



ENDOSZKÓPOS VESEKŐZÚZÁS BŐRÖN KERESZTÜL (PCNL)

Kedves Betegünk!

Önnél a vizsgálatok során vesekövességet állapítottunk meg. A vesekő évek alatt fokozatos növekedést mutat, állandó gyulladást tarthat fenn, vagy a vese elzáródását okozhatja, így hosszú távon a vese tönkremeneteléhez vezethet. Ajánlott ezért a kő minél előbbi eltávolítása. Amennyiben Önnél a kevésbé invazív lökéshullámú vesekő-eltávolítás valamilyen okból nem jöhet szóba, vagy ezzel a módszerrel végzett korábbi kísérletek sikertelennek bizonyultak, javasolt a kő eltávolítása endoszkóposan, szem ellenőrzése mellett. A beavatkozás előtt orvosa megbeszéli Önnel a műtét szükségességét, kivitelezésének módját. Ahhoz, hogy a tervezett műtétbe beleegyezését tudja adni, szükséges az alábbiakban felsorolt esetleges szövődmények, nem kívánatos következmények ismerete

Ez a betegfelvilágosítási lap orvosával történő megbeszélést segíti elő és a fontosabb pontok írásos dokumentációját szolgálja.

Azt, hogy veseköve az Ön esetében milyen okból léphetett fel (anyagcsere rendellenesség, vizeletelfolyási akadály) a felvilágosító elbeszélgetés során orvosa pontosan ismertetni fogja.

Milyen veszélyekkel kell számolni kezelés nélkül?

A vesekő a vese nemkívánatos, rendellenes állapota. Lehet tünetmentes, de többnyire változó mértékű panaszokat is okoz. A leggyakrabban tompa deréktáji fájdalmakat okoz, s különböző mértékű bakteriális gyulladást tart fenn a húgyutakban. Normális körülmények között a vesében termelődő vizeletet a vesevezeték (uréter) továbbítja a húgyhólyagba, ez a továbbító funkció folyamatos. Ha a vesekő, vagy egy darabja a veséből a vesevezetékbe sodródik, azt lezárja és a tovább termelődő vizelet a vesében túlnyomást, és üregrendszeri pangást okoz. A vizeletpangás görcsös vagy tompa fájdalmakat okozhat az érintett oldalon. Ha huzamosabb ideig áll fenn ez az állapot, számolni kell a vesék és húgyutak akut vagy krónikus gyulladásával. Ez a gyulladás erősödő fájdalmakat, állapot romlást, rossz közérzetet, lázas állapotokat okozhat, súlyos esetben vese és vesekörnyéki tályogok megjelenéséhez, vérmérgezéshez (urosepsis) vezethet. Ilyen esetben a vese/vesék teljes elpusztulása nem ritka szövődmény. A vesekő tartós fennállása alatt lassú növekedést mutat, akár a teljes veseüregrendszert is kitöltheti (korallkő). Ilyenkor a veseműködést gyulladások fellépése nélkül is károsíthatja, s a szervezetünkben káros anyagcseretermékek szaporodnak fel, húgyvérűség (uraemia) kialakulása fenyeget, mely életet veszélyeztető állapot. Előrehaladott húgyvérűség esetén művese kezelés (dialysis) elvégzése válhat szükségessé.

Milyen kezelési lehetőségek vannak?

A vesekő eltávolításának legkevésbé invazív, elterjedt eltávolítási módja a testen kívüli lökéshullámú közúzás (ESWL), melynek során a testen kívül létrehozott speciális, erős, fókuszált energiával, lökéshullámokkal célozzuk meg a követ, ami több ezer ilyen ütésre szétzúzható.

A kőtörmelékek a vesevezetéken keresztül spontán, lassan távoznak, de távozásuk számos nehézséget okozhatnak (göcsök, vérzés, veseelzáródás, műszeres beavatkozások vagy katéteres vizeletelvezetés szükségessége).

Ritka esetekben lehetőség van a vesekő elérésére a vesevezetéken (uréter) keresztül, és egy optikus eszközön keresztül (ureterorenoszkóp) ultrahang vagy lézer energiával megzúzni a követ.

A kőtörmelékeket vagy ugyanezen úton távolítjuk el, vagy egyidejűleg a vese közvetlen megszurásával behelyezett csövön keresztül.

