

MH Központi Honvédkórház Urológiai Sebészeti Osztály

Szemlélet változás a BPH sebészi kezelésében

**Dr. Földesi János orvosszázados,
Dr. Simonyi László orvosalezredes,
Dr. Végh Attila ny. orvosezredes, Ph.D.**

*Kulcsszavak: TURP, transvesicalis prostatectomia, korai katéter eltávolítás,
költségcsökkentés*

A szerzők ismertetik a Központi Honvédkórház Urológiai Sebészetén az utóbbi tíz évben benignus prostata hyperplasia miatt végzett műtétek számát, a betegek kivizsgálásának menetét, a műtéti indikációkat, az alkalmazott műtéti technikákat és szövődményeket. Az eredmények a transurethralis beavatkozások számának emelkedését, az ápolási napok számának csökkenését mutatják.

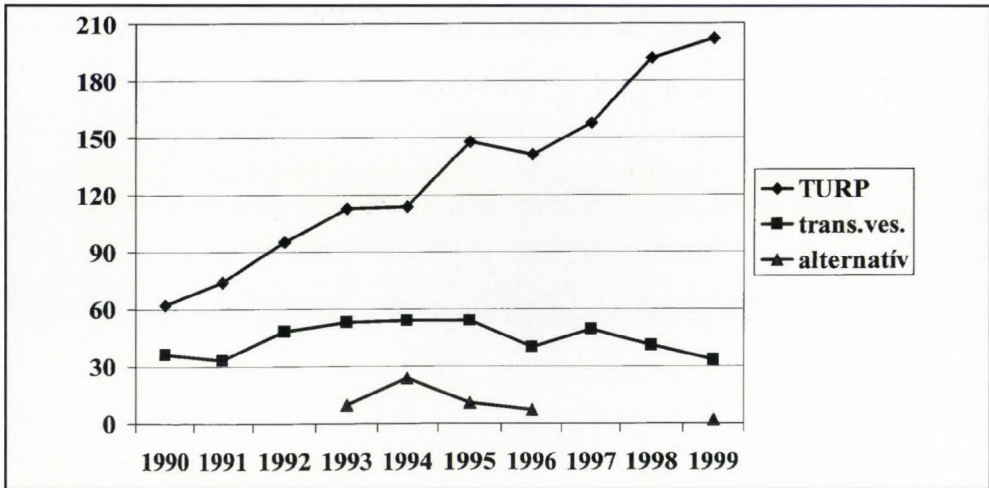
Osztályunkon az eltelt 10 évben – 1990. január és 1999. december között – 1742 beteget kezeltünk benignus prostata hyperplasia miatt. Az összes fekvőbeteg mintegy 15 %-a került felvételre időskori vizelési panaszai műtéti megoldása céljából.

A betegek kivizsgálása, szűrése, műtéti előkészítése az esetek egyre nagyobb részében ambuláner, a rendelőintézeti szakambulanciákon és kórházi szakrendelőben történik, mind három helyen azonos alapelvek szerint: anamnézis felvétel – IPSS táblázat kitöltése –, PSA vizsgálat szűrőjelleggel, vizeletvizsgálat, rektális digitális vizsgálat, transabdominális és transrectalis UH, uroflowmetria, ultrahangos residuummérés. Egyes esetekben szükség szerint intravénás urográfiával és cystoscopiával egészítjük ki a kivizsgálást. Műtét szükségességéről az adatok alapján döntünk. Tekintettel a betegek relative

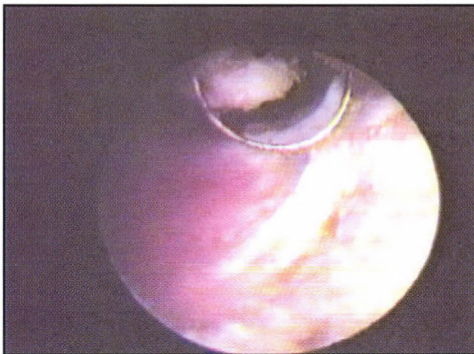
magas átlagéletkorára gyakori a kísérőbetegségek jelenléte. Amennyiben műtét mellett döntünk a belgyógyászati előkészítést is járóbetegként próbáljuk elvégeztetni és így csökkenteni a preoperatív napok számát.

