MAGYAR NŐGYÓGYÁSZOK ENDOSZKÓPOS TÁRSASÁGA
Alapítva: 1998

HÍRLEVÉL

VII. évf. 1. szám
2002. január

Kiadja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága
Felelős kiadó: *Dr. Szabó István* a MNET elnöke Főszerkesztő: *Dr. Gerő György* 06-28-506-711
Felelős szerkesztők: *Dr. Molnár-G. Béla* 06-62-432-243; *Dr. Nemes András* 06-76-416-283 *Dr. Sziller Péter* 06-1-365-0907

A Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága

Egynapos sebészeti ellátás, - nőgyógyászati endoszkópia

címmel

nemzetközi előadói részvétellel továbbképző szimpóziumot szervez a Club Aliga területén 2002. március 28-29-én.

A szimpózium elnöke:
Prof. Dr. Szabó István egyetemi tanár, a MNET elnöke
A szervező bizottság elnöke:
Prof. Dr. Bódis József egyetemi tanár, a MNET főtitkára
A szervező bizottság tagjai: a MNET vezetőségének tagjai

Tervezett program:
- Az egynapos sebészeti ellátás szakmai lehetőségei a nőgyógyászati betegellátásban.
előadó: felkért vezető magyar szakember
- Az egynapos sebészeti-nőgyógyászati ellátás jelentősége a finaszírozás oldaláról.
előadó: felkért vezető OEP szakember
- A csatlakozó előadások során érinteni kívánjuk a művi meddővé tétel, a méhen kívüli terhességek ellátása, a meddőségi diagnosztika és terápia, a petefészek ciszták endoszkópos ellátása, az endometriosis, a kismedencei gyulladások, valamint a nőgyógyászati vérzészavarok egynapos sebészeti ellátásának témakörét. A témához felkértük a környező országok endoszkópos társaságainak képviselőit, hogy tapasztalataik átadásával segítsék a hazai szakemberek munkáját.

Az előadásokat követő ***kerekasztal*** megbeszélés az előadók és a hallgatóság aktív közreműködésével lehetőséget teremt a vitás kérdések lezárására, valamint konszenzus megteremtésére.

Megjegyzés:
A tervezett programmal kapcsolatosan az előkészítő tárgyalások megtörténtek, két napos program, a résztvevők várható létszáma kb. 150 - 180 fő.
Jelentkezni a mellékelt ***Jelentkezési lapon*** *lehet.*

Üdvözlettel:

Prof. Dr. Bódis József
a Szervezőbizottság Elnöke

MEGHÍVÓ

Szeretettel meghívunk minden érdeklődő MNET tagot, műtősnőt, kollégát
AZ ENDOSZKÓPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁS,- NŐGYÓGYÁSZATI ENDOSZKÓPIA
címmel továbbképző szimpóziumra
2002. március 28-29-én
a MNET szervezésében.

Üdvözlettel:

Prof. Dr. Bódis József
a MNET főtitkára

BESZÉLGETÉS

Borsos Antal professzorral

Professzor Úr 1995 óta vezeti a Női Klinikát. Már korábban is voltak előzményei a nőgyógyászati endoszkópiának a Debreceni Egyetemen, Önt milyen személyes motivációk irányították ezen új, minimálisan invazív technikák felé?

Úgy gondolom magamról, hogy híve vagyok az újdonságoknak, az új utak keresésének. A laparoscopiával először életemben Prágában találkoztam még 1973-ban, amikor fél évet töltöttem a Károly Egyetem Gyermek-nőgyógyászati Tanszékén. Hihetetlen primitív körülmények között zajlottak a vizsgálatok, és nem is valami biztonságosan. Ennek ellenére belelkesedtem és azt kívántam, bárcsak Debrecenben is végezhetnénk ezeket a vizsgálatokat.

folytatás a 2. oldalon

BESZÉLGETÉS

Prof. Dr. Borsos Antal

egyetemi tanárral, a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának igazgatójával

folytatás az 1. oldalról

Később Budapesten a II. sz. Női Klinikán Puskás tanársegéd bűvészkedését csodálhattam. Feltöltésre az altatógépet használta és a megfelelő nyomást a has tapintásával ellenőrizte. A vizsgálatok ilyen körülmények között is sikeresek voltak.

Klinikánkra a hetvenes évek végén érkezett az első endoszkópos felszerelés. Takács professzor próbálkozott vele, de az első két kísérlet a peritoneális rés feltöltésével végződött és ez teljesen elvette a kedvét a további kisérletezéstől. Közben kiment Angliába hosszabb tanulmányútra így a felszerelés a fáma szerint bekerült a heverője alá. Ekkor bízott meg hármónkat (Smid-Török-Borsos triász) Lampé professzor, hogy tegyünk kísérletet a módszer bevezetésére. Hála Istennek, több szerencsénk volt, mint elődeinknek. Új eszközökhöz jutottunk és a kisegítő berendezések is szépen gyarapodtak. Ma már a Klinikán bennünket túlszárnyaló követőink is akadtak, akik az endoszkópia egyéb területein is magas szinten művelik ezt a speciális ágazatot. Magam is szívesen laparoszkopizálok, de ha különlegesen bonyolult feladatot kell megoldani, akkor szívesen választok asszisztenst közülük.

Országszerte mind több nőgyógyászati műtétet végeznek endoszkópos úton, a Professzor úr melyik típust vagy típusokat érzi magához legközelebb?

Keresem az új lehetőségeket. Amire a legbüszkébb vagyok, az a laparoszkópos hüvelyképző műtét.

