

Műtét / elsődleges kezelés

Az esetek nagy részében korai szakaszban kerül felismerésre az endometrium carcinoma, így az elsődleges kezelés a műtét. Ez esetben abdominalis hysterectomia - bilateralis adnexectomiát végeznek, ami alatt azt értjük, hogy a műtét során a méh és a petefészkek, valamint nyirokcsomók kerülnek eltávolításra, ritkábban, helyileg nagyon előrehaladott esetekben, bélszakasz eltávolítása is történik.

Szerencsére a méhtestrák túlnyomó többségben korai stádiumban (I. és II. stádium) kerül felismerésre. Ilyenkor a műtét az elsőként választandó eljárás, mely nagyon nagy valószínűséggel végleges gyógyulást fog eredményezni. A klasszikus műtégi eljárás a méh és a petefészkek/petevezetők eltávolításából áll, de fiatalabb életkorban a petefészkek és bizonyos feltételek mellett a méh is visszahagyható. Az utóbbi években elfogadottá vált, hogy a kisebb metszéssel és megterheléssel járó laparoszkópos és robotműtétek előnyt jelentenek ezekben az esetekben, a gyógyuláshoz szükséges idő lerövidül használatukkal. Fontos, hogy a megfelelő kivizsgálással a korai stádiumú méhtestrákos betegnél meghatározzuk, szükséges-e a kismedencei, vagy a magasabban fekvő hasi nyirokcsomók eltávolítása. Pár éve alkalmaznak egy új technikát is, amely során nem történik meg az összes nyirokcsomó eltávolítása, hanem egy speciális fluoreszkáló anyaggal megjelölik az anatómiailag a tumorhoz legközelebb eső őrszem nyirokcsomókat és azokat távolítják el. Ezek a műtétek is korszerűen, laparoszkóppal elvégezhetők.

Előrehaladott stádiumban a méhtestrák kezelése több eljárás kombinációjából áll, ennek részét képezi a sebészi eltávolítás is. Ilyenkor sokszor gyógyszeres előkezelést követően végzünk szükség esetén kiterjesztett nagyműtéteket is, azzal az egyértelmű céllal, hogy a műtét végére az összes látható daganatszövet kikerüljön.

Összességében elmondható, hogy a méhtestrák sebészi kezelése nagyon sikeres, a betegek többsége véglegesen meggyógyul. A műtégi eljárások fejlődésének két

fontos iránya napjainkban a mŰteti terhelés csökkentése, az életminőség, a funkciók megőrzése, és a mŰtét testreszabása a daganat agresszivitásának megfelelően.

ONKOFERTILITÁS

Fertilitás megőrzés daganatos betegség során

A rosszindulatú daganatos betegségek mŰtetes, sugár-, kemo- és biológiai terápiás kezelése káros hatással lehet a fiatal betegek későbbi fertilitására (nemzőképességére). A javuló gyógyulási esélyek mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap a betegek hosszú távú életminősége, így a túlélésen túl jövőbeli fertilitásuk megőrzése is célként fogalmazódik meg. Az onkológiai és fertilitásmegtartási törekvéseket az onkofertilitás kifejezés foglalja össze. Ez alatt nemcsak speciális nőgyógyászati mŰteti eljárásokat értünk, hanem olyan beavatkozásokat is, amelyek az ivarsejtek, a nemi szervek vagy az embrió konzerválását célozzák.

Fontos szempont, hogy nemcsak maga a rákbetegség, hanem az annak kapcsán folytatott kezelés is nagyban rontja a fertilitási esélyeket. Mindezeket figyelembe véve indokoltnak látszik reproduktív korú vagy fiatalabb rákbetegek definitív gyógyítása előtt és után bevonni a terápiás döntéshozatalba meddőségi szakembert. Különösen fontos ez azokban az esetekben, amikor a belső nemi szerveket érintő fertilitásmegtartó mŰtét lehetősége kerül szóba, mint a méhnyakrák, a méhtrák és a petefészekrák esetében. Fontos, hogy a daganatos betegség terápiájának kialakítása során aktív résztvevő legyen maga a beteg is, és az ő gyermekvállalási szándékai szerint is kell meghatározni a kezelési tervet, **amennyiben a daganat stádiuma, előrehaladottsága ezt engedi.**

A természetes reprodukció időben behatárolt a nők szempontjából, amely az életkorral összefüggően véges. A fejlődő lánymagzatnál megtalálható 6–7 millió primordialis tüsző megszületéskor mintegy 500 000–2 millió, pubertáskorban már csak mintegy 300 000. A nő reprodukciós életszakaszában mintegy 400–500 petesejtet termel, majd a 40. életévtől a fertilitási potenciál jelentősen csökken, később a menopauzával pedig megszűnik. Mindezeket figyelembe véve egy rákbetegség még inkább nehezítő tényező a gyermekvállalási szándék során, hiszen a rákos betegségek miatt végzett terápiák leggyakrabban rontják a fertilitási mutatókat, befolyásolják a gonádok működését, és a reprodukciós tengelyben résztvevő szerveket és az endokrin funkciókat is károsítják.



