

UVEK Ultrahangvezérelt VESE-, EPEKŐZÚZÁS

VESEKŐ



EPEKŐ

LITHOTERÁPIÁS (ESWL-) KEZELÉS

„MI MEGYÜNK A BETEGHEZ”

A MOBIL DORNIER COMPACT LITHOTERÁPIÁS RENDSZERE
MÁR MŰKÖDIK AZ ALÁBBI KÓRHÁZAKBAN:

1. BUDAPEST:	Újpesti Városi Kórház	Tel.: 169-3297, 169-0666
2. KECSKEMÉT:	Hollós József Megyei Kórház	Telefon: 06 (76) 481-781
3. SZEGED:	SZOTE Urológiai Sebészeti Tanszék	Telefon: 06 (62) 490-590
4. KAPOSVÁR:	Kaposi Mór Megyei Kórház	Telefon: 06 (82) 411-511
5. DEBRECEN:	DOTE Urológiai Klinika	Telefon: 06 (52) 411-600
6. DEBRECEN:	Kenézy Gyula Megyei Kórház	Telefon: 06 (52) 413-555
7. OROSHÁZA:	Orosháza Városi Önkorm. Kórháza	Telefon: 06 (68) 311-166
8. GYULA:	Pándy Kálmán Megyei Kórház	Telefon: 06 (66) 361-833
9. SZOMBATHELY:	Vas Megyei Markusovszky Kórház	Telefon: 06 (94) 311-542
10. GYŐR:	Petz Aladár Megyei Kórház	Telefon: 06 (96) 418-244
11. VESZPRÉM:	Csolnoky Ferenc Megyei Kórház	Telefon: 06 (88) 420-211
12. BAJA:	Baja Városi Kórház	Telefon: 06 (79) 422-233
13. EGER:	Markhot Ferenc Megyei Kórház	Telefon: 06 (36) 411-422
14. SZOLNOK:	Szolnoki MÁV Kórház	Telefon: 06 (56) 426-633
15. PÉCS:	POTE Urológiai Klinika	Telefon: 06 (72) 311-522
16. DOMBÓVÁR:	Dombóvár Városi Kórház	Telefon: 06 (74) 465-844
17. SOPRON:	Sopron Városi Kórház	Telefon: 06 (99) 312-120
18. NAGYKANIZSA:	Nagykanizsa Megy. J. Városi Kórháza	Telefon: 06 (93) 311-500
19. SALGÓTARJÁN:	Madzsar József Megyei Kórház	Telefon: 06 (32) 310-222
20. SZENTES:	Csongrád M.-i Önkorm. Ter. Kórháza	Telefon: 06 (63) 313-244
21. ZALAEGERSZEG:	Zala Megyei Kórház	Telefon: 06 (92) 311-542
22. SZÉKESFEHÉRVÁR:	Fejér Megyei Szent György Kórház	Telefon: 06 (22) 349-100
23. SZEKSZÁRD:	Tolna Megyei Kórház	Telefon: 06 (74) 412-211
24. BUDAPEST:	SOTE Urológiai Klinika	Telefon: 210-0796

Az EPEHÓLYAG-EPEÚT köves megbetegedéseinek ESWL-kezelése:
Budapesten az Erzsébet (Korányi Sándor és Frigyes) Kórház Sebészeti Osztályán történik.
Tel.: 321-5215, 322-3457. Fax: 322-9460.

A köves megbetegedések lithoterápiás gyógyítását az OEP finanszírozza.

A berendezés várható beosztásáról információ:

UVEK Kft.

1015 Budapest, Hunfalvy u. 8. Telefon/fax: 201-3783

Magyar Urológia IX. évfolyam, 1. szám (1997)

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Debrecen
Urológiai Klinika
(igazgató: Tóth Csaba dr.)

Iatrogén ureterelváltozások kezelésével szerzett tapasztalatok

Böszörményi-Nagy Géza dr.*

ÖSSZEFOGLALÁS: A közlemény célja a felső húgyutak iatrogén elváltozásainak kezelése során szerzett tapasztalatok értékelése. A szerző retrospektív analízis segítségével az 1988 és 1993 között észlelt 80 iatrogén ureterelváltozást csoportosítja. Az elváltozások 8%-a nem obstruktív, 92%-a obstruktív volt. A létrejött morfológiai kép alapján az obstrukciók további besorolást kaptak, úgymint intrinsic, azaz intraluminalis (az esetek 12%-a), muralis (az esetek 73%-a) és extrinsic (az esetek 15 %-a) obstrukciók. Az alkalmazott endourológiai és nyílt műteti beavatkozások eredményességét a szerző a különböző csoportoknak megfelelően értékeli.

