



MST 2018

A MAGYAR SEBÉSZ TÁRSASÁG

64. KONGRESSZUSA

Sebészeti továbbképző tanfolyam

ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI

2018.05.24-26.

Kölcsey Központ, Debrecen

A pancreas fej tumorok laparoscopos sebészete osztályunkon. Videó prezentáció

Berenci Attila, Karaffa Iván, Barra Zoltán, Kiss Edina, Balog Tamás, Bezilla János
BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

A hasnyálmirigy sebészete igazi kihívás gyakorlott sebész számára is. Tekintve, hogy daganat ritka előfordulású- a daganatok mintegy 2-3%-át adja- megfelelő esetszám elérése, kellő gyakorlat megszerzése, csak nagyobb centrumokban lehetséges. A laparoscopos hasnyálmirigyfej resectio hazánkban még igazi kuriózum.

2017. novemberétől pancreas feji térfoglalás miatt 3 esetben végeztünk laparoscopos fejresectiot. Mindhárom betegünk nő volt. Életkoruk 44, 46, ill. 69 év volt. 2 esetben pylorus megtartással, egy esetben antrum resectioval történt a műtét. A pancreas anastomotist jejunummal készítettük Blumgart szerint csomós öltésekkel. A GEA mindhárom esetben antecolicus volt, Braun anastomozissal. A kórházi tartózkodás 8, 11 és 34 nap volt. Egyik betegünkénél elhúzódó gyomorürülés, másíknál clostridium colitis, harmadíknál konzervatív kezelésre gyógyuló pancreas sipoly jelentkezett. A szövettani feldolgozás során mucinosus cystadenomát és két adenocarcinomát igazoltak (pT1, pT3 N0M0). Mortalitás nem volt.

Válogatott esetekben, benignus vagy korai stadiumú malignus hasnyálmirigyfej tumorok sebészetében, a laparoscopos technika is alternatíva lehet.

ÉR resectiók pancreas műtétek során osztályunkon 2016-2017

Lóderer Zoltán, Bíró Zsanett, Mohos Balázs

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Szombathely, Szombathely

2016-ban 9, 2017-ben 12 pancreas resectiót végeztünk előzetes kivizsgálás során igazolt pancreas fej térfoglalás miatt. Az elvégzett 21 műtétből 17 esetben pylorus megtartásos pancreato-duodenectomia 4 esetben pedig teljes pancreatectomia történt. A 4 betegből háromnál a gyenge általános állapot mellett talált puha pancreas állomány és 2 mm vagy annál kisebb Wirsung vezeték miatt döntöttünk pancreatectomia mellett, amíg egy betegnél az intraoperatív histológiai vizsgálat véleményezett a tervezett resectios síkból küldött mintában tumor jelenlétet.

A 17 pancreas fej resectióból 3 betegnél laparoscopos pylorus megtartásos resectio történt, kettőnél duct-to-mucosa egynél pedig Wigmoré pancreatico-jejunostomiával. 6 betegnél végeztünk nyitott műtét során ér resectiót is tumoros érintettség miatt. Háromnál partialis vena mesenterica superior resectio történt folt plasztika nélkül. Két betegnél segmentalis vena mesenterica superior resectio direkt varrattal egy betegnél pedig ismert anatómiai variáció kapcsán külön törzzsel eredt az a. hepatica propria, az a. lienalis és az a. gastrica sinistra az aortából. Ennél a betegnél a. hepatica propria segmentalis resectioja mellett tangenciális v. mesenterica sup. resectiót is végeztünk. A 17 esetből kétszer vált szükségessé completios pancreatectomia elvégzése, ugyanakkor azoknál a betegeknél, akiknél ér resectio is történt maior szövődeményt nem észleltünk. A szövettani vizsgálat valamennyi esetben adenocarcinómát és ép resectios széleket mutatott.

Amennyiben a preop. kivizsgálás alapján ér resectio mellett reális lehetőség van R0 resectio elvégzésére az „artery first” feltárás technikailag biztonságos lehetőséget kínál és a műtét korai szakaszában lehetővé teszi a műtéti terv módosítását.

A rosszindulatú végbéldaganatok kezelésének eredményei laparoscopos, és nyílt műtétek követően

Szabó Árpád, Kathy Sándor, Tóth Dezső, Csobán Tibor, Buris László, Bokor László, Varga Petra, Sass Tamás, Virga Attila, Kincses Zsolt

DEKEK Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

Bevezetés: A colorectalis daganatok sebészi kezelésében a laparoscopos műtétek az eredményeket onkológiai szempontból értékelve, egyenértékűek a nyílt műtétekkel. Sajnos sok esetben a daganat kiterjedése miatt nem valósítható meg, pedig a minimál invazív beavatkozás a beteg számára mindenképpen kíméletesebb műtéti technika lenne.

Célkitűzés: 829 rectum, és rectosigma átmenetben elhelyezkedő daganat sebészi kezelésének adatait dolgoztuk fel retrospektíve. Kíváncsiak voltunk a standardizált laparoscopos és nyílt műtétek eredményeire.

Eredmények: A jól működő betegszelekció, és alacsony konverzió mellett sajnos igen magas volt az előrehaladott daganatok aránya. A betegeink 24 %-ában tudtunk csak laparoscopos műtétet végezni. A kor és nem szerinti megoszlás az irodalmi adatokkal egyező. A betegeink majdnem egyharmadában távoli áttét igazolódott. Az intraoperatív szövődmények aránya, a vérvesztés laparoscopos műtéteknél kisebb volt. A specimen feldolgozása során az eltávolított nyirokcsomók száma, a bél hosszúsága hasonló volt a két műtéti típus esetében. A varratelégtelenség és a postoperatív sebészövődmény egyértelműen kevesebb volt a laparoscopos műtétek után. Elgondolkodtató tény, hogy a laparoscopos műtétek során kevesebbszer volt szükség tehermentesítő stomaképzésre. A nyílt műtéti csoportban előrehaladottabb stádiumú betegeket operáltunk. A postoperatív szövődmények kialakulásában az előrehaladott daganatstádium, az alultápláltság, a súlyos kísérőbetegségek és az alsóharmadi daganatlokalizáció voltak a fontosabb rizikófaktorok.

Az 5 éves túlélésben a laparoscopos csoportban jobb eredmény látható.

Következtetések: a végbéldaganatok műtéti kezelésében a laparoscopos eljárásoknak elsődleges szerepe van. A gondos preoperatív kivizsgálás, a megfelelő betegszelekció esetén az intraoperatív, és postoperatív szövődmények aránya alacsonyabb. A megfelelő onkológiai radikalitást a túlélési adatok összehasonlításai alátámasztják.

A daganatmentes túlélésben észlelt különbségeket elsősorban a betegszelekció miatti aránytalanságoknak tulajdonítjuk.

Hagyományos és laparoszkópos kolorektális műtétek 2015-2016-os országos adatainak elemzése

Benedek Zsófia^{1,2}, Dr. Belicza Éva³

¹ Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

² Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Budapest

³ Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

Háttér: A NEAK jelentésekben szereplő kórházi adatok pontos adminisztrációja fontos eleme lenne a magyar sebészet teljesítményének megítélésé szempontjából. A szerzők a 2015-2016-ban költségviselő szerv felé jelentett 274C és 2750 kódok alatti laparoszkópos és hagyományos vastag és végbél műtétek adatait vizsgálták.

Módszer: NEAK fekvőbeteg adatbázisának vonatkozó részét vizsgáltuk meg, 25 vastag és végbél beavatkozás kód alapján válogattunk adatokat. SPSS adatbáziskezelőt használtunk elemzésre. Deskriptív elemzéseken túl logisztikus regressziós függvényeket alkalmaztunk a műtéti helyszínek, kor, nem, szövődmények és kísérő betegségek, reoperációk laparoszkópos és nyitott műtétekhez való kapcsolatának vizsgálatára.

Eredmények: 17521 nyitott és 3359 laparoszkópos kolorektális műtét adatait elemeztük. A beavatkozások 30 napon belüli halálozása a nyitott és laparoszkópos műtéteknél 9,8% vs. 1,1% volt. A korcsoportos vizsgálatok szerint a laparoszkópos műtétek reprezentációja (41,5%) 40 éves kor alatti nők csoportjában a legnagyobb. A nők esélye 15%-kal (OR: 1,15 $p < 0,0001$) nagyobb a laparoszkópos műtetre mint a férfiaké. A kor előrehaladtával a laparoszkópos műtétek aránya csökken, egy 40 év alatti személy esélye 4,67-szer nagyobb laparoszkópos műtetre, mint egy 80 évesnek (OR: 4,68 95%CI: 3,89;5,62,). A posztoperatív 1-30 nap közé eső reoperációk előfordulási aránya 3,5 %. Reoperációk a nyitott műtétek esetében több mint ötször gyakrabban fordulnak elő a laparoszkópos műtétekhez képest (OR: 5,45 $p < 0,001$). Adatalemzésünk számos tényleges és hipotetikus korlátba ütközött. A NEAK felé történő jelentések hitelességét fenntartásokkal fogadjuk, többletbevétel reményében gyanúnk szerint lehetnek ápolási időszakok hosszában, kódolásokban csúsztatások. A BNO-OENO kódolás ellenőrizhetlensége miatt a jelentett adatok megfelelősége megkérdőjelezhető. A 24 órán belül történt reoperációk sok esetben nem különíthetőek el a több műtéti kóddal rendelkező primer beavatkozásoktól, ezért kizártuk vizsgálatunkból.

Következtetés: A költségviselő szervhez továbbított adatok elemzése hasznos inputként kellene szolgálnia minőségbiztosítás, forrásallokáció, szolgáltatás tervezés szempontjából. Output adatok elemzése - ápolási időszakok hossza, reoperációk és szövődmények aránya sebészeti munkánk minősítéséhez elengedhetetlen lenne. Az adatok jelenleg jelző értékűek, szakmai rálátás hiányában megtevesztőek lehetnek a döntéshozók felé és összehasonlíthatatlanok a nemzetközi szakirodalomban.

Korai posztoperatív szövődmények késői onkológiai hatásai colorectalis carcinomák elektív resectioját követően osztályunk beteganyagában

Osziacsánszky Mihály, Csüllög Péter, Béres Ildikó, Béres Csaba, Szabó Andrea, Tóth Lajos Barna
SzSzBMK Jóna András Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza

Célkitűzés: Számos irodalmi adat igazolta, hogy a nyelőcsőcarcinoma miatt resekált betegeknél a súlyos szövődmények igazoltan elősegítik a recidivák és távoli propagatio megjelenését. Több közlemény szerint ez az összefüggés a colorectalis carcinomák esetén is fennáll. Ezt az összefüggést saját beteganyagunk vizsgálatával szeretnénk igazolni.

Beteganyag és módszerek: 2007 január 1 és 2011 december 31-e között primer colorectalis carcinoma miatt elektív, kuratív resection átesett betegeinkből 358 beteget választottunk be vizsgálatunkba az általunk felállított kritériumok alapján. Az utánkövetési időszak 2016. december 31-ig terjed. Az átlagos követési idő 61,8 +/- 27 hónap volt. Műtéteket követően 30 napon belül fellépő sebészeti jellegű illetve intenzív kezelést igénylő szövődményeket (Clavien-Dindo grade III-IV.) elemeztük és rendszereztük. Beteg anyagunkban az átlag életkor 63,8 év volt, 190 férfi és 168 nő beteget operáltunk. Betegeink 26,2 %-a részesült preoperatív onkológiai kezelésben. Adatainkat osztályunk beteganyagának retrospektív vizsgálatával nyertük. Statisztikai próbákkal a vizsgált tényezőket egy-, illetve több változós rendszerben elemeztük.

Eredmények: A betegeink nagy része előrehaladott tumorstádiumban került műtetre, Grade III. szövődmény 32 esetben (9,2 %) alakult ki, ezen belül 25 betegnél alakult ki varratelégtelenség (7,8%). Grade IV. szövődmény 7 betegnél (2%), mortalitás 3,3% volt. Az utánkövetési idő alatt 88 betegnél (24,5%) alakult ki recidiva vagy távoli metasztázis. A Grade III. szövődmények csoportjában szignifikánsan gyakrabban alakult ki recidiva, és távoli metastasis ($p=0,0178$). A daganat stádiuma, grádusa, igazolt ér- és nyirokcsomóbetörés mellett, a posztoperatív szakban jelentkező varratelégtelenség is felelőssé tehető a recidivák és a távoli propagatiók nagyobb számú megjelenéséért és ebből kifolyólag a tumorspecifikus halálozás növekedéséért is.

Következtetés: A sebészeti szövődmények nem csak a korai posztoperatív szakban jelentenek veszélyt a beteg számára, de a későbbi negatív onkológiai hatásuk miatt a beteg hosszútávú túlélését is rosszul befolyásolják.

Rectum tumor miatt operált betegek valós túlélési adatai az Országos Onkológiai Intézetben

Mészáros Péter, Dubóczki Zsolt, Sztipits Tamás, Oláh Gergő, Maksa Dániel, Mersich Tamás
Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Budapest

Bevezető: Vizsgálatunkban az Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Központjában 2013. 01. 01-től 2014. 12.31-ig eltelt időszakban rectum carcinoma miatt kuratív intencióval operált betegek valós túlélési adatait gyűjtöttük és elemeztük.

Módszer: Retrospektív analízissel és személyes megkereséses módszerrel az adott időszakban a Daganatsebészeti Centrumban operált 194 konzekutív rectum tumoros (záróizomtól való távolság <15 cm), M0 stádiumú beteg adatai kerültek a vizsgálatba. A perioperatív daganatsebészeti minőségi mutatókon túl -circumferentialis reszekciós szél (CRM), distális reszekciós szél (DRM), nyirokcsomó szám (LN) és teljes mesorectalis excisio (TME) minősége-, vizsgáltuk a betegek valós túlélési adatait telefonos megkeresés és a számítógépes rendszerben fellelhető adatok segítségével. A kapott információkból meghatározva a követésből való kiesés arányát (drop-out), számoltunk valós 3 éves túlélést (OS), 3 éves betegségmentes túlélést (DFS), lokális recidiva arányt (LR).

Eredmények: A fent említett időszakban 115 esetben végeztünk rectum resectiót, míg 79 esetben abdomino-perineális exstirpációra (APRE) került sor. Az esetek 79.3 %-ban végeztük a műtétünket nyitott technikával és 20.7 %-ban választottuk a laparoscopos megközelítést.

A neoadjuváns radio-kemothérapie aránya magas (resectio esetén 82,6 % ill. APRE esetén 91,16 %). A 3 éves teljes túlélés 76.2 % (148/194). A 3 éves betegségmentes túlélés 62.8 % (122/194). A teljes túlélés a laparoscopos csoportban 87.5 % (35/40), a nyitott csoportban 73.3 % (113/154). A betegségmentes túlélés a laparoscopos csoportban 70 % (28/40), a nyitott csoportban 61 % (94/154). Lokális recidiva arány 2.12 %.

Következtetés: Az alacsony lokális recidiva arány a neoadjuváns radio-kemothérapie magas arányával hozható összefüggésbe. Anyagunkban a laparoscopos csoportban mind a teljes túlélést mind pedig a betegségmentes túlélést illetően jobbak az eredmények, mint a nyitott csoportban. A laparoscopos műtétek során tapasztalt jobb túlélési eredmények az alacsonyabb esetszám miatt óvatosan kezelendők.

Rectumot, hólyagot, hüvelyt és urétert infiltráló endometriosis: laparoscopos multiviscralis resectió és neocystostomia képzés (videoprezentáció)

Lukovich Péter¹, Bokor Attila²

¹Szent János Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem I. sz Női Klinika, Budapest

Bevezetés: Az endometriosis sebészete a betegség természete folytán kihívás, multidiszciplináris laparoscopos ellátása összeszokottságot, rutint igényel.

Esetismertetés: 35 éves nulligravida beteget két előzetes laparoscopos endometriosis műtét után súlyos bal oldali pyelectasia miatt kezdték vizsgálni. Sürgős uréter katéter felhelyezése után kismedencei MR, scintigraphia, CT urographia, colonoscopia történt, melyek a bal urétert infiltráló, a rectosigmoidealis átmenetet szűkítő, a hólyagot érintő endometriosisigazoltak.

Eredmény: A beteg laparoscopos műtétje során a bal ureter resectioját, neocystostomia képzést (split cuff nipple+psaos hitch technikával), a rectum és a hólyag resectióját végeztük. A műtét 6:30 óra volt, a műtéti utáni szak zavartalanul telt, a beteg az 5. postoperativ napon távozott.

Következtetés: Igen súlyos endometriosis esetében is - összeszokott műtéti teammel - a beavatkozás reális időn belül laparoscoposan elvégezhető, s a kiterjesztett műtét ellenére a beteg postoperativ ápolása nem hosszabb az átlagosnál.

A duodenum tumorok laparoszkópos sebészete – hét eset

Berencsi Attila, Karaffa Iván, Barra Zoltán, Kiss Edina, Bezilla János

BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

A duodenum tumorai, a gastrointesztinalis tractus tumorai közt 1-2% arányban fordulnak elő. A korrekt diagnózis felállításban, a pontos lokalizációban és a terápiás terv felállításában az endoszkópia szerepe kulcsfontosságú. A rezekabilis duodenum tumorok esetében végzett teljes falkimetszésben, a laparoscopos sebészet minimál invazivitást biztosíthat.

2006. januártól, napjainkig, osztályunkon hét esetben történt laparoscopos műtét, duodenum tumor miatt. A hét betegből kettő férfi és öt nő volt. Az átlag életkor, 58,57 év volt (43-79 év). A műtét során a rezekciót minden esetben duodenum mobilizálás előzte meg. Három esetben wedge resectio történt primer varrattal, egy esetben a tumor kiemelése után endo-GIA-t alkalmaztunk, 2 betegnél duodenotomia után történt eltávolítás endo-GIA használatával. Egy betegnél a duodenumot rezekáltuk és vég a véghez anastomozist készítettünk intracorporalis csomózással. Az átlagos tumorméret 3,75 cm volt (1 - 6,5 cm). Az átlagos kórházi tartózkodás 9 nap volt (5 - 14 nap). A szövettani feldolgozás során igazoltak lipomát, ectopias pancreast, pseudopyloricus metapláziát, in situ cacinomát, neuroendocrin tumort és gastrointesztinalis stromalis tumort.

A benignus és borderline duodenum tumorok sebészetében, a laparoscopia, a nyitott - hagyományos eljárás alternatívája lehet, de a műtét sikeréhez, pontos radiológiai és endoscopos (pre és intra op) véleményezés, valamint laparoscopos jártasság szükséges.

