



ROWAtinex®



Vese- és húgyúti betegségek (nephrolithiasis, ureterolithiasis, vesegörcs, és az ezekhez kapcsolódó tünetek). Postoperatív és spontán kőtávozás utáni köprofilaxis. Enyhe húgyúti infekciókban a diuresis elősegítése.

...elősegíti kis és közepes vesekövek kiürülését, oldja, enyhíti a görcsöket a Természet segítségével.

ROWATINEX kapszula: ATC: G04B X20

A Rowatinex elősegíti a vesében és ureterben elhelyezkedő kis és közepes méretű kövek kiürülését, és megelőzi a kőképződést. A simaizomokra kifejlesztett spasmolytikus hatása révén oldja a vesegörcs okozta fájdalmat, segíti a kövek eliminációját. Fokozza a vese véráramlását, így javítja a veseműködést, növeli a diuresist. Gyulladáscsökkentő, antibakteriális hatása. A vizeletben növeli a glükoronsav-kiválasztást, protektív hatása a vizeletben lévő kolloidokra. **Hatóanyag:** 3 mg cineolum, 4 mg fenichonum, 4 mg anetholum, 10 mg borneolum, 15 mg camphenum, 31 mg pinenum (α+β), 33 mg olivaoiljában, 100 mg-os sárga színű, gömb alakú, lógyzselatinkapszulánként. **Javallatok:** Vese- és húgyúti betegségek (nephrolithiasis, ureterolithiasis, vesegörcs, és az ezekhez kapcsolódó tünetek). Postoperatív és spontán kőtávozás utáni köprofilaxis. Enyhe húgyúti infekcióban a diuresis elősegítése. **Ellenjavallatok:** Bár teratogen hatásáról nem számoltak be, a Rowatinex adása a terhesség első trimeszterében nem javasolt. Bár nincs ismert mellékhatása, a készítmény alkalmazása szoptatás idején nem ajánlott. A Rowatinex nem alkalmas súlyos kólika, anuria vagy súlyos húgyúti fertőzés kezelésére. Gyermekkorai alkalmazása nem ajánlott. **Adagolás:** Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3-4-szer 1-2 kapszula étkezés előtt fél órával. **Mellékhatás:** Nem ismert. **Gyógyszerköcsönhatások:** Együttadása kerülendő orális anticoagulansokkal, illetve ismert májkárosodás esetén egyéb, májban metabolizáló gyógyszerekkel.

Figyelmeztetés: Túladagolás esetén gyomormosás és tüneti kezelés javasolt.

Eltartás: 17-25°C között. **Megjegyzés:** Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 30 db, ill. 50 db, ill. 100 db kapszula.

OGYI.T. Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 1026/40/96

A kockázat és mellékhatások tekintetében olvassa el a [beteg] tájékoztatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

Kapható a gyógyszertárakban

ROWAtinex®  **ROWA WAGNER** GmbH & Co. KG
Made in Germany

Magyarországi képviselő: **SATCO TRADING Co. Ltd.**

Tel.: (+36-1) 212-0307 Tel./Fax: (+36-1) 316-3027

Közgyógyellátásra jogosultak részére térítésmentesen rendelhető.



ÚJ MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Magyar Urológia X. évfolyam, 1. szám (1998)

Arabia Felix Hospital, Sana'a, Republic of Yemen
Department of Urology¹
(osztályvezető főorvos: Holman Endre dr.)
Debreceni Orvostudományi Egyetem, Debrecen
Urológiai Klinika²
(igazgató: Tóth Csaba dr.)

Laparoscoppal asszisztált percutan nephrolithotomia kismedencei dystopiás vesében: 15 műtét tapasztalatai

Holman Endre dr.¹, Tóth Csaba dr.²

ÖSSZEFOGLALÁS: Szerzők 15 laparoscoppal asszisztált transperitonealis percutan nephrolithotomiával (PCNL) szerzett tapasztalataikat és eredményeiket ismertetik kismedencei dystopiás vesékben. Trendelenburg-helyzetben laparoscopos kontroll alatt a vesét fedő beleket fogóval elterelik. Egyidejű laparoscopos és röntgen kontroll alatt a vesét transperitonealisán megpungálják, a szűracsatornát feltágítják, a köve(ke)t a hagyományos percutan technikát alkalmazva eltávolítják. Valamennyi esetben sikerült a köveket maradéktalanul eltávolítani, súlyos szövődményük nem volt. Tapasztalataik és az irodalom áttekintése alapján – eredménytelen extracorporalis lökéshullám kezelés (SWL), vagy nagy, kemény kövek esetén – e módszert tartják a köves kismedencei dystopiás vesék legmegfelelőbb minimálisan invazív megoldásának.