A non-obstruktív és intrinsic elváltozások esetében az endourológiai beavatkozások 88 %-ban eredményesnek bizonyultak. Az extrinsic csoportban mindössze 57%-os az endourológiai beavatkozások eredményességének aránya. A végső megoldást ebben a csoportban nyílt műteti beavatkozás jelentette.

A tapasztalatok alapján intrinsic obstrukciók esetén endourológiai módszer választható, az eredményesség aránya 70–94% közötti. Extrinsic obstrukciók esetén, mint végleges megoldás, inkább nyílt műtét választható.

EVALUATION OF THE TREATMENT OF IATROGENIC UPPER URINARY TRACT LESIONS

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the experiences with the treatment of upper urinary tract lesions of iatrogenic origin.

SUBJECTS AND METHODS: Data of 80 patients observed and treated between 1988 and 1993 with iatrogenic upper urinary tract lesions were analyzed retrospectively. Of the lesions 92% were obstructive and 8% were non-obstructive. Obstructions were classified as intrinsic, that is intraluminal (12% of the cases) and mural (73% of the cases) and as extrinsic (15% of the cases). The success rates of endourological and open surgical treatments were evaluated separately in the above groups.

RESULTS: Non-obstructive and intrinsic obstructive lesions were treated with 85–88% success rates. In the extrinsic group the success rate was only 57%. In this group open surgery was needed as the final solution.

CONCLUSIONS: Classification of ureteric obstructions can be useful in the clinical practice. On the basis of these experiences in cases of intrinsic obstructions endourological treatment is the method of choice. Extrinsic obstructions need open surgery.

KEY WORDS: ureter, iatrogenic, obstruction, endourology

* Jelenlegi munkahely: Al Thawra Modern General Hospital Department of Urology Sana'a, Yemen

A kialakulásától kezdve mindig is fejlett technikai hátteret felhasználó és igénylő urológiában a technika továbbfejlődése nyomán az iatrogén elváltozások etiológiája és előfordulási aránya is megváltozott az utóbbi évtizedben. Korábban az volt a jellemző, hogy elsősorban a nem urológiai okból létrejött iatrogén megbetegedések domináltak, míg az urológiai iatrogénia területe az alsó húgyutakra – a húgycsőre és a húgyhólyagra – lokalizálódott. A 80-as évek közepétől észlelhető robbanásszerű technikai fejlődés nyomán új módszerek és eszközök kerültek bevezetésre, és a kialakult új szakterület, az endourológia tevékenysége már kiterjedt a felső húgyutakra is.

A beavatkozások szélesebb körben történő elterjedésével a felső húgyutak iatrogén sérülései – kisebb morbiditással ugyan – de egyre gyakrabban fordulnak elő, összességében gyakoribbá váltak az urológiai eredetű elváltozások (1,2).

A kisebb invazivitással járó endourológiai intervenciókat a felső húgyutakat érintő iatrogén következmények kezelése során is alkalmaztuk (1,2,3).

Az ureter iatrogén és egyéb eredetű elváltozásainak osztályozásakor non-obstruktív és obstruktív elváltozásokat különítünk el, utóbbiak intrinsic és extrinsic csoportra oszthatók (4).

Az intrinsic intraluminalis elváltozás esetében az obstrukcióért felelős tényező az ureter lumenén belül helyezkedik el, az elzáródás gyakran teljes, az ureter fala és környezete kevésbé érintett.

Az intrinsic csoport muralis obstrukcióját az ureter falának megbetegedése okozza, a lumen általában nem teljesen elzárt és az ureter környezete szabad.

Extrinsic elváltozás során az ureteren kívüli folyamat ureterre terjedése okoz elzáródást, a lumen lassan, de teljesen elzáródik, az ureter a környezetéhez fixált.

Betegek és módszer

Összesítettük korábbi tapasztalatainkat, és retrospektív analízist végezve értékeltük az 1989 és 1993 között észlelt iatrogen ureterelváltozások adatait valamint a terápiás beavatkozások eredményességét (2, 5, 6).

Előzmények és a létrejött elváltozások

1988. január 1. és 1993. december 31. között 80 betegnél észleltük a felső húgyutak iatrogén okból bekövetkezett megbetegedéseit.