Metabolikus sebészeti tevékenységünk 2010-2018

Nagy Tibor Sándor, Sándor Gábor, Mohos Petra, Horzov Myroslav, Tornai Gábor, Szenkovits Péter, Mohos Elemér

Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Bevezetés: A kóros elhízás és az okozott társbetegségek, elsősorban a 2-es típusú diabetes prevalenciája az elmúlt évtizedekben növekedésnek indult. Magyarországon a kórosan elhízottak lakosságszámhoz viszonyított aránya 30%, így országunk a 4. helyet foglalja el az OECD tagországok sorában a kóros elhízottság szempontjából. Miután a konzervatív kezelési módszerek (diéta, tréning) legtöbbször nem hoznak tartós - a társbetegségeket is érintő - megoldást, megnőtt az igény a radikálisabb és hatékonyabb metabolikus sebészeti beavatkozások iránt.

Módszer: Osztályunkon az elmúlt 8 és fél évben 840 bariátriai sebészeti beavatkozás történt. Megoszlás szerint főként laparoscopos Roux Y gyomor bypass műtétet (LRYGB) végeztünk, továbbá ebből 9%-ban laparoscopos gyomor sleeve resectiot (LGSR), sleeve to gastric bypass átalakítást 6, proxymalis gyomorrezekciót 2 alkalommal és gyomorgyűrű eltávolítást 72 esetben hajtottunk végre. BMI 40 felett indokolt a műtétet elvégezni. Amennyiben a betegnek az elhízás mellett valamilyen, az adipositaszhoz társult egyéb betegsége is van (2-es diabetes m., súlyos fokú gastro-oesophageális reflux és térd ill. csípő osteo-arthrosis, stb.), akkor a beavatkozás már BMI 35-től ajánlott. A műtét előtti kivizsgálás a műtéli teherbíró képesség felméréséből, illetve az elhízás egyéb, nem műtétilag kezelendő lehetséges okainak (endokrinológia, pszichiatria) kizárásából áll. A műtéli előkészítéshez hozzá tartozik a thrombosis profilaxis, a single shot antibiotikum és a proton pumpa inhibitor. A postoperatív napok során kontrasztanyagot nyelés rfg-t végzünk és a páciens általában a 4. postop. napon emittáljuk, illetve ambulanciánkon rendszeresen kontrolláljuk. A betegek a műtét után B12 vitaminpótlásra szorulnak.

Eredmények: Tapasztalataink alapján mindkét műtéli beavatkozás relatív alacsony szövődmény ráta mellett végezhető és hosszú távon is hatékony mind a testsúly csökkenés, mind a társbetegségek javulásának vonatkozásában. LRYGB után nagyobb mértékű fogyást (testsúlyfelesleg csökkenés 88 % vs. 68 %) és az inzulin rezisztencia, a hypertonia és a gastro-oesophageális reflux magasabb arányú javulását tapasztaltuk a LGSR-hoz viszonyítva.

Konklúzió: Eredményeink alapján a LRYGB-t részesítjük előnyben, sleeve resectio-t akkor indikálunk, amikor bypass végzésére nincs, illetve csak magas rizikó mellett lenne lehetőség, figyelembe véve a beteg ez irányú, egyénre szabott igényeit is.

Revízióanalízis metabolikus sebészeti műtétek

Sándor Gábor, Nagy Tibor, Mohos Petra, Horzov Myroslav, Tornai Gábor, Szenkovits Péter, Orbán Csaba, Herpai Vivien, Gurdon István, Mohos Elemér

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Bevezetés: A kóros elhízás és annak társbetegségei (diabetes mellitus, hypertonia, arthrosis, stb.) egyre nagyobb kihívást jelent a meredeken emelkedő és döntően a fiatalabb korosztályt érintő prevalencia miatt. Napjainkban érdemi és hosszú távú megoldás csak a metabolikus műtétektől várható. Mind a nagy rizikójú beteg populáció, mind a komplex műtéti technika miatt bizonyos esetekben az elvégezhető beavatkozás típusa determinált, így a revízióanalízis műtétek is egyre nagyobb számban fordulnak elő.

Betegek és módszer: Osztályunkon 2010-től ezidáig 840 metabolikus sebészeti műtétet végeztünk. A betegek átlagos testsúlya 149 (92-263) kg, testtömeg indexe 46 (35-71) kg/m², életkora 43 (17-74) év volt. A diabetes betegeink 16 %-át, a hypertonia 35 %-át, a GER 21 %-át érintette. Műtéti indikációt a 40 kg/m² feletti (diabetes mellett 35 feletti) BMI jelentett. Az elsőként választott műtét a laparoscopos Roux Y gyomor bypass, amikor erre technikailag nem volt lehetőség, laparoscopos gyomor sleeve rezekciót végeztünk. Együlésben 72 alkalommal került eltávolításra előzetesen beültetett gyomor gyűrű, közülük 4 esetben a gyomor proximális részének rezekciójára kényszerültünk, mert a gyűrű a gyomorba penetrált. Revízióanalízis műtétet 8 esetben végeztünk, 7 esetben alakítottunk át testsúlynövekedés miatt sleeve rezekciót Roux Y gyomor bypass műtétre, továbbá 1 esetben végeztünk re-bypass műtétet.

Eredmények: Betegeink átlagosan 51 kg-ot fogytak, az átlagos BMI csökkenés 17 kg/m² volt. Diabeteses betegeink 91 %-a vált antidiabetikum és insulin nélkül normoglykaemiássá, az antihypertenzívumok 74 %-a volt elhagyható. 30 napon belül egy beteget veszítettünk el (gastrografin pneumonitis, postop.5. nap). Minden revízióanalízis műtét laparoscopos úton történt, szövődményünk ezeknek kapcsán jelenleg nincs.

Konklúzió: Metabolikus sebészeti beavatkozással hatékony testsúly csökkenés érhető el, törekedni célszerű primaeren gyomor bypass műtét végzésére. A sokszor több rizikó faktoralal rendelkező betegek és a műtét nagyságrendje miatt primaeren a gastric bypass nem kivitelezhető, így szükség van a későbbi revízióanalízis műtét elvégzésére.

Laparoscopos gyomorresectio (wedge) GIST esetén

Simon Éva, Bálint István, Parti Krisztina, Orbán Lajos

Kanizsai Dorottya Kórház Sebészeti Osztály, Nagykanizsa

A gastrointestinalis stromalis tumorok (GIST) az emésztőszervi daganatok kevesebb mint 1%-át teszik ki. Egymillió emberből évente körülbelül 10-20 új eset kerül felismerésre, tehát ritka betegségről van szó. A GIST daganatokat nehéz diagnosztizálni, mivel a korai stádiumot általában fizikai tünet nem kíséri, tünetei később méretétől, lokalizációjától és agresszivitásától függenek. A betegség felismerésében a képkalkotó és az endoszkópos vizsgálatok játszanak főszerepet. A GIST leggyakrabban a gyomorban alakul ki - az esetek körülbelül 65%-ában, megjelenhet a vékonybélben - nagyjából 25%-os gyakorisággal, ritkábban a tápcsatorna más szakaszain (pl. nyelőcső, végbél). A daganat mérete igen eltérő lehet (néhány mm-től akár a 35 cm-t is elérheti). Ma a gastrointestinalis stromalis tumorok viselkedése szempontjából a daganat méretét, az osztódó sejtek számát, a daganat proliferációs indexét és DNS-tartalmát tartják a legfontosabbnak. A célzott gyógyszeres kezelés bevezetése komoly előrelépést jelentett a terápiában, de a GIST kezelése továbbra is alapvetően sebészi.

Osztályunkon az 2016.03.01. és 2018.03.01 között daganat miatt 21 esetben végeztünk gyomorresectiot ill. gastrectomiát. A műtéti javallat 3 esetben a gyomor gastrointestinalis stromalis tumora volt. Előadásunkban két, laparoscoposan operált, gyomorra lokalizálódó GIST esetét mutatjuk be. A műtéteket, a specimen eltávolítását az onkológiai szempontokat figyelembe véve végeztük. Intra- illetve posztoperatív szövődményt nem észleltünk.

GIST esetén a javasolt eljárás az ép szélekkel végzett excízió. Radikális műtét nem szükséges, mert a regionális nyirokcsomókban igen ritka az áttét. Felső panendoszkópia során igazolt tünetmentes, 2 cm-nél kisebb GIST esetén az utánkövetés elfogadható választás, ugyanakkor az utánkövetés stratégiájára nem áll rendelkezésre egyértelmű ajánlás. 2 cm-nél nagyobb tumorok esetén sebészi eltávolítás javasolt. A minimalisan invazív technica, a laparoscopos resectio ideális választás ezen műtétek elvégzéséhez.

Laparoscopos mellékvese műtétek osztályunk anyagában

Zéman Zsolt, Berencsi Attila, Karaffa Iván, Barra Zoltán, Kis Edina, Bezilla János
B.A.Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

Bevezetés: A benignus mellékvese elváltozások eltávolítására az ajánlott gold standard sebészeti beavatkozás a laparoscopos adrenalectomia. A laparoszkópos adrenalectomia fejlődésével a benignus, kisméretű elváltozásokra korlátozódó indikációs kör napjainkban nagyobb malignus mellékvesetumороk eltávolítására is egyre inkább kiterjed, valamint egyre nagyobb az igény a szervkímélő eljárások iránt is.

Anyag és módszer: Osztályunkon 2002 január 01. és 2018 december 31. között 83 esetben történt minimal invazív módon adrenalectomia. A szerzők retrospective elemzik a preoperatív kivizsgálás menetét az elvégzett műtétek típusát.

Eredmények: Ezen időszakban 83 betegnél (20 férfi, 63 nő) történt transperitonealis adrenalectomia. Az átlag életkor 54,1 év (15-76), a műtéti idő átlagosan 90 (45-250) perc volt. Konverzióra 2 esetben kényszerültünk, laparoscoposan nem ellátható vérzés miatt. Szervkímélő műtét 4 alkalommal történt. A végleges szövettani vizsgálat hat esetben igazolt malignus tumort. Mind a 6 esetben R0 reszekció történt.

Összefoglalás: A laparoscopos technika a választandó műtéti eljárás a jóindulatú mellékvese elváltozások eltávolítására, mely parciális mellékvese eltávolítást, enucleatiót is lehetővé tesz. Megfelelő feltételek esetén, nagyméretű malignus mellékvesetumороk laparoszkópos transperitonealis technikával történő eltávolítása, biztonságos és az onkológiai irányelveket maradéktalanul kielégítő eljárás.

300 neuroendokrin tumor öt évtized alatt a SE I.sz. Sebészeti Klinikán

Szlávik Rezső, Fekete Krisztina, Horányi János, Harsányi László

Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Áttekintettük az SE I.sz. Sebészeti Klinikán 1969-2018 között neuroendokrin tumor vagy gyanúja miatt operált 300 esetet. Elemeztük a betegek kor és nem szerinti összetételét, a hormonaktivitást, a meghatározó tüneteket, a tumor lokalizációt és dignitást. Felsoroljuk a sebészi megoldások különböző módjait és azok alkalmazását. Kitérünk a patológiai klasszifikáció változásaira és az ebből eredő fogalom meghatározások bizonytalanságaira. 2000 előtt mai értelemben vett neuroendokrin tumornak gyakorlatilag a hasnyálmirigy szigetsejtes daganatai és a carcinoid tumorok számítottak. Különböző klinikai-patológiai csoportokra osztották ill. nevezték el őket (pl. apudomák, GEP tumorok, nesidioblastomák). 2010 óta -a jelenleg is érvényes WHO beosztás szerint- jelentősen megszaporodtak az extrapancreatikus lokalizációk, valamint a hormon inaktív tumorok. A korábban legnagyobb esetszámot adó inzulinómák helyett ma már a neuroendokrin tumorok nagyobb részét a hormon inaktív elváltozások adják. Külön értékeljük a legnagyobb csoportok - hasnyálmirigy eredet, ill. hyperinzulinizmus - jellemzőit, diagnosztikus problémáit, sebészi kezelését. Megállapításaink között szerepel a különböző szakmák (radiológiai és labor diagnosztika, patológia, endokrinológia, sebészet) közötti szoros együttműködés fontossága. A malignus tumorok esetében a sebészi kezelés érdemben nem tér el más malignomák megoldásaitól, azzal a különbséggel, hogy hangsúlyosabb szerepet kap a „debulking” típusú megoldás.

Primer szisztémás kezelés hatására bekövetkezett regresszió emlőtumorban. Öt év tapasztalatai

Kiss Edina Zita, Botos Ákos, Bezilla János

B.A.Z.Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Az emlődaganatok biológiai tulajdonságain alapuló, egyénre szabott kezelés csak multidiszciplináris teammunka eredményeként lehet optimális. Az utóbbi években a primer szisztémás terápia (PST) indikációs köre kiszélesedett minden olyan esetre, amikor adjuváns terápia az emlődaganat kezelésében racionálisan szóba jönne. Munkánk során a PST kezeléseink tanulságait elemeztük.

2011. január 01. - 2016. január 01. között kezelt beteg adatait elemeztük. A távoli áttétes betegeket metszetképalkotó vizsgálatokkal zártuk ki. A kivizsgálás részeként rutinszerűen végzett core biopszia immunhisztokémiai eredményei alapján az eseteket Luminal A, B1, B2, HER és triple negatív (TN)- szerű alcsoportokba soroltuk. Adatbázisban rögzítettük a gyógyszeres és műtéti kezelések paramétereit. A műtéti szövettani eredmények alapján az EWGBSP patológiai konszenzus szerint értékeltük a tumorban és a nyirokcsomókban létrejött regresszió mértékét. Elemeztük, hogy az egyes molekuláris alcsoportokban milyen mértékű regresszió jött létre a kezelés hatására.

A vizsgált időszakban 153 beteg részesült primeren szisztémás kezelésben. PST-t indítottunk az immunhisztokémia alapján magas rizikócsoportba sorolt betegeknél minden esetben, illetve az alacsony rizikócsoportba tartozó, de lokoregionálisan előrehaladott esetekben. Invazív ductális carcinoma 144 betegnél igazolódott, közülük LumA:25, B1:41, B2:23 volt. HER típusba 24, TN-be 31 eset tartozott. A betegek túlnyomó többsége (92%) docetaxel-epirubicin (aa 75mg/m²) kezelést kapott, megfelelő klinikai regresszió esetén 6 ciklusban.

A PST hatására komplett patológiai regresszió (pCR) a LumA-szerű tumorokban 13 %-ban jött létre. A további csoportokban B1:12,2%, B2:30,4%, HER:25%, TN:35,5% volt a remisszió aránya. A nyirokcsomókban bekövetkezett pCR a LumA csoportban 26,1% volt, míg a B1:22%, B2:21,7%, HER:37,5%, TN:38,7% regressziót mutatott.

Következtetés: A neoadjuváns kemoterápia elsősorban a HER overexpressziót mutató szubtypusokban és a triple negatív alcsoportokban eredményes, hormonérzékeny tumoroknál a primer műtét, vagy neoadjuváns hormonterápia választandó.

A hazai lakossági emlőrák-szűrés rövid és hosszú távú (10 éves) eredményeinek első klinikai vizsgálata, Hajdú-Bihar megye vonatkozásában

Tóth Dezső¹, Varga Zsolt¹, Tóth Judit², Árkosy Péter², Sebő Éva³

¹Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

²Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Onkológiai Klinika, Debrecen

³Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Emlőcentrum, Debrecen

Bevezetés: Magyarországon a lakossági emlőrákszűrés 2002-ben került bevezetésre a 45-65 év közötti nők számára. Mindezedig azonban a szűrés semmilyen hosszútávú eredményéről nem került beszámolás klinikai vizsgálat keretében.

Beteganyag és módszerek: 2002-2007 között a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Emlőcentrumában vizsgált és Általános Sebészeti Osztályán operált betegek prospektíven vezetett adatait elemeztük. Összehasonlítottuk a szűrés során talált és a 45-65 év közötti tüneteket okozó emlődaganatos betegek kezelésének rövid és hosszútávú eredményeit. Vizsgáltuk a tumorok klinikopatológiai paramétereit, a szűrés hatását a sebészeti beavatkozás kiterjesztésére, illetve a 10 éves teljes-, betegség-specifikus és betegségmentes túléléseket a szűrt és a tünetes betegek között.

Eredmények: 208 szűrt és 101 tünetes beteg adatait elemeztük. A szűrt betegek átlagéletkora alacsonyabb volt (54 vs. 58.5 év; $p=0.001$), kisebb daganattal kerültek műtétre (2.57 cm³ vs. 3.41 cm³; $p=0.044$), kevesebb neoadjuváns kezelésben részesültek (3.4% vs. 11.9%; $p=0.005$) és több esetben volt lehetőség emlőmegtartó műtét elvégzésére (68.8% vs. 59.4%; $p=0.032$). Az átlagosan 123 hónapos utánkövetés során nem találtunk szignifikáns különbséget a túlélések tekintetében, azonban egyértelmű trend mutatkozott a 10 éves betegségmentes túlélés vonatkozásában a szűrt betegcsoportban (82.7% vs. 74.3%; $p=0.074$). Emellett a kor-specifikus elemzés során a legrosszabb 10 éves betegség-specifikus túlélést a szűrt korosztálynál fiatalabb tünetes betegek esetén találtuk (65,2 % vs. 88,7%; $p<0,001$).

Következtetések: Ez az első hazai vizsgálat, mely a 16 évvel ezelőtt bevezetett emlőrákszűrés rövid és hosszútávú (10 éves) eredményeit vizsgálja. Igazolni tudtuk a szűrés hatékonyságát a teljes emlőeltávolítás és a neoadjuváns kezelés szükségességének csökkentésében, ugyanakkor nem tudtuk bizonyítani a szűrés túlélésben nyújtott előnyeit. Azonban a végleges következtetések levonásához, hosszabbtávú és több beteg adatait értékelő vizsgálatot tartunk szükségesnek, illetve megfontolásra érdemesnek gondoljuk a szűrt korcsoportnál fiatalabb, magasabb rizikójú betegek felismerését és időben történő ellátását.

Az elmúlt 20 év gyakorlata az axilla ellátásban az Uzsoki utcai kórházban

Faludi Sándor¹, Jobaházi Jenő¹, Medveczky Andrea², Nagy Zsolt³, Bursics Attila¹

¹ Uzsoki utcai Kórház Sebészet, Onkosebészeti osztály, Budapest

² Uzsoki utcai Kórház Nukleáris Medicina osztály, Budapest

³ Uzsoki utcai Kórház Patológiai osztály, Budapest

Az Uzsoki utcai kórház Sebészeti, Onkosebészeti osztályán 1999 óta, Magyarországon az elsők között került bevezetésre az őrszem nyirokcsomó /SLN/meghatározás az emlődaganatos betegek axilla ellátásában.

A szerzők ismertetik az újszerű technika tanuló periódusának első eredményeit, majd a nemzetközi irodalommal összevethető eredmények ismeretében a teljeskörű alkalmazás módszerét. Ismertetésre kerül a módszer technikájának fejlődése, a hazai, a nemzetközi és a saját adatok alapján az axilla végleges ellátásának módosulása.

