

FUGEREL tabletta

L 000 Antineoplastica
(ATC kód: C 03 H A 02)

Hatóanyag: 250 mg flutamidum tablettánként.

Hatás: Nem szteroid szerkezetű antiandrogén, amely csökkenti a dihidrotesztoszteron intracelluláris transzportját és/vagy kötődését a sejtmagban. Hormonális – androgén, ösztrogén, antiösztrogén, progeszteron, antiprogesteron, adrenokortikoid – hatást sem az állatkísérletekben, sem a klinikumban nem tudtak bizonyítani. A kiválasztás főleg a vesén át történik. Kezeletlen betegekben magas remissziós rátát értek el. Súlygyarapodást okozott.

Javallat: Előrehaladott stádiumban lévő prosztatákarcinoma, kezeletlen és hormonális kezelésre nem vagy rosszul reagáló, illetve refrakter esetek palliatív kezelése.

Ellenjavallat: A hatóanyaggal szembeni túlérzékenység.

Adagolás: A szokásos adag naponta 3-szor 250 mg (3 × 1 tabl.). A kezelést addig kell folytatni, amíg a beteg állapota javul, vagy a tumoros folyamat stabilizálódik.

Mellékhatások: Hosszas kezelés esetén gynocomastia és/vagy mamilla fájdalom léphet fel, melyet galactorrhoea kísérhet. Kardiovaszkuláris tünetek (mértékük és gyakoriságuk kisebb pl. az ösztrogén terápiához viszonyítva). Ritkán hányinger, hányás, álmatlanság, fáradtság, az étvágy növekedése, étvágytalanság, a libido megszűnése, gyomorpanaszok, hasmenés, székrekedés, múló májenzim-emelkedés. (Ezek a mellékhatások nem indokolják a kezelés abbahagyását, vagy az adag csökkentését.) Tartós kezelés esetén spermiumszám-csökkenés. Folyadékretenció, ödéma (mivel a kezelés alatt a plazma tesztoszteron és ösztradiol szint növekedhet).

Figyelmeztetés: Súlyosabb mellékhatás az adag csökkentését indokolhatja. Tumorprogresszió vagy a tumoros tünetek rosszabbodása esetén a kezelést be kell fejeznie! Ilyenkor – általában – toxikus tünetek fellépésére nem kell számítani.

Tartós kezelés esetén időnként a májenzimeket és ha indokolt, a spermiumszámot is ellenőrizni kell.

Megjegyzés: **

A készítmény jelenleg a 19/1988/XII. SZEM rendelet 7. § értelmében – egyedi import útján – szerezhető be.

Csomagolás: 100 tabl.

Előállító: ESSEX CHEMIE AG. (Schering Plough USA)

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika
(igazgató: Pintér József dr.)

Vizeletdeviációs módszereink és indikációjuk

Varga Attila dr., Szokoly Viktor dr.,
Villányi Kinga dr., Böszörményi-Nagy Géza dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők áttekintik az utóbbi 10 évben végzett 186 definitív vizeletdeviáció indikációját és ismertetik a végzett műtéteket. Az ileum-conduit előnyben részesítik az ureterosigmoideostomiával szemben, míg palliatív megoldásként percután nephrostomiát javasolnak. Az indikáció szigorú betartásával hólyagpótlásra az uretero-ileo-coeco-cystoplasticát ajánlják.

Kulcsszavak: vizeletdeviáció, nephrostomia, ileum-conduit, ureterosigmoideostomia, hólyagpótlás.

URINARY DIVERSIONS AND THEIR INDICATIONS

SUMMARY: The authors review the indications of 186 definitive urinary diversions performed in the last 10 years. They prefer ileal-conduit against ureterosigmoideostomy, while for palliative solution percutaneous nephrostomy is the method of choice. For bladder substitution uretero-ileal-cecocolostomy is recommended under severe indications.