A tervezett műtét típusát alapvetően a prosztata nagysága, súlya határozza meg. Ezt a transrectalis ultrahanggal mért adatok alapján vagy a *Reindl* által leírt képlet szerint számítjuk ki, vagy az ultrahang készülék számításcsökkentőit vesszük figyelembe.

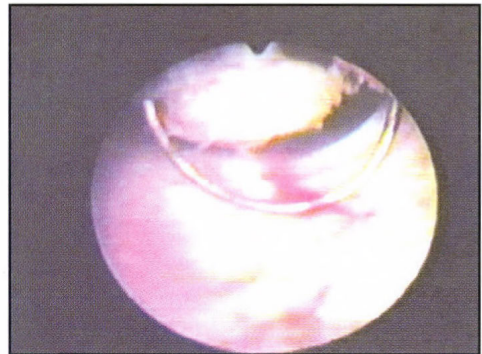
Korábbi gyakorlatunktól eltérően 50 grammnál nagyobb súlyú prosztaták esetén is végzünk transurethralis resectótiót, melynek feltétele a nagyobb gyakorlat, a megfelelő minőségű és mennyiségű resectoscop, az állandó, alacsonynyomású öblítés lehetősége és a jó anesztézia. Ha a becsült súly 60 gramm felett van továbbra is transvesicalis prostatectomiát alkalmazunk. A magas színvonalú anasztetizi-



1. ábra: Műtéti adatok



1. kép: Kíméletes műtéti technika



2. kép: Gondos vérzéscsillapítás

ológiai és belgyógyászati konzili-
umoknak köszönhetően a legutóbbi
években két kryokausztikán kívül
egyéb alternatív megoldásra nem
került sor. Így tavaly a transurethralis
reszekciók száma, melyet a nemzet-
közi irodalom ma is gold standard-
nak ismer el, és végleges megoldást
nyújthat, hatszorosa volt a nyílt műté-
tekének (1. ábra). Lézer beavatkozást
technikai okok miatt nem végeztünk,
stent felhelyezése nem volt indokolt
betegeinknél.

A prosztata műtétek leggyakoribb
szövődményét a vérzést transvesi-

calis prostatectomiáknál 4, 6, 8 óra
irányban behelyezett vérzéscsillapító
öltésekkel, az artériás vérzések alá-
öltésével, indokolt esetben akár a
loge-ban is, látjuk el. Az öltéseket
szintetikus, felszívódó multifil fona-
lakkal végezzük, a hólyagot do-
hányzacskó, vagy tova futó öltéssel
zárjuk. Diffúz vérzés esetén és kü-
lönösen az igen nagy méretű prosz-
tatáknál Hencz-féle cirkuláris loge
öltést helyezünk be, melyet a műtét
másnapján távolítunk el. Transu-
rethralis reszekciónál – 22, 24 Ch-s
Iglesias féle resectoscoppal – ne-

• **Feltételei**

- kíméletes műtéti technika (anat. határok)
- gondos vérzés csillapítás
- folyamatos hólyagöblítés

• **Előnyei**

- rövidebb post.op. szak
- rövidebb pyuriás időszak
- csökkenő költségek

2. ábra: Korai katéter eltávolítás

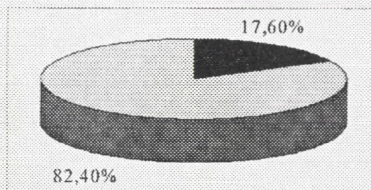
hezített eszköz bevezetés esetén minden alkalommal OTIS-féle urethro-tomiát is végzünk a későbbi húgycsőszűkületek megelőzésére. Gondos coagulációs vérzéscsillapítást végzünk a kaccsal vagy görgővel. Minden reszekciónál törekszünk a minél egyenletesebb, simább felszín elérésére körkörösén a toknál, így könnyebb a vérzéscsillapítás, és így nyílik lehetőség a korai – 24 óra utáni – katéter eltávolításra (2. ábra-képek). A prostata műtétek után alacsonynyomású, zártrendszerű, folyamatos hólyagmosást alkalmazunk a kifolyó öblítőfolyadék tisztaságától függő sebességgel. Egyre nagyobb tapasztalattal és gondossággal sikerült a korai posztoperatív szövődmények, elsősorban a vérpótlást igénylő vérzések, és az emiatt végzett feltárások számát csökkenteni, bár ez korábban sem volt magas.