A tanuló periódus első 109/ 1999-2000/ esetében kettős jelöléses/ izotóp és festék/ módszerrel lokalizáltuk az SLN-t. Az iop. szövettani vizsgálat eredményétől függetlenül elvégeztük az axillaris dissectiot. Izotóp osztályunkkal kialakított hatékony együttműködés alapján azóta izotópos lymphoscintigráfiát végzünk, annak eredménytelensége esetén alkalmazunk festékmódszert. A következő periódus 316 /2002-2006/ esetében előrelépést jelentett, hogy bevezettük - szelektált esetszámban - az SLNmic+ esetében a dissectio elhagyását. A következő periódus 372 /2007-2011/ esetében ez az arány tovább növekedett. A 2012-2015 közötti időszak 562 esete közül az SLNmic+ után teljességgel elhagytuk a dissectiot. Ugyanakkor a nemzetközi ajánlások alapján/ ACOSOGZ0011/ bevezetésre került, hogy SLNmac+ esetében milyen feltételek mellett hagyható el a dissectio.

Az utolsó két évben ugrásszerűen növekvő esetszám észlelhető / több, mint 350 SLNB/

A legújabb irodalmi ajánlások alapján a makrometasztatikus SLN esetében, ill. az egyre nagyobb esetszámú primer szisztémás kezelés utáni axilla ellátásban van, ill. várható jelentős változás. A szerzők irodalmi hivatkozások alapján elemzik azokat.

Az elmúlt 20 év "Uzsokis" tapasztalata, gyakorlata megerősíti, hogy az emlősebészetben a legtöbb változás az axilla ellátásban volt, van és lesz.

A preoperatív axilláris ultrahang és a hónalj nyirokcsomó aspirációs citológiai vizsgálatának jelentősége az emlődaganatok diagnosztikájában

Horváth Zoltán¹, Paszt Attila¹, Simonka Zsolt¹, Nagy Júlia², Szirony Dóra², Frittmann Letícia², Kaizer László³, Hamar Sándor³, Vörös András³, Ormándi Katalin⁴, Fejes Zsuzsanna⁴, Lázár György¹

¹ SZTE-ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

² SZTE-ÁOK, Szeged

³ SZTE-ÁOK Patológiai Intézet, Szeged

⁴ Affidea Magyarország Kft., Szeged

Bevezetés, célkitűzés: Az emlő ultrahangvizsgálatát rutinszerűen alkalmazzák a komplex emlővizsgálat során. Használatával a tumor, a hónalji metastaticus nyirokcsomók felismerhetőek, a tumornagyság megbecsülhető, valamint segítségével a szövettani mintavétel is elvégezhető. Célkitűzésünk az SZTE-ÁOK Sebészeti Klinikán operált emlődaganatos betegek körében a preoperatív elvégzett axilláris ultrahangvizsgálat, valamint annak pozitívása esetén az együttes citológiai mintavétel szenzitivitásának és specificitásának vizsgálata a hónalji áttétes nyirokcsomók felismerésében.

Anyag és módszer: A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti Klinikáján 2013. január 1. és 2016. december 31. között a korai malignus emlőtumor miatt operált betegeknek elvégzett preoperatív emlő ultrahangvizsgálat eredményeit értékeltük. Pozitív axilláris ultrahangvizsgálatnak tekintettük, ha az axilláris nyirokcsomó ekcentrikus vagy koncentrikus corticalis vastagság > 2,5 mm, hiányzik a zsíros hilus, kerekített morfológiája, illetve a véráramlás fokozott. Amennyiben a preoperatív UH-vizsgálattal pozitívnak véleményezett nyirokcsomót találtunk, akkor a nyirokcsomóból aspirációs mintavétel is történt. Az axilláris ultrahang, valamint az aspirációs citológia szenzitivitását és specificitását elemeztük a végleges szövettani vizsgálat eredményeinek felhasználásával.

Eredmények: Összesen 852 emlőtumor miatt operált beteg preoperatív emlő ultrahang leletét vizsgáltuk meg. A betegek átlag életkora 61 év (25-93 év). Az elvégzett ultrahangvizsgálat az esetek 20,3%-ában (173/852) véleményezett metastasisra gyanús hónalji nyirokcsomót. 173 esetből 106 esetben történt aspirációs citológia is, mely 80 esetben igazolt tumorsejteket a nyirokcsomóban. A végleges szövettani feldolgozás során összesen 209 esetben találtak hónalji áttétes nyirokcsomót. A preoperatív axilláris ultrahangvizsgálat szenzitivitása 51,67%, a specificitás 89,89% lett. Az axilláris ultrahang- és a pozitívnak véleményezett nyirokcsomóból történt citológiai vizsgálat együttes alkalmazásakor a szenzitivitás 93,50%-ra, a specificitás 72,41%-ra változott.

Következtetés: Az eredmények alapján kijelenthető, hogy a hónalji metastasisok felkutatására az axilláris ultrahangvizsgálat nem tekinthető érzékeny beavatkozásnak. A citológiai mintavétellel történő együttes használata azonban közel pontos eredményt ad a hónalji metastasisok diagnosztizálásában, ezért pozitív axilláris ultrahangvizsgálat esetén ajánlott elvégzése.

Az intraoperatív ultrahang és a Pecs II Block szerepe az emlőrák sebészeti kezelésében

Maráz Róbert, Serfőző Orsolya, Rostás Andrea, Sikorszki László, Fülep Zoltán

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét

Bevezetés: A nem tapintható emlődaganatok sebészetében a két legelfogadottabb módszer a dróthorog és az izotópos jelölés, de alkalmazható még a kevésbé elterjedt intraoperatív ultrahangos (IUH) technika is, mellyel egyidőben IUH vezérelt regionalis anesztézia is kivitelezhető.

Beteganyag és módszer: A szerzők 60 nem tapintható emlődaganatos beteg esetét ismertetik, akiket 2015. január és 2017. február közötti időszakban operáltak. 20 betegnél dróthorgos, 20 betegnél izotópos jelölés, 20 betegnél pedig IUH-gal történt a tumor eltávolítása. Ezen utolsó betegcsoportnál IUH-val PECS II block alkalmazása is történt, mely során lokál anesztetikumot juttattunk a m. pectoralis major és minor, valamint a m. serratus anterior közé.

Eredmények: A legfontosabb végpontja vizsgálatunknak a három különböző módszerrel eltávolított specimennek tömegeinek, a resectio szélek távolságainak, a tumor specimenen belüli elhelyezkedésének vizsgálata, valamint a reexcíziós arányok elemzése volt. Vizsgáltuk a három módszer alkalmazási területeit is, valamint a PECS II block szerepét a posztoperatív fájdalom csillapításában. A specimennek tömegei az IUH csoportban voltak a legkisebbek, de ez nem volt szignifikáns. A resectio szélek az IUH csoportban voltak a legjobbak. A dróthorgos és az izotópos csoportban 3-3 esetben kellett még műtét alatt reexcíziót végezni a specimen mammographia lelete alapján, míg az IUH-os csoportban erre nem volt szükség, itt szignifikáns eltérést találtunk az IUH-os csoport javára. A daganatok az IUH-os csoportban helyezkedtek el leggyakrabban a specimen centralis régiójában, ez szintén szignifikáns volt. A PECS II block műtét előtt alkalmazva pre-emptív analgéziát biztosít, csökkent mind az intraoperatív mind a posztoperatív ópiát felhasználás.

Megbeszélés: Dróthurkos jelölést elsősorban microcalcificatiók jelölésére alkalmaztunk, illetve neoadjuvans kezeléseknél betett tumorágy jelölő klippek azonosítására. Az izotópos technika gyakorlatunkban a legelterjedtebb eljárás, hiszen így lehetővé válik az őrszemnyirokcsomó azonosítása is. A PECS II block szúrása során használt UH készülék alkalmazása előnyt nyújthat a nem tapintható emlődaganatok sebészetében, hiszen így az eltávolított specimennek tömege csökkenthető és a reexcízió szükségessége pedig elkerülhető.

Következtetések: Megállapíthatjuk, hogy az IUH egy korszerű technika, mely segítségével a tumor pontos eltávolítása válik lehetővé, és egyidőben alkalmazva a PECS II blocknak is helye van a korszerű analgéziában.

Az MR vizsgálat szerepe a neoadjuvans kemo-radioterápia indikációjában rectum tumorok esetén

Kondor Ariella Edina¹, Baracs József¹, Imre Marianna², Faluhelyi Nándor³, Bogner Barna⁴, Hegedűs Ivett⁴, Vereczkei András¹

¹ PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

² Pécsi Diagnosztikai Központ, Pécs

³ PTE KK Radiológiai Klinika, Pécs

⁴ PTE Patológiai Intézet, Pécs

Bevezetés: Az aktuális szakmai ajánlás alapján a képpalkotóval a II. és III. stádiumú rectum tumorok esetén neoadjuvans kezelést javasolt végezni. Több közlemény ír azonban arról, hogy a perirectalis fasciát el nem érő daganatok esetén priméren R0 resectio végezhető. A perirectalis fascia csak MR vizsgálattal verifikálható. A nyirokcsomók tumoros volta pedig képpalkotó vizsgálatokkal irodalmi közlemények alapján is csak igen rossz találati aránnyal jósolható meg. A neoadjuvans kezelés elhagyásával számos szövődmény száma csökkenthető. A neoadjuvans kezelés tumoros nyirokcsomóra kifejtett előnyös hatása is kérdéses.

Célkitűzés: Vizsgáltuk, hogy végezhető-e R0 resectio azon betegekben, akiknél perirectalis zsírszöveti beszűrtség ugyan van, viszont az MR alapján a perirectalis fascia intakt. Összehasonlítottuk a CT és az MR vizsgálat értékelhetőségét a környezeti terjedés tekintetében. Azt is megvizsgáltuk, hogy a képpalkotók által kórosnak leírt nyirokcsomók szövettanilag milyen arányban felelnek meg tumorosnak.

Beteganyag: 2015 márciusától a rutinszerűen végzett CT vizsgálat mellett lehetőség szerint MR vizsgálatot is kértünk. Amennyiben az MR alapján a daganat a perirectalis fasciát nem érte el, onkoteam által alátámasztva primer radikális műtétet igyekeztünk végezni.

Eredmények: A vizsgálatba eddig 69 beteget vontunk be. Az MR 39 esetben írt le fascia érintettség nélküli beszűrtséget, 35 esetben történt primer műtét, 95 %-ban R0 resectióval. CT vizsgálattal a perirectalis fascia érintettsége nem ítéltető meg. 14 esetben a CT beszűrtséget nem igazolt (azonban 12 esetben az MR igen – itt primer műtéttel, R0 resectióval T3-as tumort távolítottunk el). A CT 54 esetben, az MR 61 esetben ábrázolt kóros nyirokcsomókat. A szövettan pozitív nyirokcsomókat viszont csak 21 esetben igazolt. Amikor a képpalkotó vizsgálatok kóros nyirokcsomókat nem mutattak, a szövettan is minden esetben igazolta a nyirokcsomóstátuszra vonatkozó negatívitást (N0).

Következtetések: A rectum tumorok falon kívüli terjedésének megítélésében az MR vizsgálat nyújt pontos információt. Ezen vizsgálat a neoadjuvans kezelésről történő döntést jelentősen befolyásolja, sőt, a döntés alapjául kellene szolgálnia, viszont sajnos nehezebben a CT-nél sokkal nehezebben hozzáférhető. Az új döntési algoritmus túlélésre gyakorolt hatásáról a betegek hosszú távú követésének eredményei fognak informálni.

Egy ülésben végzett colorectalis és májresectiók osztályunkon (2016-2017)

Stubán Ádám, Biró Zsanett, Jáger László, Zarka Gyula, Lóderer Zoltán

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: Az esetek 20-25%-ában májmetasztasisz adó, előrehaladott colorectalis daganatok esetében májresectiót kell végeznünk a túlélés javítása érdekében. Ez elvégezhető a primer tumor eltávolításával egy ülésben (EÜ), ill. két ülésben (KÜ) is.

Célkitűzés: A mára már széles körben elfogadott „liver first” technika helyett ma bizonyos esetekben egyre szélesebb körben a szinkron colorectalis és májresectiót (SCLRM) alkalmazzák, figyelembe véve a betegek terhelhetőségét. Amennyiben lehetséges, osztályunkon is egy ülésben végezzük a resectiókat.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálatunkban 2016-2017 folyamán 52 (36 KÜ, 16 EÜ) colorectalis és májresectiót átesett beteg eredményeit hasonlítottuk össze.

Eredmények: Betegeink átlag életkorát illetően nem volt érdemi különbség. (EÜ: 64,44±8,78 év; KÜ: 63,89±9,14 év). Gondosan szelektált esetekben az EÜ csoportban elvégzett bi-, trisegmentectomiák, ill. a colorectalis resectióval egy ülésben végzett kiterjesztett májresectiók kevesebb szövődménnyel jártak (EÜ: 18,75% ; KÜ: 25%). Mortalitásunk egyik csoportban sem volt.

Rövid utánkötésünk alapján az onkológiai kezelést követő túlélést illetően nincs lényeges különbség (EÜ: 13/16 fő; KÜ: 32/36 fő). Az EÜ csoport rövidebb hospitalizációt igényelt (EÜ: 12,88±12,85 nap; KÜ: 14,78±14,91 nap), kisebb volt az intenzív osztályos ápolási igénye is (EÜ: 1,00±2,07 nap; KÜ: 1,67±5,20 nap).

Következtetés: Jól megválasztott indikációval, figyelembe véve a beteg fizikális állapotát, terhelhetőségét, az egy ülésben végzett colorectalis és májresectio biztonságosan elvégezhető.

A gyomorrák minimálisan invazív sebészete

Füstös László, Szabadkai Gábor, Sikorszki László

Bács- Kiskun Megyei Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés: Napjainkban a gyomorrák sebészetében a sebészeti preferenciák világszerte nagy variabilitást mutatnak. Gyomorrák miatt végzett laparoszkópos rezekció nemzetközileg elfogadott, bár leginkább az ázsiai sebészek által preferált eljárás. A műtéti megoldás mindkét eljárás esetében a komplex onkoterápiába illesztve hozza a megfelelő eredményeket.

Anyag és módszer: Osztályunkon az elmúlt másfél évben 18 alkalommal végeztünk gyomorrák miatt laparoszkópos rezekciót. Inoperábilis esetekben pedig laparoszkópos GEA-t. A Roux-y anasztomózist Orvil körkörös varrógéppel készítettük el. Nazojejunalis szondát csak tehermentesítésre használtunk 3 napig. Betegeink szájon át történő táplálását negatív nyelési röntgent követően kezdtük el, majd a műtét utáni 8. napon otthonába bocsájtottuk. Előadásunkban videoprezentáción is bemutatjuk a műtét lépéseit, beleértve a nyirokcsomó disszekciót is.

Eredmények: Gyomorrák miatt végzett 18 laparoszkópos műtét műtéti ideje 150-230 perc között volt. Intraoperatív szövődményünk nem volt. Posztoperatív időszak zavartalanul telt. Varratelégtelenség, sebszövődmény nem volt. Műtét után betegeink onkológiai kezelésben, majd gondozásban részesültek.

Konklúzió: A laparoszkópos megoldás az irodalmi adatok alapján kevesebb vérvesztéssel jár, kisebb a posztoperatív fájdalom, a bélmotilitás hamarabb visszatér, rövidebb a kórházi tartózkodás és a posztoperatív morbiditás is alacsonyabb. A nyitott műtéthez képest nincs különbség a nyirokcsomó disszekcióban, a rezekciós széleken, a halálózásban, a hosszú távú eredményekben, tehát onkológiailag biztonságos. Ennek megfelelően centrumokban, tapasztalt sebész kezében az eljárás a nyitott műtétnek méltó alternatívája lehet. A hosszú távú túlélés tekintetében további, randomizált kontrollált vizsgálatokra lenne szükség.

Minimál invazív oesophagus resectio osztályunkon (McKeown, Ivor Lewis). Tapasztalataink 27 eset kapcsán

Mohos Elemér, Bene Krisztina, Horzov Myroslav, Mohos Petra, Sándor Gábor, Szenkovits Péter, Nagy Tibor

Veszprém Megyei Kórház, Veszprém

Célkitűzés: A nyelőcső resectio többnyire magas rizikójú betegeken végzett, jelentős műtéti traumát okozó műtét, ennek megfelelően magas mortalitási és morbiditási adatokkal. Ezért törekszünk amikor csak lehet a beavatkozást minimál invazív módon végezni. A thorascoposan és laparoscoposan végzett nyelőcső resectio-k eredményeit vizsgáltuk, illetve ismertetésre kerülnek az újabban CDH géppel készített intrathoracalis anastomosisal szerzett tapasztalataink.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon az elmúlt hat évben 27 thorascopos oesophagus resectio-t végeztünk laparoscopos gyomor csövesítéssel. 21 esetben készítettük a nyakon (McKeown) és 6 esetben a mellkasban (Ivor Lewis) az anastomosisot. 1 beteg strictura, a másik 26 carcinoma miatt kerül műtétre, 14 volt T4 stádiumú. 21 betegnél történt neoadjuváns kemo-radioterápia. A mellkasi szakaszt is az elmúlt években ventilált tüdő mellett végezzük.

Eredmények: Átlagosan 34 hónapos követési idő után 12 betegünk van életben, jelenleg 3 áll kezelés alatt ismert recidív tumor miatt. 26 beteget sikerült a műtétet követően 12 órán belül extubálni, az intenzív osztályon töltött idő 1-2 napra rövidült. Az átlagos műtéti idő 305 perc volt. Egy betegnél kényszerültünk sürgős konverzióra aorta sérülés miatt, amit azonnali thoracotomia után sikerült ellátnunk. Két beteget veszítettünk el 30 napon belül (nyaki anastomosis elégtelenség, mediastinitis, oesophago-trachealis fistula miatt, illetve chylothorax laparoscopos ellátása közben kialakult myocardialis infarctus miatt). Három betegnél kellett a postop. szakban rethoracoscopiát és ductus thoracicus lekötést végeznünk chylothorax miatt.

Konklúzió: Megfigyelésünk szerint a minimál invazív nyelőcső resectio lényegesen alacsonyabb mortalitás és morbiditás mellett vezet azonos onkológiai eredményre a nyitottan végzett beavatkozással összehasonlítva. Ventilált tüdő mellett végzett mellkasi dissectio után a légúti komplikációk aránya tovább csökkent. Aorta ill. trachea érintettség esetén mérlegelendő a thoracotomiából végzett exploratio és esetleges resectio. A CDH géppel készített mellkasi anastomosis-sal kapcsolatos tapasztalataink az alacsony beteg szám miatt további megerősítésre szorulnak.

