



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

LAPAROSCOPOS PROMONTOFIXATIO (LAPAROSCOPOS HÁLÓBEÜLTETÉS HÓLYAGSÜLLYEDÉS MIATT)

Kedves Betegünk!

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

A fenti okok miatt javasoljuk Önnek a kismedencei előesés műtéti megoldását

1. Beavatkozás előkészítése, menete:

A műtét (Laparoscopos sacrocolpopexia)

Az Önnek panaszt okozó kismedencei prolapsusa (előesése) általános narkózisban történő rekonstrukcióját (helyreállítását) végezzük el polipropylen alapanyagú (szövetbarát, nem felszívódó) háló laparoskopos (kis hasfali nyílásokon keresztül történő hasüregi endoszkópos) úton történő beültetésével. A hálót ezt követően a hashártyával elfedve az a hasüregen kívülre kerül, a belekkel való közvetlen érintkezés (következményes összenövések, hasi fájdalmak) elkerülése céljából.

A műtét előtt adott megelőző (profilaktikus) antibiotikum adása után a hasüregt CO₂ gázzal fújjuk fel egy erre kifejlesztett speciális tű segítségével (Veress tű), a hasüregi nyomást folyamatosan 12Hgmm-en tartva. Ezután 4 kis nyíláson (un. portokon keresztül) helyezük be a laparoskopos műtéthez szükséges eszközöket, amit szükség szerint további portok behelyezésével egészíthetünk ki. Ezt követően Önt Trendelenburg helyzetbe hozzuk a műtőasztalon, hogy a belek a kismedencében történő sebészi műveleteket ne zavarják. Ez a műtőasztal fej felé billentését jelenti kb. 30-40 fokkal. A rekonstrukciónál egy vagy két háló kerül beültetésre a prolapsus típusától függően. Elülső hüvelyfali süllyedés esetén egy elülső hálót varrunk a hüvely falára, miután azt a hólyagtól leválasztottuk, majd a háló másik végét a kismedence bemeneténél található fix ponthoz rögzítjük, ami a keresztcsont elülső kinövésén lévő erős szalagot jelenti. (lig. longitudinale ant., vagy promontorium). A hálót a jobb oldali széles méhszalag (lig. latum uteri) alatt képzett nyíláson kell a végső rögzítés előtt átbújtatni, hogy az a hasüregen kívülre tudjon kerülni. Amennyiben a méh előesése kifejezett, úgy a hálót megfelelően és mind a kétoldali széles méhszalag alatt átbújtatva a méhet még jobban fel tudjuk húzni a normalis anatómiai helyére. (hysteropexia)

Amennyiben hátsó fali prolapsusról is szó van (bél előesése a hátsó hüvelyfal süllyedésével) és ez kifejezett panaszt okoz, vagy a későbbiekben ennek kialakulásának komoly rizikója áll fent (fiatal beteg, kifejezett súlytöbblet, fizikai munka), ez esetben a műtétet hátsófali háló beültetésével is kiegészítjük. Ez a műtéti időt 60-90 perccel megnyújtja, csak jó általános állapotban javasolt. (Műtét előtti kivizsgálás, anesthesiológiai kockázat mérlegelése, társbetegségek figyelembevétele alapján.) Ilyenkor egy újabb hálót a végbél előtt a gát izomzatára, vagy pedig a hátsó hüvelyfalra rögzítünk, miután a hüvely és a végbél között a megfelelő teret kiképeztük. A hálók rögzítése nem felszívódó varrófonalakkal történik, mert a szakmai irodalom alapján így érhető el a legkisebb kiújulási arány. A hátrány ennél a fonaltípusnál az lehet, hogy az esetek egy részében (általában vékony hüvelyfal esetén, amit idős kor, oestrogén hiány, alkati tényezők hozhatnak létre) a fonál a hüvely üregében előjöhözhet a műtét után bizonyos idővel. Ezt viszonylag kis, hüvelyi műtéti megoldással lehet orvosolni. A hálók beültetését követően a hálók felett a hashártyát zárjuk. Sebűri drént általában nem szükséges behelyezni, csak fokozott vérzés vagy annak rizikója esetén. Szövődmenymentes esetben az általános katéter viselési idő 24h.



2. Beavatkozás kockázatai, szövődményei

- A jelentős súlyfelesleg és a beteg kardiopulmonális státusza (szív-érrendszeri állapota) miatt egyes esetekben, előre nem várt módon a hasüreg felfújása és a Trendelenburg helyzet a laparoszkópos műtét további folytatását nem teszi lehetővé, ilyenkor a beteg vérgáz értékei a műtét alatt súlyosan romlanak és az aneszteziológussal konzultálva a műtét felfüggesztése és a beteg felébresztése mellett dönthetünk.