Hosszú ideig az amnionborításos mulage módszerét alkalmaztuk az MRKH szindroma megoldására.
Ennek több hátrányos mozzanata is volt. Alulról a gát felől élesen kellett kipreparálni a hüvely helyét és ez gyakran nagyon véres beavatkozássá alakult. Az sem volt szerencsés, hogy emberből származó anyagot kellett használni nevezetesen császármetszés során nyert amniont - ami magában rejtette különböző megbetegedé-

sek átvitelének a veszélyét. Új megoldást kellett választani. A legszimpatikusabbnak a Vecchietti féle eljárás tünt. Amint az közismert, a módszer lényege, hogy felülről, laparotomia útján történik a hüvely és a hólyag között a hüvely helyének a kipreparálása, majd alulról fonalak felvezetése, oliva felhasználása és a hasfal felől 8-10 napig húzás alkalmazása. A megszerzett laparoszkópiás tudásunk birtokában indokolatlannak tünt a hasmegnyitás. Kísérletet tettünk laparoszkóp alkalmazására sikeresen. Azt persze be kell vallanunk, hogy miután járatlan utakon mentünk, sok műtétet kellett végezni ahhoz, hogy teljesen kicsiszolódjon a módszer. Új tágító eszközt is tervezni kellett.

Amíg a metodikai lépéseket én vezettem be és közösen csiszoltuk tovább, a húzó és tágító eszköz megtervezésében jelentős szerepe volt Bacskó docensnek és a főműtősnőnknek. Ma ott tartunk, hogy összeszokott teamként 20-25 perc alatt végezzük el a műtétet. A húzás 6-8 napig tart, a betegség súlyosságától függően.

Mint ahogyan az másokkal is megtörtént már, gyűjtöttük a kellő számú esetet és a tapasztalatokat. Az volt a tervünk, hogy nemzetközi szaklapban fogunk az újdonságról és az eredményeinkről beszámolni. Azonban megelőztek bennünket. Kárpótlást jelentett számomra az ez évi Buenos Airesben rendezett Gyermeknőgyógyász Világkongresszus, ahova főreferálóként meghívtak ebben a témában és a módszer kiválóságát elismerték, a heroikus bélátültetéses megoldást pedig túlhaladott és helytelen megoldásnak jelölték.

Az endoszkópia fejlődését nem tekintjük lezártnak. Célul tűztük ki azt, és ebben az irányban már el is mozdultunk, hogy a cervix carcinoma műtét előtti stadizálásához, a folyamat előrehaladottságának tisztázásához laparoscopos lymphadenectomiát végzünk. Már vannak tapasztalataink és meggyőződésem, hogy ez az út járható és a módszer általánosan bevezetésre fog kerülni.

Inspirál bennünket az is, hogy megalakult a Szülészeti Klinikán belül az un. Nem önálló Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék. Lépést akarunk tartani a világban tapasztalható folyamatokkal, a gyógykezelés újdonságaival. Biztos vagyok abban, hogy ez az út járható.

Minden kongresszuson elhangzik a nőgyógyászat, de különösen a nőgyógyászati endoszkópia alulfinanszírozása. Ez részint a már működő és nagy hagyományokkal rendelkező intézeteket lehetetleníti el, de természetesen lassítja az endoszkópia térhódítását Magyarországon. A Professzor úr vezetése alatt álló klinikán hogyan tudnak ezen a visszás helyzeten segíteni?

Eddig csupa jó dologról beszéltem. Sajnos a helyzet messze nem ilyen rózsás. Mindenki tudja, hogy az eszközök milyen drágák, rendkívül sérülékenyek, hamar amortizálódnak. Alig van lehetőség pótlásra, de még a javítás is akadozik. Az a szerencsénk, hogy a nemzetközi tanfolyamok költségvetéséből néha sikerül egy kis támogatást kapni. Ha ez nem lenne, ma már talán le is kellene állni a endoszkópos vizsgálatokkal és műtétekkel.

folytatás a 3. oldalon

folytatás a 2. oldalról

Ha valaki megkérdezi, mire vagyok még büszke a laparoszkópián kívül, akkor feltétlenül megemlítem az In Vitro Fertilisatiot. Jelen voltam a kezdeti lépéseknél. Nem tudok arról, hogy előttem valaki végezett volna Douglas fertilisatiot. Persze sikertelenek voltunk, de legalább megpróbáltunk valami újat. Részem volt az ICSI labor felszerelésében. Sikerült vezetésem alatt megváltoztatni a Klinika arculatát. Rekonstrukció történt az Onkológiai Osztályon, a műtőkben. A legfontosabb azonban az, hogy a Klinikánkon saját NIC részleg jöhetett létre igen kiváló eredményt produkálva.

Az újévhez közeledvén mindenkiben megfogalmazódnak tervek, elhatározások, a hogyan tovább kérdésre. Professzor úr mit kérne a mesebeli tündértől?

A jövőtől azt várom, hogy szűnjön meg a magyar egészségügyön belül ez a rettenetes szegénység.
Túlzás nélkül mondom, csodára lennénk képesek. Saját klinikámon is vannak kiemelkedően tehetséges munkatársak. Mivel ők még fiatalok, van reményük arra, hogy gyökeres változások következnek be és ragyogó eredményeket fognak produkálni. Én ezt a munkatársaimnak tiszta szívből kívánom.

Bacskó György

BEMUTATKOZIK

Margit Kórház - Csorna

Járási feladatokat ellátó városi kórházunk a "Kisalföld" közepén helyezkedik el. Ellátási területünk az utóbbi 2 évtizedben 64 000-es lélekszámról 42 000-re csökkent. Kisalföld híres a kiváló termőföldjéről, állat és növényvilágáról, történelmi és kulturális nevezetességeiről.

Kórházunkat 1915-ben adták a nagyközönségnek 75 ággyal. Első igazgató Dr. Kakas Lajos volt. Kórházépítésben a terület lakossága is részt vett "tégla-pénz" formájában.

