

Megbeszélés

Minthogy az androgén felhasználás a szervezetben igen gyorsan folyik, a szérumban hormonértékek meghatározásából a normális prostata- vagy adenomaszövetben történő folyamatokról kevés információnk van. A férfi keringő testosteronjának 40-60%-a eliminálódik egyszeri májon történő átáramlás során. Ezáltal az intraprostaticus testosteron kinetikába való bepillantás nehéz. Emiatt is érdekes a cinket, mint a hormonkinetika egy intraprostaticus indikátorát megfigyelni. Mindkét csoport eredményeinek elemzése a cink, mint stabil indikátor mellett szól. Említésre érdemes a cink és a kalciumkoncentráció összefüggése is. A szekréciós folyamatokkal való kapcsolatuk nyilvánvaló.

A cink 7 napos ERU kezelés után szignifikánsan csökken.

Az eredmények alapján feltételezhetjük a következőket:

- az ERU a cink és a testosteron kapcsolatában okoz zavart
- az adenomás szövetben a cink secretio csökken.

Mielőtt végleges konzekvenciát vonnánk eredményeinkből, további vizsgálatok szükségesek.

Mindenesetre megjegyzendő, hogy ez idáig prostata adenomában végzett vizsgálatok során több hetes, hónapos intervallumokban történtek ellenőrző vizsgálatok és kerültek biokémiai, vagy patológiai változások megállapítására. Mi mérhető változásokat észleltünk néhány napos kezelés után is.

További vizsgálataink azt célozzák, hogy hosszú ideig tartó kezelés során hogyan változik a cinktartalom, további csökkenés volna-e észlelhető, vagy idővel ismét a kontrollértékre kerülne vissza.

IRODALOM

1. Anderson, R. U., Fair, W. R.: Physical and chemical determinations of prostatic secretion in benign hyperplasia, prostatitis and adenocarcinoma. Invest. Urol. 14, 137 (1976).
2. Colleen, S., Mardh, P. A., Scytz, A.: Magnesium and zinc in seminal fluid of healthy males and patients with non-acute prostatitis with and without gonorrhea. Scand. J. Urol. 9, 192 (1975).
3. Fair, W. R., Couch, J., Wehner, N.: Prostatic antibacterial factor. Urology, 7, 169 (1976).
4. Fair, W. R., Cordonnier, J. J.: The pH of prostatic fluid: a reappraisal and therapeutic implications. J. Urol. 120, 695 (1978).
5. Hartoma, R.: Serum testosterone compared with serum zincin man. Acta physiol. scand. 101, 336 (1977).
6. Hoare, R., Delory, G. E., Penner, D. W.: Zinc and acid phosphatase in the human prostate. Cancer, 9, 721 (1956).
7. Hohbach, Ch.: Anatomie und Physiologie der Prostata. Therapiewoche. 31, 4155 (1981).
8. Huggins, G., Scott, W. E., Heinen, J. H.: Chemical composition of human semen and of the secretion of the prostate and seminal vesicles. Am. J. Physiol. 136, 467 (1941).
9. Mackenzie, A. R., Hall, T., Withmore, W. F.: Zinc content of expressed prostatic fluid. Nature, 193, 72 (1962).
10. Marmar, J. L., Katz, S. et al.: Semen zinc levels in infertile and prostatavasectomy patients and patients with prostatitis. Fertility and Sterility. 26, 1057 (1975).
11. Marmar, J. L., Katz, S. et al.: Values for zinc in whole semen, fraction of split ejaculate and expressed prostatic fluid. Urology, 16, 478 (1980).
12. Ponchietti, R., Raugei, A. et al.: Calcium, zinc, magnesium, concentration in seminal plasma of infertile men with prostatitis. Acta Eur. Fert. 15, 283 (1984).
13. Romics, I., Katchalowa, L.: Spectrographic determination of zinc in the tissues of adenoma and carcinoma of the prostata. Int. Urol. Nephrol. 15, 171 (1983).
14. Schenk, B.: Physiologie und Pathophysiologie der Prostata und des Prostatasekrets. In: Physiologie und Pathophysiologie der Prostata. Ed.: Senge, Th., Neumann, F., Richter, K. D. Georg. Thieme Verlag Stuttgart, 1975, 11.
15. Skandhan, K. P.: Zinc in normal human seminal plasma. Andrológia. 13, 346 (1981).

