

A húgyhólyag teljes műtéti eltávolítása, hólyagpótlás (Cystectomy)

Kedves betegünk,

Önnél a **húgyhólyag teljes műtéti eltávolítását** javasoljuk. Ezt csaknem mindig húgyhólyag daganatos betegsége esetén javasoljuk. Ritkán fordul elő, hogy gyulladás, TBC, beidegzési zavar vagy zsugorodott hólyag esetén javasoljuk a műtétet. Ezen esetekben kezelőorvosa ezt részletesen megbeszéli Önnel.

Húgyhólyag daganat esetén amennyiben a daganat hólyag izomzatát beszűrte (T2 stadium) az öt éves, illetve hosszabb túlélést tekintve a hólyag műtéti eltávolítása egyértelműen sokkal jobb eredményt mutat. Természetesen ekkor is szükség lehet további onkológiai (sugár vagy gyógyszeres) kezelésre. Speciális, válogatott esetekben a hólyagmegtartás a hólyagfal feltárásos kimetszésével, kiterjedt és ismételt húgycsőön keresztüli műtétekkel és kiegészítő gyógyszeres (chemoterapia) és sugárkezeléssel is jó eredmények érhetők el, de ez csak speciális esetben javasolható és eredményei általában rosszabbak, mint a hólyageltávolításé. Ezen lehetőségeket kezelőorvosa megbeszéli Önnel.

A műtét két jól elhatárolható részből áll.

1. hólyageltávolítás
2. a vizeletürítés biztosítása

A húgyhólyag eltávolítása:

A műtétet általános (intubációs) érzéstelenítésben végezzük. Javasolt a műtéthez tartós periduralis kanül (gerinc közeli érzéstelenítés) kiegészítő alkalmazása, mely megkönnyíti a műtéti altatást, műtét utáni napok fájdalomcsillapítását és a bélműködést megindítását is. A műtét az alhas középvonalában, a köldököt megkerülő kissé a felhasra is terjedő metszésből történik. A műtét során megnyitjuk a hasüreget és ez alatti hólyagkörüli területet is. Eltávolításra kerül a húgyhólyag a vesevezetékek kezdeti szakasza és a kismedencei nyirokcsomók. Utóbbiak kiterjedése függ a daganat előrehaladottságától, illetve a műtéti lelettől is. Amennyiben a műtét kiterjesztéséhez vagy a további kezeléshez elengedhetetlenül szükséges gyorsfagyasztott szövettani vizsgálat is történik.

Férfiaknál, a daganat kiterjedésétől függően, szükséges lehet a prosztatata és ondóhólyagok eltávolítása is. Amennyiben a daganat nem érinti a húgycsőnyílás környékét, lehetőség nyílik a húgycső és a záró izomzat megőrzésére és speciális hólyagpótlásra. Amennyiben erre nincs lehetőség, a húgycső is eltávolításra kerül.

Nőknél, a daganat kiterjedésétől függően, eltávolításra kerül a méh és petefészkek is. Fogamzó képes betegnél ezek részleges megkímélése egyedi elbírálást igényel, mely megbeszélése kezelőorvosával történik. Amennyiben húgycső- közeli a hólyagdaganat a húgycső és a mellső hüvelyfal egy részlete is eltávolításra kerül, egyébként a húgycső és záró izomzat megkímélhető.

A vizeletürítés biztosítása:

Több módszer áll rendelkezésünkre:

Vesevezetékek végbélbeültetése (cloaca képzés)

A vesevezetékek közvetlen a hasfalbőrre kiültetése

A vesevezetékek rövid, kirekesztett vékonybélszakaszon keresztüli hasfalra kivezetése

Kirekesztett bélszakasszal csepegés-mentes hasfali vendégnyílás (stoma) készítése

Kirekesztett bélszakasszal történő hólyagpótlás

A **vesevezeték végbélbe ültetése** több technikai változtatás ellenére sem hozott jó, hosszú távú eredményt, a vese elvesztéséhez vezető visszatérő vesegyulladások miatt.