Összefoglalva az eddig elmondottakat és összehasonlítva a 90. és 94. illetve a 95. és 99. közötti időszakot: a preoperatív napok számának csökkenését, a gyakran jelentős többlet költséget jelentő (lézerszál + supra-pubikus katéter szükségessége, stent ára) alternatív megoldások számának jelentős csökkenését a transvesicalis és transurethralis műtétek arányának eltolódását, ennek következtében a korai katéter eltávolítások emelkedését, az ápolási napok csökkenését, az antibiotikum-, vér-, hólyagmosó felhasználás csökkenését és ezzel együtt a jobb ágykihasználás lehetőségét láthatjuk. A hosszabb távú kontroll vizsgálatok a késői szövődmények számának csökkenését is mutatják (3, 4 és 5. ábra).

Az adatok alapján látható törekvésünk: a kevesebb költséggel járó, vég-

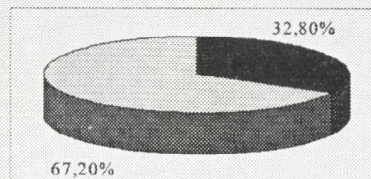
• 90-94 között

557 → 98



• 95-99 között

916 → 302



3. ábra: Korai katéter eltávolítás

- Preoperatív napok ↓
- TURP és transves. aránya ↑↑
- Alternatív megoldások ↓
- Korai katéter eltávolítások ↑↑
- Ápolási napok ↓
- Ágykihasználás ↓

4. ábra: Összefoglalás 1.

leges megoldást nyújtó transurethralis prostatectomiák számának emelése jó műtéti technikával, ezután korai katéter eltávolítás, mely tovább csökkenti a költségeket és jobb ágykihasználást tesz lehetővé.

IRODALOM

- [1] Agrawal, S.K., Kumar, S.V.: Early removal of catheter following transurethral resection of prostates. *Br. J. Urol.*, 1993, 72: 928-929.
- [2] Barry, M.J.: Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. *Urol. Clin. North Am.*, 1990, 17: 495.
- [3] Frang D., Magasi P., Pintér J.: *Urológia, Medicina*. 1992.
- [4] Freyer, P.J.: Total extirpation of the prostates for radical cure at enlargement of the organ. *Brit Med. J.*, 1902, 1: 249.
- [5] Fuller E.: Six succesful and successive cases of prostatectomy. *J. Cutan and Genito-Urin Dis*, 1895, 13: 223.
- [6] Hencz L.: Über eine neue Methode der Blutsillung bei transvesicaler Prostatectomie mit Primären Blasenverschluss. *Acta Chir. Hung.*, 1962, 8: 161.
- [7] Mauermayer, W.: *Transurethrale Operationen*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1981.
- [8] Pintér J. (szerk.): *Benignus prostata hyperplasia. '94 Magyar Prostata Kör és a Magyar Urológusok Társasága* 1994.
- [9] Reindl, P.: Die transrektale transversale

- Szövődmények ↓
- Vérigény ↓
- Hólyagmosó igény ↓
- Antibiotikum igény ↓
- Ápolási napok ↓
- **KÖLTSÉG** ↓↓

5. ábra: Összefoglalás 2.

Sonographie der Prostata. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, New York, Tokyo, 1984. p. 14-15.

- [10] Romics I. (szerk.): *A benignus prostata hyperplasia*. Golden Book Kiadó. 1996.
- [11] Végh A.: *A szintetikus fonalak reakciói prostatectomia transvesicalisban*. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1982.
- [12] Végh A., Magasi P.: The importance of closed bladder irrigation in prostatectomy. *Acta Chir. Hung.*, 1982, 29(2): 137-141.

**Capt. J. Földesi M.D.M.C.,
Lt.Col. L. Simonyi M.D.M.C.,
Col. (ret.) A. Végh M.D., Ph.D.**

Change of approach in the surgical treatment of benign prostatic hypertrophy

Authors present number of operations, the course of examinations, indications of operation, the applied technics of operation and complications because of benign prostatic hypertrophy into the last ten years at Urology Department of Central Military Hospital. The results show the rise of number of transurethral procedures and decrease of nursing days.

*Dr. Földesi János o.szds.
1553 Budapest, Pf. 1.*