Ha valamiért a lökéshullámú közúzás nem javasolt (nagy méretű kő vagy a kőtörmelékek spontán távozása nem biztosított) vagy az korábban sikertelennek bizonyult, akkor a kisebb kövek akár egészben eltávolíthatók a veseüregrendszerbe közvetlen, bőrön keresztül beszúrt optikus eszköz (nephroscop) segítségével.



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ Urológiai Osztály

A nagyobb köveket ezen keresztül UH-os vagy lézer közúzóval zúzhatjuk darabokra (PCNL), s távolíthatjuk el az eszközn keresztül.

Nyílt műtéti vesekő eltávolítás ma már csak kivételes, válogatott esetekben, igen ritkán jöhet szóba. A felvilágosító beszélgetés során részletesen elmondjuk, hogy az Ön esetében a rendelkezésre álló beavatkozások közül miért a bőrön keresztüli vesekőzúzást (PCNL) javasoljuk előnyben részesíteni a többivel szemben.

Hogyan végezzük a műtétet?

A műtétet többnyire lélegeztetési alátásban (intubációs narcosis) vagy gerinc közeli érzéstelenítésben (epiduralis anaesthesia) végezzük, kivételes esetekben elvégezhető a műtét helyi érzéstelenítésben is. A műtét során a beteg a műtőasztalon hason fekszik, hasa alá a vesét rögzítő párnát helyezünk. A műtét során mind ultrahang mind röntgen készülék segítségével igénybe vehetjük az üregrendszer megcélzásához. Húgycsővön keresztül, cystoscopos eszközzel vékony uréterkatétert vezetünk fel a veseüregrendszerbe, ezen keresztül töltjük fel azt kontrasztanyaggal. Ultrahangos vezetéssel vékony tűt szúrunk a vese üregrendszerébe, majd vezetődrót segítségével, óvatos tágitással munkacsatornát alakít ki, melyen keresztül egy speciális endoszkópos műszert, a nephroscopot a vese üregrendszerébe helyezük. A tágitást és az eszköz bevezetését röntgen készülékkel követjük nyomon, a műtét során röntgen kontrasztanyag üregrendszeri alkalmazására is sor kerül. Az üregrendszert steril konyhasóoldattal feltöltve, folyamatos video ellenőrzés mellett keressük fel a követ az üregrendszerben és fogóval megragadva az eszköz külső hüvelyén keresztül eltávolítjuk azt. Ha a kő nagysága az egészben történő eltávolítást nem teszi lehetővé, akkor UH-os közúzó szondával vagy a lézer sugarat közvetítő vékony kvarc szál segítségével a követ darabokra zúzzuk és törmelékét kiszívjuk, vagy fogóval eltávolítjuk. A műtét után az eszköz helyén 1-2 napra katétert hagyunk vissza a vese üregrendszerében. A vese katétert a bőrhöz öltésekkel rögzítjük, a vizeletet gyűjtőzsákba vezetjük el. Átmenetileg az vesevezetékbe

Milyen szövődményekkel lehet számolni?

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

Melyek ezek?

Az üregrendszer megszúrása, illetve a tágitás és behelyezés során szinte mindig keletkezik vérzés, mely többnyire a beavatkozást követő órákban magától megszűnik. Erős vérzésnél többnyire elegendő vér vagy vérkészítmények adása. Nagyon ritka esetben műtéti vérzéscsillapítás válik szükségessé. A nyílt műtéti feltárás esetén nagyon ritka esetben az érintett vesét vagy annak egy részét el kell távolítani. Amennyiben a másik vese egészséges, a veseszövet elvesztése nem jár együtt az élet minőségének és a várható élettartamnak csökkenésével. Egyedüli működő vese károsodása esetén művele kezeléssel biztosítható az élet fenntartása, bizonyos esetekben később lehetőség nyílik veseátültetésre is.

Nagyon ritka esetben a katéter behelyezése során a vese és a szomszédos szervek (lép, vastag és vékonybelek, hasi nagy erek, máj stb.) sérülést szenvedhetnek.

Komoly sérülés esetén nyílt műtéti feltárássra van szükség.

Mellhártya és mellkasi szervek sérülése légmell (pneumothorax) kialakulásával járhat, ilyenkor mellkasi szívódrén behelyezése válhat szükségessé.

A szúcsatorna tágitása és a vesekő zúzása során a feszülő vesemedence falán sérülések (kilyukadás, repedés) jöhetnek létre.

Ezeket keresztül kisebb-nagyobb mennyiségű vizelet kerülhet a környező szövetek közé. Ilyen esetekben a töltési nyomás csökkentése, a műtét minél előbbi befejezése, és a biztonságos katéteres vizeletelvezetés több napon keresztül fenntartása általában elegendő, s nincs szükség a sérülés nyílt műtéti úton át történő ellátására.

