

Autoaugmentacja (autocystoplastyka) pęcherza moczowego

Do augmentacji pęcherza neurogennego u dzieci stosowane są różne metody chirurgiczne z zastosowaniem wstawek, najczęściej jelitowych (j. grube lub cienkie) lub moczowodu własnego. Każda z nich posiada swoje wady i zalety i powinna być dobierana zależnie od wieku dziecka, stanu górnych dróg moczowych, pojemności pęcherza i wysokości ciśnienia śródpęcherzowego.

Prosta metoda powiększenia pęcherza, bez konieczności używania wstawek, została opracowana i podana w 1989 r. przez Cartwrighta i Snowa. Oparta jest ona o koncepcję wytworzenia dużego uchylka z nieuszkodzonej błony śluzowej pęcherza po rozcięciu mięśnia wypieracza.

Technika:

Po uwidocznieniu pęcherza i odpreparowaniu otrzewnej od jego szczytu i ściany tylnej, rozcina się mięsień wypieracz starając się nie uszkodzić błony śluzowej. W przypadku uszkodzenia błony śluzowej zeszywa się ją szwem ciągłym vicrylowym 6/0. Linię cięcia wypieracza prowadzi się dośrodkowo od ściany przedniej poprzez szczyt i ścianę tylną pęcherza do wysokości trójkąta. Wypieracz odpreparowuje się od błony śluzowej do połowy wysokości pęcherza. Pozostawiona nieuszkodzona błona śluzowa wytwarza duży, szeroko łączący się z pęcherzem uchylek. Ważnym punktem autoaugmentacji jest wykonanie obustronnego manewru psoas hitch, co zapobiega zapadnięciu się uchylka i zrośnięciu rozdzielonego mięśnia wypieracza przy utrzymywaniu w pęcherzu cewniku w okresie pooperacyjnym (ryc. 1A,B,C).

Autoaugmentacja pęcherza łączy w sobie kilka zalet:

1. prostą technikę,
2. zewnątrzotrzewnowy dostęp,
3. krótki czas operacji,
4. nie wyklucza zastosowania innych metod powiększania pęcherza.

W moim doświadczeniu jest to metoda godna polecenia przede wszystkim dla obniżenia wysokiego ciśnienia śródpęcherzowego, a posiadająca mniejsze znaczenie dla zwiększenia pojemności pęcherza. Z tego względu do tego rodzaju operacji powinni być dobierani chorzy z odpowiednią pojemnością pęcherza w przedziale 100-200ml.

Ograniczenie operacji tylko do przestrzeni zewnątrzotrzewnowej u dzieci z wodogłowiem i obecnością shuntu komorowo-otrzewnowego ma znaczenie w zmniejszeniu do minimum ryzyka jego zakażenia.

Niewielka rozległość zabiegu nie obciąża kalekiego, zniekształconego i przykutego do wózka inwalidzkiego dziecka. Jednocześnie, zastosowanie tej metody nie wyklucza, przy jej nieskuteczności, zastosowania w tych metod powiększania pęcherza takich jak enterocystoplastyka.

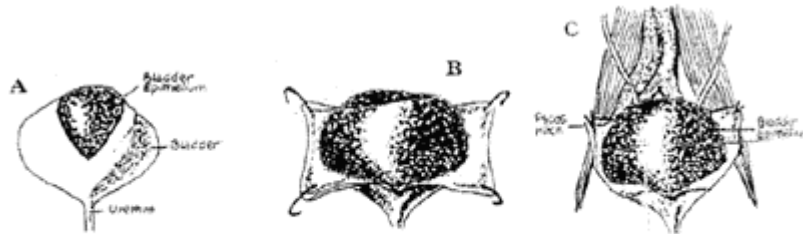
Powikłania wczesne autoaugmentacji ograniczają się tylko do możliwości

wystąpienia krótkotrwałego, samoistnie ustępującego przecieku moczu przez ranę.

Długoletnie obserwacje (ponad dziesięcioletnie) nie potwierdzają tendencji pęcherza do zmniejszania swojej pojemności, wskutek napęcznienia tkanki łącznej na pozbawioną mięśniówki błonę śluzową pęcherza, jak podają niektórzy autorzy.

Wnioski:

- Autoabamentacja jest metodą przede wszystkim obniżającą wysokie ciśnienie śródpecherzowe, a tylko w niewielkim stopniu powiększającą pojemność pęcherza.
- Ogranicza ona dostęp operacyjny tylko do przestrzeni zewnątrztrzewnowej i przy złym wirniku nie wyklucza zastosowania innych metod powiększania pęcherza.
- Autoaugmentacja jest rozsądną alternatywą w stosunku do enterocystoplastyki w wyselekcjonowanej grupie pacjentów.



Rycina 1: A. Rozcięcie wypiercza w linii środkowej, B. Odpuparowanie wypiercza od błony śluzowej do połowy wysokości pęcherza, C. Wytworzenie dużego uchylka z nieuszkodzonej błony śluzowej; ufixsowanie pęcherza przez zastosowanie obustronnego manewru psoas hitch.