Kiterjesztett vastag- és végbél műtétekkel szerzett tapasztalataink (2013-2017)

Csulak Eszter, Somodi Krisztián, Biró Adrienn, Káposztás Zsolt, Oláh Tibor

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Kaposvár

A képkalkotó diagnosztikai eljárások, valamint a sebészeti technika fejlődésének, illetve a neoadjuváns onkológiai kezelésnek köszönhetően napjainkban a környező szervekre terjedő, előrehaladott kolorektális daganatok esetében egyértelműen javasolt a műtéti kezelés, amennyiben a betegség lokális maradt.

Osztályunkon 2013 és 2017 között 30 esetben végeztünk multivisceralis resektiót lokálisan előrehaladott vastag-, illetve végbél daganat miatt. Ezen műtétek során számos esetben a társszakmák (nőgyógyászat, urológia) kompetens képviselőinek jelenléte alapfeltétel volt. Kizárási kritériumot jelentett a kivizsgálás során diagnosztizált carcinosis vagy kimutatott távoli metasztázis.

Műtétet követően vizsgáltuk a betegek élettani funkcióinak normalizálódását (bél passzázs, spontán vizeletürítés), minor- és major szövődmények előfordulását, posztoperatív sérv kialakulását, recidíva megjelenésének arányát.

Eredményeink elemzése során arra figyeltünk fel, hogy az évek közötti betegszám igen eltérő volt, mely feltehetőleg nemcsak a betegek fluktuáló megjelenésének köszönhető, hanem az operáló team „agresszivitásának” is.

Az 5 év alatt 2 esetben local recidívát, 3 esetben pedig távoli metasztázis manifesztációját észleltük (1 esetben nem egyezett bele a beteg a további onkológiai kezelésbe). Minor szövődményt 6 esetben (20%) észleltünk. A vizsgált időszakban 2 beteg hunyt el az alapbetegséggel nem összefüggő ok miatt.

Össességében elmondhatjuk, hogy multivisceralis resektiókorán, a szigorúbb műtéti feltételrendszer betartása mellett, a műtéti szövődményarány nem nagyobb, valamint kuratív eredményt el lehet érni. Ezek alapján és a cost-benefit elv betartását figyelembe véve indokolt a kiterjesztett resektiók elvégzése.

Multivisceralis resectiók helye a colorectalis daganatok műtéteinél – A korszerű diagnosztika és neoadjuváns kezelés hatása a túlélésre

Kolozsi Péter, Kathy Sándor, Fábry György, Sass Tamás, Varga Zsolt, Kincses Zsolt
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

Bevezetés, célkitűzés: A colorectalis daganatok tekintetében hazánkban évi 8000 - 8500 új eset kerül regisztrációra. Ezen elváltozások 45-55%-a T3 - T4 stádiumban kerül felismerésre. A műtétek akár 40-45%-a acutan történik. Az előrehaladott esetek egy részében a radicalis műtét érdekében multivisceralis resectiora kényszerülünk. A korszerű protokollok, praeoperatív score rendszerek alapján tervezett műtétek ellenére sokszor csak a műtét alatt derül ki a multivisceralis resectiók szükségessége - megvalósíthatósága. Sok esetben ezen beavatkozásoknál is csak a végleges szövettan igazolja, hogy a műtét során valóban R0 resectio történt, vagy sem. Jelen vizsgálatunkban célunk az volt, hogy a colorectalis daganatos betegek multivisceralis resectiójának hatékonyságát elemezzük.

Anyag és módszer: 2008 és 2017 között colorectalis daganat miatt végzett multivisceralis műtéteink adatait elemeztük. Ebben 10 éves intervallumban vizsgáltuk a kiterjesztett műtét során jelentkezett intra- és postoperatív szövődeményeket, az eredményes resectiók végleges szövettani feldolgozás utáni minőségét, a neoadjuváns kezelés hatását, illetve a túlélési mutatókat és recidíva arányokat.

Eredmények: A colorectalis daganat miatt operált betegeink közel 10%-ában volt szükség multivisceralis resectiora. Kiemelendő, hogy a több szervet érintő tumoros esetek csupán 55%-ában sikerült többszervi resectiót végezni. Leggyakrabban a vékonybél, az adnexum, illetve a húgyhólyagfal került részleges eltávolításra. Az esetek igen kis százalékában kényszerültünk kettőnél több szerv resectióját megvalósítani. Az intra- és postoperatív szövődemények arányában significans különbség nem volt a standard műtétekhez viszonyítva. A végleges szövettani vizsgálattal igazolt radicalis többszervi R0 resectiók esetében a túlélést és recidíva arányt azonosnak találtuk a két betegcsoportban.

Következtetések: Az előrehaladott colorectalis daganatok műtéteinél a praeoperatív diagnostica jelentős segítséget adott a műtét tervezésénél, de sokszor csak a műtét alatt lehet eldönteni a resecabilitást. A multivisceralis resectionak megkérdőjelezhetetlen helye van a kezelésben, amennyiben a műtét valóban R0 resectiót jelent. Ennek eléréséhez a neoadjuváns kezelés segítséget nyújt, ezen átesett betegeknél jelentősen megnőtt az operabilitás aránya.

Az epeúti betegségek kombinált sebészeti és endoszkópos kezelése

Pósfai Gábor¹, Hamvas József², Bezsilla János³, Juhász Miklós¹

¹ Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Sebészeti, Érsebészeti és Mellkassebészeti Osztály, Budapest

² Bajcsy-Zsilinszky Kórház és RI., Budapest, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

³ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Az epeúti betegségek kezelésében egyre nagyobb szerepet kapnak az endoscopos intervenciók, ugyanakkor az esetek egy részében az endoscopos beavatkozással nem lehet tartós megoldást elérni. Előadásunkban beszámolunk hat olyan esetünkről, akiknél az endoscopos és a sebészeti (laparoscopos és/vagy hagyományos) beavatkozásokat felváltva alkalmaztuk attól függően, hogy mivel tudtunk hatékonyabban hozzájárulni a beteg gyógyulásához, illetve az állapotának javításához.

A bemutatásra kerülő esetek között van egy többször recidiváló choledocholithiasis, egy choledocholithiasis mellett igazolt nagy méretű Vater-papilla adenoma, egy a ductus hepaticusra terjedő cholecysta carcinoma, két irresecabilis pancreas-fej carcinoma és egy Klatskin tumor miatt kezelt beteg. Az elvégzett endoscopos beavatkozások: EUS, ERCP, EST, kő-extractio, epeúti tágitás, plasztik-, ill. fém-stent behelyezés, és az un. „rendez-vous technika” speciális alkalmazásai. A betegeknek alkalmazott műtéti beavatkozások: nyitottan végzett cholecystectomy, choledochotomia, papilla-tágitás Bakes szondával, Kehr drainage, operatív stent behelyezés, biliodigestiv anastomosis képzés, valamint laparoscopos technikával végzett cholecystectomy, choledochotomia és choledochus resectio, hepatico-jejunostomiával.

Az eredmények természetesen a betegség dignitásától, a malignus betegségek stádiumától függően jelentősen különböztek. Az irresecabilis tumoros betegek esetében a palliatív beavatkozások javították a betegek túlélését és életminőségét, a benignus, és a resecabilis malignus betegségek esetében a gyógyulás kisebb megterhelést jelentett a betegek számára.

A kombinált endoszkópos és sebészeti beavatkozások jelentős előnyökkel járnak a betegek számára, azonban ehhez a sebészeti és a gasztroenterológia részlegek, az ott dolgozó szakemberek gördülékeny együttműködésére van szükség. Saját eseteink is azt bizonyítják, hogy a bonyolultabb epeúti betegségekben szenvedő betegek ellátása szempontjából előnyt jelent, ha team-nek van olyan sebész-gasztroenterológus tagja, aki a műtéti és az endoscopos epeúti beavatkozásokban egyaránt járatos.

A jóindulatú epeúti szűkületek megoldására alkalmazott módszerek hosszú távú eredményeinek meta-analízise

Huszár O.¹, Kokas Bálint András¹, Mátrai Péter^{2,3}, Hegyi Péter^{3,4,5}, Pétervári E.³, Vincze Á.⁶, Pár G.⁶, Sarlós P.^{5,6}, Bajor J.^{6,5}, Czimmer J.⁶, Mosztbacher D.^{5,7}, Márta K.³, Zsiborás C.³, Varjú P.³, Szücs Ákos^{1,3}

¹ Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

² Pécsi Tudományegyetem Bioanalitikai Intezet, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem Transzlációs Medicina Intézet, Pécs

⁴ MTA-SZTE Lendület Gasztroenerológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport, Szeged

⁵ Pécsi Tudományegyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika Transzlációs Medicina Osztály, Pécs

⁶ Pécsi Tudományegyetem I.sz. belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Osztály, Pécs

⁷ Semmelweis Egyetem I.sz. Gyerekgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A jóindulatú epeúti szűkületek kialakulásának leggyakoribb oka a különböző etiológiájú krónikus gyulladás és a postoperatív epeúti sérülés. Habár a kezelésére alkalmazott endoscopos terápiák korai eredményei igen meggyőzőek, a szűkületek hosszú távú megszüntetéséről kevés az adatunk.

Célok: Jelen meta-analízis célja, hogy összehasonlítsa a jóindulatú epeúti szűkületek megoldására alkalmazott sebészeti, endoscopos és percutan technikák hosszú távú eredményeit.

Módszerek: A kutatás során a PubMed, Embase és Cochrane Library digitális adatbázisokban talált publikációkat vizsgáltuk. A kutatásban résztvevő személyek meghatározott kritériumok alapján értékelték a cikkekminőségét és válogatták be azokat. A meta-analysist 24 közlemény, hosszú távú betegség mentes túlélésre vonatkozó adatai alapján végeztük.

Eredmények: Vizsgálatunk azt mutatta, hogy a szűkület műtéttel történő megszüntetése biztosítja a legjobb hosszú távú eredményt. Ezt követte a percutan transhepatikus terápia, majd a többszörös műanyag stent implantáció és az öntáguló fémstent behelyezés. A vizsgált technikák eredményei között észlelt különbségek nem bizonyultak szignifikánsnak. Meta-analízisünk alapján a fenti összes módszer szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint az egyedüli műanyag stent implantáció. Továbbá megállapítottuk, hogy a fenti technikák alkalmazásával a szűkületek hosszú távú megszűnése legfeljebb 84%-ban jött létre.

Következtetés: Összességében kijelenthetjük, hogy az egyedüli műanyag stent implantáció nem javasolható. A jóindulatú epeúti szűkületek eredményesebb kezelésének érdekében nem csak további randomizált vizsgálatok, hanem új innovatív módszerek és eszközök kifejlesztése is szükséges.

A konverzió prediktív faktorainak elemzése 3972 elektív laparoscopos cholecystectomy kapcsán

Ábrahám Szabolcs¹, Tóth Illés¹, Benkő Ria², Matuz Mária², Tajti János¹, Paszt Attila¹, Simonka Zsolt¹, András László¹, Pieler József¹, Libor László¹, Leprán Ádám¹, Kovács Viktor¹, Lázár György¹

¹ SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

² SZTE GYK Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, Szeged

Bevezetés: A laparoscopos cholecystectomy (LC) során gyakran kényszerülünk konverzióra. Jól ismert, hogy akut cholecystitist, korábbi felhasi műtétet követően vagy obes betegeknél nehezebb műtetre lehet számítani. Vizsgálatunk célja, hogy meghatározzuk, hogy a beteg kora, neme, a korábbi ERCP valamint a sebész, mint rizikó tényező hogyan befolyásolja az elektív LC műtétek során szükségessé váló konverziók előfordulását, azaz konverziós rátát (KR).

Beteganyag és módszer: Retrospektív tanulmányunkban 2005 és 2015 között végzett LC-n átesett betegek adatait elemeztük. A vizsgált időszakban 4438 LC-t végeztünk. Kizárásra kerültek az eleve nyitott vagy az akut cholecystitis miatt végzett műtétek, valamint a területlen kívüli betegek. Mindezek alapján 3972 elektív LC-n átesett betegnél vizsgáltuk meg, hogy a nem, az életkor illetve a preoperatív ERCP hogyan befolyásolja a konverzió esélyét. Értékeljük, hogy a sebész gyakorlata, éves műtéti száma fordított arányban áll-e a konverziók előfordulásával. Az elvégzett LC-k száma alapján 3 csoportba soroltuk a sebészeket: évi 10 alatti; 10 és 40 közötti illetve 40 feletti éves műtéti szám.

Eredmények: 3972 LC-n átesett beteg közül 27% férfi, 73 % nő, átlagéletkoruk $54,3 \pm 14,8$ illetve $55,7 \pm 14,5$ év. Az összesített KR 3,93 %, férfiaknál 6.3 illetve nőknél 3.2 % volt. 65 év felett 3.4-ről 5,9 %-ra emelkedik a konverzió esélye. 453 betegnél történt a műtétet megelőzően ERCP vizsgálat epeúti obstructio, epeelfolyási akadályozottság illet akut biliaris pancreatitis indikációval. Esetükben 36 betegnél, a betegek 7.9 %-nál történt konverzió. Akiknél nem szerepelt az anamnesisben ERCP a KR 3.5 % volt. Az ERCP indikációi közül legnagyobb arányban, 20 betegnél epeúti obstructiot követően kényszerültünk konverzióra (KR=9.3 %). A sebészek éves műtéti számát vizsgálva évi 10 alatti műtéti szám mellett 3,7, 10 és 40 között 4,2 valamint évi 40 műtét felett 3.9 %-os KR-ra lehet számítani, mely különbség nem szignifikáns.

Összefoglalás: LC-k során mintegy 4 %-ban számíthatunk konverzióra. A konverzió esélyét befolyásolja a betegek kora és neme. Nagyobb eséllyel kell konverzióval számolnunk, ha az anamnesisben epeúti obstructio miatt végzett ERCP szerepel. A sebész magas éves műtéti száma nem jelenti a konverziók ritkább előfordulását.

Kiterjesztett resectiók a máj és hasnyálmirigy sebészet területén

Káposztás Zsolt, Szatmári Gergely, Lőte Sándor, Lukács Gábor, Horváth Gyula, Hunyady Béla, Ruzsa Ágnes, Pap Ákos, Oláh Tibor, Repa Imre

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Bevezetés: Multimodális kezeléssel javulás érhető el a máj és hasnyálmirigy daganatok (HPB) területén. A sebészi radikalitás fokozásával, standardizált, biztonságos technikával több beteget lehet eredményesen megoperálni a gyógyulás reményét nyújtva.

Beteganyag és módszer: A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban komplex onkológiai ellátás részeként 2015.05.01-től 2017.06.01-ig 132 esetben történt explorációt epeúti, máj eredetű és 73 esetben pancreas eredetű elváltozás miatt. Prospektív adatgyűjtést végeztünk. A betegek diagnózisa Onkonetwork protokoll alapján történt és minden beavatkozást onkoteam megbeszélés alapján végeztünk.

Eredmények: Máj, epeúti elváltozásoknál 20 eset (15,2%) inoperábilis volt, 112 resectió történt; 28 esetben (25%) major hepatectomiát (legalább három szegmentum), 81 esetben (72,3%) minor resectiót, 12 (10,7%) laparoscopos resectiót és 4 (3,5%) intraop RFA kezelést végeztünk. Májáttét miatt 66 (59%), 11 (10%) epeúti tumor és 17 (15,2%) HCC miatt történt resectió. A májáttét miatt resecált betegek 2 éves túlélése 87%. Az átlagos életkor 62 (+/- 10) év, vérvésztés 130 ml (+/- 118), a Pringle idő 22 (+/- 16) perc, R1 resectió 11 (10%), átlagos kórházi tartózkodás 7,5 (+/- 5) volt. Transzfúziót 2 (1,7%) beteg kapott. A posztop mortalitás 3 (2,7%) és a Clavien-Dindo 3< szövődmények aránya 5 (4,4%) volt. Kiterjesztett resectió 16 esetben (14,3%) történt, kiterjesztett májresectio (4), bélműtéttel kombinált (8), multiviscerális (5) vagy vascularis (3) resectiót jelentett.

A pancreas elváltozás miatt explorált betegek közül 18 (24%) volt inoperábilisnak, 12 (16%) by-pass és 43 (60%) resectió történt. R1 resectió 3 (7%), transzfúzió 3 (7%), posztop fistula kialakulása 9 (20%) esetben fordult elő. A posztop mortalitás 2 (4%) volt, cardiális okok miatt. A pancreas fej resecált betegek közül 24-nek (70%) volt stentje. Portalis véna resectio 6 esetben történt, PTFE graft pótlással vagy saját vénát használva. Három esetben artériás reconstructió is történt. Két esetben észleltünk Folfirinnox neoadjuvans kezelés hatására jelentős regressziót és resectiót tudtunk végezni. A resecált betegek 1 éves túlélése 83%-nak bizonyult.

Összefoglalás: Multidiszciplináris együttműködéssel Intézményünkben a fent részletezett, az irodalomban elérhető standardoknak megfelelő eredményeket értük el a HPB megbetegedések területén. Sok esetben kiterjesztett műtéteket is végeztünk, mely hozzájárul a túlélés növekedéséhez, a mortalitás, morbiditás elfogadható mértékével együtt.

Májkapuhoz közeli epeúti elzáródások laparoszkópos kezelése

Bezilla János

B-A-Z Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház - Sebészet, Miskolc

Az epeutak elzáródásának és a máj daganatainak kezelésében a minimálisan invazív módszerek módszerek széles körben alkalmazhatók. A hilaris epeúti elzáródások kezelése komplex, szövődményekkel terhelt – a laparoszkópia csak válogatott esetekben vehető be.

2016. október 01. és 2018. január 31. között a májkapuhoz közeli epeúti elzáródások kezelésében 15 alkalommal választottuk a laparoszkópiát. A kórkép megoldásához a műtét kezdeti, vagy preparatív fázisában 5 alkalommal konvertáltunk, melyre egyik esetben sem szövődmény miatt kényszerültünk.

A 10 laparoszkóposan befejezett műtét három nő és hét férfi betegen történt. Átlagéletkoruk 59 (28-69) év volt. Két esetben az extrahepaticus epeutak eltávolítása, míg nyolc alkalommal a máj reszekciója történt meg. Két alkalommal az extrahepaticus epeutak megkímélésével nem volt szükség anasztomózis készítésére. Nyolc betegen kellett biliodigestív anasztomozóst varrni laparoszkópos módszerrel – az egyik beteg esetében kettős szájadék képzésével. Intraoperatív szövődményként érsérülés fordult el, melyet sikerült konverzió nélkül megoldani. Műtét alatt transfúzióra nem került sor. A műtétek átlagosan 290 (130-440) percig tartottak.