LAPAROSCOPICALLY ASSISTED PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN PELVIC DYSTOPIC KIDNEYS: EXPERIENCE IN 15 CASES

SUMMARY: Authors report their experiences and results with the laparoscopically assisted percutaneous transperitoneal nephrolithotomy (PCNL) in pelvic dystopic kidneys. In Trendelenburg-position under laparoscopic control the bowels are dislodged with forceps. Under simultaneous laparoscopic and fluoroscopic control the kidney is punctured transperitoneally, the nephrostomy track is dilated and the stones are removed with the usual percutaneous technique. All the stones could be removed completely, severe complication has not occurred. On the basis of their experiences and the review of the literature in the cases of failed shock wave lithotripsy (SWL) or large, dense stones this method appears to be the most suitable minimally invasive treatment for the stoneholding pelvic dystopic kidney.

KEY WORDS: laparoscopy, dystopic kidney.

Szokásos elhelyezkedésű vesék esetén a húgyúti kövesség mintegy 95-98%-a már feltárás nélkül, endourológiai módszerekkel eredményesen kezelhető. A köves kismedencei dystopiás vese gyógyítása azonban helyzete miatt ma is kihívást jelent az endourológus számára. SWL-kezelés során a kő célzása sokszor nehézkes, olykor lehetetlen, a fejlődési rendellenességhez viszonylag gyakran társuló különböző fokú elfolyási zavar pedig még sikeres zúzás esetén is megakadályozhatja a kődarabkák

spontán távozását. A belekkel fedett vese percutan transperitonealis megközelítése a bélsérülés veszélye miatt vakon kockázatos.

A laparoscopia évtizedünkben egyre inkább elterjedő új lehetőség a minimálisan invazív sebészetben és urológiában. Számos önnálló laparoscopos műtét mellett egyéb – feltárásos vagy endoscopos – beavatkozás asszisztálására is alkalmas.

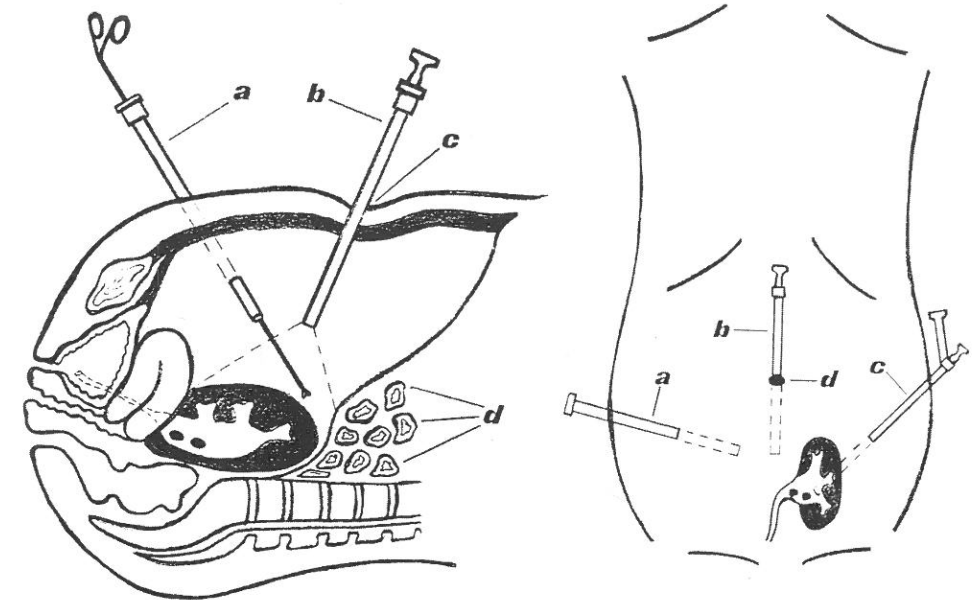
Laparoscoppal asszisztált PCNL-t kismedencei dystopiás vesében Esghi és munkatársai végeztek elsőként 1985-ben (1). Ismereteink szerint mostanáig mindössze 5 sikeres műtétről számoltak be az irodalomban, beleértve saját korábbi közleményünket is (1-6).