A műtét során a vese szúrt sebe kisebb-nagyobb mértékben berepedhet, s akár már a műtét során is, e többnyire inkább azt követően vérezhet.



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ

Urológiai Osztály

A vese vérzése a szúrt csatornába behelyezett vastag katéterre általában teljesen megszűnik, de igen ritkán a nagyobb mértékű, s a veséből a környezetébe szivárgó vérzés miatt műtéti feltárással és a vese sebének elvarrására is szükség lehet. A bőrön, a szúrt csatorna mentén, a vese környezetében vérömlenyek, véraláfutások keletkezhetnek, melyek pár nap alatt maguktól felszívódnak, műtéti beavatkozást ritkán tesznek szükségessé.

Előfordulhat, hogy a kőnek csak egy részét sikerül eltávolítani, s a maradék kő, vagy kődarabok teljes eltávolítása csak egy újabb hasonló beavatkozással, vagy néhány hét múlva végzett lökéshullámú kőzúzással lehetséges.

A műtét során keletkező kötőszövet egy vagy néhány kisebb-nagyobb része a vesevezetékbe sodródhat, s azt lezárva panaszokat és vizeletfolyási akadályokat okozhat.

A kődarabok görcsoldók szedése mellett spontán távoznak, de lehet, hogy átmenetileg uréterkatéter felhelyezésére vagy endoszkópos uréterkő-eltávolításra lesz szükség.

Fertőzött vizelet mellett elvégzett vesekőzúzás során, az alkalmazott antibiotikus kezelés ellenére is lázreakció, súlyosbodó gyulladás klinikai képe alakulhat ki, melynek során a kórokozók a véráramba kerülve vérmérgezést (sepsis) okozhatnak, ilyen esetben intenzív betegellátás szükséges.

A súlyos vérmérgezés a legszakszerűbb kezelés ellenére még ma is halálos kimenetelű lehet.

Röntgen kontrasztanyagra és/vagy helyi érzéstelenítő szerekre való korábban nem ismert érzékenység esetén különböző erősségű allergiás reakciók keletkezhetnek (bőr, légzési, keringési tünetekkel), melyek rendszerint gyógyszeres kezeléssel uralhatók, intenzív betegellátásra csak nagyon ritka esetben van szükség.

Mint minden műtéti beavatkozásnál illetve utána is, a beteg szervezetében vérrögök képződhetnek (thrombosis), melyek a véredényeket elzárhatják (embolia).

Súlyos esetben a vérrögösödéssel járó kórképek (tüdőembolia) a beteg halálát is okozhatják.

Ennek megelőzését szolgálja a már a műtét előtt megkezdett véralvadást gátló szer (heparin származék) adása, a bő folyadékfogyasztás és a korai felkeltés, járkálás a műtétet követően, valamint a lábszárak rugalmas pólyával történő betekerése (fáslizás).

Amennyiben a visszerek rögösödése mégis kialakul, intenzív belgyógyászati gyógyszeres kezelés szükséges. A jelentősebb komplikációkról a fentiekben tettünk említést.

Ezeket kívül előfordulhatnak még ritkán jelentkező szövődmények, a műtét előtti kivizsgálás, előkészítés és az utókezelés során (pl. infúzió adásakor, esetleges vérátömlesztéseknél, bőrbevézések, gyulladások, allergiás reakciók stb.).

Utókezelés: A vesekő-kiújulás megakadályozásának alapja a vese teljes kömentesítése. Ezt követően a legfontosabb az idült vese-üregrendszeri gyulladás megszüntetése, illetve a jövőbeni húgyúti gyulladások kellő időben történő, hatásos kezelése. A vesekő-képződés megelőzésének egyik legfontosabb módszere a bőséges folyadékfogyasztás, ami a kellő mennyiségű, legalább napi 2 literes vizeletmennyiséget biztosítja.

A testre szabott utókezelést és a kő kiújulását megelőző módszereket kezelőorvosa a köösszetétel ismeretében, a kőanalízis és a kontroll vizsgálat eredményétől függően fogja megbeszélni Önnel.

Mire kell odafigyelni?

Elbocsátását követően az első munkanapon jelentkezzen házi orvosánál! Kontroll vizsgálatára hozza magával zárójelentését, s korábbi rtg. felvételeit, amennyiben rendelkezik ilyenekkel!

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