A beavatkozások után epecsorgás fordult elő posztoperatív szövődményként. Reoperáció nem történt. Egy beteget veszítettünk el.

A szövettani feldolgozás három jóindulatú elváltozást és hét malignus elzáródást igazolt.

A májkapuhoz közeli epeúti elzáródások válogatott eseteinek kezelésében a laparoszkópia kis kockázattal, sikeresen alkalmazható. A daganatos esetek hosszú távú eredményei még további vizsgálatokat igényelnek.

Malignus térfoglalás miatt végzett máj resectok osztályunkon 2016-2017

Lóderer Zoltán, Bíró Zsanett, Mohos Balázs

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Szombathely, Szombathely

2016-ban 27, 2017-ben 35 máj resectiot végeztünk osztályunkon. A műtéti indikáció 9 esetben hepatocellularis cc (HCC), egynél májsejt adenoma, egy betegnél Caroli-syndroma talaján kialakult cholangocellularis cc (CCC), 3 esetben CCC, egy esetben világossejtes vese tumor metastasisa, egy betegnél emlő cc metastasis a maradék 46 esetekben colorectalis cc hepaticus metastasisa volt.

7 esetben trisegmentectomia, 3 betegnél bal 5-nél pedig jobb hemihepatectomia és 3 esetben kiterjesztett jobb hemihepatectomia (IV-V-VI-VII-VIII. segmentumok eltávolítása) volt a műtéti megoldás. Az egyik CCC miatt operált betegnél a preop kivizsgálás alapján ismert vena cava inf (VCI) tumoros érintettsége miatt VCI resectiot is végeztünk a jobb vena renalis beszajadásától a rekeszig gore tex grafftal pótolva az eret.

Laparoscopos resectio 3 betegnél történt perifériás elváltozások miatt.

Kombinált colorectalis és máj resectiot az alábbi megoszlásban végeztünk:

8 betegnél egy segment resectio mellett colorectalis resectio, egy bal hemihepatectomia jobb oldali hemicolectomiával, egy jobb hemihepatectomia jobb hemicolectomiával, egy esetben pedig kiterjesztett jobb hemihepatectomia rectum resectioval együtt.

Szövődmények: 3 betegnél hasfali disruptio miatt resutura történt (mindegyik teljes median laparotomia), egy betegnél epe csorgás miatt végeztünk reoperatit EST és epeúti stent beültetés mellett, egy betegnél jobb hemihepatectomiát követően kialakult v. portae thrombosis miatt reoperatio és Fogarty szerint sikeres thrombectomia történt, egy esetben a műtéti területen kialakult haematoma, háromnál pedig subphrenicus abscessus mellett interventios radiológiai drainage történt. Egy esetben hosszabb neoadjuvans kezelés után elvégzett kiterjesztett jobb hemihepatectomiát követően máj elégetelenség miatt 32 nap hospitalizáció után sikerült csak emittalni a beteget. 30 napon belül mortalitást nem tapasztaltunk.

A beteg általános állapotát, társ betegségeit is figyelembe véve személyre szabott mérlegelés és tervezés után bármely nagyságrendű hepaticus resectiot akár más szervek resectiojával egy ülésben is elvégezhetőnek tartunk. A sikeres ellátás a korrekt preop kivizsgálás mellett az onkológiai kezelés, az intenzív terápia és az interventios radiológiai fegyvertárát és napi 24 órában való elérhetőségét alapvetően feltételezi.

Mellékvese daganatok miatt végzett laparoszkopos és nyitott műtéteink összehasonlítása

Piros László¹, Huszty Gergely¹, Kovács János Balázs², Máthé Zoltán¹

¹ Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

² Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest

A mellékvese daganatainak sebészetében „gold standard” a laparoszkopos technika, bár a nyitott műtét sok esetben nem kerülhető el, valamint a konverzió lehetősége is mindig fennáll. Bizonyos esetekben hibrid, vagy kézzel asszisztált laparoszkopos műtét is végezhető. Előadásunkban a Klinikánkon 2006 és 2017 között 313 betegünkönél végzett mellékvese-műtétek során szerzett tapasztalatainkat és eredményeinket kívánjuk bemutatni. 97 betegnél nyitott, 203 betegnél laparoszkopos műtét történt, ezen felül 13 betegnél történt konverzió. A nyitott műtétek közül 85 esetben egyoldali adrenalectomia, 10 esetben bilateralis adrenalectomia és 2 esetben egyoldali adrenalectomia és ellenoldali rezekció történt. A laparoscopos műtétek során 191 egyoldali és 12 kétoldali adrenalectomiát végeztünk.

Pajzsmirigyen végzett műtéteink, öt év beteganyagának bemutatásával (2013-2017)

Zemanek Péter, Béres Ildikó, Horváth Zsannett, Miló Noémi, Vas János, Pólistyák Miklós
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és EOK Általános Sebészet, Nyíregyháza

Az elmúlt öt évet vizsgálva osztályunkon 982 műtétet végeztünk pajzsmirigy jó vagy rosszindulatú betegség miatt. Az operált betegek közül a nők száma magasabb. Minden beteg előzetesen endocrin szakrendelésen jelent meg, és kivizsgálva érkezik a sebészeti szakrendelésre. Általános labor, hormonok vizsgálata, nyaki UH, scintigráfia, vékonytű aspirációs citológia képezi az alapját a műtéti indikációnak. Minden beteget műtét előtt, és után Fül Orr Gégészeti vizsgálatra küldünk. Betegeinket a felvétel napján operáljuk, és átlagosan három napot töltenek osztályunkon. A műtétet Kocher féle gallérmetszésen keresztül végezzük. 12 éve van lehetőségünk nagyfrekvenciás vágókészülékek használatára a pajzsmirigyműtétek során, így az elmúlt öt évben minden beteg műtétje ezzel a korszerű technikával volt elvégezve. A műtétek totál illetve near totál thyreoidectomiák, lobectomiák voltak, követve a nemzetközi ajánlásokat.

A közel 1000 beteg anyagát áttekintve vizsgáltuk a műtéti indikációt, a műtétek típusát, a reoperációk számát, az előzetes cytológia és a szövettani eredmények összhangját, szövődményeinket. Anyagunkból kiderül, hogy ezen esetekben minimálisra csökkent a komplettáló műtétek száma, így a reoperációk során fokozottabban előforduló szövődmények is csökkentek. A kiterjesztett műtéteink során nem fokozódott a az irreverzibilis recurrens sérülések, illetve a súlyos hypocalcaemiák száma, de az átmenetileg panaszokat okozó esetek száma igen. Ez néhány nappal megnövelheti a kórházban töltött ápolási napok számát.

Krónikus multivisceralis arteriás elzáródás sebészi kezelésével szerzett tapasztalataink

Dzsinich Csaba¹, Darabos Gábor¹, Barta László¹, Nyíri Gabriella¹, Pataki Tibor², Szentpétery László³

¹ HM Egészségügyi Központ, Szív-Ér-Mellkas Sebészet, Budapest

² HM Egészségügyi Központ, AITO, Budapest

³ HM Egészségügyi Központ, Radiologia, Budapest

Az egyes zsigeri arteriák krónikus elzáródása, szükülete - amennyiben tünetképzők, vagy instabil állapotot tartanak fenn- korábban kizárólag sebészi megoldást igényeltek, manapság azonban egyes elváltozások endovascularis kezelése is szóba jön. A zsigeri, renalis és aortoilicalis arteriákat együttesen érintő obliteratív folyamatok bár ritkák, általában súlyos állapotot idéznek elő. Klinikai megjelenésük a malabsorptio, renovascularis hypertonia és magas dysbasia rendkívül változatos tünetegyüttesével jellemezhetők. Pathológiai hátterüket általában előrehaladott arteriosclerosis adja.

A tünetek változatos megjelenése az általános sebészet és, érsebészet együttműködését feltételezik.

A kiterjedt elváltozás kezelése nyitott sebészi megoldással lehetséges. A visceralis aorta segmentum feltárása bal oldali thoracolaparotomia útján lehetséges. Szükség esetén a műtét a pararectalis vonalban kiterjeszhető. Heparinisioban a terminalis aorta descendens kirekesztése az aorta hátsó quadransában ejtünk arteriotomiát. A vaskos obliteratumot leválasztva evertaljuk a szájadékokat szövettömeget, majd a szabaddá vált Fogarty katheterrel exploráljuk és elzárjuk. Ha a folyamat az aorta distalisabb szakaszát is érinti az arteritomia akár a bal iliaca oszlásig kiterjeszhető, és a teljes érszakasz nyitott endarterietomiája elvégezhető. Revisio és debridement után az aortotomiát 4 0 monofil fonallal, tovafutó technikával zárjuk. A keringés fokozatos felengedésével és bőséges folyadék bevitellel a keringés stabilitása biztosítható. A kirekesztési idő a 35 percet általában nem haladja meg. A heparinisatio felfüggesztése után draint vezetünk a mellkasba és a retroperitoneumba, és a sebet rétegei szerint zárjuk.

A bemutatott súlyos kórforma rendkívül ritka. Az elmúlt 35 év alatt 24 betegen végeztük a vázolt kiterjesztett sebészi reconstructiot. A beavatkozást valamennyi betegünk túlélte, korai szövődményt nem észleltünk. Késői szövődményként évek múlva 2 betegnél újabb mesenterialis szükület, 3 betegnél az a. renalis egyoldali szükülete, 1 betegnél kétoldali arteria renalis éa subrenalis aorta magas reoclusioja alakult ki. Utóbbi dohányos, dialysált nőbeteg az újabb reconstructiv beavatkozást a meglévő technikai lehetőség ellenére elutasította. Leghosszabb utánkövetési idő 18 év volt.

Beteganyagunk bemutatásával e súlyos kórforma megoldási lehetőségére kívántuk felhívni a figyelmet.

Magyarországi infrarenalis aorta aneurysma műtétek tapasztalatai az Érsebészeti Regiszter adatai alapján

Szeberin Zoltán¹, Hidi László¹, Kováts Tamás², Dobai Adrienn³, Menyhei Gábor⁴

¹Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Érsebészeti Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Egészségügyi Szolgáltatásszervezési és fejlesztési Főigazgatóság, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Fogorvos-tudományi Kar, Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest

⁴Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Érsebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság az Érsebészeti Regisztert az országos érsebészeti tevékenység jobb felmérése és az eredmények rendszeres értékelése céljából hozta létre.

Célkitűzés: 5 év alatt végzett infrarenalis aorta aneurysma műtétek eredményeinek bemutatása.

Módszer: A hazai érsebészeti osztályok által önkéntesen szolgáltatott, prospektíven rögzített adatokat dolgoztuk fel. Az Érsebészeti Regiszter 2010. január 1. és 2014. december 31. közötti adatainak statisztikai elemzéséhez Fischer-féle egzakt próbát és esélyhányadost használtunk.

Eredmények: A műtétek 78,4%-át 5 nagy betegforgalmú intézet végezte. Az 1435 beavatkozás 16,7%-ára aneurysma ruptura miatt került sor. A rupturált aorta aneurysma csoportba tartozó betegek életkora 72 ± 10 (átlag \pm SD) év, a perioperatív mortalitás 34%, a nem rupturált aorta aneurysma csoport átlagéletkora 70 ± 8 év, a perioperatív mortalitás 3,51% volt. Endovascularis beavatkozásoknál mindkét csoportban szignifikánsan kisebb volt a halálozás (rupturált: $p < 0,05$, OR = 0,11; nem rupturált: $p < 0,05$, OR = 0,26), illetve rövidebb az ápolási időszak (rupturált: $p < 0,05$, OR = 4,55; nem rupturált: $p < 0,001$, OR = 4,27) a nyitott műtétekhez képest. A nagy betegforgalmú intézetekben mindkét csoportban szignifikánsan kisebb volt a halálozás (rupturált: $p < 0,0001$, OR = 0,32; nem rupturált: $p < 0,0001$, OR = 0,23) és rövidebb az ápolási időszak (rupturált: $p < 0,05$, OR = 3,16; nem rupturált: $p < 0,001$, OR = 3,84) a kis betegforgalmú intézetekhez képest.

Következtetések: A stent graft implantáció perioperatív halálozása szignifikánsan alacsonyabb mint a nyitott műtété mind az elektív, mind a rupturált esetekben. A nagy betegforgalmú intézetekben végzett műtétek esetén szignifikánsan alacsonyabb a perioperatív mortalitás és kevesebb a posztoperatív ápolási napok száma. A hazai adatok is alátámasztják az endovascularis aorta aneurysma műtét rövid távú előnyeit és az aneurysma sebészet centralizációjának szükségességét.

AngioVac – a véna cava inferior és a jobb szívfél tromboembóliás kórképeinek új endovaszkuláris kezelési lehetősége

Sótonyi Péter¹, Nemes Balázs², Zima Endre², Oláh Zoltán¹, Fazekas Levente²

¹ Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Érsebészeti Tanszék, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Kardiológiai Tanszék, Budapest

A véna cava inferior (VCI) és a jobb szívfél trombózisai a vénás rendszert érintő legsúlyosabb kórállapotok közé tartoznak. A testüregek megnyitása, a jelentős vérvesztés és tüdőembólia veszélye miatt a nyitott sebészi eljárások a nagy műtéti kockázattal járó beavatkozások közé sorolhatóak. A hagyományos endovaszkuláris módszerek hatékonysága a VCI-ban és a jobb szívfélben is alacsony, viszont a perioperatív tüdőembólia veszélyük fokozott. Az AngioVAC egy új generációs katéteres módszer, mely lehetőséget teremt nagy átmérőjű vénákban és a jobb szívfélben elhelyezkedő vérrögök és vegetációk perkután endovénás eltávolítására.

Az AngioVac rendszer egy speciális kiképzésű szívó katéterből, egy extrakorporális műszív pumpából, az ahhoz tartozó szerelékéből, egy reinjectiós kanülből és a rendszerbe iktatott, "vérrög csapdaként" működő szűrőből áll. A véna jugulárison bevezetett, vortex áramlást létrehozó szívókatéter a VCI-ból a vérrel együtt aspirálja a trombusokat is, melyek fennakadnak az extrakorporális körbe kapcsolt szűrőn. A műszív pumpa által mozgásban tartott, megtisztított véroszlop a zárt rendszerben a véna femoralisokon keresztül visszajut a betegbe. A módszer előnye, hogy sebészi feltárás és vérvesztés nélkül, folyamatos embólia védelemben képes eltávolítani a VCI-ból a friss trombusokat, vagy a jobb szívfélből a vegetációkat.

Előadásunkban a módszer működési elvének, használatának és indikációinak ismertetése mellett beszámolunk az első négy hazai AngioVac-al sikeresen kezelt esetről. Egy 61 éves férfi beteg jobb oldali vesetumorhoz társuló VCI trombózisának ellátásáról, egy 27 éves nőbeteg szülését követően egy hónappal kialakult ilio-cavalis trombózisának komplex endovaszkuláris (AngioVac-AngioJet-PTA-stent implantatio) megoldásáról, valamint egy 24 éves nőbeteg VCI és ilio-femoro-poplitealis mélyvénás thrombosisának kezeléséről és egy 50 éves nőbeteg óriás myomájához társuló jobb véna iliaca és VCI jobb szívfélbe terjedő thrombosisának eltávolításáról.

Az AngioVac eljárás akár komplex endovaszkuláris beavatkozás részeként, akár nyitott műtéttel kombinálva hatékonyan eszköze lehet a VCI-t és a jobb szívfelet érintő tromboembóliás kórképek ellátásának, jelentősen csökkentve a beavatkozások invazivitását, és ezáltal a betegek műtéti megterhelését. A módszer alkalmazásához elengedhetetlen multidiszciplináris, az extracorporalis keringéstámogató eszközök használatában jártas team elérhetősége.

Nehéz diagnózis – mesenterialis ischemia vagy sem?

Palásthy Zsolt¹, Lengyel Balázs², Váradi Rita¹, Takács Tibor¹, Mihalovits Gábor¹, Sipka Róbert¹, Nagy Endre³, Nyilas Áron¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Érsebészet, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, VI. o.h., Szeged

³Affidea Diagnosztika, Szeged

A mesenterialis ischaemia a rutin betegellátás során nehezen felismerhető kórkép, s az észlelt klinikum hátterében minden bizonnyal jóval gyakrabban fordulhat elő mint ahányszor gondolnak rá - randomizált autopsziás vizsgálatok ugyanis egy vagy több viscerális artéria 50% feletti szűkületét mintegy 10 %-ban igazolták. Akut has tünet együttesét okozó keringési zavar többségében artériás trombózis vagy embólia révén jöhet létre, míg a krónikus megbetegedést döntően arterioscleroticus eredetűnek tarthatjuk. Mindkét kórforma közös jellemzője, hogy a betegség mortalitása mindmáig igen magas. Ennek oka a differenciáldiagnosztika és a terápia nehézségein túl, különösen a heveny típus esetében a mindehhez rendelkezésre álló szűk időablak.

A Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikáján 2007 és 2017 között 203 beteget észleltek mesenterialis ischaemiával. Az eseteink túlnyomó többsége akut (185) volt, melyek 67.5%-nál végeztünk valamilyen operációt, míg a 19 krónikus kórképben szenvedő páciensünk mindegyikénél reconstructív beavatkozás történt. Tanulmányoztuk betegeink epidemiológiáját, társbetegségeit, tünettanát, az alkalmazott diagnosztikát, az elvégzett műtétek típusait, valamint a mortalitási adatokat is.

Vizsgálatunk alapján megállapítjuk, hogy a mesenterialis ischaemia napjaink modern ellátórendszerében is nagy mortalitással jár. 185 akut betegünk közül 49-nél csak a patológián született meg a helyes diagnózis! Az időben történő felismerést és a sikeres kezelést segítik elő a nemzetközi guideline-okban megfogalmazott diagnosztikus és terápiás ajánlások.

Aorta rekonstrukció szövődményeként kialakuló mesenterialis iszkémia

Takács Tibor, Mihalovits Gábor, Váradi Rita, Nyilas Áron, Palásthy Zsolt

SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

Az aorto-iliacalis rekonstruktív érműtétek típusai az utóbbi évtizedben jelentős változásokon mentek keresztül. Ez részben a perifériás artériás intervenciós módszerek elterjedésének, részben a hasi aorta aneurizmák kezelésében egyre nagyobb teret hódító sztentgraftok elterjedésének köszönhető, háttérbe szorítva a hagyományos, has megnyitással járó érműtéteket, csökkentve ezzel a posztoperatív szövődmények gyakoriságát. Az aorto-iliacalis rekonstruktív érműtétek egyik legveszélyesebb szövődménye a mesenterialis iszkémia lehet.

