

A BPH sebészi kezelése

Tóth Csaba dr., Tállai Béla dr.

Debreceni Egyetem OEC, Urológiai Klinika, Debrecen

Szerzők áttekintik a benignus prosztatahiperplázia (BPH) sebészi kezelésének formáit. Részletezik a beavatkozások indikációit, számba veszik azokat a tényezőket, amelyek segítséget nyújtanak az urológusnak abban, hogy a beteg számára legelőnyösebb műtéti megoldást alkalmazzák. Ismertetik a lehetséges szövődményeket – beleértve azokat az otthoni eseményeket is, amelyek a háziorvosokat érinthetik – valamint az egyes beavatkozások következményeit, eredményességét.

A BPH sebészi kezelésének indikációi

Az uroflowmetriával kapott görbe gyenge vizeletsugarat jelez. Ezen túl vannak olyan, a BPH következtében kialakult állapotok, amikor műtét végzése abszolút indikált. Ezek a következők:

- teljes vizeletretenció, valamint a következményesen kialakult urémia. Ekkor a megnagyobbodott prosztata oly mértékben komprimálja a pars prostatica urethrae-t, hogy vizeletürítés már nem lehetséges. A hólyag előbb erőlködik, majd vizelettel megtelve (több liter is lehet) kitágul. Passzív reflux következtében kitágul az uréter és a vesemedence is. Ezt követően a beteg ismét „vizelet”, ez azonban ugyancsak passzív folyamat: a hólyagban uralkodó nyomás szétfeszíti a külső húgycsőzáró izmot és így szivárog a vizelet a hólyagból, az azonban mindvégig telve marad. A jelenség neve túlfolyásos inkontinencia más néven ischuria paradoxa. Műtéti indikációnak tekintjük a parciális vizeletretenciót is, ha az konzervánsan meghaladja az 50 ml-t.
- Ismétlődő haematuria (más okkal nem magyarázható). Oka, hogy a megnagyobbodott prosztata felszínén futó tárgult, vékony falú vénák időnként megrepednek.
- Visszatérő húgyúti infekció, amely a hólyagban pangó vizelet fertőződésének a következménye.
- Kőképződés a hólyagban, szintén a vizeletpangás következménye (1).

A BPH sebészi kezelésének formái

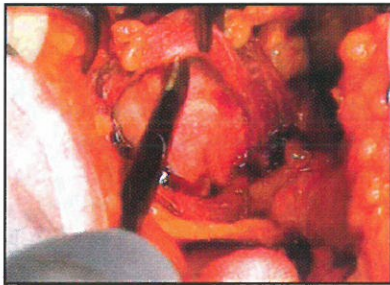
A nyílt műtéti csoportba tartoznak a következők: suprapubicus transvesicalis, valamint retropubicus prostatectomia. Az endoszkópos csoportba tartoznak: transurethralis reszekció (TURP), transurethralis prosztata incízió (TUIP), valamint egyéb, a TURP alternatívájaként ismert kezelési lehetőségek. Bármely műtét előtt fertőzött vizelet esetében vizelette-

nyésztés és antibiogram alapján célzott antibiotikus profilaxis alkalmazható.

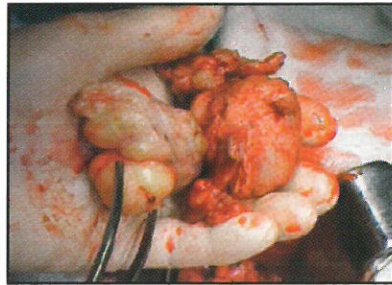
Nyílt prostatectomia

Nyílt prostatectomiát akkor végzünk, ha a szerv mérete már meghaladta azt a nagyságot, hogy a kisebb invazivitással járó endoszkópos beavatkozásokkal kielégítő eredményt lehessen elérni. Leggyakrabban spinális érzéstelenítésben, esetleg altatásban végzünk. A beavatkozás előnye, hogy definitívnek tekinthető, azaz az adenoma teljes egészében eltávolítható, így recidíva igen ritkán fordul elő. A gyakorlatban helyesnek tartjuk azt, hogy 60 gramm feletti nagyságú prosztata esetében nyílt műtét végzendő. Gyakorlatban kézzel technikailag ettől jóval nagyobb adenoma is eltávolítható transurethralisan, azonban a műtéti szövődmények lehetősége és előfordulási gyakorisága határt szab a húgycsővön keresztüli beavatkozásoknak. A kifejezetten megnagyobbodott, „érett” prosztatát nyílt műtéttel távolítjuk el. Szintén nyílt műtét végzendő, ha a hólyagban olyan mennyiségű kőtömeg van jelen, amelyet húgycsővön keresztül nem lehet maradéktalanul eltávolítani. Ezekben az esetekben a megnagyobbodott adenoma mellett a műtét során eltávolítják a hólyagköveket is.