Vizeletdeviációra az elvezető húgyutak elzáródása, külső kompressziója, illetve a húgyhólyag megbetegedése miatt lehet szükség. Leggyakrabban az urológiai, a nőgyógyászati, a kismedencei sebészeti daganatos megbetegedések vezetnek részleges vagy teljes ureter elzáródáshoz (*I. táblázat*). A deviáció megválasztása a beteget és az urológust egyaránt nehéz, jelentős következményekkel járó döntésre kényszeríti. Klusmann hangsúlyozza, hogy az orvosi indikációk mellett igen nagy figyelemmel kell lenni a beteg szociális és pszichés faktoraira is (7). Az elmúlt években igen sok közlemény foglalkozott azokkal a sokszor súlyos következményekkel, melyeket az urostoma viselése jelent a beteg számára. A döntést a vizeletdeviáció módjáról ezért mindig a beteggel közösen, vele megbeszélve, valamennyi körülményt mérlegelve szabad meghozni.

A szabad vizeletpasszázs biztosítására, illetve a definitív vizeletdeviációra számos megoldás – külső és belső – létezik (*II. táblázat*) (2, 5). Ezek közül az általunk is alkalmazott módszereket és indikációjukat ismertetjük.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER

A DOTE Urológiai Klinikáján 1981 és 1990 között 186 betegen kellett definitív vizeletdeviációt végezni. Mint ez a *III. táblázatból* kitűnik, 70%-ban hólyag-, illetve gynecológiai tumor, ritkábban prostata tumor okozta az ureter occlusióját. A sebészeti megbetegedések közül a rectum és a sigma tumorai a leggyakoribb okok.

Az obstructio diagnosztikájában a beteg panaszain és a klinikai tüneteken kívül korábban az iv. urografiának és az IRG-nek, jelenleg az ultrahangvizsgálatnak tulajdonítunk döntő jelentőséget. Fő előnye, hogy a funkcionálisan „néma”, de pangó vese is diagnosztizálható.

Az elmúlt 10 évben alkalmazott vizeletdeviációs módszereinket a *IV. táblázat* mutatja. A külső deviációk közül a nephrostoma korábban nyílt műtéttel, 4 éve UH-vezérléssel behelyezve a leggyakoribb definitív megoldás (4, 12, 13); tumor okozta occlusio miatt közel 70%-ban (*V. táblázat*). Többnyire T₃-T₄ stádiumú hólyagdaganat, illetve II.b-III. stádiumú méhnyakrák okozta ureterelzáródás miatt végeztük, palliatív célzattal, akut, életmentő beavatkozásként. Az e csoportba tartozók túlélését az alapbetegség háta-
tározta meg, ez 4 héttől 6-8 hónapig terjedt.

Egy esetben ismétlődő, profúz vérzést okozó hólyagtumor miatt „salvage”-cystectomiát és nephrostomiát végeztünk, a beteg 9 évig panaszmentesen élt.

Ileum-conduitot 31 betegnél készítettünk (*VI. táblázat*). Valamennyi, nem tumoros alapbetegséggel operált betegünk 3-10 éve él. A hólyagtumoros csoportból 13 beteget vesztettünk el (átlagos túlélési idejük 1,5 év), míg 12 beteg él, 1-6 éve.

22 esetben az uretero-sigmoidostomiát választottuk (*VII. táblázat*). A nem tumoros alapbetegségűek 3, illetve 7 éve élnek, míg a tumorosak közül ma már csak hárman járnak ellenőrzésre, 1-9 éve.

Fiatalabb életkorban, jó általános állapot, várható hosszú túlélés esetén hólyagpótló műtéteket - uretero-ileo-coeco-cystoplastica, ileum-coecum hólyag, ileumhólyag - végeztünk (*VIII. táblázat*). Ezen betegcsoportból egy beteget a korai postoperatív szakban elvesztettünk, míg a többiek 1-3 éve panaszmentesen élnek.

Megbeszélés

A vizelet supravescalis elterelése ma a sokféle lehetőség ellenére nem kis gondot jelent urológusnak, betegnek egyaránt. Figyelembe véve egy-egy módszer előnyét és hátrányát, klinikánkon a következő elvekhez tartjuk magunkat.

