

A HÚGYHÓLYAG HÚGYCSÖVÖN KERESZTÜLI SZÖVETTANI MINTAVÉTELÉRŐL

Kedves betegünk!

Az előzetes vizsgálatok Önnél hólyagdaganat gyanúját vetik fel, vagy ismeretlen biológiai viselkedésű hólyagelváltozást találtunk. A további kezelés megtervezéséhez szükség van a betegség szövettani vizsgálómódszerekkel történő igazolására, az esetlegesen daganatos elváltozás rosszindulatúsági fokának és mélységi terjedésének meghatározására, valamint adott esetben az elváltozás (daganat) teljes eltávolítására.

A beavatkozás előtt orvosa megbeszéli Önnel a műtét szükségességét, kivitelezésének módját. Ahhoz, hogy a tervezett műtétbe beleegyezését tudja adni, szükséges az alábbiakban felsorolt, esetleges szövödmények, nem kívánatos következmények ismerete. Ez a betegfelvilágosítási lap, az orvosával történő megbeszélést segíti elő és a fontosabb pontok írásos dokumentációját szolgálja.

Hogyan történik a beavatkozás?

A húgycsövön keresztüli szövettani mintavétel a húgyhólyagból alapvetően két módszerrel lehetséges.

1. Az úgynevezett **hidegbiopszia**, egy speciális, hólyagtükrözéshez használt eszköz húgyhólyagba vezetése után, az eszköz munkacsatornájába vezetett biopsziás fogóval történik. Ilyenkor tulajdonképpen kevés szövetet csípünk ki a hólyagból.

Több esetben javasolható a fenti beavatkozás:

- ha korábbi vizeletvizsgálattal daganat gyanús sejteket találtunk („pozitív citológia”). Ilyenkor ez szisztematikus, többszörös mintavételt jelent (férfiban a prosztatából és a hólyagból is).

- lapos daganat (pl. carcinóma in situ) gyanúja, esetleg hólyagtükrözésnél talált tumor gyanús elváltozásnál is alkalmazzuk az eljárást.

- ismeretlen viselkedésű, inkább jóindulatúnak látszó elváltozásból vehetünk szövettani mintát ily módon.

A biopszia vétele után az ún. rezektoszkóppal (ld alább) az esetleges vérzések csillapíthatók. Átmenetileg húgycső katéter viselése lehet szükséges a műtét után, a seb nyugalmos helyezése, a vérzésveszély csökkentése céljából.

2. A másik eljárás szövettani mintavételre (biopsziára) az ún. **elektrorezekció**, amikor szintén endoszkópos úton, a húgycsövön keresztül veszünk ki (általában daganatos) szövetet a hólyagból, magas frekvenciájú vágóáram segítségével.

Például a felszínes, a hólyagizomba nem terjedő daganatok többsége így, elektrorezekcióval eltávolítható. A hólyagizomba terjedő daganatok egy része elektrorezekcióval nem eltávolítható maradéktalanul, ilyenkor a műtét csak szövettani mintavételt jelent, és második húgycsövön keresztüli műtét, illetve valamilyen onkológiai utókezelés vagy kiterjesztett műtét jön szóba.

A műtét során szintén a húgycsövön keresztül, speciális hólyagtükrözéshez alkalmas eszközt (rezektoszkop) vezetnek a hólyagjába. A rezektoszkop elektromos kaccsal rendelkezik, ami magas frekvenciájú áramot használva vágásra és vérzéscsillapításra is alkalmas. Az elváltozást szemkontroll mellett, állandó mosást alkalmazva rétegről-rétegre haladva kis „szeletekben“ távolítják el. Szükség esetén a tumoralap endoszkópos rezekciójára is sor kerül a pontos mélységi terjedés megállapítása érdekében. Minél mélyebbre terjed egy daganat,

annál nehezebb az endoszkópos eltávolítása, és nagyobb egy esetleges perforáció (a hólyagfal kilyukadása) lehetősége. Ennek ellenére endoszkópos stádium meghatározás szükséges a további kezelési terv felállításához.