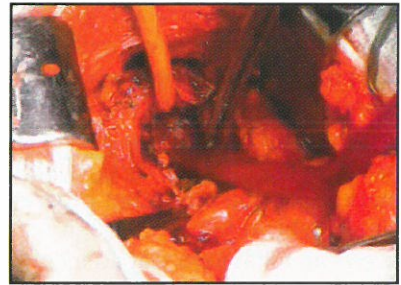
A nyílt műtétek közül leginkább a suprapubicus transvesicalis prostatectomia terjedt el. *Eugen Fuller* végezte az első beavatkozást 1894-ben. Ezt követően *Peter Freyer*, aki 1912-ben 1000 betegben végzett műtéti tapasztalatait tette közzé népszerűsítette a beavatkozást (2). A módszer lényege, hogy alsó medián bőrmetszést követően a hólyag mellső falát megnyitjuk, a belső húgycsőnyílást körbevágjuk, majd az adenomát a sebész tompán ujjával enucleálja. A folyamat úgy képzelhető el, ahogyan egy érett narancsot – mely a héjától jól válik – megfosztunk attól. A „héj” azonban a betegben marad, amelynek jelentősége van. A prosztata tokjából származó vérzést öltéssel igyekszünk csillapítani. A beavatkozás végén katétert hagyunk a hólyagban, amelyet csomós ölté-



1. ábra: A prosztata tokjára haránt irányban metszünk rá



2. ábra: Az adenoma enucleálása és eltávolítása

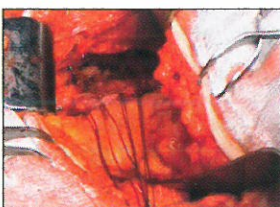


3. ábra: A prosztata loge átvizsgálása vérzéscsillapítás céljából

sekkel zárunk be. A katétert átlagosan 7 napig tartjuk a betegben, ennek során a vizelet feltisztul, a hólyagsebzés meggyógyul. Amennyiben tenyésztési lelet bakteriális fertőzést mutat, úgy az antimikrobiális kezelés a posztoperatív szakban folytatható. Átlagos esetben a katétereltávolítást követő napon a beteg otthonába bocsátható. A transvesicalis módszer előnye az, hogy szemkontroll alatt van a hólyagnyak valamint az uréterszájadékok, amely fontos lehet kifejezetten megnagyobbodott középnyelvény esetében. Nagy hólyagkő jelenlétekor is ezt a módszert érdemes választani. A BPH következtében kialakult, panaszt okozó hólyagdiverticulum is eltávolítható. A beavatkozás hátránya ugyanaz, ami egyúttal a lényege is, hogy a hólyag megnyitásával jár. Ez a forrása az egyik leggyakoribb korai posztoperatív szövődmenynek, amely akkor következik be, amikor a műtét befejeztével behelyezett hólyagkatéter eldugul; a hólyag fala a varratsornál átereszt és a vizelet a bőrsebzés mentén a beteg hasán megjelenik. Ekkor a katéterviselés napjait újból kell számolni (mintha friss műtét után lennének).

A retropubic prostatectomiát *Lidszkij* orosz sebész alkalmazta elsőként (1922), azonban a műtéti technikát *Terrence Millin* dolgozta ki és ismertette 1945-ben. Hazánkban *Bugyi István* vezette be 1946-ban (3). A beavatkozás lényege, hogy alsó medián behatolásból a spatium Retzii-ben, a hólyag előtt (alatt) a prosztata elülső felszínét kitérítjük. A tokra direkt szemkontroll alatt haránt irányban rámeteszünk, majd az adenomát enucleáljuk (1. ábra) és eltávolítjuk (2. ábra). A hólyagkövek eltávolítása sem okoz nehézséget. Ezt követi a vérzéscsillapítás, amely szem ellenőrzése mellett hatékonyabban végezhető, mint transvesicalis műtét végzésekor. Ekkor az hi-