A nők termékenységi életszakaszát nagymértékben a folliculusrezerv-állomány határozza meg, amely azt mutatja, hogy a petefészek várhatóan milyen mértékben képes megtermékenyítésre alkalmas érett petesejtet létrehozni. A fent említett funkció és a véges számú érésre váró petesejtek miatt nagyon érzékeny a női petefészek a kemoterápia és sugárterápia mellékhatásaira. A malignus betegségek kezelése a petefészek tüszőinek hanyatló átalakulása folytán történő pusztulását hozhatja létre, károsíthatja a petefészekben található tüszőket, amelyek következtében korai menopausa és meddőség jöhet létre.

Nők esetében a fertilitásmegtartás lehetőségei nehezkesebbek, mint férfiak esetén. A módszerek nagy része késlelteti a rákbetegség végérvényes kezelését, ami bizonyos esetekben nem megengedhető. Különösen nehéz a helyzet olyan nőbetegek esetén, akiknek nincs partnerük, vagy donorspermium lehetőségével szeretnének élni.

A fertilitás megőrzésének fontos aspektusa az, hogy a daganat előrehaladottsága, elhelyezkedése lehetővé tegyen olyan daganatoperációt, amely megőrzi a méhtestet, illetve bizonyos esetekben a petefészeket, petefészkeket.

Ilyen például a méhnyakrák egyik műtéttípusa, a Wertheim Art.

Lehetőségként merülhet fel a női fertilitás-megtartás esetén a petesejt- vagy embrió-cryopreservatio, amely egy fagyasztásos módszer. Ez a módszer körülbelül 2-4 hét alatt elvégezhető, ez azt hozza magával, hogy ennyi ideig szükséges késleltetni a rákbetegség kezelését. A petesejt-fagyasztás során, ugyanazon az elven mint az in vitro fertilisatiós (IVF) eljárás során, a petesejtérést elősegítő gyógyszereket adagolnak, majd intravénás bódításban, ultrahangvezérelt transvaginalis punkció során petesejtet szívnak le az érett tüszőkből. Nehézséget jelenthet az olyan betegek esete, akiket hormonérzékeny, rosszindulatú tumorról diagnosztizáltak. Az embrió-fagyasztás során pedig a petesejt-leszívást követően spermiummal fertilizálják vagyis megtermékenyítik, ezt követően történik a fagyasztás. Ebben az esetben jelenthet problémát a partnerrel nem rendelkező vagy donorspermium-igényű nőbetegek esete. Donorspermium ugyan használható, de ez sokak számára nehezen elfogadható.

További lehetőség lehet még a fertilitás megtartása érdekében petefészekszövet-cryopreservatio (fagyasztás) és transzplantáció. A petefészekszövet fagyasztás óriási előnye, hogy olyan fiatal lányoknál is kivitelezhető, akik még a pubertáskort nem érték el a rák diagnózisának idején. Általában laparoszkópia során a petefészek corticalis állományának több kicsiny szeletét, vagy a petefészek egyharmadát-kétharmadát, vagy ritkán az egész állományát eltávolítják, majd ezt követően fagyasztják, és a beteg gyógyulását követően ültetik vissza. A transzplantáció történhet autotranszplantáció módszerével, amikor a betegbe juttatják vissza a friss vagy a felolvasztott szövetmintákat. Az újra működőképes petefészekszövet mintákból transzplantáció esetén akár spontán teherbe esés is előfordulhat, vagy más módszer esetén a belőlük kinyert petesejtek később IVF-módszerrel sikerülhet a teherbeesés.