Speciális esetekben szükségessé válhat a hólyag, un. célzott perforációja az esetleges tumormaradványok eltávolítása céljából. Ezekről a lehetőségekről orvosa külön felvilágosítja. A műtétet az operátor gondos vérzéscsillapítással fejezi be. A beavatkozás után a seb nyugalomba helyezése érdekében és esetleges öblítés-mosás céljából állandó hólyag katéter kerül behelyezésre.

Az eltávolított szövetdarabkákat szövettani feldolgozás céljából kórszövettani vizsgálatra küldjük.

A beavatkozások vagy általános (altatás) vagy gerincközeli (spinális,) érzéstelenítésben történnek. Az érzéstelenítésről külön felvilágosítást kapott az altatóorvosától.

Kell-e a műtét kiterjesztésével számolni?

A munkaeszköz sikeres bevezetéséhez, esetleges fennálló szűkületek műtéti megoldása, bemetszése (urethrotomia interna) válhat szükségessé. Előzetesen nem diagnosztizált, előre nem látható lelet esetében a műtéti terv megváltoztatása válhat szükségessé. Mivel a műtét egy Önnel történő ismételt megbeszélés céljából nem szakítható meg, szükségünk van az Ön kifejezett hozzájárulásához a műtét esetleges, orvosi szempontból indokolt kiterjesztéséhez. Különösen az alább felsorolt lehetőségekkel kell számolni:

- Amennyiben a daganat a húgyvezetékre, illetve a húgyvezetékbe terjed ennek a területnek az elektrozekciója szükséges.
- Adott esetben a későbbi hegesedésből adódó szövődmények csökkentése érdekében belső sín (stent, ureterkatéter) kerülhet felhelyezésre.
- A húgyvezeték érintettségének bizonyítására szükség lehet további diagnosztikai, illetve kezelési eljárások (röntgen, húgyvezeték endoszkópos vizsgálata, szövettani mintavétel,) elvégzésére.
- Férfiaknál, amennyiben a folyamat a prostatára terjed - ennek a területnek a műtéti eltávolítása szükséges.

Milyen szövődményekkel lehet számolni?

A legnagyobb óvatosság és körültekintés mellett is előfordulhatnak a műtét alatt, illetve utána szövődmények.

Ha csak a húgyhólyag **hidegbiopsziája** történik, rendkívül ritkák a nem várt következmények. Ezek közül műtét során a hólyagfal kilyukadása, vérzés, esetleg a húgyvezeték-szájadék sérülése (későbbiekben emiatt kialakuló szűkülete) fordulhat elő. Műtét után néhány napos irritáló vizelési kényszer léphet fel, mely tüneti kezelésre jól reagál. Az utóvérzés ritka szövődmény. Húgyúti fertőzés a fenti beavatkozás után előfordulhat, de rendszerint jól reagál antibiotikum adására. A fertőzés here-, mellékhere gyulladás formájában is jelentkezhet. Műtét után a szív és érrendszeri szövődmények ritkák, a beavatkozás rövidege, a viszonylag kisebb műtéti megterhelés miatt. A fenti szövődmények kezelhetők, részletesebben alább kerülnek leírásra.

A hólyag **elektrozekciója** során az alábbi szövődményekkel kell számolni:

Műtét során:

A hólyagfal sérülhet (perforáció), ami miatt mosófolyadék és vizelet juthat a szabad hasüregbe (nyitott perforáció). Ilyenkor sürgősségi műtétként a hasüreg megnyitása és a sérülés nyílt műtéttel történő ellátása szükséges. A szabad hasüreggel nem közlekedő fedett perforáció esetében katéter behelyezés elégséges a probléma megoldásához. Perforáció során

daganatos sejtek juthatnak a medencébe és a hasüregbe és ott növekedésnek indulhatnak. Ennek a valószínűsége mindazonáltal igen csekély.

Vérzés, ami általában koagulációval (leégetéssel) csillapítható. Nagyobb vérzés esetén speciális a hólyagban felfújott ballonkatéter használata válhat szükségessé. Nagyobb vérvesztés esetén idegen vér adásával (transzfúzió) kell számolni. Igen ritkán, vérkészítmények adása kapcsán, fertőzések átvitelének lehetősége (pl.: fertőző májgyulladás, HIV) áll fenn.

