

Миграция клипсы в мочевой пузырь после роботической радикальной простатэктомии

Е.И. Велиев^{1, 2}, А.А. Томилов¹, А.Б. Богданов^{1, 2}, Е.В. Филимонов¹

¹ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы»;

Россия, 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5;

²кафедра урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1

Контакты: Андрей Александрович Томилов toandrei33@yandex.ru

В целях быстрого достижения стабильного гемостаза в лапароскопической/роботической хирургии широко используются клипсы. В настоящей статье описан клинический случай миграции клипсы в полость мочевого пузыря с формированием конкремента без сопутствующей стриктуры везикоуретрального анастомоза у пациента после роботической радикальной простатэктомии.

Ключевые слова: клипса, Hem-o-lok, простатэктомия, лапароскопия, осложнения

DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-2-97-99

Clip migration into the bladder after robotic radical prostatectomy

E.I. Veliev^{1, 2}, A.A. Tomilov¹, A.B. Bogdanov^{1, 2}, E.V. Filimonov¹

¹S.P. Botkin City Clinical Hospital, Moscow Healthcare Department; 5 2nd Botkinskiy Passage, Moscow, 125284, Russia;

²Department of Urology and Operative Andrology, Russian Medical Academy of Postgraduate Education at the Ministry of Health of Russia; 2/1 Barrikadnaya St., Moscow, 125993, Russia

Clips are widely used in order to rapidly achieve stable hemostasis in laparoscopic/robotic surgery. This article describes a clinical case of clip migration into the bladder with calculus formation without concomitant vesicourethral anastomosis stricture in a patient after robotic radical prostatectomy.

Key words: clip, Hem-o-lok, prostatectomy, laparoscopy, complications

Введение

Робот-ассистированный лапароскопический доступ в США вытеснил по частоте применения позадилодную радикальную простатэктомию, а в Европе и других странах используется все чаще [1]. При малоинвазивном доступе (лапароскопическом/роботическом) в качестве альтернативы интракорпоральному шву в гемостатических целях и при сохранении сосудисто-нервных пучков широко применяют клипсы, что сопряжено с развитием специфических осложнений, одним из которых является их миграция. В настоящей статье мы приводим клинический случай миграции клипсы после роботической радикальной простатэктомии в мочевой пузырь с формированием конкремента.

Клинический случай

Пациент П., 61 года, поступил в клинику урологии ГКБ им. С.П. Боткина в марте 2015 г. с жалобами на затрудненное и учащенное мочеиспускание, в значительной степени ухудшающее качество жизни. Из анамнеза:

в 2013 г. в одной из урологических клиник г. Москвы пациенту была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы с цистолитотрипсией. После удаления уретрального катетера качество мочеиспускания удовлетворительное. При гистологическом исследовании резецированной ткани выявлена аденокарцинома простаты. Пациент обратился за помощью в Германию, где в июне 2014 г. была выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомия. Согласно выписке, уретральный катетер удален на 7-е сутки после цистографии. После операции пациент отметил эректильную дисфункцию, недержание мочи от легкой до средней степени, мочеиспускание удовлетворительной струей; остаточной мочи не выявлено. По данным гистологического заключения: мультифокальная аденокарцинома предстательной железы с очагами до 0,8 см преимущественно в периферических зонах и очагами простатической интраэпителиальной неоплазии высокой степени, без инвазии в семенные пузырьки, сумма баллов по шкале Глисона 7 (3+4), хирургический край отрицательный. Затрудненное и учащенное мочеиспускание больной стал

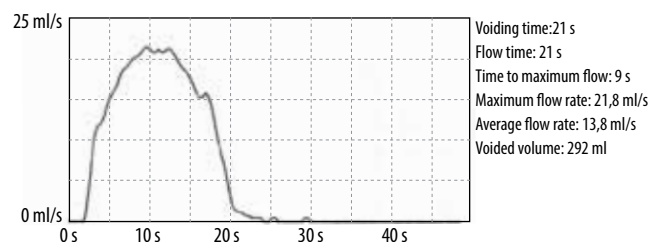


Fig. 1. Uroflowmetry

отмечать с лета 2015 г. В начале 2016 г. пациенту было выполнено ультразвуковое исследование, по результатам которого в полости мочевого пузыря выявлен конкремент. Больной обратился за помощью в ГKB им. С. П. Боткина.

При обследовании: статус согласно опроснику IPSS — 11 баллов (обструктивные симптомы — 6 баллов, ирритативные симптомы — 5 баллов), QoL — 6 баллов. По данным урофлоуметрии: максимальная скорость мочеиспускания 21,8 мл/с, средняя скорость мочеиспускания 13,8 мл/с, объем мочеиспускания 292 мл (рис. 1). При ультразвуковом исследовании в полости мочевого пузыря визуализируется конкремент размером 29,2 мм, смещаемый при изменении положения тела, остаточной мочи нет (рис. 2). Уровень простатического специфического антигена 0 нг/мл. При пальцевом ректальном исследовании ложе предстательной железы без признаков рецидива. Мочу удерживает.