Felmerülő lehetőség lehet sugárterápia alkalmazása esetén a petefészek-transzpozíciós eljárás (oophoropexia), mivel a petefészek nagyon sugár-szenzitív szervek, ennek érdekében felemelik a petefészeket alaphelyzetből, hogy a sugárterápia során ne essen bele abba a mezőbe, ahol a sugárzás közvetlenül hat. Sugárkezelés esetén a petefészek-funkció megtartása három tényezőtől függ. Ezek: a beteg életkora, a petefészeket ért sugár dózisa és esetlegesen párhuzamosan adott kemoterápiás kezelés. Pont ezért az oophoropexia akkor végzendő, ha a medencében elhelyezkedő tumor vagy nyirokcsomó-régió irradiációs kezelését tervezik. Ez a fajta beavatkozás javasolható nőgyógyászati daganatok esetén, hematológiai daganatok miatt, mint például Hodgkin-lymphoma esetén.

Ez a beavatkozás történhet a malignus daganat miatt tervezett műtét során, vagy a laparoszkópia módszerével olyan esetekben, ahol elsődlegesen nem műtétet terveznek. Ennek a beavatkozásnak a gyógyulási ideje igen rövid, így nem szükséges hosszú távon halasztani a daganat kezelésének elkezdését.

Bizonyos esetekben, a gyógyulást követően, a fertilizáció tervezésekor szükségessé válhat újabb műtét a petefészek élettani pozíciójának visszaállítására, különösen, ha IVF-program válik szükségessé.

További módszerként említhető a fertilitás-megtartás vonatkozásában a gonádok gyógyszeres védelme, GnRH-antagonisták használatával. Ennek a kezelésnek a lényege, hogy a csírasejtek/tüszők hasonlóan a tumorsejtekhez osztódnak és reprodukálódnak, így a kemoterápiás kezelés során sokszor véglegesen

károsodhatnak. Amennyiben alkalmazunk olyan gyógyszereket, mint a GnRH-antagonisták, amelyek képesek ezeknek a sejteknek a működését gátolni vagy leállítani, a gonádok mesterségesen leállított anyagcseréje csökkenti a kemoterápia ivarszerveket károsító hatását.

Bármilyen módszert is választunk a fertilitás megtartása érdekében fontos, hogy figyelembe vegyük a daganat típusát előrehaladottságát, saját életkorunkat, és közösen az orvosi teammel együtt válasszuk ki a legmegfelelőbb módszert.

AZ ALTATÁS

Mi is az az anesztézia?

A szó jelentése érzésnélküliség, vagyis arra szolgál, hogy a fájdalmas vizsgálat vagy műtéti beavatkozás alatt kikapcsolja azokat a jelzéseket, amik a fájdalom érzetét juttatják el az agyunkba.

Az anesztézia lehet általános = altatás, ilyenkor alszol, és semmit nem érzel, érzékelsz a külvilágból, vagy regionális = ilyenkor a testnek egy részét kapcsolják ki az érzések közvetítéséből, ilyen a spinális, epidurális, regionális és a helyi érzéstelenítés.

Mit csinál az aneszteziológus?

- veled egyetértésben megtervezi a műtéthez szükséges érzéstelenítést
- ellenőrzi az életfunkciókat a műtét/altatás alatt
- adagolja a gyógyszereket, altatógázokat, szükség esetén antibiotikumokat vagy vérkészítményeket
- megtervezi a műtét utáni fájdalomcsillapítást
- felügyeli a műtét utáni állapotodat az őrzőben vagy az intenzív osztályon

Mik a teendők műtét/ altatás előtt?

- ha dohányzol, minél hamarabb hagyd abba, legjobb hetekkel a tervezett műtét előtt
- a túlsúly fokozott műtéti rizikót jelent, ha lehet egy könnyű diétával hozd formába magad
- ha van mozgó vagy törött fogad, keresd fel a fogorvosodat

- ha van krónikus alapbetegséged, menj el a gondozó orvosodhoz, hogy a lehető legjobb állapotba kerülj a műtét időpontjára

Mi az az aneszteziológiai ambulancia?

A műtét előtt találkozni fogsz egy aneszteziológussal, aki előzetes felmérést fog végezni az állapotodról, és megbeszélhetsz vele minden részletet az altatással kapcsolatban. Az aneszteziológiai ambulancián a háziorvosi vizsgálatához hasonló vizsgálat történik, kikérdeznek, megmérik a vérnyomásodat, megnézik a leleteidet. Szinte minden esetben szükséges egy EKG és egy laborvizsgálat műtét előtt, de lehet, hogy egyéb eredményekre is szükség lesz, pl. mellkasröntgen, esetleg szívultrahang, ezt az aneszteziológus dönti el.

Mi történik a műtét előtt, alatt, után?