Nephrostomia. Ultrahangvezérléssel, lokál anaesthesiában percutan behelyezve mind átmeneti, mind tartós vizeletdeviációra alkalmazható. Gyorsan, egyszerűen behelyezhető, gyakorlatilag műtéti megterhelést nem okoz (4, 6, 13), a cső 6-8 hetente könnyen cserélhető. Hátránya a külső elvezetés és az, hogy a cső gondos rögzítés esetén is megtörhet, kicsúszhat. Definitív célzattal előrehaladott tumoros betegségek

I. táblázat VIZELETDEVIÁCIÓK INDIKÁCIÓI

Hólygcarcinoma
Nőgyógyászati tumorok
Prostata carcinoma
Rectum-sigma tumorok
Hólyag-hüvely-rectum fistula
Neurogén hólyag
Fejlődési rendellenességek
Ureterstenosis vagy elzáródás
Sugár-hólyag
Zsugorhólyag
Vizelet incontinentia

II. táblázat VIZELETDEVIÁCIÓK FORMÁI

I. Belső deviáció:
Ureterosigmoidostomia
II. Külső deviáció:
Nephrostomia
Ureterocutaneostomia
Ureterotransversopyelostomia
Ileum-conduit
Colon-conduit
Koch-pouch
Mainz-pouch stb.
(Hólyagpótlás vékony- és/vagy vastagbéllel)

III. táblázat VIZELETDEVIÁCIÓK INDIKÁCIÓI (1981-1990) (n = 186)

Tu. ves. urin.	100
Tu. gynec.	44
Tu. recti	12
Tu. prostatae	12
Zsugorhólyag	4
Tu. ventriculi	4
Retroperitonealis fibrosis	3
Inop. vesico-vag. fistula	2
Vizelet incontinentia	1
Neurogén hólyag	1
Ureteroenteroanast. occl.	1
Tu. testis	1
Bricker-hólyag megszüntetése	1

V. táblázat NEPHROSTOMIA INDIKÁCIÓI (n = 128)

Tu. ves. urin.	52
Tu. gynec.	44
Tu. recti	12
Tu. prostatae	11
Tu. ventriculi	4
Retroperitonealis fibrosis	3
Ureteroenteroanast. occl.	1
Tu. testis	1

VII. táblázat URETEROSIGMOIDOSTOMIA INDIKÁCIÓI (n = 22)

Tu. ves. urin.	19
Zsugorhólyag	2
Tu. prostatae	1

IV. táblázat DEFINITÍV VIZELETDEVIÁCIÓK (1981-1990) (n = 186)

Nephrostomia	128
Ileum-conduit	31
Ureterosigmoidostomia	22
Uretero-ileo-coeco-cystoplastica	3
Ileum-coecum-hólyag	
appendix stomával	1
Ileum-hólyag	1

VI. táblázat ILEUM-CONDUIT INDIKÁCIÓI (n = 31)

Tu. ves. urin.	26
Vesico-vaginalis fistula	2
Neurogén hólyag	1
Teljes vizeletincontinentia	1
Zsugorhólyag	1

VIII. táblázat URETERO-ILEO-COECO-CYSTOPLASTICA INDIKÁCIÓI (n = 3)

Tu. ves. urin.	2
Zsugorhólyag	1

ILEUM-COECUM HÓLYAG (appendix stomával) INDIKÁCIÓJA (n = 1)

Tu. ves. urin.	1
----------------	---

ILEUM HÓLYAG INDIKÁCIÓJA (n = 1)

Bricker-hólyag megszüntetése, undiversion	1
----------------------------------------------	---

okozta vizelet pangásnál alkalmazzuk. Kétoldali üregrendszeri tágulat, de jó általános állapot, kielégítő funkciók érték esetén a rosszabbik oldal nephrectomiáját (a két cső viselése kerülendő!) és a másik oldal nephrostomiáját javasoljuk.

