąją laparoskopinę šlapimtakių operaciją retroperitonine prieiga atliko *Wickham* 1979 m. [1]. Retroperitoneoskopinės operacijos plačiau pradėtos taikyti 1992 m., kai retroperitoninis tarpas buvo sėkmingai išplėstas balionu [2]. *Rassweiler* ir bendraautorių duomenimis, 1992–1997 m. laikotarpiu atlikta 200 šio tipo operacijų, iš kurių šešios buvo retroperitoneoskopinės ureterokutaneostomijos [3]. Autoriaus teigimu, retroperitoneoskopinės ureterokutaneostomijos priskiriamos prie paprastų, saugių, mažiausiai invazinių šlapimo nutekėjimą atkuriančių operacijų, tačiau reikalauja didelės chirurgo patirties.

*Nakamura* su bendraautoriais sėkmingai atliko vienpusę retroperitoneoskopinę ureterokutaneostomiją 71 metų amžiaus vyrui, sergančiam išplitusiu šlapimo pūslės vėžiu, kuris komplikavosi ureterohidronefroze ir inkstų funkcijos nepakankamumu [4]. Šio tipo operacijas autorius rekomendavo kaip vieną iš obstrukcinės uropatijos gydymo metodų, esant mažajame dubenyje išplitusiam onkologiniam procesui.

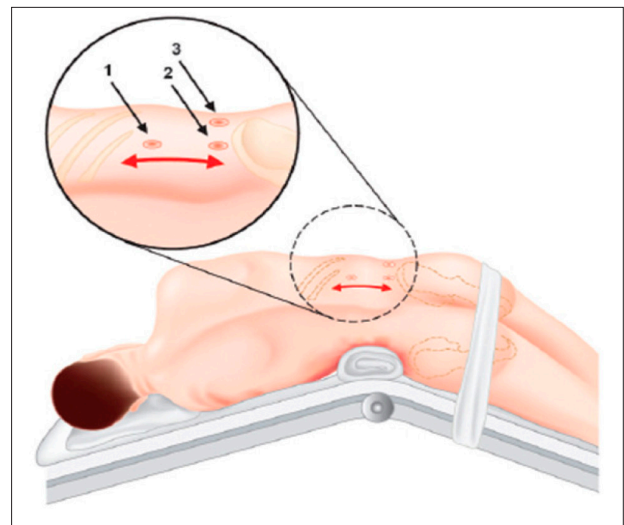
*Słojewski* su kolegomis aprašė sėkmingą abipusę retroperitoneoskopinę ureterokutaneostomiją, atliktą 71 metų moteriai, kuriai po gimdos kaklelio vėžio išorinės ST (54 Gy) ir LDR-brachiterapijos buvo susidariusios vezikovaginalinė ir rektovaginalinė fistulės [5]. Au-

torius pažymi, kad tokio tipo operacijos yra pasirinktinis gydymo metodas net ir nesant ureterohidronefrozės.

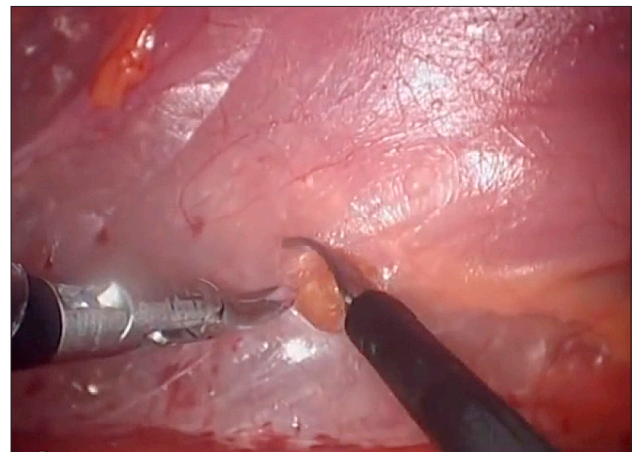
*Ito* su bendraautoriais, atlikę abipusę retroperitoneoskopinę ureterokutaneostomiją 53 metų vyrui, esant išplitusiam išangės vėžiui, metastazėms tarpvietės ir pilvo odoje, kapšelyje, varpoje, minėta gydymo metodą rekomendavo, kai navikinis procesas yra išplitęs [6]. Ši minimali operacija kuriam laikui pagerina gyvenimo kokybę.