A műtét előtt már az előző napon valószínűleg be kell feküdni a kórházba. Sok helyen már vacsorázni sem lehet a műtét előtti napon, sőt lehet, hogy beöntést vagy hashajtót fogsz kapni. Erre azért van szükség, hogy kiürüljenek a belek, jobb műtégi körülményeket teremtve. Figyelj a folyadékbevitelre, inni a műtét előtt maximum két órával még lehet, vizet, teát vagy szűrt gyümölcslevet. Igyál eleget! Már este is, de a műtét reggelén biztosan fogsz kapni egy „bátorító tablettát”, ez segít, hogy könnyebben átvészeld a műtét előtti várakozást.

És amikor eljön az idő, jön érted a műtősfiú. Le kell majd vetkőzni teljesen, lehet, hogy kapsz egy kórházi hálóinget, de az is lehet, hogy csak jól betakarnak. A műtőben kapsz egy sapkát, ellenőrzik a személyazonosságodat, a csuklódon lévő kis névjegykártyát, egyeztetik a műtét típusát.

Aztán előkészítenek az altatáshoz: EKG tappancsokat raknak a mellkasodra, vénát biztosítanak, vérnyomásmérőt helyeznek a felkarodra, ami 5 percenként mérni fog, az ujjad hegyére pedig kapsz egy kis csipeszt, ami a vér oxigénszintjét fogja mérni.

Ha epidurális kanült beszéltek meg, azt ebben a fázisban teszik be. Fel kell majd ülnöd, kapsz egy kis helyi érzéstelenítőt a szúrás helyére, és két csigolya között bevezetik ezt a kis csövecskét, amin keresztül műtét után kaphatsz majd fájdalomcsillapítót.

Ezután jön az altatás: kapsz majd fájdalomcsillapítót, altatószert, és, ha már mélyen elaludtál, izomlazítót is, hogy a lélegeztetőcsövet be tudják helyezni a



légcsővedbe. A műtét alatt az aneszteziológus minden életfontos paramétert folyamatosan ellenőrizni fog, ha szükséges ad még gyógyszert, irányítja a lélegeztetést, folyadékot pótol, mindent megtesz azért, hogy a lehető legjobban bírd a műtétet.

Amikor a sebész befejezte, leállítják a gyógyszerek és altatógázok adagolását, és hagyják, hogy magadtól felébredj. Ébredés után még kába leszel, nem fogsz emlékezni rá, de átkerülsz majd az őrzőbe, ahol még rendszeresen mérik az életfontos paramétereket, lesz rajtad egy oxigénmaszk, és egy szakképzett nővér felügyeli a fájdalomcsillapítást. A hasadból valószínűleg drének lógnak majd ki, kötés lesz rajta, és szinte biztos, hogy hólyagkatétered lesz. Nyugi, semmit nem viszel haza, ezeket mind szépen fokozatosan eltávolítják majd, de most segítenek.

Az osztályra vissza:

Mikor már minden értéked stabil, és a fájdalom is jól kontrollálható, visszakerülsz a „sima” osztályra. A műtét típusától függ, hogy mikor, de lassan elkezdhetsz kortyolni folyadékot, később ehetsz is pár falatot, szigorúan az előírt diétás szabályok szerint. Ne felejtse, az egész hasadat megbolygatták, idő kell a beleknek, hogy magukhoz térjenek. Jön majd gyógytornász, lehet, hogy pszichológus, és persze a kezelőorvosod is elmondja majd a műtét menetét.

Lehet az altatásnak szövődménye?

Lehet. Minden orvosi beavatkozásnak lehetnek mellékhatásai és szövődményei, még akkor is, ha mindent elkövetnek, hogy ne legyen. A leggyakoribb mellékhatások: rossz közérzet, szédülés, hányinger, aluszékonyság, fejfájás, ezek rövid idő alatt maguktól is megszűnnek.

Az altatás leggyakoribb szövődménye a torokfájdalom (a lélegeztető cső miatt) illetve fogsérülés (ez pedig a lélegeztető cső behelyezésekor alakulhat ki). Ritkán előfordulhat vérnyomás ingadozás, szívritmuszavar, szívelégtelenség, allergiás reakció gyógyszerekre, műtét utáni légzési nehézség, ezekre az altatóorvos előre figyelmeztetni fog, ha a műtét jellege vagy az alapbetegségeid miatt fokozott kockázatnak vagy kitéve.



FONTOS:

A nőgyógyászati daganatok kezelése onkológiai centrumban történjen, erre a területre specializálódott nőgyógyász onkológus, klinikai onkológus, daganatsebész által!