A háttérben 54 esetben urológiai, 19 esetben nőgyógyászati, 4 esetben sebészeti, illetve érsebészeti beavatkozás, 3 esetben irradiáció állt (1. táblázat).

Az 54 nőbeteg és 26 férfibeteg életkora 19 és 79 év között volt, az átlag 45,7 év. 8 betegnél kétoldali elváltozást találtunk.

1. táblázat. Az észlelt 80 eset előzménye, a létrejött elváltozások osztályozása

Kiváltó okok	Betegszám	%	Osztályozás
Urológiai beavatkozások	54	67,5%	
Műtétek a pyeloureteralis határon			
Pyelotomia	7		
Anderson-Hynes műtét	8		1 nobstr
Lebenyplastica	1		16 mur
Endopyelotomia	1		

1. táblázat folytatása. Az észlelt 80 eset előzménye, a létrejött elváltozások osztályozása

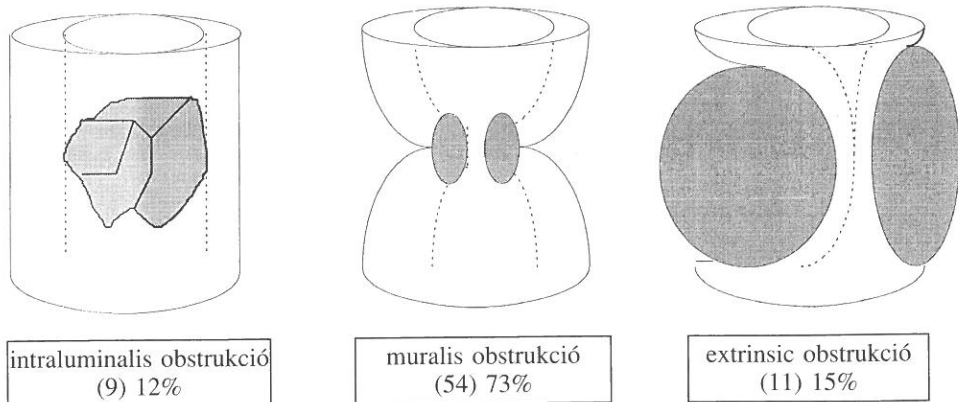
Kiváltó okok	Betegszám	%	Osztályozás
Az ureteren végzett műtétek	End-to-end ureter anast.	2	2 mur
	Ureterotomia	1	1 mur
	Ureter neoinplantatio	2	2 mur
	Boari plastica	1	1 mur
	TuTUR	1	1 mur
	Orificium ureteris incisio	1	1 nobstr
	Ureteroenterostomia	5	5 mur
	Veseátültetés	6	2 nobstr 1 mur 1 intr 1 mur 1 extr
Retroperitonealis lymphadenectomia	1		1 extr
Endourológiai beavatkozások	Percutan kőeltávolítás	4	2 intr 2 mur
	Ureterorenoscopia	4	1 nobstr 3 mur
	Dupla-J katéter	2	2 extr
	ESWL	7	6 intr 1 mur
Nőgyógyászati beavatkozások	19	23,75%	
Hysterectomia abdominalis	19		1 nobstr 16 mur 2 extr
Sebészeti beavatkozások	4	5,0%	
Abd. absc. miatt többszöri exploratio	1		1 mur
Rectum exstirpatio	1		1 mur
Aortobifemoralis bypass	2		2 extr
Irradiáció	3	3,75%	
	3		3 extr
Összesen	80	100,0%	6 nobstr 9 intr 54 mur 11 extr

Rövidítések: nobstr: non-obstruktív, intr: intrinsic, mur: muralis extr: extrinsic

Osztályozás

A létrejött morfológiai elváltozás megítélését az intravénás urographia, a retrográd és antegrád töltések rtg.-morfológiai képe, a CT- és MRI-vizsgálatok, a klinikai kép és a műtét során észlelt értékelése alapján végeztük (1. ábra). Megjegyzendő, hogy a nem obstruktív elváltozásoknál gyakran felfedezhető obstruktív jelleg is, például hysterectomia után kialakult uretero-vaginalis sipoly esetén üregrendszeri tágulat is észlelhető kisebb-nagyobb mértékben. Az intrinsic tényezők pedig egymással és extrinsic okokkal is gyakran kombinálódnak, hiszen ureterkő, ureterkatéter, dupla-J katéter mint intrinsic tényezők muralis elváltozást, a nyálkahártya ödémáját, később pedig periureteralis oedemát, a periureteralis zsírszövet gyulladást, panniculitist okozhatnak. Az infekció szerepe igen jelentős utóbbiak létrejöttében.