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

Az UH szerepe uretero-enterális anasztomózison átesett betegek diagnosztikájában és terápiájában

Böszörményi-Nagy Géza dr., Varga Attila dr., Berényi Pál dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők áttekintik kirekesztett bélsegment felhasználásával végzett vizeletdeviációs műtéteiket, valamint ismertetik a pre- és posztoperatív UH vizsgálatokkal szerzett tapasztalataikat. Ezek alapján a korai és késői szövődmények felismerésében az UH vizsgálatokat elsődlegesnek tartják. Kiemelik az UH vezérelt nephrostomia szerepét. Felhívják a figyelmet arra, hogy az irradiációban részesült betegeknél fokozott az uretero-enterális anasztomózis beszűkülésének veszélye.

Kulcsszavak: UH diagnosztika, vizeletdeviáció, ureteroenterális anasztomózis, UH vezérelt beavatkozások.

THE ROLE OF ULTRASONOGRAPHY IN THE EVALUATION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH URETERO-ENTERIC ANASTOMOSIS

SUMMARY: The authors review their experiences with pre and postoperative ultrasonography (US) evaluations of 41 patients of urinary diversion used isolated bowel segment. They recommend US as first method of choice in recognizing early and late postoperative complications. The role of US guided nephrostomy is emphasised.

A kirekesztett ileális vagy ileocecalis szegment a megfelelő indikációtól és a műtéti technikától függően húgyhólyag nagybővítésre, ureter- és hólyagpótlásra egyaránt alkalmas (8). Klinikánkon leggyakrabban az uretero-ileo-cutaneostomiát végezzük (2, 7).

Mivel a műtétek több szervrendszert érintenek, a szövődmények széles skálája fordulhat elő mind a korai, mind a késői posztoperatív időszakban, nemegyszer diagnosztikus nehézséget okozva. Közleményünkben az uretero-enterális anasztomózison átesett betegek UH vizsgálatával szerzett tapasztalatokat foglaljuk össze, különös tekintettel az UH szerepére a szövődmények diagnosztikájában és terápiájában.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

Klinikánkon 1981 és 1991 között 45 betegnél 82 vese ureterén készítettünk uretero-enterális anasztomózt. A beavatkozások típusait az I. táblázat foglalja össze. A késői utánvizsgálatok során 41 beteg 74 anasztomózisát értékeltük.

I. táblázat

MŰTÉTEK TÍPUSAI (1981-1991)
(N = 45)

Ileum conduit	36
Uretero-ileo-coeco-cystoplastica	3
Jejunum conduit	1
Ileum hólyag	1
Uretero-ileo-sigmoidostomia	1
Ureter pótlás ileummal	1
Ileum-coecum reservoir	1
Sigma-conduit	1

Az UH vizsgálatokat Brüel & Kjaer 1846 típusú készülékkel, 3 MHz-es transducerrel végeztük. Praeoperatívum valamennyi betegnél UH vizsgálatot és iv. urographiát végeztünk.

Posztoperatív UH vizsgálatot végeztünk:

- a) acutan, deréktáji fájdalom, lázas állapot, obstrukció gyanúja miatt;
- b) rendszeres kontrollok során, hazabocsátás előtt, majd 3 havonta.

Vizsgáltuk a vese nagyságát, a parenchyma vastagságát és echogenitását, a vesekelyhek, a vesemedence és az ureterek tágasságát. A vese megnagyobbodását, a parenchyma duzzanatát, echogenitásának csökkenését, a perirenális oedémát acut pyelonephritise jellemző UH morfológiai eltérésként értékeltük (3).

Ha üregrendszeri táglulatot is észleltünk, UH vezérléssel percután nephrostomát létesítettünk. Rutinszerűen az alsó dorsális kelyhen keresztül hatoltunk be, ügyelve arra, hogy a szúrás a kehelyszár felé irányuljon (1) (1. ábra). Rtg. kontroll mellett, dilatáció után Ch 14 nephrostomás katétert (BRAUN Nephrofix Certo) vezetünk az üregrendszerbe.

Hólyagnagyobbító és hólyagpótló műtétek után az új hólyag helyzetét, kapacitását, a residuum mennyiségét vizsgáltuk (2., 3. ábra).

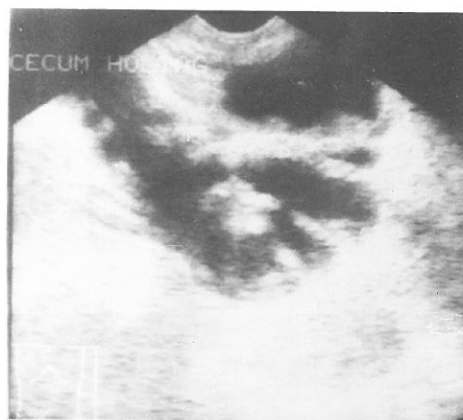
Eredmények

Műtét előtt végzett iv. urographia és UH vizsgálat 33 vesénél mutatott enyhe vagy közepes fokú üregrendszeri táglulatot.