A 30 ágyas szülészet nőgyógyászati osztály kórházunk "A" épületének I. emeletén található. A betegeket UH-készülékkel rendelkező Szakambulancián fogadjuk. Ahol nőgyógyászati rákszűrés mellett gyermeknőgyógyászati, menopausa, terhespatológia, fogamzásgátlás, meddőségi, onkológiai, terhességvállalás előtti rendeléseket is végzünk.

A felvételre kerülő betegek, az általános tisztaságával kitűnő osztályra kerülnek, ahol kórtermenként külön WC + zuhanyzó + bidé szolgálja kényelmüket, valamint kábel TV vételére alkalmas központi antenna.

Jól felkészült, lelkiismeretes ápolószemélyzet biztosítja a gyógyulásukat. Szülőnőket 2 ágyas, örzőmonitorral felszerelt szülőszobánk várja, ahol lehetőséget adunk apás,- vagy bármely családtaggal történő együttszüléshez.

A műtéteket 2 helyen, az u.n. kisműtőben és a légkondicionált, korszerű mószerekkel felszerelt nagyműtőben végezzük. Előnyben részesítjük a has megnyitása nélküli laparoszkópos műtéteket, ami a beteg számára kisebb műtéti megterhelést és gyorsabb gyógyulást jelent.

11 év alatt (1991-2001), 1906 laparoszkópos beavatkozást végeztünk, ebből 200 volt diagnosztikus (döntően chromopertubatio), 246 tubastreilizálás, 1460 operatív.

Ebből az utolsó 5 évben 1313 laparoszkópos beavatkozást végeztünk. Ugyancsak az utolsó 5 évben 417 hysterecectomiát végeztünk, ebből abd. tot. 249, vag. tot. 46, LAVH 110, LASH 12.

A terhestanácsadás külön épületben történik, ahol folyamatosan gondozzuk a terheseket, segítséget adunk a problémás esetekben. Nőgyógyász szakorvosok, gyermekgyógyász szakorvos, szülésznők, védőnők és gyógytornász közreműködésével rendszeres szülésre előkészítő tanfolyamokat szervezünk, melyet a kismamák előszeretettel vesznek igénybe.

Ruzsicska Tibor

BESZÁMOLÓ

"Laparoscopos varrástechnika"

- postgraduális továbbképző tanfolyamról

Az endoszkópos technika térhódítása a nőgyógyászati műtéti tevékenységben szükségessé teszi, hogy egyre bővítsük a műtéti repertoárunkat. Bár a hasüreg újfajta megközelítési módja újfajta technikák kidolgozását is hozta a nyitott hasműtétek során alkalmazott vágás, preparálás, vérzéscsillapítás terén, mégis adódnak olyan helyzetek, amikor a hagyományosnak tekinthető technikák alkalmazása elkerülhetetlen. Ilyen az öltés behelyezés is. Ebből a megfontolásból került sor a SZTE Sebészeti Műtéttani Intézet, a Microsurgery & Operative Edoscopy Training (MOET) Institute, San Francisco, és a SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika szervezésében egy laparoscopos varrástechnikát oktató továbbképző kurzusra.

A tanfolyam célja volt, hogy megismertesse a kézi laparoscopos varrás és intracorporális csomózási technikákat, felhívja a figyelmet a legfontosabb betartandó szempontokra, s hogy fokozza a laparoscopiához szükséges kézügyességet, s ezzel felkészítse a jelölteket a bonyolultabb technikák alkalmazására, és a nehezebb műtéti helyezetek megoldására.

A Sebészeti Műtéttani Intézet nagyszerű feltételeket biztosított; kétfős műtéti csoportokban gyakorolhattuk a helyes port behelyezést, a különböző öltési módokat és rekonstrukciós műtéteket. A gyakorlatok valós klinikai helyzeteket utánoztak - most még csak élő állat modellen.

A női klinika orvosain kívül a környező kórházakból is voltak kollégák a résztvevők között. A kétnapos rendezvény sok hasznos gyakorlati tapasztalattal szolgált, ezért tervezzük a folytatást, a tanfolyam bővítését is.

Molnár-G. Béla

BESZÁMOLÓ

Az ISGE
(International Society for Gynecologyc Endoscopy)
10. kongresszusáról

Az ISGE (International Society for Gynecologyc Endoscopy) 10. kongresszusát 2001. március 28-31. között rendezték Chicagoban.

A közel háromszáz résztvevőt számláló kongresszus a szakterület igazi fesztiválja volt, mivel szinte valamennyi élvonalbeli szakember jelenlétével és aktiv tevékenységével tisztelte meg a rendezvényt. Az egyébként igen családias hangulatú rendezvény nem nélkülözte az éles szakmai vitákat. A felkért és szabad előadások felölelték a nőgyógyászati endoszkópia valamennyi kurrens területét, melyeket igen jól egészítettek ki az élő műtéti közvetítések.