Ezért osztályunkon nem végezzük rutinszerűen. Különleges esetekben szóba jöhet, kezelőorvosával egyeztetetés szükséges.

A **vesevezetékek hasfalra kiültetése** jár a legkisebb műtéti megterheléssel. A stoma azonban a legkevésbé kezelhető, és legtöbb szükületes szövődménnyel bír. Csak igen ritkán kerül alkalmazásra.

A **vesevezetékek rövid kirekesztett vékonybélszakaszba ültetve és így a hasfalra vezetve** jó eredményt ad, de az állandó vizeletcsorgás miatt zacskóviselést igényel.

Előnye: a mérsékeltén kisebb műtéti megterhelés, kissé alacsonyabb a szövődmények miatti ismételt műtétek szükségessége, megmarad a műtét utáni kismedencei sugárkezelés lehetősége, a nyáktermelés illetve a felszívódásból eredő szövődmények minimalizálása, tágult felső húgyúti rendszer vagy csökkent vesefunkció esetén is elvégezhetősége.

A **csepegés-mentes, hasfalra kivezetett vendégnyílást kirekesztett bélszakasszal** osztályunkon nem végzünk, alkalmazása, az elmúlt években külföldön is jelentősen csökkent.

A **beteg számára a legjobb életminőséget adó megoldás, a húgyhólyag pótlása kirekesztett bélszakasszal, és ennek a húgycsőre ültetése.** Ez biztosítja általában a normálissal csaknem megegyező spontán vizeletürítést. Ehhez használható bélszakasz a vékonybél, a vastagbél, a vékonybél-vastagbél átmenet, illetve a gyomor. Nemzetközi tapasztalatok és osztályunk gyakorlata a vékonybéllel történő hólyagpótlást helyezi előtérbe, így ezt végezzük. Ez a beavatkozás nem végezhető el, ha a hólyagdaganat a húgycsőnyílás közelében volt, ha a húgycsőben is jelen volt, illetve ha a műtéti lelet alapján (nyirokcsomók állapota vagy a daganat hólyagon kívüli terjedése) műtét utáni kismedencei sugárkezelés válhat szükségessé. Ritkán előfordul, hogy a bélrendszer vérellátási szabálytalansága miatt nem lehetséges a húgyhólyag pótlása. **Ezen lehetőségeket, a műtét előtt biztonsággal felmérni nem minden esetben tudjuk, így elképzelhető hogy nem a megbeszélte vizeletelterelést tudjuk megvalósítani a műtét során.**

Amennyiben hasfalra ültettük ki a vizeletelvezető rendszert állandó zacskó viselésére fog kényszerülni, de ezek a rendszerek az elmúlt években jelentősen fejlődtek, és csaknem normális életvitelt tesznek lehetővé.

Ha sikerült a húgyhólyagot pótolni, jó eséllyel normális vizeletürítést várható. Előfordulhat nagy erőlködéskor illetve éjszaka akaratlan vizeletvesztés, azonban ennek mennyisége általában minimális, és minimális segédeszköz használatával jól uralható. Inkább nőknél fordul elő, hogy spontán nem tudnak vizeletet üríteni így önkátéterezés válhat szükségessé. A kirekesztett bélszakaszban normálisan termelődő nyákos váladék néha vizeletelakadást okozhat, mely katéteres megoldást, hólyagöblítést igényelhet. Ennek csökkentésére élete végéig nyákkoldó gyógyszeres kezelést javasolunk (pl. ACC melyet felső légúti megbetegedésben igen gyakran alkalmaznak).

Természetes nem hanyagolható el a **rendszeres daganatos kontroll vizsgálat**, illetve a bélszakaszból felszívódó vizelet miatt a sav-bázis viszonyok ellenőrzése sem. Elképzelhető, hogy a vizelet visszaszívódása miatt tartósan szódabikarbóna szedése válik majd szükségessé.