- A laparoszkópos beavatkozásoknál előfordulhat, hogy előre nem kiszámítható esemény (vérzés, bélsérülés, kiterjedt összenövés) miatt nyílt műtéti feltárássra, vagy a műtét azonnali befejezésére kerülhet sor.

- Méheltávolítás után hagyott túl rövid hüvelycsonk esetén a műtét nem mindig kivitelezhető.

- A hüvely és a hólyag heges összenövése (megelőző műtétek) miatt előfordulhat a hólyag vagy a hüvely megnyílása, amit általában még a műtét alatt laparoszkóposan megvarrunk és nem befolyásolja a gyógyulást. A húgyhólyag megnyílása esetén a katéter viselési idő a műtét után hosszabb (6-7 nap), hüvely megnyílása esetén a háló kilöködés aránya magasabb lehet, ezt széles spektrumú antibiotikum adásával elkerülhetjük.

- A hasüregi szervek (vékonybél, vastagbél, méh, petefészek), valamint a környező nagyerek és/vagy idegek sérülései minden gondosság ellenére a műtét alatt teljes biztonsággal nem mindig zárhatóak ki. A bélsérülések, erősebb utóvérzések vagy nagyobb vérvesztés ismételt műtéti feltárást vagy vértranszfúzió adását tehetik szükségessé.

- A sebgyógyulási zavar a laparoszkópos műtétek után nagyon ritka, kialakulása során létrejött gyulladás láz kialakulásához vezethet, ritkán pedig a has és szerveinek az általános gyulladása (peritonitis) alakulhat ki. Bélrenyhesség vagy a bélműködés teljes leállása (ileus) valamint összenövések keletkezése a hasüregben szintén ritkák laparoszkópos beavatkozások után, de kialakulásuk nem zárható ki teljes bizonyossággal. Sérv (hernia) kialakulása is ismételt műtéti beavatkozást tehet szükségessé.

- Mint minden operatív beavatkozást követően, úgy ezen esetben is képződhetnek vérrögök a vénás nagyerekben (trombózis), melyek elszabadulhatnak és egy másik érszakasz teljes elzáródásához vezethetnek (embólia). Megelőző intézkedésként tromboprofilaxisban részesülhet (pl: heparin injekció adása), mely nagyon ritka esetekben súlyos, életet veszélyeztető váralvadási zavarhoz vezethet.

- Korábbi vagy kísérő betegségek (comorbiditás) (pl: szív, keringési, tüdő, máj vagy véralvadási zavarok) a beavatkozás rizikóját növelik, melyekről szintén beszélni fogunk Önnel.

3. Lehetséges további beavatkozások:

A lehetséges következményes további beavatkozások sem teljesen mentesek a rizikótól. Az adott infúzió, vagy injekció beadásának helyén ritkán ugyan, de kialakulhat következményes helyi szöveti sérülés (tályog, szöveti elhalás, ideg,- vagy erek fokozott izgalma). Amennyiben vár adása (transzfúzió) szükségessé válik, úgy a különböző fertőzésekre úgy mint hepatitis (fertőző májgyulladás) és extrém ritkán (kb. 1:1.000.000) HIV fertőződés abszolút biztonsággal nem zárható ki. Saját vér beadása (autotranszfúzió) csökkenti ezen rizikók lehetőségét.

4. Beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

A fenti szövődmények elkerülése.

5. Beavatkozás elmaradásának kockázatai, szövődményei:

A prolapsus okozta tünetek (idegentest érzés a hüvelybemenetben, nehézzvizelés, inkontinencia, alhasi-háti fájdalmak, székletürítési problémák) megmaradnak, állandósulhatnak vagy fokozódhatnak, a prolapsus mértéke tovább növekedhet.