Mínthogy a megjelent közlemények száma elenyésző, az ismertett módszerek pedig különbözőek, úgy érezzük, hogy 15 sikeres műtétünk tanulságainak elemzése hozzásegíthet e ritka fejlődési rendellenesség esetén a köeltávolítás optimális módjának kidolgozásához.

Betegek és módszer

1992 márciusától 1997 áprilisáig 15 laparoscoppal asszisztált transperitonealis percutan nephrolithotomiát végeztünk kismedencei dystopiás vesékben. 10 férfi és 5 nőbeteget operáltunk, életkoruk 10 és 54 év között volt (átlag 34,2). 12 beteg dystopiás veséje bal oldali, háromé jobb oldali volt. Két betegnek korábbi nyitott pyelolithotomiát követő recidív köve volt, ezek egyike öntvénykő volt. A kövek mérete 0,8 és 4,5 cm között volt (átlag 2,1 cm). Egy betegnek a kő mellett pyeloureteralis határ szűkülete is volt, melyet a kő eltávolítása után antegrad endopyelotomiával oldottunk meg, az uretert 8 Ch-s dupla J katéterrel síneztük. A másik oldali normális elhelyezkedésű veséjében lévő 1,5 cm-es alsó kehely követ ugyanabban az ülésben – a beteg hasrafordítása után – a hagyományos módon PCNL-lel távolítottuk el.

Általános anesztéziában az érintett vese pyelonjába 5-7 Ch-s uréterkatétert vezetünk. A beteget 15–20 fokos Trendelenburg-helyzetbe hozzuk, hogy a belek súlyuknál fogva a kismedencéből elmozduljanak. Veress-tűn keresztül a hasüreget 15 Hgmm nyomásig szén-dioxiddal feltöltjük. A köldök felső szélén 11 mm-es laparoscopos trokárt vezetünk be a 10 mm-es optika számára. Az operálandó vesével ellentétes oldalon a rectus izomtól lateralisán, a köldököt és a crista iliaca anterior superior ort összekötő vonal magasságában szem ellenőrzése mellett 5,5 mm-es trokárt, ezen keresztül tompa végű fogót vezetünk a hasba (1. a., b. ábra). A fogóval a kismedencében maradt beleket óvatosan a fej irányába tereljük, míg peritoneummal fedett bedomborodó képletként láthatóvá nem válik a vese. Kétség esetén fogóval megmozgatva a vesének vélt képletet röntgen-képerősítő alatt meggyőződhetünk tájékozódásunk helyességéről. Az előzetesen felvezetett uréterkatéteren keresztül a vese üregrendszerét indigo-carminnal festett röntgenkontrasztanyaggal feltöltjük. A vesével azonos oldalon a másodlagos laparoscopos trokár-hüvellyel nagyjából szimmetrikusan punctiós tűt vezetünk a hasba, majd egyidejű laparoscopos és röntgenkontroll alatt a kiválasztott kelyhet megsúrjuk. Rendszerint a felső, ritkábban a középső kehely optimális a behatolásra, de ez függ a kő helyzetétől, illetve az üregrendszer alakjától is. A továbbiakban a beavatkozás a hagyományos percutan köeltávolítással azonos. Mi teleszkópos fém tágítósorozatot, 26 Ch-s merev nephrosopot használunk, a köve(ke)t ultrahanggal zúzzuk, biztonsági vezetődrótot nem alkalmazunk. A kő maradéktalan eltávolítása után a pyelonban 20-22 Ch-s ballonos



1a. ábra. Sémás hosszszelvényi kép a műtési területről: a = 5,5 mm-es laparoscopos trokár-hüvely fogóval, b = 11 mm-es trokár-hüvely az optikával, c = köldök, d = az elterelt bélkacsok.

1b. ábra. Előlnézetben: c = nephroscoop, d = köldök.

nephrostomás draint, vagy pezzet katétert hagyunk. A laparoscopos trokár-hüvelyen keresztül vékony draint vezetünk a Douglas-üregbe.

Rendszerint a második posztoperatív napon natív vesefelvételt és antegrad pyelographiát végzünk. Amennyiben visszamaradt kő nem látszik, extravasatum nincs és az elfolyás akadálytalan, a nephrostomás draint aznap eltávolítjuk. Ha a Douglas-üregben hagyott drainen vizeletszivárgás nincs, másnap azt is kivesszük. A betegek többsége a 4-5. posztoperatív napon hazaengedhető.

