

PROSZTATA LAPAROSCOPOS MŰTÉTTEL TÖRTÉNŐ TELJES ELTÁVOLÍTÁSA ROSSZINDULATÚ DAGANAT MIATT (LAPAROSCOPOS RADICALIS PROSTATECTOMIA)

Kedves betegünk,

Az Ön esetében a dűlmirigy (prosztata) rosszindulatú megbetegedése miatt tervezünk kezelést végezni. Normális körülmények között a gesztenye nagyságú prosztata a hátsó húgycsőszakaszt veszi körül a hólyagnyak és a húgycső záróizomzata között. Különböző okok miatt a 35. életév körül a prosztata növekedésnek indul. A növekedés az 50. életév körül már olyan kifejezett lehet, hogy a hátsó húgycsőszakaszt összenyomhatja ezzel akadályozva a vizeletáramlást is. A prosztata szövetében a kor előrehaladtával egyre növekvő valószínűséggel fordulnak elő nem jóindulatú szövetrészek, ám ez külön tünetet nem okoz. A vérvétellel észlelhető PSA-szint emelkedés mellett a prosztata tapintási leletének változása hívja fel az orvos figyelmét erre a körülményre. Csak biopsziás mintavétellel bizonyítható a betegség jelenléte és kezdhető meg annak gyógyítása, korrekt szövettani eredmény hiányában nem végezhető műtéti beavatkozás, sugárkezelés, hormonterápia, vagy citosztatikus kezelés.

Az Ön esetében előzetes kivizsgálás során megtörtént a prosztata szövetmintavétel, aminek feldolgozása rosszindulatú szövetrészt előfordulását bizonyította.

A rosszindulatú prosztata daganat elsődleges terápiája, amennyiben a folyamat stádiuma, a beteg kora, egészségi, és általános állapota lehetővé teszi, a prosztata műtéti úton történő radikális eltávolítása vagy sugárkezelése. A folyamat rosszindulatú jellegéből adódóan a véráram, vagy a nyirokkeringés útján áttéteket képezhet egyéb szervekben, elsősorban a csontrendszerben, de megjelenhet a folyamat az elsődleges nyirokcsomókban, vagy távoli szervekben is. Ennek kizárását követően, amennyiben a beteg a műtétet választja, és valamennyi feltételnek megfelel, megtörténhet a prosztata radikális eltávolítása.

A beavatkozás előtt orvosa megbeszéli Önnel a kezelés, vagy műtét szükségességét, kivitelezésének módját. Ahhoz, hogy a tervezett beavatkozáshoz, kezeléshez, műtéthez beleegyezését tudja adni, szükséges ismernie a beavatkozás menetét, annak elmaradásának következményét, az alábbiakban felsorolt esetleges szövődményeket, nem kívánatos következményeket. Ez a beteg-felvilágosítási lap orvosával történő megbeszélést segíti elő és a fontosabb pontok írásos dokumentációját szolgálja.

Milyen veszélyekkel kell számolni kezelés nélkül?

A betegség előrehaladása állapotromláshoz, daganatáttétek, elsősorban nyirokcsomó és csontáttét keletkezéséhez vezet, hosszú távon végzetes kimenetelű lehet.

Milyen kezelési lehetőségek vannak?

-A prosztatarák stádiumtól függően a következő lehetséges gyógymódokkal kezelhető:

- A prosztata műtéti radikális eltávolítása
- Sugárkezelés
- Kemoterápia (citosztatikus kezelés)
- Hormonkezelés, mely a férfi hormon (tesztoszteron) szint csökkentését jelenti (maximális-, vagy totális androgén blokádnak)

Az alkalmazható kezelési forma függ a prosztatadaganat méretétől, kiterjedésétől, a környezetéhez való viszonyától, és a távoli áttétek meglététől és elhelyezkedésétől, valamint a beteg korától és általános állapotától.

Az egyes kezelési formák előnyeit és hátrányait készséggel ismerteti Önnel kezelőorvosa. Az egyes felsorolt kezelési formák bizonyos esetekben kombinálhatók is egymással.