В марте 2016 г. больному была выполнена оптическая ревизия уретры, цистолитотрипсия. Интраоперационно: зона везикоуретрального анастомоза с достаточным просветом. При цистоскопии дефектов слизистой оболочки мочевого пузыря не выявлено, устья около 1 см от внутреннего отверстия уретры. В просвете мочевого пузыря визуализируется свободно лежащий



Fig. 2. Bladder stone (ultrasound examination)

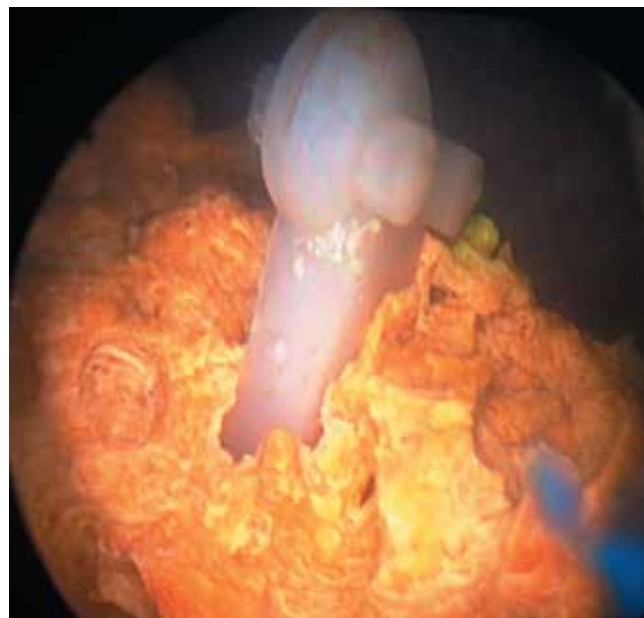


Fig. 3. Partially fragmented bladder stone with a clip in its center

конкремент желто-коричневого цвета около 3 см в диаметре. Произведена лазерная трипсия конкремента до мелких фрагментов. Ядром конкремента явилась пластиковая клипса типа Hem-o-lok (рис. 3). Клипса и фрагменты конкремента отмыты. Послеоперационный период протекал гладко. После удаления катетера на следующие сутки пациент жалоб не предъявлял, мочу удерживал.

Обсуждение

Клипсы Hem-o-lok широко используются при лапароскопической и роботической радикальных простатэктомиях. В литературе описано несколько случаев миграции клипсы в нижние мочевые пути [2–8], а также в прямую кишку [9]. Часто миграция клипсы сопряжена со склерозом шейки мочевого пузыря. В работе К. Blumenthal и соавт. описаны 2 случая миграции клипсы с развитием склероза шейки мочевого пузыря, в связи с чем производили экстракцию клипсы и внутреннюю оптическую уретротомию. Авторы предполагают, что нарушение герметичности анастомоза клипсой приводит к плохому ранозаживлению, развитию воспаления с последующим формированием стриктуры [2]. L. Cognio и соавт. сообщают о случае миграции клипсы в зоне везикоуретрального анастомоза с формированием стриктуры этой зоны и последующим развитием стрессового недержания мочи [10]. В статье С.С. Yu и соавт. описаны результаты 750 роботических простатэктомий. Частота миграции клипсы составила 0,8 %. Описаны 3 типа миграции клипсы: при 1-м типе через 2–8 мес возникают симптомы обструкции, 2-й тип приводит к формиро-

ванию конкремента, макрогематурии или спазмам мочевого пузыря, при 3-м типе клипса самостоятельно отходит через несколько недель после операции [11]. С учетом клинического опыта, часть исследователей у пациентов с персистирующими расстройствами мочеиспускания после простатэктомии в целях выявления мигрировавших клипс рекомендуют выполнять цистоскопию. Несмотря на то, что механизм миграции клипс остается непонятным, все исследователи сходятся во мнении, что необходимо избегать

использования клипс в зоне везикоуретрального анастомоза, а каждую «потерянную» в брюшной полости клипсу следует найти и извлечь.

Заключение

Миграция клипс после малоинвазивной радикальной простатэктомии является редким осложнением, иногда сопровождающимся развитием склероза шейки мочевого пузыря. Следует избегать применения клипс в зоне везикоуретрального анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Mottet N, Bellmunt J., Briers E. et al. 2016 EAU PCa Guidelines. Available at: <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#6>.
2. Blumenthal K., Sutherland D., Wagner K. et al. Bladder neck contractures related to the use of Hem-o-Lok clips in robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Urology* 2008;72(1):158–61.
3. Banks E.B., Ramani A., Monga M. Intravesical Weck clip migration after laparoscopic radical prostatectomy. *Urology* 2008;71(2):351.e3–4.
4. Tunnard G.J., Biyani C.S. An unusual complication of a Hem-o-Lok Clip following laparoscopic radical prostatectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2009;19(5):649–51.
5. Moser R.L., Narepalem N. Erosion of Hem-o-Lok clips at the bladder neck after robot-assisted radical prostatectomy. *J Endourol* 2009;23(6):949–51.
6. Tugcu V., Polat H., Ozbay B. et al. Stone formation from intravesical Hem-o-lok clip migration after laparoscopic radical prostatectomy. *J Endourol* 2009;23(7):1111–3.
7. Mora E.R., Gali O.B., Garin J.A., Arango O. Intravesical migration and spontaneous expulsion of a Hem-o-lok polymer ligating clip after laparoscopic radical prostatectomy. *Urology* 2010;75(6):1317.
8. Shin Y.S., Doo A.R., Cha J.S. et al. Floating Hem-o-Lok Clips in the Bladder without Stone Formation after Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. *Korean J Urol* 2012;53(1):60–2.
9. Wu S.D., Rios R.R., Meeks J.J., Nadler R.B. Rectal Hem-o-Lok clip migration after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Can J Urol* 2009;16(6):4939–40.
10. Cormio L., Massenio P., Lucarelli G. et al. Hem-o-lok clip: a neglected cause of severe bladder neck contracture and consequent urinary incontinence after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *BMC Urol* 2014;14:21.
11. Yu C.C., Yang C.K., Ou Y.C. Three Types of Intravesical Hem-o-Lok Clip Migration After Laparoscopic Radical Prostatectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2015;25(12):1005–8.