Kontrollok során ellenőrizni kell a különböző (bél-bél, vesevezeték-bél, bél-húgycső vagy bőr) összeköttetések (anasztomózisok) állapotát és kizárni ezek heges szűkületét. A szűkületek gyakoriak, akár évekkel később is kialakulhatnak, és akár ismételt hasi műtétet vagy endoscopos beavatkozást igényelhetnek (10-20% valószínűség). Minden hasi műtét után kialakulhatnak bélösszenövések, melyek szintén műtéti megoldást igényelhetnek.

Nőknél, a petefészkek eltávolítás miatt gyakran fellépnek „klimaxos” tünetek, hüvelyszárazság, illetve közösülési zavarok.

Férfiaknál törvényszerű az ondóvezetékek lekötése miatti nemzőképtelenség és csaknem mindig észlelhető a beidegzési zavarok miatti merevedési-, és közösülési képtelenség, melyet sokszor gyógyszerekkel sem tudunk befolyásolni.

Sajnos e kiterjesztett műtét ellenére is előfordulhat, hogy alapbetegsége a műtéti területen kiújul vagy a műtét idején még nem kimutatható távolabbi szervekben meglévő áttétek jelentkeznek, melyek további **onkológiai kezelést** fognak igényelni.

Ez a műtét az urológiában talán a legkiterjesztettebb műtét, így a műtéti megterhelés is jelentős. Emiatt műtét előtt **belgyógyászati és aneszteziológiai vizsgálat** történik a műtéti kockázat felmérése céljából. Azonban e vizsgálatok megbízhatósága korlátozott. A műtéti, illetve a korai műtét utáni **halálozás**, még a legjobb és legnagyobb amerikai és nyugat európai intézetekben is **1-5 % közé tehető**. Ennek oka a nagy műtéti megterhelés, a szövődmények (gyulladásos folyamatok-tályogok, különböző szervek összevarrásának elégtelenségei, áthelyezett szervek vérellátási zavarai stb.) miatti életmentő, esetleg ismételt műtétekből adódó megterhelés, elsősorban a keringés összeomlása, vagy az alsó végtagok és/vagy a kismedencei vénák vérrögösödésből (thrombosisából) eredő tüdőembóliák.

A vérrögösödés kockázatának csökkentésére a műtét alatt és azt követően thrombosit megelőző beavatkozások alkalmazására kerül sor (gumiharisnya viselése, speciális infúziók, heparin származékok alkalmazása).

A hosszú műtét miatt a műtét utáni tüdőgyulladás sem elhanyagolható és néha halálos is lehet. Előfordulhat sebgyógyulás vagy steril sebszétválás, mely tartós sebkezelést, vagy műtéti megoldást igényelhet.

A műtéti beavatkozás következményeként esztétikailag és funkcionálisan kedvezőtlen túlburjánzó hegeképződést (keloid), összenövéseket a hasüregben, hasfali sérv (hernia) kialakulását biztonsággal kizárni nem lehet.

A kórházi bennfekvés során a műtéti előkészítő és kísérő beavatkozások egyike sem tekinthető kockázatmentesnek. Az injekciók és infúziók ritkán helyi szöveti károsodásokat (injekció okozta tályog, hegesedés, ideggyulladás, vénafal gyulladás) okozhatnak.

Amennyiben vér, vagy vérkészítmények adása válik szükségessé a fertőződés lehetősége pl. hepatitis vírussal (májgyulladás), és rendkívül ritka esetben (kb. 1:1 millióhoz gyakorisággal) HIV vírussal (AIDS) abszolút értelemben nem zárható ki. Saját vér adásával ez a kockázat elkerülhető. Az, hogy ez az eljárás az ön esetében jelenleg lehetséges-e, és milyen mértékben ésszerű, az minden esetben egyéni elbírálást igényel, melyet beszéljen meg orvosával.

További felmerülő kérdések:

A műtéti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának!

P!:

Mennyire szükséges és sürgős a műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még a műtéthez? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak?

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

Stb.