Érsebészetünkön 2008.01.01 és 2017.12.31 között összesen 530 esetben végeztünk aorto-iliacalis rekonstruktív érsebészeti beavatkozást érszűkület, érelzáródás vagy aneurizma miatt. 410 (410/530 – 77.4%) esetben nyitott műtét, míg 120 (120/530 – 22.6%) esetben sztentgraft beültetés történt. Mesenterialis iszkémia 12 (12/530 – 2.3%) esetben alakult ki, ebből 7 betegnél hasi aorta aneurizma, 5 betegnél arterioszklerózis volt a primer indikáció. Szentgraft műtétek után 2 (2/120 – 1.7%), nyitott aorto-iliacalis érműtétek után 10 (10/410 – 2.4%) esetben észleltük a belek keringési zavarát. A posztoperatív időszakban 11 (11/12 – 91.7%) beteget elvesztettünk, 6 beteget a műtétet követő 30 napban, illetve további 5 beteget 3 hónapon belül.

Nemzetközi irodalmi adatok alapján az aorto-iliacalis nyitott rekonstruktív érműtéteket követően a mesenterialis iszkémia előfordulása 3-5 %-os, míg sztent graft műtéteket követően alacsonyabb (0.6-2%). Eredményeink hasonlóak a nemzetközi adatokhoz. A perifériás intervenciós eszköztár bővülésével a hagyományos aorto iliacalis rekonstruktív érműtétek jelentős része már kiváltható minimalisan invazív technika alkalmazásával, megkímélve a betegeket a nagyobb műtéti terheléstől és az esetleges szövődményektől. Ezen tendencia 2012 óta klinikán gyakorlatában is láthatóvá vált amióta a sztentgraft beültetést és perifériás intervenciós beavatkozásokat nagyobb számban végzünk érsebészeti műtőnkben.

Hiatus hernia laparoscopos rekonstrukciójának eredményei. Háló alkalmazása a recidíva csökkentésében

Kathy Sándor, Tóth Dezső, Szabó Árpád, Bokor László, Kincses Zsolt

Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Általános Sebészet, Debrecen

Célkitűzés: Hiatus hernia laparoscopos megoldása elfogadott eljárás, de a recidíva akár 10-30 % is lehet, különösen nagy hiatus herniák esetén. A háló alkalmazása a hiatus zárása során a recidívát jelentősen csökkenti. Műteteink során szerzett tapasztalataink alapján elemezzük az elért eredményeinket, a háló alkalmazásának szerepét.

Módszer: 1993 és 2016 között 649 laparoscopos antireflux műtétet végeztünk osztályunkon hiatus hernia ill. GERD miatt. Ebből a 338 hiatus hernia rekonstrukciója során 190 esetben direct varratokkal végeztük el a hiatus zárást. A nagy hiatus herniával társult eseteinknél 148 esetben a direct varrat nem volt elégséges a megfelelő záráshoz: 129 esetben a varratok mellett onlay mesh implantációt alkalmaztunk, 19 esetben hálóval történő tension-free hiatus rekonstrukciót végeztünk. Műteteinknél különböző hálótípusokat alkalmaztunk, a hálót klipekkel, esetenként öltéssel rögzítettük. Elemeztük a megfelelő hiatus zárás módjait, háló alkalmazásának szükségességét, különösen a recidíva és műtéti eredmények tekintetében.

Eredmény: Recidívát 29 esetben a direct varratokkal történő zárás után (15,2 %), 12 esetben háló alkalmazása után észleltünk (8,1 %), nagy hiatus hernia rekonstrukciója után. 2 esetben észleltünk hálóhoz társítható szövődményt – a háló környezetében kialakult abscessust (1), nagyfokú stenosis (1). A recidív 41 esetből 36 betegnél reoperációt végeztünk, 30 laparoscopos, 6 nyitott műtétnél. Komolyabb intraoperatív szövődmény nem volt. Műtétek után a többi betegek – az átmeneti dysphagián kívül - panaszmentesek voltak, a radiológiai vizsgálatok normalizálódott helyzetet mutattak.

Következtetés: A nagy hiatus herniák laparoscopos rekonstrukciója technikailag jól kivitelezhető, a beteg számára eredményes, a laparoscopos műtétek ismert előnyeit biztosító eljárás. Nagy hiatus herniák, feszülésmentesen nem zárható hiatusok esetén a háló alkalmazása a recidívát jelentősen csökkenti, a háló alkalmazása ilyen esetekben javasolt. Azonban a kialakuló szövődmények súlyossága miatt a háló alkalmazása megfontolást igényel.

Nagy méretű hiatusz hernia miatt végzett 39 tervezett és sürgős műtét tapasztalatai

Besznyák István, Dede Kristóf, Papp Géza, Saftics György, Svastics Imre, Bursics Attila
Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés és módszer: A nagy méretű (III-as és IV-es típusú) hiatusz herniák a rekeszsérvek kis részét képezik, műtéti ellátásuk sokszor nem könnyű. Előadásunkban áttekintjük és elemezzük 2011.06.01.-2018.03.01. között III-as és IV-es típusú hiatusz hernia miatt operált betegeink adatait, rövid- és hosszútávú eredményeinket.

Beteganyag és eredmények: Az Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztályán 2011.06.01-2018.03.01. között 15 esetben végeztünk kevert (III-as típus) hiatusz hernia, 24 esetben upside-down stomach (IV-es típus) miatt műtétet. 35 műtétünk elektív volt, 4 esetben kizárt, IV-es típusú hiatusz hernia miatt kényszerültünk sürgős műtételre. Sürgős műteteinket nyitott technikával végeztük, 4 esetből háromszor kellett reszekciós műtétet (szubtotális gyomorreszekciót, gasztrektómiát vagy teljes nyelőcső- és gyomoreltávolítást) végeznünk. Tervezett beavatkozásainkat egy kivételével laparoszkópos úton végeztük, 3 alkalommal kényszerültünk konverzióra. Idegentestet 3 alkalommal ültettünk be. Reszekcióval nem járó műteteinknél egy ízben végeztünk Dor-műtétet, 35 esetben Nissen-fundoplikáció történt. 30 napon belül reoperációt két elektív és két sürgős esetben végeztünk. 30 napon belül beteget nem veszítettünk el, 30 napon túl egy beteg hunyt el posztoperatív nem sebészi szövődmény miatt. 3 esetben észleltük recidív hiatusz hernia kialakulását. Kardiatájképi szűkület miatt egy alkalommal végeztünk a primer műtét után 8,5 hónappal Merendino-műtétet.

Megbeszélés: A rekeszsérvek minimálisan invazív technikával történő ellátása még a technikailag nehezebben ellátható III-as és IV-es típusú hiatusz herniák esetében is biztonságos eljárás. A szövődményes esetek ellátása technikailag sokkal nehezebb, az esetek jelentős részében reszekciós műtételre kényszerülünk, a betegek életminősége ezáltal hosszútávon romlik. A hálóbeültetés szükségességével kapcsolatban kellő evidenciákkal nem rendelkezünk.

Emlőhelyreállítással szerzett tapasztalataink

József Zsófia, Görcsi János, Nagy Endre, Varga Zsombor, Pesthy Pál, Jószy János
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Bevezetés: Hazánkban évente több mint 7000 új emlődaganatos beteget fedeznek fel, a daganatos nőbetegek mintegy harmada emlőrákban szenved. Az emlőrák multidiszciplináris kezelése során elengedhetetlen lépés a daganat sebészi eltávolítása, melyet követően rekonstrukciós műtétsorozat válhat szükségessé. Az egyénre szabott műtétek megválasztását számos tényező – a daganat szövettani típusa, mérete, lokalizációja, utókezelés szükségessége, a beteg életkora, társbetegségei és anatómiai adottságai befolyásolják.

Módszer, eredmény: Profilunkon mind primer, de többnyire szekunder, a daganat sok esetben más intézetben történt eltávolítását követő helyreállító emlőműtéteket végzünk. Vizsgálatunk során az elmúlt közel 15 évben (2003. július 01-től 2018. március 1-ig) profilunkon végzett helyreállító műtéten átesett betegek demográfiai és klinikai adatainak összegyűjtését és ezen adatok retrospektív elemzését végeztük. Első körben a rekonstrukció időbelisége szerinti azonnali és halasztott műtétek csoportját, ezen belül pedig a műtétek típusa szerinti halmazokat határoztunk meg. Az összehasonlításban részt vevő műtéttípusok közül kiemelendő a latissimus dorsi (MLD) és rectus abdominis (TRAM) lebenyes pótlás, az implantátummal történő augmentatio és a reductiós emlőplasztika. Az általunk vizsgált közel 500 nőbetegből nagyjából ötödük esett át azonnali, négyötödük pedig halasztott emlőrekonstrukciós műtét(ek)en. Utóbbiak esetében a második műtét előtt eltelt idő átl. 42 hónap volt, betegeink átlagéletkora 49 év, átl. BMI-je 24,21. A betegek több mint fele esett át axillaris blockdissectión, közel 75 %-uk kapott valamilyen adjuváns onkológiai kezelést. A vizsgálatba bevont páciensek életkora, testtömeg indexe, dohányzási szokásai, társbetegségei, a beültetett implantátum mérete, adjuváns terápia és műtéttípusok függvényében vizsgáltuk továbbá a korai és késői posztoperatív szakban észlelt szövődeményeket (necrosis, infectio, utóvérzés stb.) is. Vizsgálatunk során statisztikailag szignifikáns ($p < 0,05$) összefüggést találtunk a dohányzást, a hypertóniát, és a testtömeget illetően, bizonyos műtéttípusoknál továbbá a magasabb életkorú, illetve az adjuváns kezelésben részesülő pácienseknél is gyakoribb volt a szövődemények előfordulása.

Konklúzió: Napjainkban számos műtéti technika alkalmazására nyílik lehetőség az emlőhelyreállítást illetően. Legfontosabb dolog a megfontolt, precíz, egyénre szabott tervezés a páciens adottságait és az operatőr jártasságát tekintetbe véve.

Musculocutan lebenyek alkalmazása az emlő onkológiai, onkoplasztikai és helyreállító sebészetében

Rusz Zoltán, Faludi Sándor, Bursics Attila, Landherr László, Patyánik Mihály, Salamon Ferenc, Nagy Zsolt, Egyed Zsófia

Uzsoki Utcai Kórház, Budapest

Az emlő onkológiai kezelésének szemléletváltozása, az onkoplasztikai szemlélet térnyerése összetett feladatot ad a sebészek és plasztikai sebészek számára. Számos sebészeti és plasztikai sebészeti ismert alkalmazható, amelyek közül a Musculus Latissimus Dorsi (MLD) és TRAM musculocutan (MC) lebenyekkel nyert tapasztalatainkról számolunk be, eredményeinket a nemzetközi irodalmi adatokkal összehasonlítva.

2001.-2017. között összesen 88 esetben alkalmaztuk a fenti két lebenytechnikát onkológiai, onkoplasztikai és rekonstrukciós indikációval. 71 MLD. lebenyt transzponáltunk, amelyből 37 betegnél onkoplasztikai módszerként a rosszindulatú daganat miatt eltávolított emlőrészletet pótoltuk primeren és 4 alkalommal ugyanezt halasztottan. 14 esetben az egész emlő eltávolításakor kialakult nagy mellkasi légyszűrihiányt fedtünk a lebennyel egy lépcsőben. 2 betegnél a teljes emlő helyreállítása volt kivitelezhető az ablatioval egy időben és 14 lebenytranspositio történt implantátum beültetésével az emlő halasztott rekonstrukciója céljából. A háti lebeny alkalmazás leggyakoribb minor szövődménye, az 5-8 napig helyben tartott redondrain ellenére az adóterület seromája volt (18,3%). Maior szövődmény (2 teljes és 1 részleges lebenyelhalás) 4,3%-ban fordult elő, és 1 (1,4%) esetben utóvérzés miatt végeztünk reoperatiót. Az implantátummal együtt kivitelezett helyreállító lebenytechnika leggyakoribb késői komplikációja (28,6%) az endoprothesis körül kialakult tokzsugorodás volt. TRAM. lebenyt 17 betegnél alkalmaztunk teljes emlő helyreállítására, egy esetben primeren, 16-ban halasztottan. 2 lebenyt szabadon átültettünk át. A traspositiot megelőzően 10 alkalommal lebenykésleltetést alkalmaztunk a lebenyszövődmények csökkentése érdekében. Összesen 2 (11,7%) betegnél alakult ki a lebeny teljes, 5 (29,4%) esetben részleges elhalása. Ez utóbbi a lebenykésleltetésnél 20,0% (2/10), kesleltés nélkül 60,0% (3/5)Az adóterületen kialakult leggyakoribb szövődmény a hasfali gyengeség/sérv volt, amely 4 (23,5%) esetben volt észlelhető, majd gyakoriságban ezt követte az adóterület savógyüleme 2 (11,7%). Egyéb, nem lebennyel összefüggő szövődmény miatt 3 beteg (17,6%) beteg igényelt kezelést.

Tapasztalataink alapján mindkét lebenytechnika a nemzetközi adatokkal közel megegyező szövődmények gyakorisága mellett jól alkalmazható módszer emlő onkológiai, onkoplasztikai és helyreállító sebészetében, ha a lebeny szabad átültetésére nincs lehetőség.

A lakossági emlőrákszűréstől való távolmaradás okai Magyarországon. 3313 eset kérdőíves vizsgálata

Újhelyi Mihály, Pukancsik Dávid, Kelemen Péter, Sávolt Ákos, Gődény Mária, Kenessey István, Mátrai Tamás, Bak Mihály, Kásler Miklós, Mátrai Zoltán

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: Magyarországon a szervezett lakossági mammográfiás szűrés behívásos alapú és ingyenesen hozzáférhető, ennek ellenére a hazai részvételi arány nem éri el a 70 %-ot. Vizsgálatunk célja, hogy egy kérdőíves vizsgálattal feltárjuk a szociális, gazdasági és iskolázottsági faktorok összefüggésében a távolmaradás okait. A kapott információk segítséget nyújthatnak a magyarországi és a hasonlóan alacsony részvételi arányokat prezentáló közép-európai országok részvételi arányainak javításában.

Módszer: 2015 és 2016 között névtelenül 15 kérdést tartalmazó strukturált internet alapú és nyomtatott kérdőívet töltöttünk ki 45 és 65 év közötti nőkkel. A kérdések az iskolázottságra, családi állapotra, lakhelyre, szűrésen való részvételi gyakoriságra és a távolmaradás okaira irányultak. Minden választ statisztikailag elemeztünk.

Eredmények: Megkérdezettek közül összesen 3,313 nő töltötte ki a kérdőívet. A mammográfiás szűréstől való távolmaradás leggyakoribb okaként a munkahelyi hiányzást (18.9%) jelölték meg, továbbiakban gyakori okként a félelem a fájdalmas vizsgálatról (18.39 %) és károsnak tartott mammográfiás vizsgálat (14.94 %) került megnevezésre. A fővárosi, illetve városi női lakosság gyakrabban megy el mammográfiás vizsgálatra ($P = 0.038$, chi-square) összehasonlítva a falun élőkkel. Vizsgálatunk alapján, a vidéken élő nőknek nagyobb nehézséget jelent a szűrőközpontba való utazás a távolság ($P = 9.5 \cdot 10^{-17}$, chi-square) és az ezzel járó anyagi költségek ($P = 0.009$, chi-square) miatt.

Következtetések: A részvételi arányok növeléséhez elengedhetetlen a megfelelő információ biztosítása és oktatás az emlőrák szűrés fontosságáról és elérhetőségéről. Továbbá egy szervezett betegirányító rendszer, könnyen elérhető szűréssel kapcsolatos információs felületek, szabadnap biztosítása, elérhető távolságban lévő szűrőközpontok kialakítása a vidéki lakosság számára és a szűrésre ingyenes tömegközlekedés biztosítása javíthatja a mammográfiás szűréseken való részvételt.

Sebészet és plasztikai sebészet közötti együttműködésről

Jósvay János

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

A szerző több, mint 25 éves gyakorlata alapján bemutatja a sebészettel való együttműködés során szerzett tapasztalatait. Leggyakrabban két ok miatt volt szükség együttműködésre. Egyrészt sebészeti betegség vagy annak kezelése során kialakult szövődmények miatt keletkezett bőr- és lágyszövet hiányok pótlása vált szükségessé. Másrészt bizonyos műtétek elvégzéséhez mindkét szakma képviselőjének részvétele szükséges a sikeres műtéti eredményhez. A szerző képekkel illusztrált esetek során mutatja be a közös munkát.

A bőrdaganatok felismerése, osztályozása, jelenlegi kezelési trendek, műtéti megoldások

Varga János

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Plasztikai Sebészeti osztály, Szeged

A bőrdaganatok előfordulása jelentős növekedést mutat. A hám eredetű daganatok közül a két leggyakrabban előforduló típus az alapsejtes bőrrák (basalioma) és a laphámrák (spinalioma). Az alapsejtes bőrrák a fénynek kitett területeken, leggyakrabban az arcon és a törzsön – tenyéren, talpon vagy nyálkahártyákon sosem fordul elő. A basalioma lassan növekszik áttétet igen ritkán ad. A laphámrákok ritkábban előforduló, gyorsabb növekedési hajlamot mutató, az esetek 1 százalékában áttétet adó (elsősorban a nyirokcsomókba) bőrdaganat. Szintén a fénynek kitett területeken jelentkezik, de a nyálkahártyán is megjelenhet. A melanoma a festék tartalmú sejtek rosszindulatú burjánzása. A bőrből kiinduló rosszindulatú daganatok 2-3 százalékát alkotja, a leggyakoribb daganatok listáján, a nyolcadik helyen áll. Rendkívül rosszindulatú daganat. A belső szervekbe, májba, agyba, tüdőbe, csontokba korán ad áttétet. A melanomás betegek száma az utóbbi évtizedekben ijesztően növekszik, amit a környezeti hatásokkal, elsősorban a túlzott napozással magyarázunk. Tíz-húsz év alatt a betegek száma megkétszereződik. Százezer lakosból tíz esetben alakulhat ki a bőrön rosszindulatú festékes anyajegy. A szerző bemutatja a bőrdaganatok kezelésével kapcsolatos fontosabb ismérveket, kezelési protokollokat. A keletkezett defektusok kezelésének lehetőségét testtájékokra lebontva.

Plasztikai sebész és a társszakmák együttműködése a szombathelyi munkacsoport tapasztalatai alapján

Lóderer Zoltán¹, Mohos Balázs¹, Sándor Gábor², Bognár Gábor²

¹ Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Szombathely, Szombathely

² Veszprémi Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Az utóbbi két évtizedben alapvető paradigma váltás történt a plasztikai sebészeti rekonstrukciók vonatkozásában. A beteg érdekét leginkább szolgáló, lehető legkevesebb műtéttel az elérhető legjobb strukturális, funkcionális és esztétikai eredményt adó, ugyanakkor gyakran komplikáltabb megoldások kerültek előtérbe, sokszor szabad lebenyek alkalmazásával.