Az UH vizsgálat az ureter tágasságának megítélésével jelentős segítséget nyújtott az anasztomózis tí-



1. ábra. Táglult üregrendszer, az alsó dorsális kehelyvég UH vezérelt punkciója



2. ábra. Ileo-coecumból képzett hólyag UH képe vizelés előtt

3. ábra. Vízelés után minimális residuum



pusának megválasztásában, a pontos műtéti terv felállításában. Preoperatívum 4 vesénél funkció nélküli hydronephrosist találtunk, mely miatt az uretero-ileo-cutaneostomiával egy időben nephrectomiát végeztünk.

Intraoperatív szövödményünk nem volt, korai posztoperatív szövödményt 9 esetben észleltünk (II. táblázat).

Egy betegünkél lázas állapot lépett fel, UH vizsgálattal a kirekesztett ileumkacs körül folyadékgyülemet észleltünk. Reoperáció történt, melynek során az anasztomózis varratelégtelensége miatt kialakult urinomát találtunk, resuturát végeztünk, a beteg gyógyult. Három esetben az anasztomózis átmeneti oedémája, duzzanata miatt üregrendszeri táglulat, vizelet pangás és következményes pyelonephritis alakult ki. Mindhárom esetben UH vezérelt percután nephrostomát helyeztünk be, antibiotikumot adtunk. A lázas állapot néhány napon belül, az átmeneti passage zavar 2 hét múlva szűnt meg. Anterográd pyelo-ureterographia átjárható anasztomózist mutatott, a nephrostoma lefogása mellett végzett UH vizsgálat nem talált üregrendszeri táglulatot, így a nephrostomákat eltávolítottuk, a vese működése rendeződött.

Két esetben a korai posztoperatív időszakban átmeneti, enyhe fokú üregrendszeri táglulatot észleltünk. Sem az UH vizsgálat, sem a klinikai tünetek nem utaltak pyelonephritise, ezek beavatkozást nem igényeltek, a panaszok néhány nap alatt megszűntek.

Késői posztoperatív szövödményt 6 esetben észleltünk (III. táblázat).

Egy betegnél a kontroll vizsgálatkor talált, néhány hónap alatt kialakult koralloid vesekő miatt nephrectomia történt.

II. táblázat

KORAI POSZTOPERATÍV SZÖVÖDMÉNYEK
(N = 45)

Uretero-ilealis varratinsufficiencia, urinoma	1
Acut pyelonephritis üregrendszeri táglutal (anasztomózis oedema)	3
Adhaesiós ileus	2
Hasfali varratelégtelenség	3

III. táblázat

KÉSŐI POSZTOPERATÍV SZÖVÖDMÉNYEK
(N = 41)

Vesekő	1
Conduit fibrosis (kétoldali táglut)	1
Uretero-ileális stenosis	2
Ileus	2

Egy betegünk azotaemia és lázas állapotok miatt jelentkezett. UH-val detektált kétoldali üregrendszeri tágulat miatt mindkét oldalra percután nephrostomát helyeztünk be. Mivel a beteg évekkor korábban hólyagtumor miatt irradiációban részesült, az anasztomózisok szűkületére gondoltunk, azonban anterográd úton mindkét oldalon szabad ureter passage-t találtunk. Feltáráskor a *conduit fibrosisát* észleltük, ezért az irradiáció által nem károsodott jejunumból képeztünk új conduitot, majd a nephrostomákat megszüntettük.

Az *uretero-ilealis anasztomózis beszűkülése* miatt két esetben – szintén irradiált betegeknél – üregrendszeri tágulat jelentkezett. Egyiküknél panaszmentesen hydronephrosis alakult ki rövid idő alatt. A másik betegnél acut pyelonephritis miatt (4. ábra) percután nephrostomát helyeztünk be (5. ábra). A gyulladás megszűnte után anterográd úton sikerült vezetődrótot átjuttatni a beszűkült uretero-enterális anasztomózison. A manipulációt retrográd folytatva a bélkacsból cystoscoppal megkerestük a vezetődrótot és annak mentén a szűk szakaszt urethrotommal bemetszettük (6. ábra). Az üregrendszer tágulata megszűnt, az egy évvel később végzett UH vizsgálat ép vesét mutat (7. ábra).