Eredmények

Valamennyi követ sikerült maradéktalanul eltávolítani. Az átlagos műtési idő 55 (40–80) perc, az átlagos kórházi tartózkodás 4,8 (4–11) nap volt. A 15-ből 11 kő 1,5 cm-nél nagyobb volt, egy kivételével valamennyit keménynek találtuk. A kövek analízise az 1. táblázatban látható.

1. táblázat. Kőanalízis

Wh	6	40%
Wh + Wd	5	33%
Wh + húgysav	1	7%
Húgysav	2	13%
Struvit + karbonat-apatit	1	7%
Összesen:	15	100%

Intraoperatív szövődmény nem fordult elő. Számottevő vérvesztés nem volt, a Hb-érték csökkenése minden esetben kevesebb, mint 1 g/100 ml volt.

Posztoperatív szövődményt egy esetben észleltünk, amikor az intraabdominalis drainen elhúzódó vizeletcsorgás volt. Ennek a betegnek 2 cm-es pyelonköve és pyeloureteralis határ szűkülete volt. A követ a fentebb részletezett módon eltávolítottuk, egyúttal endopyelotomiát végeztünk, az uretert 8 Ch-es dupla J katéterrel síneztük. A nephrostomiás draint a második, a hólyagkatétert a harmadik posztoperatív napon eltávolítottuk. Ezután a hasi drainen kb. napi 300 ml vizeletcsorgót észleltünk, amit a dupla J katéter által fenntartott vesicorenalis reflux okozhatott. A hólyagkatéter visszahelyezése után a vizeletcsorgás fokozatosan csökkent, majd megszűnt. A 8. posztoperatív napon cystographiát végeztünk, extravasatum nem látszott. A Foley-katétert ugyanazon, a hasi draint a következő napon eltávolítottuk, a 11. napon a beteg panaszmentesen hagyta el a kórházat. A dupla J-katétert hat héttel a műtét után távolítottuk el.

Súlyos szövődmény, halálozás nem fordult elő.

Megbeszélés

A kismedencei dystopiás vese ritka fejlődési rendellenesség, boncolási adatok alapján 2200–3000 esetből egyszer fordul elő (7). Bal oldalon gyakoribb, mint jobb oldalon, amint azt saját betegeinkben is tapasztaltuk.

Ma már általánosan elfogadott, hogy 2 cm-nél kisebb vesekövek esetén általában az SWL-kezelés az elsőként választandó megoldás, elméletileg ez vonatkozik a kismedencei dystopiás vesékre is. A gyakorlatban azonban a lökéshullám-kezelés sikerének esélyét csökkenti a vese helyzetéből adódó célzási nehézség, illetve a fejlődési rendellenességhez gyakran társuló elfolyási zavar, amely még sikeres zúzás esetén is megakadályozhatja a kődarabkák kiürülését. Percutan a vese ez esetben csak transperitonealisan közelíthető meg, a bélsérülés jelentős veszélye miatt azonban a műtét laparoscopos asszisztálása elengedhetetlen.

Saját betegeinkben 4 esetben próbálkoztunk SWL-kezeléssel, eredménytelenül. Egy alkalommal a követ nem tudtuk becélolni, három esetben a kemény kövek egyszeri kezelés után nem fragmentálódtak. 11 esetben a kövek 1,5 cm-nél nagyobbak voltak, a natív vesefelvétel alapján keménynek látszottak, ezért már eleve a laparoscopos asszisztált PCNL-t választottuk.

Az első laparoscopos asszisztált percutan vesekő-eltávolításról kismedencei dystopiás veséből Esghei és munkatársai számoltak be 1985-ben (1). A vese „punctiója” retrograd úton történt, azaz a pyelonba felvezetett speciális uréterkatéter belsejében lévő dróttal a vesét a választott kelyhen keresztül átszúrták – mindezt a hasüreg felől laparoscopos ellenőrizték – majd a drótot a hasból kihúzták, s ezt vezetődrótként használva a szűrcsatornát feltágították.