Mivel Magyarország csak napjainkban kezdett felzárkózni ehhez az irányvonalhoz néhány eset bemutatásán keresztül szeretnénk felhívni a figyelmet olyan kihívást jelentő esetek megoldására, amelyekkel ugyan találkozunk betegeink ellátása során, de a teret hódító subspecializáció folytán nem gondolunk minden esetben megszokott megoldási stratégiánkon túl mutató lehetőségekre.

1. eset: Idegsebészet és plasztikai sebészet

Recidív, koponya csontot és a felette lévő lágyrészeket is érintő meningeoma miatt végzett resectioval egy ülésben a kialakult defektust alkari radialis lebeny szabad átültetésével pótoltuk.

2. eset: Maxillofacialis és plasztikai sebészet

Gyerekkori sérülés miatt kialakult fél oldali mandibula hypoplasia miatt CAD-CAM tervezést követően szabad fibula átültetéssel végeztünk rekonstrukciót.

3. eset: Baleseti és plasztikai sebészet

Motor baleset miatt kialakult részleges plexus brachialis laesio kapcsán gracilis izom szabad átültetésével felkari hajlító izmok pótlását végeztük, az átültetett izom reinnerválására a 3-4. intercostalis ideget használva.

4. eset: Emlő és plasztikai sebészet

A népbetegségnek számító emlő tumor miatt végzett mastectomiát követő helyreállítás a komplex emlő sebészet szerves része. A saját szövet biztosítja ehhez a legideálisabb megoldást. Chimera II. típusú kettős DIEP (deep inferior epigastric artery perforator) lebennyel végzett rekonstrukció olyan betegnél is alkalmazható, akinél alsó median laparotomia hege miatt a szokványos DIEP elégtelen volna.

Dermolipectomiákkal szerzett tapasztalataink

Pesthy Pál¹, Görcsi János¹, Varga Zsombor¹, Barbat Mihály¹, Nagy Endre¹, József Zsófia¹, Vajtai Luca², Jószy János¹

¹ Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Plasztikai Sebészeti Profil, Budapest

² MRE Bethesda Gyermekkórház, Égési Osztály, Budapest

Az extrém fokú súlyvesztés után kialakult megereszkedett, lógó bőr fontos megoldandó feladat a plasztikai sebész számára. A jelentős bőrfelület gyakran befolyásolja a páciens életminőségét, higiénés panaszokat okoz, és nem ritkán nehezíti a testmozgást és korlátozza az aktivitást. Szerzők ismertetik a különböző testtájakon végzett dermolipectomiák lehetőségeit, az ezekkel szerzett tapasztalataikat mutatják be képekkel illusztrálva. Beszámolnak a műtétek során kialakuló lehetséges szövődményekről és azok megelőzéséről.

Sternotomiát követő sebgyógyulási zavarok kezelése

Mohos Gábor¹, Kocsis Ádám¹, Bende Balázs¹, Varga János¹, Szabó-Biczok Antal², Bari Gábor²

¹ SZTE- ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Plasztikai és Égés Sebészeti osztály, Szeged

² SZTE-ÁOK Szívsebészeti osztály, Szeged

Nyitott szívűtéteknél alkalmazott sternotomiát követően kialakult sebgyógyulási zavarok gyakran elhúzódóak és további súlyos szövődményeket okozhatnak, mint pl. a mediastinitis. A keletkezett defectusok nagysága és mélysége komoly sebészi kihívást jelent. A szerzők elemzik a mediastinitis súlyossági fokozatait, a konzervatív terapia alkalmazhatóságának határait, és ismertetik a sebészeti rekonstrukciós eljárásokat. Műtéti eseteik kapcsán részletesen bemutatják a rekonstrukcio során leggyakrabban alkalmazott pectoralis izomlebens felhasználási lehetőségeit.

Perianalis bőr- és lágyszöveti hiányok rekonstrukciója osztályunkon

Csucska Máté¹, Mohos Balázs¹, Bognár Gábor², Sándor Gábor², Mohos Elemér², Lóderer Zoltán¹

¹ Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

² Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Bevezetés: A perianalis bőr- és lágyszöveti hiányok, valamint a canalis analis esetleges rekonstrukciója jelentős kihívást jelenthet az operáló és a rekonstrukciót végző team számára. A gáttájék rekonstrukciója szükségessé válhat a például decubitus, gáti régiót érintő hydradenitis suppurativa, malignus daganat, sinus pilonidalis műtete után, valamint irradiations necrosis miatt is.

A helyreállítás módját mindig személyre szabottan, az alapbetegség jellegét figyelembe véve kell megválasztani. Ezt három, osztályunk sebészei által operált beteg esetén keresztül szeretnénk bemutatni.

Beteganyag és módszer: Első esetünkben egy perianalis Paget-kórral jelentkező 72 éves nőbeteg bőrelváltozásának excíziója után került sor rekonstrukcióra. A keletkezett hiány helyreállítása kétoldali V-Y alakú arteria glutea inferior perforator lebennyel történt.

Második esetünkben egy 24 éves férfi esetét szeretnénk prezentálni, akinél korábban Colitis Ulcerosa miatt colectomia totalis pouch analis anasztomózissal, valamint analis mucosectomia történt, tehermentesítő ileostoma képzés mellett. A pouch anasztomózis dehiscentiája valamint a rectum muscularis rétegének adhesiója a canalis analis teljes obliterációját okozta. Műtéti megoldásként a canalis analis tágítása után a scrotum hátsó felszínéről metszett nyeles hengerlebensz transzpozíciója történt, melynél az érnél az a. pudenda scrotalis ága volt. Fél évvel a második műtét után a rekonstrukció utolsó fázisaként előkészítést követően a lebenyt leválasztottuk, scrotumba visszauttettük, és az ileostomát zártuk.

Harmadik betegünk egy 19 éves nőbeteg, kinél az anoderma és gáttájék valamint a colon egészét érintő, kiterjedt nekrozissal és gyulladással járó szövettanilag is igazolt Crohn betegség miatt, total proctocolectomia történt végileostoma képzése mellett. Immunhisztokémiai vizsgálat azonban Wegener granulomatosiszt igazolt, a pontos diagnózis felállításáig a betegnek jelentős gáttájéki lágyszöveti hiánya alakult ki. Specifikus immunterápia mellett, kiterjedt rekonstrukciós beavatkozást végeztünk, mely során bal oldali transzpozíciós VRAM lebeny, jobb oldali ilio-inguinalis transzpozíciós lebeny, valamint részvastag bőr segítségével a lágyszöveti hiányokat sikerült rekonstruálni, a necroticus környezetű ileostoma újraképzése mellett.

Eredmények: Az első két beteg kontinens analis működés mellett korábbi életmódjába visszatérhetett. Harmadik esetünkben a rekonstrukciós beavatkozás jelentős életminőség javulást eredményezett.

A mikrosebészeti alapoktatás szerepe a szövétkímélő (atraumatikus) sebészi technika megértéséhez és elsajátításához

Mikó Irén, Furka István

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

A tudományos alapokon álló modern sebészet megteremtése hosszú fejlődés eredménye. A fejlődéshez sokáig nemcsak az alapelvek és a gondolkodásmód, de a kifinomult műtéti technikák is hiányoztak. A mai sebészet alapszabályai csak a XIX. század végére alakultak ki, amikor William Halsted amerikai sebész –névéhez a sebészi gumikesztyű használatának ajánlása is fűződik– bevezette és ajánlotta azokat az elveket, amelyek mind a mai napig a sebészet alapszabályainak tekintendők. Lehetőleg vérszentes operálás, a vérellátás megőrzése, a sebszélék pontos illesztése, a szövETFeszülésmentes öltéstechnika, a műtéti után megmaradó holtterek minimalizálása, s talán a legfontosabb, a szövétkímélő, atraumatikus műtéti technika alkalmazása.

Tanszékünkön 1969-ben az első Zeiss opráló mikroszkóp beszerzésével indult el mikrosebészeti alapismeretek oktatása a Furka-féle módszer szerint. Kezdetben csak a kötelező illetve egyéni orvostovábbképző tanfolyamok kapcsán, majd 1991-től az orvostanhallgatók magyar és angol nyelvű oktatásába is bekerült ez a program. 2000-től a sebészrezidens törzsképzés “Sebészeti skill tréning” 4 hetes programjainak is egyik alap pillérét jelenti. Az alap gyakorlatok közül különleges jelentőséggel bír a két kéz-, valamint a kéz-szem összhangjának a megteremtése, a mozgások harmonizációja, a mélységérzés sajátítása különböző típusu fantommodelleken, változtatható fokú nagyítások (N: 6.3 - 40X) mellett, az egyik alapelvünk “ha haladni akarsz, ne siess” betartásával. Az operáló mikroszkópok alatt -különböző irányokban is- végzett precíz öltési és csomózási technika elsajátítása, a varróanyagok öltés közbeni védelme, a varrófonalak struktúrájának vagy esetleges bevonatának megőrzése is jobban érthetőbbé válik, hisz az esetleges technikai hibák is nagyított formában jelentkeznek s azonnal érzékelhetővé válnak.

A mikrosebészeti alapismereteket elsajátító hallgatók és a különböző manuális területken dolgozó kollégáknak is egyöntetű véleménye az, hogy rendkívül szemléletformáló ez a kurzus, és nagymértékben segít megérteni és elsajátítani a finom, precíz, összehangolt sebészi munka alapját képező atraumatikus sebész technikát.

Miben segítheti a vörösvérsejt aggregatio vizsgálata a kísérletes sebészeti kutatásokat?

Németh Norbert, Somogyi Viktória, Pető Katalin

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

A szöveti perfusiót számos tényező határozza meg, amelyek között a keringő vér és plazma viszkozitása, valamint a vér alakos elemeinek, döntően a vörösvérsejteknek a micro-rheológiai tulajdonságai fontos szerepet játszanak. Az egyik ilyen paraméter a vörösvérsejt aggregatio, amely a sejtek reverzibilis összekapcsolódását jelenti alacsony sebesség-gradiens mellett vagy stasis során. Mérésére indirekt és direkt módszerek állnak rendelkezésre, amelyek közül a fény-transzmisszió és a fény-reflektancián alapuló eljárások az aggregációs folyamat statikus és dinamikus paramétereinek meghatározására alkalmasak. A vörösvérsejt aggregatio fokozódása összességében az áramlási ellenállás növekedéséhez vezet, a szöveti perfusiót egyértelműen rontva. A folyamatot a cellularis tulajdonságok mellett (alak deformabilitás, sejtfelszíni glyocalyx összetétel) a plazmatikus faktorok is nagyban befolyásolják, amelyek közül kiemelhető a fibrinogén koncentráció növekedés aggregatio-fokozó hatása. A vörösvérsejt aggregatio fokozódása szabadgyök okozta károsodások, akut fázis reakciók, gyulladásos folyamatok kísérőjeként jelentkezik. Ischaemia-reperfúziós kísérletes sebészeti modellekben, vascularis beavatkozások vizsgálatainál, valamint gyulladásos, szepikus folyamatok vizsgálatainál markáns és dinamikájában jól követhető változások mutathatóak ki a vörösvérsejt aggregatio statikus és dinamikus paramétereiben egyaránt. A kísérleti állatfajok és az ember összehasonlításában mutatkozó igen változatos faji különbség és számos mérés-technikai standardizációs elv figyelembevételével a vörösvérsejt aggregatio meghatározása fontos kiegészítő információt nyújthat a szöveti perfusio vizsgálatára is irányuló kísérletes sebészeti, sebészeti kutatómunka során.

A negatívnyomás terápia szerepe a hasfali sérvműtétek szeptikus szövődményeinek ellátásában

Venczel László, Szerencsés Csilla, Füstös László, Molnár Tamás, Sikorszki László

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés: A negatívnyomás terápia (NPWT) mára elfogadott kezelési eljárás a sebészeti osztályok mindennapjaiban, különböző szeptikus sebek esetén.

Anyag és módszer: Osztályunkon 2017. július 1. és 2018. február 1. között 5 esetben alkalmaztunk NPWT-t hasfali háló szeptikus szövődménye esetén. 4 esetben a kezelés hálómentésre irányult, 1 esetben kiterjedt, fulmináns hasfali phlegmone miatt a háló eltávolítása mellett hosszas nyitott has kezelésre kényszerültünk, célunk a beteg életének megmentése volt.

Eredmények: Mind a 4 hálómentésre irányuló NPWT kezelésünk sikeres volt, a hálót minden esetben sikerült megmenteni, a hasfali sebek gyógyultak, betegeinket követjük. A hasfali háló eltávolítását igénylő betegünk esetében a kezelés eredményeként sikerült a hasfali bőrt rekonstruálni, hasköttővel teljes értékű életet él a páciens.

Konklúzió: Az NPWT egy elérhető terápiás módszer szeptikus műtéti szövődmények esetén, mely minden sebészeti osztály terápiás tárházában elérhető kell legyen. Hasfali hálók szeptikus szövődménye esetén is sikerrel alkalmazható, ajánlható elsődleges kezelési módszerként.

Negatív nyomásterápiával végzett sebkezelés: nyitott hasi vákuum-assisztált terápia alkalmazása posztoperatív hasfali disruptio esetében és immunkompromittált állapotokban

Bor László, Tomcsik Zoltán, Pelsőczy Gergő, Ender Ferenc

Dél-pesti Centrumkórház-Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Sebészeti Osztály, Budapest

A negatív nyomásterápiával végzett sebkezelés(NPWT) egy olyan zárt rendszerben végzett metodika, ami a külső környezettől izolálja a fertőzés belépési kapuját, egyidejűleg csökkenti a seb bakteriális fertőződését, ezáltal jó lokális kontrollt biztosít az infectoria fokozottan érzékeny immundeprimált állapotokban. Indikációi folyamatosan bővülnek, alkalmazását a gyakorlatból merített példákkal szeretnénk illusztrálni.

A daganatos, kórosan elhízott, nagy rizikójú beteg sebgyógyulási zavara az általános szövődmények közé sorolandó, megelőzése csak részben lehetséges, a már kialakult szövődmény elhárítása sokszor elláthatatlan. Egyetlen esélyként szerwédő háló és intermittáló negatív nyomás alkalmazásával kombinált nyitott hasi kezelés lehetséges, ezt a terápiát egy eset kapcsán mutatjuk be. A sebgyógyulás jól összerendezett folyamatára a szervtranszplantációk és a gyulladásos bélbetegségek alkalmazásával szokásosan használt immunszuppresszív készítmények károsító hatást gyakorolnak, fokozzák a fertőzésveszélyt, nő az opportunista szuperinfekciók kialakulásának veszélye. Az NPWT(Negative Pressure Wound Therapy) kezelés alkalmazását- leukémia miatt őssejt transzplantáción átesett beteg fasciitis necrotizans-gram negatív septicus állapota-, immunelnyomott beteg cutan mucormycosisa, valamint alsó végtagi necrotizáló myopathia- eseteiben történt terápiákkal mutatjuk be.

Az immunsupprimált beteg sebkezelése multidiszciplináris feladat, amely a sebész, az intenzív szakember, az infektológus, az onko-haematológus és a képzett, elkötelezett szakszemélyzet összehangolt munkáján kell alapuljon.

Szívó-öblítő hatású sebpárna – új lehetőség a sebkezelésben

Orbán Andrea, Szabó Margit

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest

A sebek szakszerű ellátásához jelenleg is számtalan kötszer és módszer áll rendelkezésre. A helyesen megválasztott technikai eszköz nemcsak a beteg komfortérzetét és gyorsabb javulását, gyógyulását segíti elő, de az ápolást/ellátást is megkönnyítheti.

Előadásunkban egy olyan sebpárnát mutatunk be fotókkal dokumentál eseteken keresztül, amely nemcsak a sebalap feltisztításában, hanem a gyógyulásban megrekedt sebek felfrissítésében is segítséget nyújt, emiatt jelentős szerepe lehet a mindennapi sebellátásban.

Kezdeti tapasztalataink érsebészeti műtéteket követő szeptikus szövődmények ellátásában NPWT használatával

Tóth Fruzsina, Szűcs István, Varga Petra, Fábry György, Szendrői Tibor
Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

Bevezetés: A negatív nyomású sebkezelés (NPWT) egyre szélesebb körben használt módszer akut és krónikus sebek ellátására a sebészet, mellkassebészet, plasztikai sebészet, traumatológia, ortopédia területén. Az utóbbi években érsebészeti műtétek után kialakult korai és késői sebgyógyulási zavarok kezelésében szintén egyre nagyobb sikerrel alkalmazzák, így a szakirodalomban is több erről szóló tanulmány jelenik meg.

Célkitűzés: Célunk az volt, hogy ismertessük, hogy érsebészeti műtétek utáni sebgyógyulási zavaroknál, NPWT használatával milyen eredményeink vannak.

Eredmények: Osztályunkon 2016-2017 között 5 betegnél alkalmaztunk NPWT-t érsebészeti műtétet követően jelentkező sebgyógyulási zavar miatt. Vizsgáltuk a kezdeti rekonstrukció jellegét, a beültetett graft típusát, a fennálló kísérőbetegségeket, illetve a betegek általános állapotát. Vizsgáltuk a szövődmények jelentkezéséig eltelt időtartamot, a kórházi ápolási napok számát, valamint a betegek utánkövetését.

Következtetések: Általános sebészeti pozitív tapasztalataink bátorítottak arra, hogy az érsebészet területén kipróbáljuk a negatív nyomású sebkezelést. Eddigi tapasztalataink alapján, bár esetszámunk alacsony, az NPWT használata érsebészeti betegeknél fellépő szövődményeknél is rendkívül hatékonynak bizonyult. A graft körül kialakult suppuratio esetén ugyancsak biztonsággal, jó eredménnyel alkalmaztuk.

NPWT -val szerzett tapasztalatok diabetes-láb esetében

Szabóné Révész Erzsébet, Montskó Valéria, Altorjay Áron
FM Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

Az általános sebészetben a sebgyógyulási zavarok és sebfertőzések okozta elhúzódó sebgyógyulás még a mai napig is igen jelentős problémát jelent mind finansiális, mind életminőség szempontjából. Ám, ha a páciens cukorbetegségben szenved a sebgyógyulás még hosszabb időt vehet igénybe. A cukorbetegek 90%-a II. típusú cukorbeteg. Ezen betegek több, mint 60%-a infarktusban vagy strokeban hal meg. Esetükben a végstádiumú veseelégtelenség gyakorisága 25-szöröse, az amputációké 40-szerese az átlagpopulációhoz képest. A diabetesesek 15%-a számíthat arra, hogy életében legalább egy alkalommal a lábán fekély alakul ki. A kialakult fekélyek nagy része neuropathia talaján jelenik meg. Azoknál viszont, akiknél a kezelendő fekély már kialakult, közel tízszer nagyobb az esélyük, hogy életükben alsóvégtagi amputáció szenvedő alanyává váljanak. A fekélyek mindig polymikrobásak és nem ritkán polyresistens kórokozókkal fertőzöttek. A sebkezelés esetükben akár éveket is igénybe vehet. A krónikus sebkezelésben új lehetőséget jelent a NPWT, mivel felgyorsítja a sebgyógyulást, csökkenti a baktérium koncentrációt a sebben. Beteganyagunkban 5 év alatt 27 esetben alkalmaztunk NPWT-t II. típusú cukorbetegségben szenvedő diabetes-lábú betegnél. A betegek 90%-án (26/29) sikerült teljes sebgyógyulást elérni és 63%-uknál (17/27) nagy méretű lábszár fekélyükre bőrt transzplantálni. Beteg nem veszítettünk el és major amputációt sem kellett végezni. Elmondható tehát, hogy a negatívnyomás terápia alkalmazásával a kezelési folyamat lerövidíthető, a szövődmények aránya és a kezelési költségek csökkenthetők.