Megbeszélés

Az utóbbi években hazánkban is egyre több közlemény foglalkozik a kirekesztett bélszegmentek felhasználásával végzett vizeletdeviációkkal. Mi főleg az ileum szakasz és ileocecum alkalmazásáról számoltunk be (7, 8). A különböző műtéti módszerek korai és késői szövődményei hasonlóak (4, 5, 6). Diagnosztikájukban az UH vizsgálatnak elsődleges szerepet tulajdonítunk.

A klinikum, a kórlefolyás az évek során igazolták az UH vizsgálatnál észlelteket, így az utóbbi időben ilyen esetekben rutinszerűen iv. urographiát már nem végzünk. Betegeinknél acut pyelonephritist csak a vizelet passage zavaránál észleltünk, melyet rendszerint az anasztomózis átmeneti oedémája, vagy késői heges szűklete okozott. Ilyenkor az antibiotikum terápia mellett mérsékelt fokú üregrendszeri tágulat esetén is szükségesnek tartjuk percután nephrostoma behelyezését az anasztomózis tehermentesítése céljából. Később a nephrostomán keresztül lehetőség van anterográd endourológiai beavatkozásra is.

Gyulladással nem járó üregrendszeri tágulat esetén nephrostoma behelyezése rendszerint nem szükséges, az observatio során – akár naponta végzett UH vizsgálat – a regressio vagy progressio eldönti a további kezelést. Hangsúlyozzuk a rendszeres UH vizsgálatok jelentőségét a kontrollok során, mivel a késői szűkletek évekkor a műtétek után panaszmentesen is kialakulhatnak. Tapasztalataink alapján az irradiációban részesült betegek fokozott ellenőrzést igényelnek, mivel náluk az anasztomózis beszűkülésének veszélye jóval nagyobb.

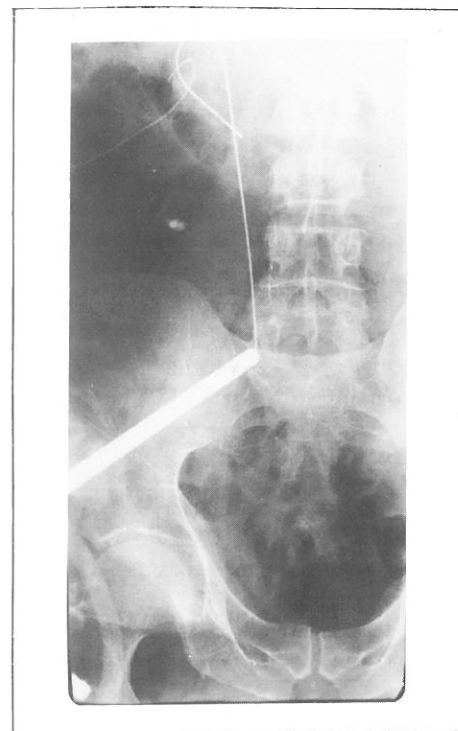
Az uretero-enterális anasztomózison átesett betegek követésében az UH vizsgálat az általános előnyökön kívül (non-invazív, nem megterhelő, ambulanter végzhető stb.) speciális előnyöket is biztosít:

- invazív vizsgálatokat vált ki (iv. urographia, katéteres residuum mérés stb);
- megközelítési módot biztosít (környezethez való viszony, a folyamat időbeni szoros követése, stb);
- terápiás beavatkozás alapjául szolgál (percután nephrostoma behelyezése, endoscopos műtétek segítése).

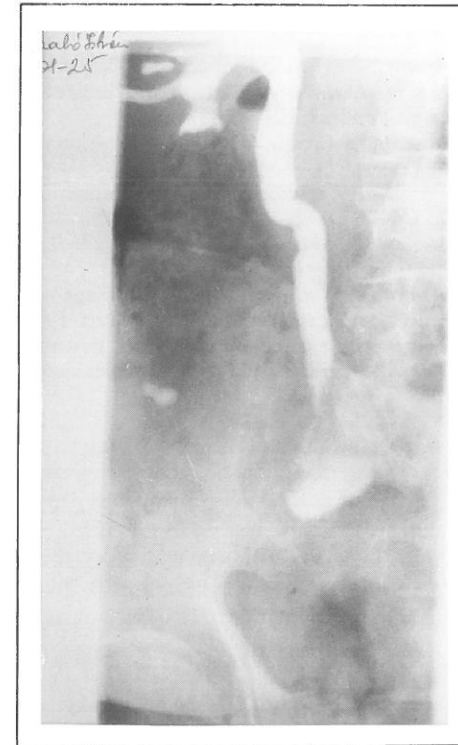
Tekintettel arra, hogy az UH vizsgálatok e vonatkozásáról eddig alig jelent meg közlemény, szükségesnek tartottuk ezen alkalmazási lehetőségre is felhívni a figyelmet.