A felkért előadók között szerepelt René Martin Franciaországból, aki a flexibilis minihysteroscop hasznosságát mutatta be infertilitásban, M. Nisolle az ureter obstructiót okozó endometriosis laparoscopos kezeléséről, az ureterolysis tapasztalatairól számolt be 14 eset kapcsán. Több előadás foglalkozott a malignus adnexfolyamatok laparoscopos megoldási lehetőségeivel, továbbá az endometium carcinomák laparoscopos ellátásának elvi és gyakorlati vonatkozásaival. Ez utóbbi I. stádiumával kapcsolatban egyértelművé vált, hogy endoszkópos körökben a laparoscoppal asszisztált kiterjesztett hüvelyi méheltávolítás az adequat ellátási módszer. Számos előadó foglalkozott az uterus prolapsus, enterocele megoldásával, melyek számos ötletet, egyszerűbb és bonyolultabb technikákat sorakoztattak fel utalva egyrészt arra, hogy nincs tökéletes megoldás, továbbá arra, hogy mindenki a felkészültsége és a páciens igénye alapján választhatja ki a megfelelő műtéti megoldást. Előkerült a robotok alkalmazásának lehetősége a laparoscopos sebészetben, melyek bizonyos mechanikus tevékenységeket (pl. varrás) lényegesen gyorsabbá és precízebbé tehetnek. A robot technika igen költséges, ezért gyors elterjedésére nem számíthatunk. A laparoscopos és a nyitott Burch műtétek eredményeinek összevetéséből a nyitott műtét került ki győztesen. Valamennyi endometrium ablációs módszer szerepelt az előadások során, mint a hysterectomiákat kiváltó alternativ megoldási lehetőség. Az élő műtéti bemutatók közül kiemelkedett Charles Miller gyakorlatilag vérmentes myomectomiája, valamint egy hysterectomia után kialakult enterocele laparoscopos megoldása, melynek során komplett „pelvic floor" rekonstrukciót végeztek. Számos előadó foglalkozott a képzés problémájával, de úgy tűnt, hogy az USA-ban, Németországban és Japánban az endoszkópia mind az oktatás, mind a gyakorlat területén más dimenzióban létezik.

Összességében a kongresszus igen hasznos és sok tanulságot szolgáltató volt a jövőre nézve.

Bódis József

BESZÁMOLÓ

a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának VIII. Kongresszusáról

2001. május 11 12 én Békéscsaba adott otthont a MNET VIII. kongresszsusának. 250 résztvevő tisztelte meg jelenlétével a rendezvényt a szervezők nagy örömére.

A Békéscsabai Polgármester, a Kórház Igazgatója, az ÁNTSZ Főorvosa köszöntése után a tanácskozást Prof. Dr. Szabó István a MNET Elnöke nyitotta meg. Bódis József "Infertilitás laparoszkópia", Bacskó György "Hysteroscopia helye a meddőség kivizsgálásában és kezelésében" , Kabdebó Ottó " Hol a határ? Komplikált esetek megoldása a meddőség kapcsán" tartott átfogó, igen értékes referátumot. A MNET közgyűlése után két szekcióban összesen 40 előadás hangzott el. Késő délután került sor a poszter - szekcióra, vitára. Ezt követően - ahogyan a békéscsabai rendezvényeken hagyományossá vált - relaxációs fürdő programra került sor. Késő éjszakáig tartó állófogadás zárta a kongresszus első napját a Jókai Színház Vígadójában. Az összejövetel második napja műtősnői szekcióval kezdődött, majd kerekasztal megbeszélés formájában fejtették ki véleményüket a szakma vezetői az endoszkópia lehetőségeiről, határairól, jogi, etikai vonatkozásokról.

A tudományos programot a hétvége további részében teniszverseny követte, szombat este flecken parti színesítette a rendezvényt. A szervezők - bízva abban, hogy a résztvevők mind a tudományos, mind a társasági programokon hasznosnak, jónak ítélték a tanácskozást - ezúton is szeretnék kifejezni köszönetüket a MNET Vezetőségének a rendezés jogának odaítéléséért, a támogatóknak hathatós segítségükért, az előadóknak értékes munkájukért:

Rucz Árpád, Szeberényi Zsolt

KÖRKÉRDÉS

A laparoszkóppal asszisztált vaginális hiszterektómiáról

Kedves Kollégák!

Jelen kérdésünket 2000 őszén tettük fel, az eltelt idő miatt a válaszolók valamennyien aktualizálhatták véleményüket, ha úgy kívánták. Mindemellett a feltett kérdés problémaköre bő egy év alatt mitsem változott. A kérdés így szólt:

Milyen jövője lehet hazánkban a laparoszkóppal asszisztált vaginális hiszterektómiának /LAVH/ és milyen esetekben tartja ma indokoltnak?

A beérkezett válaszokat hagyományainkhoz híven most is változtatás nélkül, szó szerint adjuk közre.

A Szerkesztők

Dr. Bacskó György és Prof. Dr. Borsos Antal (Debrecen)

Az utóbbi tíz év slágertémája a LAVH. Különösen sok közlést olvasunk tengerentúli szerzőktől míg pl. Ausztriából, Németországból kevesebbet. Ennek bizonyára abban kell keresnünk a magyarázatát, hogy a vaginális hysterectomia az un. "német iskola" erőssége, és így bátrabban vállalkoztak már eddig is nehezebb hüvelyi műtétekre, laparoscopos segítség nélkül is. A magyar nőgyógyászok operatív szokásai nem sorolhatók egységesen ide vagy oda. Ebből a szempontból tekintve Magyarországon sok intézetben lehetne emelni a hüvelyi műtétek arányát.

A nem onkológiai betegeken végzett vaginális/abdominális méheltávolítások aránya széles skálán mozog. Merészebb becslések szerint az abdominális utat akár 75%-ban ki lehetne váltani vaginális megoldással, laparoscopos segítséggel. Nagyon fontos elvnek tartjuk, hogy a laparoscopos beavatkozás csak asszisztencia, tehát a műtét idejét ne nyújtsuk meg időrabló endoscopos preparálgatással, ha ugyanezt vaginálisan jól begyakoroltan, egyszerűbben és rövidebben elintézhetjük. Az operatív endoscopos lehetőségeken túl, LAVH során olyan parányi endometriosist is felfedezhetünk és destruálhatunk, ami laparotomia során elkerülné a figyelmünket.