Minthogy a kismedencei dystopiás vesék uretere gyakran jelentős kanyarulatot ír le, a retrograd manipuláció eleve nehézkes és hosszadalmas lehet, emellett kivitelezéséhez speciális egyszer használatos szettet alkalmaztak, ami még költségesebbé is teszi a műtétet. Saját tapasztalatunk szerint az antegrad punctio is teljesen biztonságos, ugyanakkor egyszerűbb, rövidebb és még olcsóbb is, mint a retrograd technika. Bár műtéteink során nem volt rá szükség, elméletileg azonban az antegrad megköze-

lítésel – hasonlóan a „hagyományos” PCNL-hez – akár több nephrostomás csatorna is képezhető, ha egy elágazó öntvénykő nem távolítható el egy behatolásból.

Zafar és munkatársai a punctiót hozzánk hasonlóan antegrad úton végezték, a kő-eltávolítás végén azonban nephrostomás draint nem hagytak, a nephrotomia nyílását laparoscopos megvarrták, így gondolván megakadályozni a hasüregbe történő vizeletcsorgást (6). Saját műtéteink során a nephrostomának hátrányát soha nem láttuk, inkább biztonságosabbá teszi a beavatkozást, segíti a véralvadékok kiürülését, az üregrendszer tisztulását. Ha az elfolyás szabad volt, a nephrostomiás drain helyén a parenchyma minden esetben egy napon belül összetapadt, kivéve azt a fentebb részletezett esetünket, akinél az elhúzódó vizeletcsorgás oka a dupla J katéter okozta vesicorenalis reflux volt. Hólyagkatéter hosszabb idejű benttartásával azonban ez is kivédhető.

Harmon és munkatársai kismedencei dystopiás vesében végzett laparoscopos pyelolithotomiáról számoltak be (8). Leírásuk szerint a vesemedence körüli gyulladáshoz vezető összenövés és aberrans erek miatt a pyelon kireparálása igen nehézkes volt. A pyelotomia helyzete miatt a nyílást varni nem tudták. A műtét 4 óráig tartott, a beteg két héttel – a pyelotomiás nyílás teljes összetapadásáig – hólyagkatétert viselt, hogy a dupla J katéter okozta vesicorenalis refluxot és a következményes vizeletcsorgást megelőzzék. Bár magunk laparoscopos pyelolithotomiát nem végeztünk, a laparoscopos asszisztált PCNL-lel szerzett tapasztalataink alapján azonban úgy érezzük, hogy ez utóbbi egyszerűbb, könnyebben, gyorsabban kivitelezhető műtét, mint a pyelon laparoscopos kireparálása lehet az összenövés és aberrans erek között. A percutan megközelítés során a belek elterelése után a vese tisztán látható, egyidejű laparoscopos és röntgenkontroll alatt a kívánt kehely többnyire különösebb nehézség nélkül megpungálható, a műtét többi része pedig már azonos a rutin percutan beavatkozással.

Desai és munkatársai a kismedencei dystopiás vesék vakon végzett percutan megközelítéséről számoltak be (9). Punctio során az ultrahang transducerét a vesére rányomva a belek kitérnek a majdani szűrcsatorna útjából. Saját laparoscopos asszisztált műtéteink során két esetben találtunk a vesét fedő peritoneumhoz enyhén kitapadt bélkacsokat, a percutan beavatkozást csak az adhesiók oldása után lehetett elkezdeni. E két esetben a vakon kivitelezett punctio szinte bizonyos, hogy bélsérülést okozott volna, úgy gondoljuk tehát, hogy a laparoscopos asszisztálás elengedhetetlen, enélkül a műtét kockázata jelentősen – és indokolatlanul – nagyobb.

A köves kismedencei dystopiás vesékben szerzett saját tapasztalatainkat összevetve az irodalomban leírt egyéb módszerekkel úgy látjuk, hogy – sikertelen SWL-kezelés, vagy erre nem alkalmasnak ítélt kövek esetén – a laparoscopos asszisztált PCNL a vese antegrad irányú punctiójával a legegyszerűbb, mégis kellően biztonságos minimálisan invazív beavatkozás.

Irodalom

1. Esghei, A. M., Roth, J. S., Smith, A. D.: Percutaneous transperitoneal approach to a pelvic kidney for endourological removal of staghorn calculus. *J. Urol.* 1985; 134: 525.
2. Figge, M.: Percutaneous transperitoneal nephrolithotomy. *Eur. Urol.* 1988; 14: 414.