6. Beavatkozás alternatív módszere (i):

a.) hüvelyi pesszáriumok használata

- előnye: nem kell műtétet végezni
- hátrányai: az anatómiai helyreállítás nincs véglegesen megoldva, a hüvelyi eszköz váladékozást illetve folyamatos fertőzést tarthat fent.

b.) háló beültetés hüvelyen keresztül

- előnye: nem kell a hasüreget CO₂ gázzal felfújni, a beteget hosszabb ideig altatni, a hasüregi szervek sérülésével számolni
- hátránya: A háló kilökődési aránya magasabb. A műtét után a fájdalmas közösülés (dyspareunia) nagyobb valószínűséggel jelentkezik, mint hasüregi hálóbeültetés kapcsán. A nagy prolapsusokat nem oldja meg, illetve a kiújulási arány lényegesen rosszabb, új helyeken jelenhet meg süllyedés.

c.) hüvelyi műtétek hálóbeültetés nélkül (hüvelyfal plasztikák)

- előnye: nem kell hálókilökődéssel számolni
- hátránya: magas kiújulási arány

d.) hüvely bezárása (Neugebauer-Lefort)

- előnye: kisebb műtéti megterhelés, nem kell háló kilökődéssel számolni (idős, gyenge általános állapotú betegeknél javasolt)
- hátránya: a hüvelyi életet megszünteti

7. Beavatkozás várható kimenetele, eredménye

A nagyobb hüvelyfali süllyedéseknél, jó általános állapotú betegnél választandó lehetőség a laparoszkópos rekonstrukció a hasüreg felől hálóval, ami az irodalmi adatok szerint a várható legkisebb kiújulási arány és fájdalmas közösülési gyakoriság mellett hosszú távon is jó eredményekkel képes kezelni a ma már népbetegségnek számító kismedencei prolapsusok minden fajtáját, a laparoszkópos műtétek nyújtotta ismert előnyök mellett. (Gyors felépülés, jó kozmetikai eredmények, kevés hasfali sérv, kevés fájdalomcsillapító igény a műtétet követően.) A beteg szövődésmenyes esetben, jó általános állapotban a műtét követően 48 órán belül otthonába távozhat.

8. Beavatkozást követő további ellátások, kezelések:

- A műtét után javasolt 3 hónapos fizikai kímélet mellett, panaszmentesség esetén további rutinszerű beavatkozásokra nincs szükség. A betegeinket a műtét után egy héttel, egy hónappal, majd fél évvel kontrolláljuk.

- Nagy prolapsusoknál közel 30%-ban fordulhat elő a műtét után jelentkező vizelet inkontinencia, aminek oka a húgycső záróizmának elégtelensége (ISD), ami már műtét előtt is jelen volt, de pont a süllyedés okozta hólyagmegtörtetés fedte el, vagy csökkentette a tüneteket. Az anatómiai rekonstrukcióval a megtörtétést megszüntetjük, egyúttal a meglévő záróizom elégtelenség okozta akaratlan vizeletvesztés kifejezettebbé válik. Ennek előre várható bekövetkezése a műtét előtti kivizsgálásokkal biztosan nem jósolható meg. A probléma egy kis műtéttel, a hüvely felől a húgycső alá behelyezhető szalag beültetésével egy napos sebészet keretén belül megoldható.

- A ritkán bekövetkező hálókilökődés, az érintett hálórész hüvely felől történő kimetszését jelentheti egy napos sebészet keretén belül egy vagy esetleg több alkalommal. Ez a hálórekonstrukció eredményeit nem befolyásolja. Tartós fájdalom, vagy esetleg lázas állapot esetén a háló teljes műtéti eltávolítására kerülhet sor, de ez csak igen ritkán fordul elő és a beteg idegentesttel kapcsolatos ún. „idegentest reakciója” miatt alakulhat ki.

- A hátsó háló beültetése után ritkán kialakulhat székszorulás, de általában ez már a műtét előtt is panaszát képezi a betegnek, a műtéttel sem garantált ennek megoldódása.

- A műtét előtt már meglévő gyakori vizelési ingereknél az esetek többségében nem a prolapsus áll a panaszok hátterében, hanem egyéb okok (pl. hólyag hyperaktivitás, oestrogén hiány),



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ
Urológiai Osztály

így ezek megszűnése a műtét nem várható, további kivizsgálásra vagy gyógyszeres kezelésre lehet szükség.

9. Beavatkozást követően javasolt életmód

- Az alhas ill. a keresztcsont felé sugárzó átmeneti fájdalmak fájdalomcsillapítóval kielégítően csillapíthatóak.
- Kímélje magát a műtétet követő 6-12 hétben, kerülje el a nehéz fizikai munkát, a nehéz tárgyak emelését, a köhögést, melyek a háló fixációs öltéseinek elengedéséhez vezethetnek.
- Kérjük, hogy vegye komolyan az orvosi javaslatot a műtét utáni kontroll vizsgálatokkal kapcsolatban. (Egy hét, egy hónap, fél év a műtét után.)

**Azonnal jelentkezzen urológiai szakrendelésen, ha lázas (38C vagy feletti a testhőmérséklete),
ha fájdalmai vannak vagy állapota hirtelen romlik!**