Más kérdés, hogy csak olyan intézetekben ajánlatos LAVH-ba fogni, ahol eleve is gyakorlott endoscopos csapat dolgozik, mert egyébként, ha LAVH különösebb "előélet" nélkül kerül bevezetésre, ott sok a szövődmény (lásd a kezdeti tengerentúli közléseket). A műtét jelentősen megterheli mind a műtői lekötöttséget, mind az anyagi ráfordításokat. Fejlett egészségügyi ellátással és észszerű finanszírozással működő országokban, ahol a LAVH rutinszerű, ott a nagyon rövid kórházi ápolás (24-48 óra), csökkent a ráfordításon, de ez a lehetőség hazánkban az OEP-t nem hatja meg. És akkor még nem is beszéltünk a költséges endoscopos műszerekről, tréningről stb.

A LAVH eszközigénye tulajdonképpen szerény, coagulatio, ligatio vagy stapler használatával hazánkban már sok intézetben túl vannak az első néhány műtéten. Számos helyen már most is minden lehetőség meg van, hogy nagyobb számban történjenek ilyen műtétek, csak nem éri meg.

Dr. Apró György (Székesfehérvár/Hódmezővásárhely)

Véleményem szerint a hüvelyi méheltávolítás a legszellemesebb nőgyógyászati műtét. Laparoszkópos asszisztencia nélkül végezve a műtét elvégezhetőségének két alapvető feltétele van: a méh mobilitása és az intraabdominális összenövések hiánya. A méh nagysága csak másodlagos jelentőségű.

A laparoszkópos vaginális hysterectomia nem egyszerűbb, nem gyorsabb és nem veszélytelenebb a konvenionálisnál. A laparoszkópiának mégis óriási jelentősége van ezen a téren:

A bevezető laparoszkópia során megállapítható, hogy vannak-e olyan az előzmény alapján gyanítható összenövések, amelyek lehetetlenné, vagy igen kockázatossá tehetik a méheltávolítást.

Ezen összenövések laparoszkópos oldása megteremtheti a vaginális hiszterektomia veszélytelen végzésének feltételeit.

Dr. Beleznay Gábor (Várpalota)

Mára már elfogadott az a nézet, hogy ahol lehet, a hysterectomia hasi útját hüvelyi úttá kell konvertálni.

A hüvelyi méheltávolítás kontraindikációinál és indikációs körének határeseteinél LAVH végezhető. A nőgyógyászati laparoszkópia hatalmas technikai fejlődése és világméretű elterjedése napjainkban lehetővé teszi a hysterectomia elvégzését endoszkópos módszerekkel. A laparoszkóposan asszisztált vaginalis hysterectomia (LAVH) jelenleg a leggyakrabban végzett laparoszkópos méheltávolítási eljárás, amely egyesíti a hagyományos és a laparoszkópos módszert. A LAVH alkalmazása lehetővé teszi a hasi méheltávolítás átalakítását hüvelyi eljárássá. A műtétnek több változatát dolgozták ki.

A Várpalota Városi Kórház Nőgyógyászati osztályán három éve végzünk LAVH-t. Indikációs területe beteganyagunkban: összenövések, endometriosis, myoma, adnexumok jóindulatú megbetegedései, előzményben PID, dysfunctionalis méhvérzés. Olcsósága miatt osztályunkon Garry módszerét használjuk, melynél a méh felső összeköttetéseit elektrosebészeti eszközökkel szakítjuk meg, majd a méh eltávolítását hüvelyi úton végezzük. A hüvelyi műtét elején elvégzett laparoszkópos vizsgálat (és adhesiolysis), valamint az operáció végén a műtéti terület laparoszkópos ellenőrzése, és a teljes vérzécsillapítás a beavatkozást biztonságosabbá teszi. A laparoszkópos műtétek

hosszabb ideig tartanak, mint a hagyományos beavatkozások, bár a műtéti idő nagyban függ az eset bonyolultságától, az alkalmazott technikától és az operatőr tapasztalatától. A LAVH műtét alatt és után a szövődmények gyakorisága hasonló, mint a hüvelyi vagy hasi úton történt méhkiírtásnál. A LAVH-t sok klinikus ellentmondásos beavatkozásnak tartja. Úgy gondolom, hogy Magyarországon az egészségügy közeljövőbeni átalakulása, a privatizáció és az egynapos sebészet várható elterjedése a hazai nőgyógyászok többségénél szemléletváltozást fog okozni és a nőgyógyászati endoszkópia régóta várt áttörését fogja eredményezni. A hazai évi több mint 10000 hasi méheltávolítás egy részének átalakítása LAVH-ra a jövőben költségcsökkenést jelenthet a kórházak és a biztosító számára. Ezen gondolatok biztosítási szervek általi felismerése és anyagi támogatása a jövőben megoldhatja a költséges nőgyógyászati endoszkópos műszerekhez való hozzáférést minden magyarországi nőgyógyászati osztály számára. A nemzetközi és saját kedvező tapasztalataink alapján úgy gondolom, hogy a nehézségek alapos laparoszkópos felkészültséggel, gyakorlattal, a betegek gondos kiválasztásával leküzdhetők és ekkor ellentétben a jelenlegi tradiciókkal a különböző műtéti eljárások közül a beteg számára a legalkalmasabb választható.

Dr. Losonczy János, Dr. Pap Károly (Nyíregyháza)

Köszönet a körkérdés feltevőinek.

Már éppen belefáradtunk abba, hogy ennek a műtétnek a létjogosultságát bizonygassuk.

A nyíregyházi Jósa András Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya azon kevés(?) intézet közé tartozik, ahol ezen beavatkozást beillesztettük az úgynevezett "rutinnak" nevezhető műtéti repertoárba.