Ha az egyik oldali vese funkcionálisan néma és ez panaszt, lázas állapotot nem okoz, eltávolítása nem szükséges, míg a másik pangásos oldalra nephrostomát helyezünk be. Rossz általános állapot mellett csak láz, oligo-anuria esetén tartjuk indokoltnak a nephrostoma behelyezését. Tumoros destrukció miatti hüvely- és/vagy rectumhólyag sipolynál a deviáció mellett az uretert is le kell kötni vagy más módon (pl.: occlusió protézis stb.) kell lezárni.

Ileum-conduit. Elsősorban T₂₋₃ G₂₋₃ N₀ M₀ stádiumú hólyagdaganat miatti cystectomiát követően, de más, definitív vizeletdeviációt igénylő megbetegedés esetén is, amikor hosszú túlélésre számíthatunk, ileum-conduitot készítünk. Alkalmazásának előfeltétele, hogy ne legyenek kiterjedt vékonybél adhaesiók és hegek a hasfalán, az ileostoma helyén. Nélkülözhetetlen a beteg együttműködése, szellemi, testi alkalmassága a stoma gondozásához (8). A relatíve nagyobb műtéti megterhelést jelentő beavatkozást a korai és késői szövődmények alacsonyabb száma, a kedvező hosszú távú eredmények miatt részesítjük előnyben (15). A conduitból gyakorlatilag nincs vizeletfelszívódás és következményes acidózis, kisebb az infekció veszélye, a stoma beszűkülésre kevésbé hajlamos. Tág ureterek esetén is komplikációmentesen alkalmazható. A műtéti idő lényegesen rövidebb, mint a ma még sok szövődményt hordozó kontinens deviációk esetében. Hátránya a külső stoma, de a megbízható, a bőrt kevésbé irritáló vizeletgyűjtő rendszerek mérséklék a betegek ellenszenvét.

Hólyagdaganat esetében ma már palliatív célzattal is elvégezzük ezt a műtétet, hiszen a hólyag funkciójának kikapcsolásával a kínzó panaszoktól mentesítjük a beteget. Ugyanakkor lehetővé válik a kismedence postoperatív Co-irradiációja.

Ureterosigmoidostomia. Hazánkban a vizeletdeviáció ezen formája terjedt el széles körben. Wabrosch az ureter-sigma anasztomózisának Noszkay által módosított változatának alkalmazásával igen kedvező tapasztalatokról számol be (16).

A műtét előfeltétele a jól működő, ép anális sphincter, az ép rectum-sigma, a normális ureterfal, a jó vesefunkció. Technikája jól kidolgozott, nagy előnye a belső vizeletdeviáció és a kontinencia (10).

A saját beteganyagban észlelt magas számú korai (50%), majd a több éve túlélőknél jelentkező súlyos késői szövődmények – recidiváló pyelonephritisek, hyperchloraemiás acidózis, az uretero-enteroanastomózis beszűkülése, extrém ureter- és veséüregrendszeri tágulatok – miatt mi azoknál a betegeknél végezzük, akik kisebb műtéti megterhelést bírnak el, vagy ez a kifejezett kérésük. Ugyancsak hátránya ennek a műtétnek, hogy a posztoperatív Co-irradiációt nem teszi lehetővé.

Hólyagpótlás. A legkorszerűbb megoldások közé tartoznak a cystectomia utáni hólyagpótlások és a kontinens reservoir képzése (3). Hazánkban Porkoláb és Mohácsi számoltak be ileumból vagy sigmából képzett hólyagpótló műtétekről, kedvező tapasztalataikról (11).