Az észlelt esetek előzményeit, az elváltozások osztályozását az 1. táblázat foglalja össze.



1. ábra. Az ureter obstrukciók sémásan, az észlelt esetek számával és az előfordulás %-os megjelölésével.

2. táblázat. Az alkalmazott beavatkozások.

Beavatkozások	N	Beavatkozások	N
Endourológia		Nyílt műtét	
Antegrád beavatkozások		Nephrectomia	9
Percutan nephrostomia	51	Boari	6
Antegrád stenting	18	Ureter neoimplantáció	4
Endopyelotomia	10	Bricker-műtét	3
D-J	8	Uretero-ileo-sigmoidostomia	1
PLL	6	Pyelo-jejuno-cutaneostomia	1
Antegrád ballonos dilatáció	5	Ureter-bél substitutio	1
Antegrád flexibilis nephro-ureterosopia	4	Pyelouretalis resectio és anastomosis	1
Electroresectio pyelo-ureteralis	1	Nephrostomia circ.	1
		Deligatio, ureterolysis	1
Retrográd beavatkozások			
D-J	22		
Endoureterotomia	13		
Ureterorenoscopia	8		
Ballonos dilatáció	5		
Dilatáció URS-dilatátorral	2		
Egyéb beavatkozások			
ESWL	4		
reTuTUR (orif. ureteris)	2		
Percutan lymphokele punctio, drén	1		
Percutan absc. renis punctio	1		
	161*		28*
Összesen 161 + 28 = 189*			

* Egy betegnél több beavatkozás is történt

A 80 beteg felső húgyutaiban észlelt elváltozások 92%-a (74 eset) obstruktívknak bizonyult. A nem obstruktív elváltozások (6 eset) között 5 húgyúti folytonossághiányt (1 áldiverticulum, 4 fistula) és 1 vesicoureteralis refluxot találtunk.

Az *intraluminalis* elváltozások között egy gombás elzáródás kivételével („fungus balls”) urológiai beavatkozások (percutan kőeltávolítás és ESWL-kezelés) után ureterbe került kövek szerepeltek.

A *muralis* elváltozások közé tartoznak az ureter nyálkahártya és fal oedemája, valamint az ureter különböző eredetű stricturái. Ebbe a csoportba kerültek azok a nőgyógyászati műtétek után kialakult ureterobstrukciók, ahol rövid szakaszra terjedő koncentrikus szűkület alakult ki.

Az *extrinsic* elváltozások között az irradiáció okozta heges folyamatok ureterre terjedése, aortofemorális bypass műtét utáni retroperitonealis fibrosis, lymphokele, haematoma, aneurizma által okozott ureterkompressziók, valamint az ureter komplet ligatúrái szerepeltek (2. táblázat).

Az alkalmazott beavatkozások

A műtétek száma a betegek számát meghaladja, mivel egy betegnél több, illetve többféle beavatkozás is történt. Az indikációk során a kevésbé invazív intervenciók felől haladtunk az invazívabb, illetve a nyílt műtétek felé, tehát valamennyi esetben először endourológiai módszerrel próbálkoztunk. Az általában ideiglenes megoldást nyújtó percutan nephrostomákat az akut szakot követően is fenntartottuk a végleges endourológiai vagy nyílt műtéti megoldás céljait szolgáló tehermentesítő vizeletdeviációként.

A beavatkozásokat a 2. táblázatban foglaltuk össze.

Eredmények

Az eredményesség értékelése

A terápia célja minden esetben a beteg életének védelme, az életet veszélyeztető – leggyakrabban septicus – szövődmények korai ellátása, a vesének és funkciójának megtartása. Az akut esetek első ellátását követően, valamint a késői esetekben a cél a beteg panaszainak megszüntetése, a vesefunkció megőrzése, a húgyutak integritásának helyreállítása, a vizeletelfolyás biztosítása. Ezen szempontok alapján határozhatjuk meg az eredményes kezelés kritériumait.

Eredményesnek minősíttem a kezelést akut esetekben, ha a beteg lázmentessé vált, a panaszmentessé vált, az alkalmazott terápiát követően a vesefunkció károsodása nem folytatódott tovább.

Az akut ellátás után, illetve a késői esetekben alkalmazott terápiás beavatkozásokat akkor minősíttem eredményesnek, ha a beteg panaszmentessé vált, vizsgálatainkkal az elfolyást szabadnak találtuk, vagy az üregrendszer tágulata nem progresszív, a vesefunkció stabilizálódott.