Eredményeinkről, valamint talán inkább többé, mint kevésbé letisztult idevágó gondolatainkról néhány szakmai fórumon már beszámoltunk. Ha valaki mégsem jutott volna ezen információk birtokába, úgy azt jelen körlevélben mondjuk el. Mi évente 250-300 vaginális hysterectomiát végzünk. Az abdominális és vaginális hysterectomiák aránya 1/3 - 2/3. Az indikációk, ugyanúgy, mint máshol, különböző nagyságú myomás uterusok és a süllyedéses leletek különböző fokozatain alapulnak. Miután ez az arány évek óta nagyjából stabil, talán hihető, hogy mi szeretjük és tudjuk is a vaginális hysterectomiát végezni.

Miért szeretjük? Mert a hüvelyi úton végzett műtét összehasonlíthatatlanul kisebb megterhelést jelent a betegnek. A hasi metszés hiánya gyorsabb mobilizációt tesz lehetővé. Természetesen ezzel együtt jár a kevesebb posztoperatív szövődmény is. Ennek költségkímélő vonzatai ugyancsak jelentősek. (Rövidebb az ápolási idő, valamint kevesebb analgetikum, antibiotikum és antikoaguláns adására kerül sor.) Ha gonoszkodni akarnánk, akkor megjegyeznénk, hogy talán ezen utóbbi körülmény, és nem a "Salus aegroti suprema lex esto" elve állította az érdeklődés középpontjába ezt a műtéti típust. Amikor a műtét előnyeiről beszélünk, meg kell említsük azokat a körülményeket is, amik ezen műtét széleskörű elterjedédét akadályozzák.

1. Hosszabb átlagos műtéti időtartam - adataink szerint kb. 30%-kal.
2. Két műtéti típusban való egyidejű jártasság szükségessége: magas szinten a vaginális hyterectomiában, és legalább átlagos színvonalon a laparoscopiában.

Mi 1994 júniusa óta 106 laparoscoppal asszisztált vagy kontollált vaginális hysterectomiát végeztünk.

Tudomásunk szerint az országban a legtöbbet. Az indikációink két nagyobb csoportba oszthatók. Mindkét csoport közös vonása, hogy a vaginális hysterectomia klasszikus kontraindikációi közé tartoznak.

1. A kismedencei szerveket érintő, anamnesztikus laparotomiák, beleértve a császármetszéseket is. Az appendectomia utáni állapot, amennyiben szövődménymentesen gyógyult, nem tekinthető indikációnak a laporoscop alkalmazásához.
2. A méretei alapján vaginálisan hagyományosan már nem operálandó, azaz csecsemőfőnyinél nagyobb, más nomenklatúra szerint 14 hetes graviditásnak megfelelő nagyságúnál nagyobb myomás uterusok.

A laparoscopos műtét mindkét esetben csak a legszükségesebb, a vaginális út biztonságát növelő beavatkozásokra terjed ki. Az egyes csoportban ez többnyire adhesiolisys, amely a kettes csoportban az úgynevezett partialis devascularisatiot, azaz az arteria ovarica felőli uterust ellátó ágak elektrkoagulatiojat, vagy lekötését jelentik. Ezen utóbbi csoportban csaknem mindig elvégezzük a kétoldali ligamentum rotundum elektrokoagulatioját illetve átvágását is, növelvén az uterus mobilitását. Soha nem törekszünk az arteria uterinák laparoscopos ellátására. Ez ugyanis vaginalis úton gyorsabb és egyszerűbb. A műtét helyét mi a vaginalis hysterectomia inikációs körének kiterjesztésben gondoljuk megtalálni. Ez az a pont, ahol találkozik a korábban említett betegérdek, illetve a jóval prózaibb finanszírozáson alapuló orvosérdek.

Mire nem való a laparoscoppal asszisztált vaginális hysterectomia?

1. "Ne fogjon senki könnyelműen a húrok pengetésihez!" (Petőfi)

Azaz hiányzó vaginális hysterectomiai műtéti felkészültség pótlására.

2. Úgynevezett bravúr műtétekre, melyek a nem hivatalos vaginális hysterectomia bajnokság előkelő helyezéseire aspirálnak.

Az általunk eltávolított legnagyobb uterus csupán 980 grammos volt, mi körülbelül ezt a határt tartjuk a műtét teljesítőképessége biztonságos felső határának.

Végezetül ismételt köszönet a kérdés feltevéséért. Úgy tűnik, hogy a témaválasztás valamiféle józan érdeklődést tükröz olyan szakmai körökből, akiknek a gondolatatit a mi közvéleményünk nem a keleti régióknak kijáró lesajnáló kézlegyintéssel intézi el.

Dr Novák Miklós (Kisvárda)

A nem malignus megbetegedés miatt végzett hysterectomiák 60-70%-a könnyen elvégezhető vaginalis úton. Osztályunkon 1996 január 1-től a mai napig 337 hysterectomia történt, mégpedig 120 abdominálisan, 217 vaginálisan.

2 alkalommal végeztünk LAVH-t, amikor is a vaginalis megoldást az alapbetegség miatt szerencsésebbnek tartottuk, de az előzetes kisme-

dencei műtétek miatt fenntartásaink is voltak. Mindkét eset sikerrel végződött.
A magam részéről a LAVH jelentőségét a hasonló, viszonylag ritka esetekben látom, már csak azért is, mert a "minimális invazivitás" ellenére a laparoscopia mégis csak egy hasműtét, annak minden lehetséges következményével.
Sarkítva fogalmazhatnék úgy is: minek kitenni egy beteget két műtét lehetséges szövődményeinek? Éppen azért, kicsit tartok attól, hogy a LAVH-t azok kezdik favorizálni, akik nem kellően járatosak a vaginális sebészetben. Úgy gondolom, először a hüvelyi műtétekben kell jártasságot szerezni, és ezután lehet a gyakorlatot kiterjeszteni.