Klinikánkon az ileum-conduittal szerzett gyakorlatot és technikát hasznosítva, kirekesztett ileo-coecalis szegmenttel, detubularizált vékonybél kaccsal pótolunk hólyagot, appendix stomával ileum-coecumból képeztünk reservoirt (9). A hólyagpótló műtéteink előnye, hogy az uretereket nem kell reflux-gátló módon az ileumba ültetni, a kirekesztett coecum pedig jó kapacitást biztosít. Betegeink nappal kontinensek, a mérsékelt éjszakai inkontinenciát elviselhetőnek tartják. A hólyagpótlás hátránya,

hogy tumoros betegeknél mérsékli a cystectomia radikalitását, így a későbbiekben számolni lehet a tumor megjelenésével a húgycsőben. Nem kell viszont lemondani a radikalitásról a kontinens reservoir képzésnél. Nem elhanyagolható szempont, hogy a vastagbél sebészete eleve több szövődménnyel jár.

Fenti műtéteket elsősorban a benignus alapbetegséggel rendelkező, jó általános állapotú, 60 évnél fiatalabb betegeken végezzük. Hólyagtumornál elsősorban a hátsó falon, a kupolán elhelyezkedő, nyirokcsomó metastasist még nem adó esetekben javasoljuk.

Az itt felsorolt, általunk alkalmazott módszereken túl sok egyéb megoldás létezik, melyek közül ma a kontinens deviációk és a hólyagpótló enteroplasztikák állnak az érdeklődés előterében (2, 5). A mi véleményünk és törekvésünk is az, hogy a fenti műtétekkel megszerzett jártasság után törekedni kell a korszerű deviációs módszerek elsajátítására, alkalmazására. A deviáció formájának megválasztására szabályokat felállítani nem lehet. Ezt az élet minőségét jelentősen befolyásoló döntést mindig a beteg és betegségének összes körülményét figyelembe véve, egyedileg kell meghoznunk.

IRODALOM

1. Böszörményi-Nagy, G. és mtsai: Vizeletdeviációk megválasztása cystectomia után. Urol. Nephrol. Szle. Suppl. 12, 104 (1985).
2. Gleeson, M. J., Griffith, D. P.: Urinary diversion. Brit. J. Urol. 66, 113 (1990).
3. Goldwasser, B., Webster, G. D.: Augmentation and substitution enterocystoplasty. J. Urol. 135, 215 (1986).
4. Hamvas, A. és mtsai: Percutan nephrostomia – palliatív vizeletelvezetés daganatos ureterelzáródáskor. Urol. Nephrol. Szle. 11, 217 (1984).
5. Hautmann, R.: Harnableitung 1989. Urologe (A) 28, 177 (1989).
6. Janetschek, G. et al.: Urinary diversion in gynecologic malignancies. Eur. Urol. 14, 371 (1988).
7. Klusmann, R. et al.: Leben nach einer Urostomie-Operation (Eine retrospektive Untersuchung). Urologe (A) 28, 209 (1989).
8. Laible, V., Staehler, G.: Urostoma: Pflege und Komplikationen. Münch. Med. Wochenschrift. 127, 1040 (1985).
9. Pintér, J. és mtsai: Hólyagpótlás kirekesztett coecum-ileumból. Orv. Hetil. 130, 1107 (1989).
10. Pintér, J. és mtsai: Ureterosigmoidostomy. Int. Urol. Nephrol. 14, 151 (1982).
11. Porkoláb, Z., Mohácsi, L.: Tumoros cystectomis utáni hólyagpótlás nem detubularizált bélszakasszal. Magy. Urol. 1, 5 (1989).
12. Soper, J. T. et al.: Percutaneous nephrostomy in gynecologic oncology patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 158, 1126 (1988).
13. Teenan, R. P. et al.: Percutaneous nephrostomy in the management of malignant ureteric obstruction. Br. J. Urol. 64, 238 (1989).
14. Varga, A. és mtsai: A hólyagdaganatok kezelésének szempontjai klinikánkon. Magy. Urol. 1, 23 (1989).
15. Varga, A.: Ileum-conduittal szerzett tapasztalataink. Magy. Urol. 2, 243 (1990).
16. Wabrosch, G.: A vesefunkció megtartása és a vizeletürítés biztosítása érdekében végzett plasztikai műtétek tanulságai. Kandidátusi értekezés. Budapest (1973).