Mi várható a kezeléstől, műtéttől?

A prosztatata radikális eltávolítása esetén az 5 éves daganatmentes túlélés átlagosan 85-90%-os lehet. A 10 éves túlélés átlagosan 80%-os. A hormonkezeléssel kiegészített sugárkezelés esetén az 5 éves daganatmentes túlélés átlagosan 70-75% míg ugyanez az érték 10 év elteltével átlagosan maximum 65%.

Hogyan történik a műtét kivitelezése?

Általános érzéstelenítésben (narcosisban), endoszkópos technika segítségével, melynek lényege, hogy 5 darab, fél-egy centiméteres nyíláson bevezetett csövön keresztül történik a feltárás. A műtét során a kismedencei nyirokcsomók a daganat stádiumától függően eltávolításra kerülhetnek. A prosztatata (dülmirigy) és az ondóhólyagok együtt kerülnek eltávolításra. Ezután a hólyagalap sebének és a húgycsőcsomónak varratokkal történő egyesítése következik. A műtéti területre 1-2 váladék elvezető csövet (drain) helyezünk be. Ezen kívül a beteg gyógyulását húgycső-, valamint szükség esetén endoscoposan felvezetett húgyvezeték katéterek is szolgálják.

A draineik eltávolítása általában néhány napon belül megtörténik, a katéter eltávolítása a műtétet követő 6.-7. napon történik.

Érinti a beavatkozás a szexuális funkciót?

A potenciavesztés valószínűsége még gondos idegkímélő technika alkalmazása mellett is meghaladhatja a 75-80%-ot. A műtétet követően alkalmazott gyógyszeres (a hímvesszőbe adott injekciós vagy szájon át alkalmazott) kezelés hatására 40-50%-ban visszatérhet a spontán merevedés képessége, de akár 1,5-2 év múlva. Amennyiben ez nem következik be, és igény van rá, úgy végső megoldásként a hímvesszőbe helyezhető protézis jelenti a végleges megoldást.

Milyen szövődeményekkel lehet számolni?

A műtét valamennyi formája esetén a legfontosabb szövődemény a vérzés. Előfordulhat ezen felül idegsérülés, bélsérülés, nagyér sérülése is.

A műtétet követő korai időszakban fertőzés, vizeletsipoly kialakulása, végbélsipoly kialakulása, varratszétnyílás, a vesevezetékek öltés következtében való elzáródása, következményes vese üregrendszeri tárgulat kialakulása, és thrombemboliás szövődemények megjelenésére lehet számítani.

A húgyhólyag-húgycső összeköttetés elégtelensége esetén tartósabb katéter viselés is szükségessé válhat.

Nyirokcsorgás, illetve nyirokgyülem felszaporodása esetén kiegészítő beavatkozás is indokolt lehet.

A műtétet követő késői periódusban vizeletsipoly kialakulása, húgycsőszűkület, vizelettartási képtelenség 5%, potenciavesztés 75% gyakorisággal fordulhat elő. Sugárkezelés esetén a szövődemények, mint sugár okozta hólyaggyulladás, végbélgyulladás aránya 10% alatt van, általában átmeneti, a potenciavesztés 45%.

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, hegesezés, 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.

Minden fent megnevezett szövődmény további kezelést tehet szükségessé, adott esetben műtéti feltárássra is sor kerülhet. Elenyészően kis százalékban, mint minden műtéti beavatkozásnál, úgy a tervezett kezelés, vagy műtét során, illetve után is, felléphetnek olyan váratlan orvosi események, melyek akár a beteg elhalálózását vonhatják maguk után.

További felmerülő kérdések:

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

Pl.:

A szóba jövő kezelési eljárások közül miért ezt a megoldást javasolja orvosa?

Mennyire szükséges és sürgős a kezelés, vagy műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

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

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

A kezelés, vagy műtét után meddig kell a nemi élettől tartózkodnia?

Stb.