

Dr. Vajda Péter DC_1620_18: „A húgyhólyag bélel vagy gyomorral történő megnagyobbítása és pótlása gyermekkorban” című MTA Doktori értekezés

Válaszok Prof. Verebély Tibor, emeritus, (SE, I. sz. Gyermekegyógyászati Klinika)

opponens kérdéseire

Mindenekelőtt köszönöm Verebély professzor Úrnak a fáradságos munkáját, hogy elvállalta az Értekezés bírálását, opponensi véleményének elkészítését. Kérdéseire a következő válaszokat adom:

1. Milyen módon lehet megelőzni a leggyakrabban észlelt szövődmény, a kövesség kialakulását és a már kialakult kövességet milyen módszerrel javasolja megoldani?

A bélel történő húgyhólyagpótló és –magnagyobbító műtétek után kialakuló hólyagkövesség egyike a műtétek után megfigyelt leggyakoribb szövődményeknek, vizsgált betegeinkben is 30-50%-ban megfigyelhető. Ennek két fő oka a bél által termelt nyák és a rezervoárban szinte mindig meglévő baktériumok, mikrobióták idült jelenléte. Ha e két fő okot mérsékeljük, akkor a rezervoárban képződő kövek megjelenését is csökkenteni tudjuk. Ezt leginkább életmódbeli tanácsokkal érjük el, melyek a következők: bő (napközbeni) folyadékbevitel, a rezervoár (vizelet) rendszeres 3-4 óránkénti reziduum mentes lecsapolása, heti rendszerességgel (lehetőleg másnaponta) történő hólyagöblítés, a vizelet esetleges savanyítása. Különbség van a per urethram és hasfali stomán át katéterező betegeknél megjelenő kövesség gyakoriságában. A hasfali sztomán át katéterező betegek

rezervoárjában gyakrabban alakul ki kő, mert fizikailag nem tudják teljesen kiüríteni, a rezervoárt, melynek „aljában” gyakrabban maradhat reziduum.

A rezervoárban kialakult kő, vagy kövek eltávolítása jelen ismereteink szerint mindig javasolt és az irodalom szerint is ajánlott. Erre napjainkban leginkább minimálisan invazív módszerekkel kerülhet sor, leginkább kőzúzással, vagy endoscopos úton. Nagyobb kövek csak a hólyag nyílt műtétjével (sectio alta) távolíthatók el. Hangsúlyozni kívánom, hogy a kövek kialakulásának megelőzése az elsődleges feladat!

2. A hátsó urethra billentyű miatt károsodott hólyag esetén milyen megoldást javasol, ehhez csatlakozóan a hólyagmagnagyobbítást a szükségessé váló veseátültetés előtt, vagy azt követően javasolja elvégezni?

A kis kapacitású, csökkent tágulékenységű húgyhólyag magnagyobbítása, vagy ma már sokkal inkább, egy nem kontinens hasfali conduit kialakítása (majd annak későbbi életkorban történő ráültetése az eredeti húgyhólyagra) gyermekkorban a vesetranszplantációt megelőzően javasolt. A célunk ilyenkor egy alacsony nyomású rendszer létrehozása (általában ileum conduit képzés), melybe a vesetranszplantáció során a vese uretére könnyen beültethető. Ha a transzplantált vese életképes marad, a conduit jól működik, későbbi életkorban – közép és hosszabbtávon – jöhet szóba kontinens vizelet diverzió kialakítása (undiversion). Általában csak a nyomokövetés során derül fény a szülő/gondozó és természetesen az időközben lassan felnőtté váló beteg együttműködő képessége, mely a hosszútávú eredményességet döntően befolyásolja, meghatározza.

3. Milyen nyomonkövetési protokollt javasol, jelesül mennyi időnként javasolja az invazivitással járó szövettani mintavétel elvégzését?