3. Lee, C., Smith, A. D.: Percutaneous transperitoneal approach to the pelvic kidney for endourological removal of calculus. Three cases with two successes. J. Endourol. 1992; 6: 133.
4. Tóth, Cs. et al.: Laparoskopál vezérelt percutan kőeltávolítás kismedencei distopiás veséből. LAM 1992; 2: 738.
5. Tóth, Cs. et al.: Laparoscopically controlled and assisted percutaneous transperitoneal nephrolithotomy in a pelvic dystopic kidney. J. Endourol. 1993; 7: 303.
6. Zafar, F. S., Lingeman, J. E.: Value of laparoscopy in the management of calculi complicating renal malformation. J. Endourol. 1996; 10: 379.
7. Bauer, S. B., Pelmutter, A. D., Retik, A. B.: Anomalies of the upper urinary tract. In: Campbell's Urology, ed 6. Philadelphia: WB Saunders, 1992, p. 1366.
8. Harmon, W. J., Kleer, E., Segura, J. W.: Laparoscopic pyelolithotomy for calculus removal in a pelvic kidney. J. Urol. 1996; 155: 2019.
9. Desai, M. R. et al.: Percutaneous nephrolithotomy in ectopic kidney. – How to make it safe...? J. Endourol. 1996; 10: S142 (Suppl).

Jahn Ferenc Kórház Rendelőintézet, Budapest
Urológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Kisbenedek László dr.)

TEVAP és „wedge” reszekció eredményei osztályunkon

Tenke Péter dr., Kisbenedek László dr., Szeldeli Péter dr., Fél Tamás dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők a BPH sebészi kezelésének két új műtéti eljárásával, a transurethralis elektroavaporizációval (TEVAP), ill a „wedge” reszekcióval szerzett tapasztalataikat ismertetik. TEVAP-ot 10, míg „wedge” reszekciót 16 esetben végeztek. A 26 beteg mindegyike „high risk” csoportba tartozott, és 88%-uk állandó katétert viselt. A szerzők véleménye alapján mindkét eljárás, a hasonló hatásmechanizmus miatt, kevesebb vérzéssel, ill. intravazáció-veszéllyel jár, mint a hagyományos TURP, így kevésbé invazívak. Emellett a műtét utáni katéterviselés ideje, ill. a kórházi ápolási idő is lerövidül. Tekintettel azonban az eljárás TURP-hoz képesti relatív költségességére, ill. a magasabb vágóáram alkalmazása következtében esetlegesen fellépő szövődményekre, a beavatkozásokat a szerzők csak „high risk” betegek esetén tartják indokoltnak.

OUR RESULTS WITH TEVAP AND ‘WEDGE’ RESECTION

SUMMARY: The authors present their experiences with two new methods in the treatment of BPH, the transurethral electrovaporisation of the prostate (TEVAP) and ‘wedge’ resection. TEVAP was performed in 10, while ‘WEDGE’ resection in 16 cases. All of the 26 patients were ‘high risk’ and 88% of them had indwelling catheter. Both methods resulted in less bleeding and intravasation than the traditional TURP. The postoperative catheter time and hospital stay is reduced. Comparing to TURP they have slightly higher costs and the possible burn complications due to the high cutting power have to be taken into consideration. Both methods are proposed only in ‘high risk’ patients.

KEY WORDS: prostate electrovaporisation, ‘wedge’ resection.

Bevezetés

A BPH kezelésének bevált hagyományos módszere a transurethralis (TURP), vagy nyílt prostatectoma. Az arany standardnak tartott sebészi terápia mellett az utóbbi években az érdeklődés középpontjába kerültek a gyógyszeres kezelés különböző formái, valamint a minimálisan invazív sebészi eljárások (4, 7, 11). Ennek egyik oka a sebészi kezelés nem elhanyagolható mortalitása, morbiditása és költségigénye. A TURP posztoperatív mortalitása 0,3–1,5%, a nyílt prostatectomiáé 1–2,9% között változik. A prostatectomiák szövődményrátaja átlag 21,7% (5,8–43,6%) és emellett az eredmény sem mindig kielégítő (70–80% siker) (6, 9, 10, 11, 12).

A hőhatáson alapuló fizikai kezelési módok közül a termoterápia, lézerebláció, ill. az elektroavaporizáció és wedge reszekció (vaporesekcio) terjedtek el a legjobban (4, 7, 13).

A hagyományos TURP-nál a nagyfrekvenciás áram (15 000 HZ) a hóálló volfrámszál segítségével az érintkező szövetben hirtelen erős felmelegedést, gőzképző-