## Gydymas

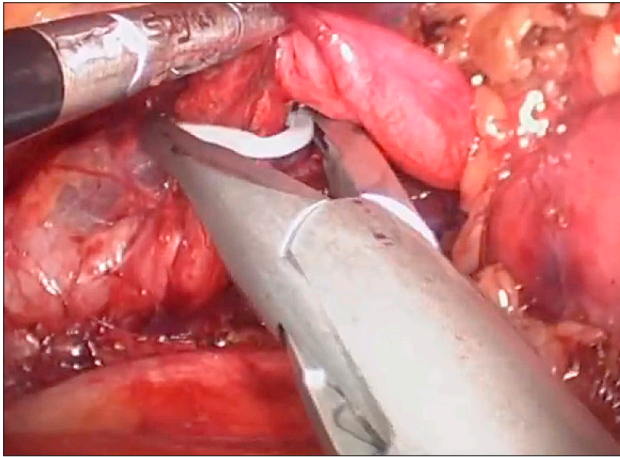
Minėta operacija atlikta sukėlus bendrinę endotrachėjinę nejautrą, pacientui esant liumbotominėje padėtyje (8 pav.). Paruošus operacinį lauką atliktas 2 cm pjūvelis po



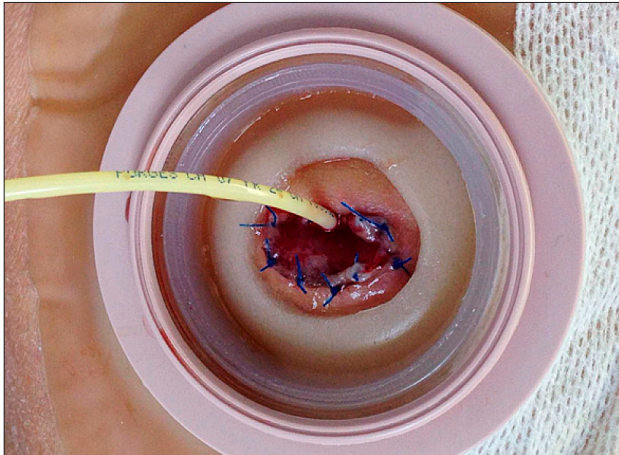
8 pav. Paciento padėtis ir trokarų įleidimo vietos



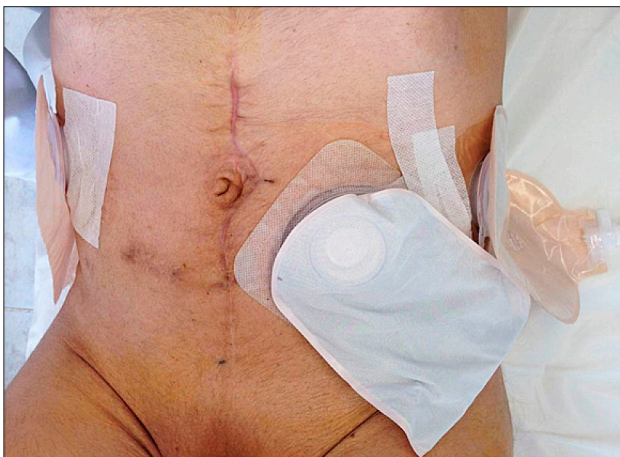
9 pav. Gerota fascijos incizija pagal *m. psoas*



10 pav. Šlapimtakio mobilizacija ir jo perspaudimas plastikine kabute



11 pav. Šlapimtakio fiksavimas prie odos



12 pav. Penkta pooperacinė para

12-ojo šonkaulio galu. Pirštu buku būdu įeita į retroperitoninį tarpą, pirštu išdalinta ertmė žemiau inksto apatinio galo, joje iki 300 ml 0,9 % NaCl tirpalu pripildytas balionas. Pašalinus balioną įleisti 5 ir 10 mm troakarai pagal tiesiamojo nugaros raumens kraštą, vaizdo kamera, pradėta CO<sub>2</sub> insufliacija iki 12 mmHg.