Klinikai szempontból eredményes a kezelés, ha a beteg panaszai megszűnnek, a radio- és ultrahang-morfológiai kép is javul vagy stagnál. Előfordulhat azonban az is, hogy a radiomorfológiai kép javulása ellenére a beteg panaszai csak mérséklődnek vagy nem szűnnek meg. Eredménytelen a kezelés akkor, ha sem a beteg panaszai, sem a radiomorfológiai kép nem javul, ilyenkor más módszert kell választani.

Irodalom

1. *Dean G. Assimos, Lancing C. Patterson and Carol L. Taylor*: Changing incidence and etiology of iatrogenic ureteral injuries J. Urol. 1994; 152, 2240–2246.
2. *Böszörményi-Nagy G.*: A felső húgyutak iatrogén elváltozásainak endourológiai diagnosztikája és terápiája. Kandidátusi értekezés. 1994.
3. *Scultéty Sándor*: Diagnosztikus képalkotó eljárások és interventionális radiológiai technikák szerepe a felső húgyutak postoperatív szövődményeinek felismerésében és kezelésében. Magyar Radiológia 1992; 66: 167–171.
4. *Bergman, H.*: The ureter. Spinger-Verlag New York Inc. 1981
5. *Böszörményi-Nagy G., Urbancsek H., Csernyánszky I., Szokoly V.*: Traitement des obstructions iatrogènes de l'uretère, après hystérectomie Journal d'Urologie 1993; 4: 179-182.
6. *Böszörményi-Nagy, G., Varga, A., Szokoly, V.*: Early and late complications of the uretero-enteric anastomosis. Intern. Urol. Nephrol. 1995; 27: 261–265.

TOVÁBBKÉPZÉS

Magyar Urológia IX. évfolyam, 1. szám (1997)

Department of Urology, Leuven, Belgium
Katholieke Universiteit
(igazgató: Prof. Dr. L. Baert.)

Az estramustin-foszfát (EMP) jelenlegi szerepe az előrehaladott prosztatatarák kezelésében

Hein Van Poppel, Luc Baert

1. Az EMP farmakodinamikája az előrehaladott prosztatatarák kezelésekor

Az EMP gyorsan metabolizálódik oestramustinná és oestromustinná, melyeknek aktív cytotoxikus hatásuk van. Ezek szteroid N-mustár-karbamátok, in vivo nagyon stabilak és nincs alkiláló vagy hormonális hatásuk.

Az EMP hatására a mikrotubulusok működése károsodik, ez a metafázisban a kromoszómák dezorientációjához és végül sejthalálhoz vezet. Ezen felül az EMP a mikrotubulusok egymáshoz való kötődését akadályozza meg. Így a humán prostatacarcinomák sejtjeiben megszűnik az invazív képesség.

Az EMP akkumulálódik a prostatatumor szöveteiben. Ennek köszönhetően kezelés közben az EMP magasabb koncentrációt mutat a prostatatumorban, mint a beteg plazmájában.

A cytotoxikus anyagok 10%-a oestronná és oestradiollá bomlik, ez elegendő, hogy elnyomja az agyalapi mirigy-gonád tengelyt. Kimutatták, hogy az EMP 560 mg/nap dózisban szignifikánsan hatásosabb a szabad androgének szuppressziójában, mint az orchidectomia.

Fentieknél az a konzekvenciája, hogy az EMP révén hatásos, komplett hormonális és cytotoxikus kontrollt biztosító gyógyszerünk van az inoperábilis prostatatacarcinoma kezelésére.

2. Az EMP klinikai alkalmazása

2.1. Hormonrefrakter prostata carcinoma

Az előrehaladott prosztatatarákos betegek 70-85%-a reagál hormonális manipulációkra, pl. orchidectomiára. A betegek kisebb része kezdetől fogva refrakter e kezelésre. Alacsonyan differenciált szövettani felépítés e tekintetben prediktív lehet.

Előbb vagy utóbb az összes beteg rezisztens lesz, akkor is, ha a kezdeti válasz androgén ablációra megfelelő. Ilyenkor endokrinkezelés ellenére a tumor progrediál.

Az EMP hatását rengeteg II. fázisú tanulmány vizsgálta Európában és Amerikában.

Ha ezeknek a II. fázisú tanulmányoknak összeredményeit megvizsgáljuk hormonrefrakter prosztatatarák esetén, kitűnik, hogy 30-35%-os objektív választ kapunk.