Dr Prievara Ferenc Tibor (Kaposvár)
A laparoszkópia térhódításával az endoszkópiát preferáló és megfelelő gyakorlattal rendelkező osztályok és klinikák elkezdték a laparoszkóppal asszisztál vaginális hiszterektómiák (LAVH) végzését. Az egyszer használatos eszközökkel végzett LAVH műtét költsége jelentősen meghaladja a HBCS finanszírozás szerint kapott összeget, tehát a műtétet végző osztály számára az egyértelműen ráfizetést jelent. Nyilván ez is az oka a műtéti szám csökkenésének, hiszen míg 1997-ben 98, addig 1999-ben már csak 63 LAVH volt az országban.
A műtéti bravúron túl, az eljárás előnye szakmai szempontból elsősorban a „minimál invazivitásban" rejlik. Valódi előnyt annyiban jelent, hogy előzetes hasműtét után tervezett hüvelyi méheltávolítás előtt tájékozódhatunk az esetleges összenövésekről, amelyek oldása után a jól bevált hüvelyi méheltávolítás elvégezhető, amely a minimálisan invazivitás szempontjának lényegében ugyanúgy megfelel.

Dr. Rucz Árpád (Békéscsaba)
A LAVH-nak megvan a helye a laparoszkópos műtétek palettáján. Évekkel ezelőtt, ahogy a laparoszkópos műtéti technikánk fejlődött, kivettünk néhány méhet ezzel a módszerrel, mostanában csak elvétve végezzük. Tapasztalatunk az, hogy a betegek műtét utáni felépülése gyorsabb volt, "feltűnően" jól viselték a postoperatív időszakot, jobban mint vaginális méhkivételt követően. (Vélhetőleg azért, mert a parametrium nincs lekötések által megraffolva.)
Az is megszívlelendő tapasztalatunk, hogy csak mobilis méh esetén érdemes forszírozni, mert az adnexumok laparoszkópos ellátása után a méh még továbbra is megkötött marad, így "keservessé válik" a műtét vaginális része.
Osztályunkon égetés és vágás technikájával végezzük a beavatkozást. Véleményünk az, hogy az uterust erősen deformáló - főleg a collumon lévő - myomák esetén az égetés miatt nagy az uréter sérülés veszélye.
Elsősorban laparotomiát követően, az uteruszon, vagy az adnexumokon végzett korábbi műtétek után tartjuk indokoltnak végzését. Összenövések oldását követően minnél kevesebbet dolgozzunk "felülről" és a műtét minél nagyobb részét végezzük hüvely felől. Igazából még jobbnak tartjuk a laparoszkóppal kontrollált hüvelyi méhkivételt a vaginális hiszterektómiák számának emelése érdekében.
Igazi jövője a "tágabb értelemben" vett ambuláns sebészet elfogadását és bevezetését követően várható. A beteg a gyorsabb felépülés miatt székletrendezést követően a 3.-4. postop. napon otthonába távozhat, így páciens és orvos élvezheti az ambuláns sebészet előnyeit.

Dr. Smid István (Debrecen)
"Milyen jövője lehet hazánkban a laparoszkóppal asszisztált vaginális hysterectomiának /LAVH/ és milyen esetekben tartja ma indokoltnak?"
A betegek érdeke azt kívánja, hogy minél több hüvelyi méheltávolítást végezzenek nőgyógyászaink. Előnye mindenki által jól ismert.
E klasszikusnak mondható műtétnek -hasonlóan a szülészeti műtétekhez- feltételei és javallatai vannak.
A legfontosabb feltétel, hogy az intézetvezető professzor vagy osztályvezető főorvos tudjon hüvelyen keresztül méhet eltávolítani. A probléma kulcsa az ő kezükben van! Ugyanis, ha ők nem csinálják, másoknak sem engedik.
Érdekes dolog, hogy szívesen megyünk el másokhoz megtanulni a jelenleg divatos eljárásokat, videókat tanulmányozunk és megpróbáljuk osztályunkon bevezetni. Mindez nem vonatkozik a vaginalis hysterectomiára!
Osztályunk példája is ezt mutatja: 1989-ben 208 hasi és 46 /22,1 %/ hüvelyi méheltávolítást végeztek.
1990-ben vettem át az osztály vezetését. Két év alatt már 100 felé emelkedett a száma. 1999-ben 202 hasi és 221 hüvelyi /52,2 %/ méheltávolítást végeztünk.
A javallatát több tényező határozza meg. Ezek mérlegelése a műtét indikációját meghatározó személy feladata.
A myoma nagysága: felső határnak általában a 10 cm-es corpus átmérőt tekintjük. A cervicalis, isthmicus, intraligamentális lokalizáció esetén nem végezzük, mert nagy a hólyag vagy végbélsérülés veszélye.
Megítélésében nagy szerepe van a ultrahang vizsgálatnak.
A hüvely tágassága a másik fontos szempont. Különösen a boltozat tágasságának van jelentősége. A gát szerepe kisebb, különösen, ha epidurális érzéstelenítésben végezzük a műtétet.
Az uterus mobilitása legtöbbször egyszerű vaginális vizsgálattal is megállapítható. Ritkán szükség lehet a portio golyófogóval történő megfogására, az un. tractios próbára.
A felsorolt három tényezőt, a myoma nagyságát, a hüvely tágasságát és az uterus mobilitását együtt kell értékelni az indikáció meghatározásánál.
További szempont a mérlegelés során az adnexumokon és a méhtesten végzett előző műtét és az anamnézisben szereplő súlyos kismedencei gyulladás. Egy alkalommal végzett sectio caesarea után idős betegeken, uterus prolapsus, descensus esetén a vaginális hysterectomiát választjuk.
A myoma enucleatio után elég gyakoriak az összenövések /vékonybél, cseplesz/, ezért csak a műtéti szituáció ismeretében döntünk a hüvelyi műtét mellett.
Ovariectomia, petefészekből történő cysta kiágyazás, 10 cm-nél nem nagyobb parovarialis cysta kiágyazása után, valamint salpingotomiával