Dalinant audinius pagal *m. psoas* atverta *Gerota* fascija (9 pav.), rastas ir nuo inksto geldelės maksimaliai tolyn iki mažojo dubens išdalintas šlapimtakis, jo distalinis galas perspaustas plastikine kabute ir nukirptas (10 pav.).

Maksimaliai į vidų atidalinta pilvaplėvė, per priekinę pilvo sieną įdurtas 5 mm troakaras, per jį išorėn ištrauktas šlapimtakis, kuris pavienėmis siūlėmis fiksuotas prie odos. Priklijuota urostominė plokštelė ir tvarsčiai (11 pav.). Į abu šlapimtakius įleisti 6 Ch šlaplės kateteriai. Pakeitus paciento padėtį, analogiška operacija atlikta kitoje pusėje.

Operacijos trukmė – 3 val. 10 min. Netekto kraujo kiekis minimalus. Operacijos metu komplikacijų nebuvo. Ankstyvas pooperacinis laikotarpis sklandus. Penktą pooperacinę parą, išnykus išangės skausmui, nesant sekrecijos per tiesiąją žarną, labai pagerėjus emocinei būklei pacientas išleistas gydytis namo (12 pav.). Keturiolikta pooperacinę parą pašalinti abu šlaplės kateteriai.

### Išvados

Vezikorektalinės fistulės yra vienos iš retų, tačiau bene labiausiai pacientų gyvenimo kokybę bloginančių ligų, kurios neretai išsivysto po mažojo dubens organų vėžio kompleksinio gydymo ar lokaliai progresuojant navikiniam procesui. Šis klinikinis atvejis iliustruoja sėkmingą vezikorektalinės fistulės gydymą ir baigtį, pirmą kartą atlikus abipusę laparoskopinę retroperitoninę ureterokutanostomiją.

Mūsų žiniomis, tai pirmą tokio tipo operacija VUOI. Nėra duomenų, kad ji anksčiau jau būtų atlikta Lietuvoje. Minėtą operacinę metodiką galima pritaikyti ne tik vezikorektalinėms fistulėms gydyti, bet ir esant šlapimtakio užspaudimui, jo peraugimui ar defektui, kai yra išplitęs mažojo dubens organų navikas.

**LITERATŪRA**

1. Wickham J. The surgical treatment of renal lithiasis in urinary calculus disease. New York: Churchill Livingstone, 1979; p. 145–198.
2. Gaur D. Laparoscopic operative retroperitoneoscopy: Use of a new device. *J Urol* 1992; 148: 1137–1139.
3. Rassweiler J, Seemann O, Frede T, Henkel O. Retroperitoneoscopy: experience with 200 cases. *J Urol* 1998; 160: 1265–1269.
4. Nakamura E, Terachi T, Kamato T. Retroperitoneoscopic ureterocutaneostomy for obstructive uropathy with advanced bladder cancer. *Int J Urol* 2002; 9: 60–62.
5. Słojewski M, Torbe B. Retroperitoneoscopic ureterocutaneostomy as a method of urinary diversion in case of complicated urinary fistula after radiotherapy. *Cent European J Urol* 2011; 64(3): 180–181.
6. Ito A, Kaiho Y, Arai Y. Retroperitoneoscopic cutaneous ureterostomy in the supine position to relieve painful urinary-related symptoms in an advanced anal canal cancer patient. *J Urol* 2014; 2: 5–7.