4. ábra: A tok zárása csomós öltésekkel



5. ábra: A hólyagba juttatott, majd visszazívott öblítőfolyadék a műtét végén alig véres



perpláziás rész helyén maradt üreg (prosztata ágy, loge) tüzetesen átvizsgálható, a vérzésforrás könnyebben megtalálható (3. ábra). A hólyagba katétert vezetünk, majd a prosztata tokját csomós öltésekkel harántul zárjuk (4. ábra). A műtét végén a hólyag öblítőfolyadék alig véres (5. ábra). A műtét másik előnye a transvesicalis beavatkozással szemben, hogy nem nyílik meg a hólyag, ezzel nagymértékben „leegyszerűsödik” a posztoperatív időszak: a katéter így gyakran 24-48 órával hamarabb eltávolítható, ezzel a kórházi tartózkodás is rövidebb.

A nyílt műtétek mortalitása jelenleg kevesebb, mint egy százalék (4). A műtét alatt, valamint a korai posztoperatív szakban a vérzésre kell leginkább figyelni, amennyiben szükséges, pótolni kell a hiányzó mennyiséget. Transzfúzió adása átlagosan 4%-ban válik szükségessé (5). Ha a vérzés nem csillapodik, akkor a területet ismét fel kell tární, vagy transurethralisan történhet meg a vérzésforrás koagulálása. Az ismételt műtét előfordulása mintegy 2%. A betegnek hazabocsátása után otthonában ismét véres lehet a vizelete pörkleválás következtében. Ha ez erőteljes és nem csökken, vissza kell utalni az operáló intézetbe. Korai posztoperatív szövődmenyként ritkán heveny mellékhere-gyulladás alakulhat ki. Késői szövődmenyként ritka az inkontinencia, az erekció megtartott lehet (amennyiben volt a műtét előtt). Retrográd ejakuláció a hólyagnyak károsodása miatt az esetek túlnyomó többségében kialakul (Millin-műtétnél ritkábban), ez azonban – tekintettel az érintett populáció átlagéletkorára – nem szokott zavart okozni.

A nyílt prostatectomiák hatékony, biztonságosan elvégezhető műtétek. Megfelelő előkészítést követően, helyénvaló műtéti technikát alkalmazva a szövődmenyek előfordulása alacsony szinten tartható. Mindkét nyílt műtéti típus elfogadott, a hosszú távú eredményesség kiváló, a betegek túlnyomó többsége vizeletürítésével a műtét után 5 évvel is elégedett (6).

Panaszt okozó, gyógyszeres kezelésre nem reagáló BPH esetében műtét végzése indikált. Leggyakrabban transurethralis prosztataresekciót, vagy nyílt prostatectomiát végzünk, ritkán az alternatív kezelési lehetőségek közül a különféle lézeres beavatkozásokat választjuk.

A BPH miatt végzett prosztataamutétek során csak a hiperpláziás szövet kerül eltávolításra, amely növe-

kedése során az eredeti prosztatát a széli részre nyomja. Ezt a széli részt (mely tehát az eredeti prosztata) nevezi az urológus szaknyelv sebészi toknak. A prosztatacarcinóma az esetek túlnyomó többségében erről a területről indul ki. Ebből következik, hogy annak a betegnek, aki BPH miatt „prostatectomián” esett át, később még lehet prosztatacarcinómája, hiszen a sebészi tok a betegben marad. Az utógondozás során tehát nem szabad megfeledkeznünk az időszakos rectalis digitalis, valamint a szérum prosztata-specifikus antigén (PSA) vizsgálatáról.

Irodalom: 1. European Assotiation of Urology: Guidelines. – 2. Varga A, Nagy A. A prostatectomia története.