Ritkán szív-, vérkeringési zavarok léphetnek fel a mosófolyadék vérkeringésbe jutása miatt. Ez különösen nagyobb visszerek műtét közbeni megnyílása miatt fordul elő. Nagyon ritkán a mosófolyadék véráramba jutása miatt egy súlyos tünetegyüttes (TUR-szindróma) alakulhat ki. A hirtelen kialakuló veseelégtelenség miatt akár művesekezelés is szükségessé válhat. Ezen szövődmények kialakulásakor elképzelhető a műtét megszakítása és intenzív osztályon történő betegellátás válik szükségessé.

Igen ritkán égési sebek alakulhatnak ki „kóboráram“ hatása miatt. Ezek a sebek a test külső felszínén vagy akár a húgycsőben is kialakulhatnak.

Elenyészően kis százalékban, mint minden műtéti beavatkozásnál, úgy a tervezett műtét során, illetve után is, felléphetnek olyan váratlan orvosi események, melyek akár a beteg elhalálózását vonhatják maguk után.

Műtét után:

Ritkán utóvérzés léphet fel a műtétet követően, amit vagy konzervatív úton vagy esetlegesen ismételt endoszkópos műtéti beavatkozással lehet csillapítani.

Műtét után a hólyagnyak érzékenysége miatt irritatív panaszok (gyakori, erőteljes vizelési ingerek) jelentkezhetnek. Ezek a panaszok általában átmeneti jellegűek, gyógyszerrel kezelhetők.

A húgycső akaratlagos záróizomzatának esetleges sérülése miatt a vizelet visszatartás zavart szenvedhet (inkontinencia). Előfordulhat különböző gyógyászati segédeszközök (betét, péniszcsipesz, kondom urinal) használatának, illetve ún. antiinkontinens műtéteknek a szükségessége.

Az alsó húgyutak fertőzése előfordulhat. A fertőzés szövődményeként, férfiaknál, mellékhere, illetve heregyulladás alakulhat ki, ami elhúzódó gyógyszeres, illetve szükség esetén műtéti kezelést (igen ritkán az érintett here eltávolítását) tehet szükségessé.

A húgyvezeték szájadékának szűkülete alakulhat ki, ha a daganat elhelyezkedése miatt a szájadék környéke is a műtéti területbe esett. Ez a vese üregrendszerének kitéágulásához, a vese funkciójának csökkenéséhez, illetve elvesztéséhez, valamint fertőzések kialakulásához vezethet. Ezen szövődmények miatt további endoszkópos, illetve nyílt műtéti megoldások válhatnak szükségessé. Előfordulhat, hogy szájadék környéki műtét következményeként tatóngó, folyamatosan nyitott szájadék alakul ki, ami miatt a hólyagból vizelet áramolhat vissza a vesébe (reflux). Ilyen esetben a felső húgyuti fertőzések kialakulásának valószínűsége nő, vesefunkció károsodás alakulhat ki.

Mint késői szövődménnyel, a húgycsőszűkület (strictura) kialakulásával kell az esetek kis hányadában számolni. Ezeket a szűkületeket általában endoszkópos műtéttel lehet megoldani.

Műtét kapcsán vérrögök (thrombosis) alakulhatnak ki, melyek akár életveszélyes állapotot (pl: tüdőembólia) okozhatnak.

Kivételesen ritkán vizeletürítési képtelenség léphet fel, amit általában szelepként működő maradék szövet szeletek okoznak.

Kell-e a későbbiekben további kezeléssel számolni?

Elbocsátását követően az első munkanapon jelentkezzen háziorvosánál.

A daganat kiterjedésétől, mélységi terjedésétől és a szövettani vizsgálat eredményétől függően második ülésben végzett ismételt húgycsővön keresztüli rezekció, a hólyagba katéteren keresztül juttatott gyógyszerrel történő kezelés, sugárkezelés, kemoterápia, esetlegesen a hólyag eltávolítása vagy ezen kezelési eljárások kombinációja válhat szükségessé.

A betegség kiújulási aránya (a hólyagban ismét megjelenő daganatos sejtcsoportok kialakulása) magas, 40-70 % közé tehető. Ezért a későbbiekben rendszeres urológiai ellenőrzésen való részvétele szükséges.

Az Ön esetében szükséges későbbi várható kezelésekről, utógondozásáról kezelőorvosa a műtét után részletes felvilágosítást ad.