A 2019-ben megjelent (az Értekezésben így említésre nem kerülhetett) közleményünk alapján – melyben az eltelt két évtized alatt prospektíven vizsgált szövettani eltéréseit elemeztünk – arra a következtésre jutottunk, hogy „a standard cystoscopya és random biopszia hatékonysága a szűrésben alacsony”. A cystoscopya, mint szűrővizsgálat, önmagában igen alacsony hatékonyságú. Számos esetben a negatív szűrővizsgálat után nem sokkal diagnosztizáltak előrehaladott stádiumú tumort és erre saját beteganyagunkban is találunk példát. Amíg nem létezik hatékony, a műtéteket követően kialakuló malignus elfajulást jelző, akár invazív vagy nem invazív szűrővizsgálat, addig feltétlen feladatunk, hogy a „tumorra gyanús tünetek esetén” mindig történjen szkópia. Nem szűrő jelleggel, hanem diagnosztikus céllal. Ebben csak a cystoscopyánál érzékenyebb (talán molekuláris biológiai, egyéb submikroszkópikus) módszerek bevezetésétől várható előrelépés.

Az állapotfelmérések a posztoperatív 3., 6. hónapban, 1-4. év között évente, majd két évente történnek. Az immunszuprimált betegek és a gasztrocisztoplastikán átesettek fokozott rizikóval rendelkező betegek esetén 10 év után két évente történik cystoscopya.

A műtéttől eltelt időtől függetlenül cystoscopya elvégzése az alábbi kritériumok alapján javasolt; ha az anamnézis az alábbiakra pozitív:

- 4 vagy több tünettől járó UTI/év (tünetekkel járó UTI definíciója: 10^5 cfu + 38,5 °C feletti láz/rossz általános állapot/hólyagtáji fájdalom/bűzös zavaros vizelet ami nem tisztul fel 48 órán belül fokozott folyadékbevitelre és katéterezésekre)
- Makroszkópos haematuria v. 50 vvt/látótér feletti mikroszkópos haematuria, amikor nincs bizonyított tünettől járó vagy a nélküli UTI a haematuriával egyidejűleg
- Krónikus gáttáji, kismencedei vagy hólyag fájdalom
- A hasi UH-on pathológia (újkeletű hydronephrosis, hólyagkő, nyálkahártya növedék)
- Újkeletű inkontinencia
- 50 éves kor felett minden kolocisztoplastikán átesett betegnél

(Egyéb rizikótényezők: kávé, dohányzás, kábítószer, alkohol fogyasztás)

Osztályos kivizsgálás során cystoscopya indikációját jelenti:

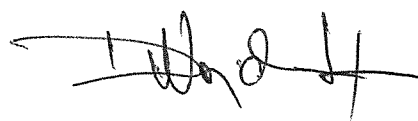
- Makroszkópos haematuria v. 50 vvt/látótér feletti mikroszkópos haematuria, amikor nincs bizonyított tünetekkel járó vagy a nélküli UTI a haematuriával egyidejűleg
- A hasi (vese és rezervoár) UH-on pathológia (újkeletű hydronephrosis, hólyagkő, nyálkahártya növedék)

A biopsziás mintavétel csak akkor indokolt, ha a cystoscopya vagy valamilyen okból végzett nyitott műtét (pl. köeltávolítás) esetén makroszkópos elváltozást látunk. Célzott mintavételt kell végezni.

4. Lát-e más lehetőséget a hólyag augmentációjának, pótlásának kivitelezésére?

A béllel vagy gyomorral történő húgyhólyagmagnagyobbítás napjainkban is egyfajta „szükséges rossz”. Más módszerrel hatékonyan nem helyettesítő, legfeljebb prolongálható. Célunk, hogy amennyire lehet, a műtét időpontját minél későbbi életkorra toljuk ki. Erre ma már a konzervatív, gyógyszeres kezelés repertoárjának bővülése (pl. szelektív receptor blokkolók) és ún. szemikonzervatív kezelés (pl. intravesicalis BOTOX) is lehetőséget adhat. Ha ezek a kezelési alternatívák nem hozzák meg a várt eredményt, akkor a műtéti kezelés, azaz a teljes falvastagságú béllel- vagy gyomorral történő húgyhólyag magnagyobbítás biztosíthatja a hosszú távú eredményességet.

Pécs, 2021. május 10.



Dr. Vajda Péter, PhD, dr. habil
egyetemi docens
tanszékvezető