M Urol 1994; 6: 104–7. – 3. Tóth Cs. A prosztata adenoma műtéte osztályunkon. In: Tóth Cs, editor. A Szentesi Megyei Kórház Emlékkönyve Prof. Dr. Bugyi István egyetemi c. tanár sebész főorvos 75. születésnapjára Szegedi Nyomda; 1973. p. 113–6. – 4. Oesterling JE. Retropubic and suprapubic prostatectomy. In: Campbell's Urology. 7th ed. USA St. Louis: WB Saunders; 1997. p. 1529–1541. – 5. Meir DE, et al. The outcome of suprapubic prostatectomy: a contemporary series in the Developing world. Urology 1995; 46: 40–44. – 6. Montorsi F, et al. Long term-clinical reliability of transurethral and open prostatectomy for benign prostatic obstruction a term comparison of surgical procedures. Eur Urol 1993; 23: 262–6.

EKG A HÍMVESSZŐRŐL?

A merevedési zavarok komplex vizsgálatát szolgáló készülék – Közép-Európában elsőként

Ez év januárjától az Erektilis Diszfunkció – rövidítve ED – Szakambulancia kezdte meg működését a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján. Itt Közép-Európában elsőként – új komplex diagnosztikus módszert vezettek be a férfiak merevedési képességének vizsgálatára.

Világszerte több százmillió pár szenved attól, mert a férfi merevedési zavara megakadályozza, hogy harmonikus szexuális életet éljenek. A hasonló gondokkal küszködők száma közel 1 millióra tehető hazánkban is. Az érintett férfiak többségénél urológiai vagy valamilyen általános betegség, például szív- és érrendszeri megbetegedés, vagy cukorbetegség, dohányzás, elhízás következtében alakul ki az életminőséget negatívan befolyásoló probléma.

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján múlt évben elvégzett felmérés adatai alapján az urológiai panaszokkal jelentkező férfi betegek mintegy 77%-nak egyidejűleg merevedési panaszai is vannak. Ez a tapasztalat is hozzájárult ahhoz, hogy ez év januárjában megkezdje működését egy speciális merevedési zavarokkal foglalkozó ambulancia.

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján már korábban is nagy számban kezeltek merevedési zavarban szenvedő betegeket. A gyógyszeres kezelés mellett, az arra nem reagáló súlyos esetekben műtéti beavatkozást is végeznek az intézményben – szinte egyedülállóan az országban, hiszen hasonló protézis műtétek rutinszerűen, mindössze még egy helyen vállalkoznak hazánkban.

A diagnosztikában a hagyományos vizsgálatok mellett már eddig is széleskörűen alkalmazták a hím-

vessző keringési állapotának megítélésére a korszerű, színes ultrahangos keringésvizsgálatot, az ún. Színkódolt Doppler vizsgálatot. Ez év januárjában útjára indított Erektilis Diszfunkció – rövidítve ED – Szakambulancián pedig Közép-Európában – és így hazánkban is – elsőként használják, az ún. cc-EMG (barlangos test elektromiográfiás) készüléket, amely a merevedés kialakulásáért elsődlegesen felelős simaizom működését, valamint a hímvesző beidegzését is képes vizsgálni. A jól ismert EKG-berendezésekhez hasonlóan működik, csak itt nem a szív fölé, hanem a hímveszőre helyezik fel az elektromos jeleket leolvasó elektródákat. A vizsgálat nem kellemetlen, nem fájdalmas, és nem jár semmiféle veszéllyel. A cc-EMG vizsgálatnak fontos szerep jut a klinikai alapkutatásokban is, elsősorban azoknál a betegeknél, akiknél kimerítették a gyógyszeres kezelés valamennyi lehetőségét, alkalmazzák továbbá a cukorbetegségeknél, a baleseti sérülést elszenvedettekénél, dagasztott prosztataműtéteket követően kialakult merevedési zavarok vizsgálatánál. A nálunk vadonatújnak számító módszer mellett, a most megindított rendelésen is a betegek rendelkezésére áll az ultrahangos keringésvizsgálat. A Klinika radiológiai részlegén a barlangos testek kontrasztanyagot röntgen vizsgálata is elvégezhető.

A most megnyílt Erektilis Diszfunkció (ED) Szakambulancián elsősorban a máshol sikertelenül kezelt betegeket várják, akik telefonon jelentkezhetnek be a vizsgálatra.

A Szakambulancia létrehozását és az új műszer beszerzését a Pfizer „Életet az éveknél” programja segítette.

További információ:

Prof. Dr. Romics Imre
T: 06/1/2100-796

Dr. Rusz András
T: 06/30/9621-599

Bariczki Erika
T: 06/30/9661-748