megoldott egyoldali méhen kivüli terhesség esetén szinten a hüvelyi műtétet választjuk.
A többi uteruson és adnexumokon végzett műtét után abdominális hysterectomiát végzünk Pfannenstiel vagy alsó haránt metszésből.
LAVH indikációját véleményem szerint ezek az esetek képezik.
A laparoszkóp szerepe a kismedencei összenövések felismerésében és ezek oldásában van. Súlyos összenövések vagy más rendellenességek esetén jobbat teszünk a beteggel, ha hasi harántmetszésből végezzük el a méheltávolítást.
Azzal pedig végképp nem értek egyet, hogy "egy kicsit alulról, egy kicsit felülről" vegyünk ki a méhből és adnexumokból. Nem ez a jövő útja. Inkább az, hogy tanulják meg a nőgyógyászok a vaginalis hysterectomiát! Talán 1-2 %-kal emelhetjük a hüvelyi műtétek arányát a már leírt elvek szerint végzett laparoscopia segítségével.
Végül még két gondolatot szeretnék említeni.
A hasi- és hüvelyi méheltávolítás arányát nagyban befolyásolja a műtét indikációja is. Aki már 2-3 cm-es myomákat is operál vagy egy-két alkalommal jelentkező vérzészavar esetén nem él a hormonkezelés lehetőségével, biztos, hogy több hüvelyi műtétet fog végezni.
A beteget sem szabad kihagyni a döntésből. Felvilágosítás után lehetőséget kell biztosítani számára a myoma enucleatiora, supravaginalis amputatiorais.

A KÖVETKEZŐ KÖRKÉRDÉS

Klasszikus műtétekben jól képzett, de laparoszkópiában járatlan 50 éves másodfőorvoshoz ragaszkodik betege, akinek simplex ovarialis cystája van. Mit tenne? Megoperálná "sub nomine"? Átvenné? Laparotomiát indikálna? Mi az Ön(ök) gyakorlata?

BESZÁMOLÓ

Az ESGE

(European Society for Gynecological Endoscopy)

10. kongresszusáról

Az ESGE (European Society for Gynecological Endoscopy) 10. kongresszusát 2001. november 21-24. között Lisszabonban rendezték.

A kongresszus helyszíne a lisszaboni kongresszusi központ, mely méltó hely nagyszabású tudományos és kulturális események lebonyolítására. Az elnök J.L.Silva Carvalho és munkatársai meleg vendégszeretete családias légkört teremtett, mely mindvégig uralta a kongresszus közel háromszáz résztvevőjének hangulatát. A programban valamennyi kurrens nőgyógyászati endoszkópos téma szerepelt, ez alól talán csak a kismedencei gyulladások jelentettek kivételt. Nagy számú előadás foglalkozott a laparoscopos hysterectomiákkal, a komplikációkkal, azok megelőzésének lehetőségeivel, a medencefenék defektusainak kivizsgálásával és operativ megoldási lehetőségeivel, a vizelettartási zavarok terápiájával, a krónikus alhasi fájdalommal, valamint a laparoscopos myomectomiákkal. Több előadás foglalkozott a myomák katéterembolizációs kezelésével és annak szövődményeivel. Érdekes színfoltja volt a programnak a congenitális malfomációk diagnosztikája és kezelése. Állandó visszatérő témája az endoszkópos kongresszusoknak a hysterectomiákat kiváltó endometrium ablációk különböző módszere és effektivitása. Összességében megállapítható, hogy a nőgyógyászati endoszkópiában alkalmazott technikák és módszerek tovább finomodtak, azonban alapvetően újat nem hoztak ezen a kogresszuson. A korábbi években tapasztalt szemlélettől eltérő nézettel talán csak M. Possover (Németország) állt elő, aki a kismedence „laparoscopos antomiájá”-val kapcsolatban azt a nézetét fejtette ki, hogy a ligamentum rotundumok kivételével a medencében nincsenek „szalagok”, hanem csak erek és idegek kötőszövetes közegbe ágyazva, melyeknek a késői postoperativ időszakban alapvető jelentőségük lehet az életminőség szempontjából, s melyek a legkülönbözőbb műtéti beavatkozások során maximális kíméletet igényelnek.

A kongresszus során az ESGE vezetősége megbeszélést tartott az európai országok endoszkópos társaságainak jelenlevő vezetőivel, s kifejezte azt a törekvését, hogy a jövőben szorosabbá és effektivebbé kivánják tenni az ESGE és az egyes nemzeti társaságok kapcsolatát.

A jól szervezett társasági programok még hangulatosabbá és nehezen felejthetővé tették az amúgy is jó hangulatú kongresszust, melyek csúcspontja az opera gála, valamint a Casino Estorilban rendezett portugál zenés-táncos bemutató voltak.

Bódis József

SZERKESZTŐI ÜZENET

Kedves Olvasóink, Tisztelt MNET tagok!

A 2001.-es évben a Hírlevél nem jelent meg. Ennek oka nyilván többes: -jelzi az endoszkópos tevékenység fejlődésének hiányosságát. -a körülöttünk lévő káotikus egészségügy problémái is jobban lekötnek bennünket, nem is beszélve a várható változások miatt szükséges felkészülés terheiről. Ezzel együtt itt a folytatás.
Fogadjá(to)k belátással.

A Szerkesztők

E-mail címeink:

molnargb@tiszanet.hu,
leocrea@axelero.hu