4. ábra. Acut pyelonephritis üregrendszeri tágulattal



6. ábra. Az anterográd bejuttatott vezetődrót és az urethrotom



5. ábra. Anterográd ureterográfia beszűkült uretero-ilealis anasztomózist mutat



7. ábra. A vese UH képe egy évvel a beavatkozás után

IRODALOM

1. Berényi, P.: Ultrahangvezérelt veseüreg-rendszerei punkciók. Magy. Urol. 3, 65 (1991).
2. Böszörményi-Nagy, G. és mtsai.: Vizeletdeviációk megválasztása cystectomy után. Urol. Nephrol. Szle. Suppl. 12, 104 (1985).
3. Böszörményi-Nagy, G., Villányi, K.: Akut veseelváltozások ultrahang-diagnosztikája. Magy. Urol. 3, 35 (1991).
4. Cronan, J. J., Amis, E. S.: Renal obstruction in patients with ileal loops: US evaluation. Radiology 158, 647 (1986).
5. Meretyk, S., Clayman, R. V., Kavoussi, L. R.: Endourological treatment of ureteroenteric anastomotic strictures: longterm followup. J. Urol. 145, 723 (1991).
6. Vaccaro, J. P., Cronan, J. J.: Role of diagnostical imaging in the evaluation and treatment of post-operative complications of the urinary tract. Brit. J. Urol. 67, 113 (1991).
7. Varga, A.: Ileum-conduittal szerzett tapasztalataink. Magy. Urol. 2, 243 (1990).
8. Varga, A. és mtsai.: Vizeletdeviációs módszereink és indikációjuk. Magy. Urol. 2, 133 (1991).

Magyar Urológia IV. évfolyam 1. szám 51. oldal (1992)

Szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet Urológiai Osztály
(főorvos: Horváth József dr.)

A heveny mellékheregyulladásról osztályos beteganyagunk alapján

Horváth József dr., Egressy Gábor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: a szerzők osztályukon az elmúlt 16 évben előfordult 228 mellékheregyulladást elemzik. Elsősorban a ma kimutatható okokra próbálnak választ kapni a rendelkezésükre álló vizsgálatok alapján. Kiemelik, hogy milyen változáson ment át az e betegséggel kapcsolatos szakmai szemlélet is. A haematogén fertőzési utat előtérbe helyezik és kiemelik az esetleges vírus-fertőzősségi lehetőséget, valamint a szervezetben megbúvó gócok jelentőségét. A szexuálisan terjedő kórokozók vizsgálatára nincs lehetőségük. A kezelést ma még nem tartják oki terápiának. Az értékelés végén néhány észrevételt pontokban ismertetnek.

Kulcsszavak: mellékheregyulladás, kórok keresés, vírusok, góc szerepe, oki kezelés hiánya, észrevételek.

ACUTE INFLAMMATION OF EPIDIDYMIS

SUMMARY: 228 cases of acute epididymitis were observed during a 16-year period of time. The change of professional view concerning the above alteration is emphasized. The haematogenous spreading way, the possibility of viral infection and occult foci in the organism have importance. The examination of sexually spreading infective agents is not possible. The treatment is nowadays not causative therapy.

A mellékhere leggyakoribb betegsége a heveny mellékheregyulladás. A szolnoki MÁV Kórház urológiai osztályán 1975 és 1990 között 228 epididymitises beteget kezeltünk. Ebből 10 beteg mutatta az idült gyulladás képét, 218 eset pedig heveny mellékheregyulladás volt.

Beteganyag és vizsgálatok

A 218 heveny mellékheregyulladás kormegoszlásában a legfiatalabb betegünk 8, illetve 12 éves, a legidősebb 84 éves volt.

A kórimézést a megtekintés, a tapintás és szükség esetén az UH vizsgálat adta. Differenciál diagnosztikailag szóba jött heretorzió, vagy heretumor (Campbell) (6).

Fizikális vizsgálatnál a tapintás egységes konglomerátumot adott 138 esetben (63%). A folyamat egységesen, de csak a mellékherét érintette 55 betegnél (24%), míg 24 betegnél elsősorban a feji részre, 2-nél pedig csak a farki részre terjedt.

Az oldaliság és a kor összefüggését nem észleltük. A scrotom bőrén 68 betegnél nem volt elváltozás. 30 betegünkönél már felvételtkor a gyulladás olyan fokot ért el, hogy nemcsak a here felé, hanem a bőr felé is összekapaszkodva, azon beolvadási hajlamot mutatva jelentkezett. Ezekben az esetekben észleltünk bőr