Modern funkcionális vizsgálatok és a műtétek indikációi a GORB, valamint a nyelőcső motilitás zavarok sebészeti kezelésében

Bor László, Pelsőczy Gergő, Fülöp Fanni, Vörös Attila, Ender Ferenc

Dél-pesti Centrumkórház-Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Sebészeti Osztály, Budapest

Magyarországon nagyszámú reflux-beteg fordul elő, akik tüneteikkel hosszú időn át együtt élnek, azonban nem kerülnek funkcionális diagnosztikára. A gyakorlatban csak a tartósan panaszos és szövődményes esetek jutnak motilitási diagnosztikában és kezelésben járatos szakemberekhez. A laparoscopos refluxgátló műtétek-, az achalasia részletes preoperatív kivizsgálása illetve a terápiás alternatívák meghatározása csak a funkcionális mérések (High Resolution Nyelőcső Manometria, High Resolution Impedancia Manometria, a provokációs tesztek (Multiple Rapid Swallow), Impedancia és pH monitorozás) által valósítható meg. E vizsgálatok alapvető célja azon betegek kiválasztása, akiknél a műtéti kezeléstől egyértelmű előny várható. A funkcionális vizsgálatokon alapuló gondos beteg beválogatás nyomán a műtetre alkalmatlan betegek körében a szövődmények megjelenése már preoperatíven prognosztizálhatóvá válik. Az említett kórképek sebészi kezelésének alapja a funkció javító műtét, melynek kivitelezése a korszerű diagnosztikai technológiák alkalmazásával végezhető el biztonságosan. Előadásunkban az Intézetünkben működő modern funkcionális diagnosztikával szerzett tapasztalatokról számolunk be.

A transzanális endoszkópos műtéttechnikák (TEM, TEO, TAMIS) hazai alkalmazási protokollja.

Gyakorlati útmutató és prospektív regiszter javaslat

Bánky Balázs¹, Zaránd Attila², Jánó Zsoltán³, Ábrahám Szabolcs⁴, Sztipits Tamás⁵, Besznák István⁶, Baracs József⁷, Transzanális Műteti Munkacsoport⁸

¹ Szent Borbála Kórház, Tatabánya

² Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

³ Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

⁴ Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged

⁵ Országos Onkológiai Intézet, Hasi Sebészeti Osztály, Budapest

⁶ Uzsoki Utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

⁷ Pécsi Tudományegyetem KK, Sebészeti Klinika, Pécs

⁸ MST Endoszkópos Sebészeti Szekció, Budapest

A végbél jóindulatú tumorainak sebészi ellátása anatómiai okokból technikailag bonyolult eljárás. A kifejezetten erre a célra kifejlesztett eszköztárral, azaz operációs rectoscopon keresztül végzett mikrosebészeti eljárással (TEM, TEO) igazoltan precízebb, hatékonyabb beavatkozások végezhetők, mint „hagyományos” műteti eszköztárral. A „single port” laparoscopos műteti technika eszközös fejlesztései azonos műteti elvek megtartásával új lendületet hoztak a rectum minimálisan invazív sebészetébe (TAMIS).

Az elmúlt években multidiszciplináris erőfeszítések a transzanális műteti technikák indikációs körének kiterjesztésére irányultak. Jelenleg is számos klinikai vizsgálat foglalkozik a korai malignus rectum tumorok radikális rectum műtétével (TME) szemben a neoadjuváns (kemo)-radioterápia és a transzanális széles localis excisio klinikai összehasonlításával.

Transzanális Műteti Munkacsoport (TAM) kettős feladatra vállalkozott: egyrészt a jelenleg érvényes nemzetközi szakirodalmi tapasztalatok és hazai lehetőségek felméréseivel egy konszenzuson alapuló hazai TAM Protokollt hoztunk létre, másrészt a hazai, valamelyest eltérő gyakorlatot követő műhelyek (TEO, TEM, gasless TEM, TAMIS) számára szintén konszenzuson alapuló közös betegkövetési Transzanális Műteti Regisztert kívántunk létrehozni.

Előadásunkban a Protokoll rövid ismertetésére, valamint a Regiszter bemutatására vállalkozunk.

Nem tumoros nyelőcső perforáció ellátásával szerzett tapasztalataink

Baranyai Zsolt, Balázs Ákos, Kupcsulik Péter

Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A sebési és az intenzív terápia jelentős fejlődése ellenére a nyelőcső-perforáció napjainkban is súlyos, életet veszélyeztető állapot. A sikeres kezelés függ a különböző klinikai tényezőktől, az egészségügyi felszereltségtől, de leginkább a rendelkezésre álló szaktudástól, tapasztalattól.

Betegek és módszerek: Retrospektív módon elemeztük a Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján 2005 és 2017 között nem tumoros eredetű nyelőcső perforációval kezelt betegek kórtörténetét.

Eredmények: A fenti időszak alatt 77 beteget kezeltünk, mindegyikük külső intézetből került átvételre. 15 beteg (19%) shockos állapotban érkezett. A perforáció 29 (38%) esetben spontán módon, 32 (41%) alkalommal endocopos vizsgálat vagy beavatkozás következtében, 12 (16%) betegnél falatelakadás miatt, 4 (5%) esetben pedig nyelő varix vérzés ballon-kompressziós terápiája után alakult ki. Az endocopos beavatkozás során 17 (53%) esetben nem észlelték a perforációt. A sérülés az esetek 62%-ában a nyelőcső alsó harmadában jött létre. A betegek a tünetek kialakulása után átlagosan 2,7 nappal kerültek klinikánkra. 9 (12%) betegnél alkalmaztunk nyelőcső kirekesztést, 31 (40%) betegnél pedig teljes oesophagus extirpációra kényszerültünk. 27 (35%) beteget vesztettünk el. A túlélő betegek átlagosan 12 napot az intenzív osztályon, 29 napot pedig a sebészeti osztályon töltöttek. A betegek többsége rehabilitációra más intézetbe került áthelyezésre.

Megbeszélés, következtetések: A sérülések sebési ellátását két alapvető tényező befolyásolja, a prehospitalis illetve műtét előtti észlelési idő hossza és a septicus tünetek fennállása. Irodalmi adatok szerint a nyelőcső perforációk mortalitása 10% és 25% között van, ha a tünetek kialakulása után 24 órán belül megtörténik az adekvát kezelés. Ha ez a kezelés 48 órán túl történik, a halálozás 40-60%-kal emelkedhet. Alapvetően a késedelem miatt kényszerülünk radikális – csonkító – műtétekre is, mert ekkor már esélytelen a szervmegtartó műtét melletti gyógyulás. A kimenetelt meghatározó idővesztés oka a nem egységes diagnosztikai stratégiában, a valós diagnózis felismerésének késedelmében rejlik.

Zenker diverticulumok transcervicalis és transoralis sebészi kezelése: összehasonlító, rövid és hosszú távú eredmények

Andrási László¹, Paszt Attila¹, Simonka Zsolt¹, Ábrahám Szabolcs¹, Rosztóczy András², Rovó László³, Lázár György¹

¹ SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

² SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

³ SZTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: Vizsgálatunkban a Zenker diverticulumok nyitott (transcervicalis diverticulectomia, cricomyotomia, továbbiakban TCD) és transoralis (transoralis stapler diverticulostomia, továbbiakban TSD) műtéti megközelítésből szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be. Elemeztük és összehasonlítottuk a két különböző sebészi megoldás rövid és hosszú távú eredményeit.

Betegek és módszerek: 2006.01.01. és 2016.12.31. között intézetünkben 29 beteget (20 férfi, 9 nő) észleltünk panaszokat okozó Zenker diverticulummal. A betegek komplex gasztroenterológiai kivizsgáláson estek át a műtétet megelőzően és azt követően is. Összesen 33 műtét történt, 17 esetben TCD-t, 16 esetben TSD-t végeztünk. Értékeljük és összehasonlítottuk az eltérő megközelítésű műtéti kezelések eredményeit, azok hatékonyságát a panaszok függvényében. Hosszú távú (átlagosan 86 hónap) vizsgálatunkban az életminőség változásait mértük fel a nyelőcső funkcióval és a reflux betegséggel összefüggő tünetek tükrében valamint a beteg elégedettségén túl a kiújulást és ismételt műtétek esélyét elemeztük.

Eredmények: A betegek átlagosan 31 hónapos panaszos időszakot követően kerültek műtétre. Mindkét csoportban a vezető tünetegyüttes a súlyos dysphagia és a súlyos regurgitatio volt. A preoperatív kivizsgálás 47.5 mm-es átlagos diverticulum méretet igazolt, mely a két csoportban csaknem megegyezett. Intraoperatív szövődményt nem észleltünk, mortalitás nem volt. 1 beteg vérzés miatt reoperatora került a TSD csoportban (1/16), míg 1 betegnél igazoltunk pneumóniát műtét után a TCD csoportban (1/17). A kontroll vizsgálatok a TCD csoportban kielégítő postoperatív állapotot igazoltak, azonban a TSD csoportban a betegek fele panaszos maradt. 4 beteg esetében volt szükség ismételt beavatkozásra a transoralis műtétet követően, átlagos 50 hónapos (9-96 hónap) időszak után történt transcervicalis megoldás. Az életminőségre vonatkozó speciális kérdőívek megfelelő postoperatív nyelés funkciót és reflux kontrollt mutattak.

Következtetések: A transcervicalis diverticulectomia és cricomyotomia és a transoralis stapler diverticulostomia alacsony morbiditással járó, hatékony beavatkozás. Utóbbi főleg idős, comorbid betegek esetében választandó, míg előbbi elsősorban fiatal betegeknél és kisebb diverticulum méret esetében javallt. Hosszú távon a betegek életminősége, nyelésfunkciója kielégítő, de TSD után nagyobb arányban számíthatunk a panaszok kiújulására és az ismételt műtétre.

A HPV státusz prediktív szerepe onkológiai kezelésben részesülő nyelvőcső laphámrákos betegeknél

Bognár Laura¹, Bellyei Szabolcs², Pozsgai Éva³, Hegedűs Ivett⁴, László Zoltán², Vereczkei András¹, Horváth Örs Péter¹, Papp András¹

¹ PTE KK Sebészeti klinika, Pécs

² PTE KK Onkológiai Intézet, Pécs

³ PTE KK Alapellátási Intézet, Pécs

⁴ PTE ÁOK Patológiai Intézet, Pécs

A nyelvőcsőrák a nyolcadik leggyakoribb malignus megbetegedés világszerte, amelyre kifejezetten rossz, 15-20% körüli 5 éves túlélés jellemző. A korai tünetek hiánya miatt a nyelvőcső laphámrák legtöbbször már lokálisan előrehaladott stádiumban kerül diagnosztizálásra, ilyenkor legtöbb esetben a neoadjuváns kemoradioterápiától várható a resecabilitási arány növekedése. Az onkológiai kezelést követően azonban csak remisszió esetén várható javulás a túlélésben, a rosszul reagáló betegeknél ez felesleges túlkezelést jelent. Bár világszerte erőteljes kutatások folynak, mindezülig nem sikerült olyan, a klinikai gyakorlatban is jól használható biomarkereket találni, amelyek segítségével a kezelésre adott válasz megjósolható.

Vizsgálatunk során hazánkban először a nyelvőcsőrák etiológiájában vitatott szerepet betöltő humán papillomavírus (HPV) fertőzés előfordulását vizsgáltuk, illetve arra kerestük a választ, hogy a HPV-nek van-e prognosztikai szerepe az onkológiai kezelésre adott válasz, illetve a túlélés tekintetében. A HPV detektálással párhuzamosan prediktív markerként vizsgáltuk a tumorok hősokk protein (Hsp) 16.2, 27 és 90 expressziós mintázatát.

2006 és 2016 között retrospektív úton 74 nyelvőcső laphámrákos beteg kezelés előtti biopsiás mintáit és klinikai adatait vizsgáltuk. A 74 betegből 14 beteg (19%) bizonyult HPV pozitívnak. Ezen betegek vizsgálatunkban rosszabbul reagáltak az onkológiai kezelésre, mint HPV negatív társaik, továbbá az átlagos túlélésük is rövidebb volt, habár ez a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. A HPV pozitivitás fokozott Hsp 90 és 16.2, valamint csökkent Hsp 27 expresszióval volt párhuzamba vonható. Az irodalmi adatokkal egyetértésben ez a Hsp expressziós mintázat magyarázatul szolgál arra, hogy ezek a betegek miért reagáltak rosszabbul a kemoradioterápiára.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a vizsgált nyelvőcső laphámrákos betegeknél a HPV pozitivitás és az ezzel párhuzamosan detektált Hsp expressziós mintázat negatív prognosztikai faktorként volt értékelhető mind a kemoradioterápiára adott válasz, mind a túlélés tekintetében. Ennek magyarázata azonban még további vizsgálatok elvégzését teszi szükségessé.

A thrombocytosis mint prediktív faktor értékelése colorectalis tumorokban

Baranyai Zsolt

Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés/célkitűzés: A preoperatív trombocitózist mint negatív prognosztikai markert több szolid tumorban igazolták. A kolorektális daganatok esetében azonban a szakirodalom nem egységes. Vizsgálatunk célja annak megállapítása volt, hogy a kolo-rektális daganatban szenvedő betegeknél a trombocitózis a metasztázis képződés, illetve a túlélés független rizikófaktora-e.

Anyag és módszerek: A 2001 és 2011 közötti időszakból retrospektív módon 336 kolorektális tumor (CRC) miatt operált és 118 kolorektális tumor eredetű májártét (mCRC) miatt reszekált beteg klinikopatológiai adatát gyűjtöttük össze. A trombocitózist $400 \text{ G/l} < \text{vérlemezke szám}$ nál definiáltuk. A betegségmentes túlélést (DFS) és a teljes túlélést (OS) Kaplan-Meier és log-rank módszerrel határoztuk meg.

Eredmények: Mind a CRC, mind a mCRC csoportban az OS szignifikánsan rosszabb volt azoknál a betegeknél, akiknek emelkedett volt a vérlemezke száma ($\text{HR}=2,2, p<0,001$ és $\text{HR}=2,9, p=0,018$). A többváltozós elemzés alapján az emelkedett trombocitaszám független prognosztikai faktornak bizonyult CRC-ben ($\text{HR}=1,7, p=0,035$) és mCRC-ben egyaránt ($\text{HR}=3,1, p=0,017$). A DFS szintén szignifikánsan rosszabb volt a CRC csoportban azon betegeknél, akiknek magasabb volt a vérlemezke száma ($\text{HR} = 2,0, p = 0,011$).

Következtetések: A trombocitaszám értékes és viszonylag olcsón elérhető prognosztikai faktor a túlélés vonatkozásában a CRC-ben és az mCRC-ben szenvedő betegeknél. Az előadás során saját eredményeinket elemezzük és irodalmi adatokkal hasonlítjuk össze.

Kolorektális májmetasztázisok miatt végzett műtétek során az R1 reszekció már nem jelent túlélésbeli hátrányt?

A „spray” diatermia lehetséges szerepe a májreszekciók során

Palkovics András¹, Vereczkei András¹, Kalmár Nagy Károly¹, Fincsur András², Takács Ildikó³, Papp András¹

¹ PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

² PTE KK Patológiai Intézet, Pécs

³ PTE Sebészeti Oktató és Kutató Intézet, Pécs

Bevezetés: A WHO adatai szerint világszerte évente több mint 1,4 millió kolorektális daganatot regisztrálnak. Ezen betegek 25%-nak szinkron, míg 40-50%-nak metakrón májmetasztázisa alakul ki.

Célkitűzések: 2005 és 2015 között a PTE KK Sebészeti Klinikán májmetasztázis miatt operált betegek túlélését befolyásoló faktorainak elemzése, továbbá a sebészeti eszközök reszekciós felszínre gyakorolt hatásának modellezése.

Eredmények: A vizsgált időszakban 528 betegen végeztünk májműtétet, melyek közül 319 beteg esetében volt az indikáció kolorektális májmetasztázis (CLM) diagnózisa. 53 páciensnél a betegség lefolyása alatt ismételt májreszekciók váltak szükségessé.

Legfontosabb eredményünk, hogy nem találtunk szignifikáns különbséget az R0 és R1 csoportok között sem a primer tumor felfedezésétől a halálig eltelt idő ($p=0,370$), sem pedig az első metasztázis műtéttől a halálig eltelt idő ($p=0,490$) esetében. Mivel egyik feltételezésünk ennek magyarázatára a májreszekció során rutinszerűen alkalmazott „spray” diatermia termikus roncsoló hatása volt, a jelenség vizsgálatára állatkísérletes modellt hoztunk létre, ahol az említett „non-kontakt” koaguláció májszövetre gyakorolt hatása jól vizsgálható. Az eszköz használata során ugyanis a reszekált májszövet felszínén jól kimutatható termikus károsodás alakul ki, mely mélységét a Pringle manőver alkalmazása szignifikánsan növeli ($p<0,001$).

Következtetések: Modern multimodális kezelések mellett a CLM betegek túlélése kitolódik, egyre nagyobb eséllyel válik szükségessé ismételt májreszekció és ezáltal megnő májszövet spóroló technikák jelentősége. („cherry picking”, vagy „swiss cheese” reszekciók)

Természetesen minden májműtét során R0 reszekcióra kell törekedni, azonban, ha a műtét során R1 reszekció történik a modern sebésztechnikai eszközök és kemoterapeutikumok mellett az irodalom és saját vizsgálatunk alapján ez nem jelent szignifikáns túlélésbeli hátrányt. Eredményeink alapján amennyiben az R0 reszekció bizonytalan, javasolt „spray” diatermia alkalmazása, mely biztosíthatja a megfelelő túlélést azáltal, hogy a reszekciós felszínen a termikus károsodás következtében jelentős, több milliméteres roncsolást hoz létre, így biztosítva a tulajdonképpeni komplett „tumor clearance”-t.

Abdomino-perineális rektum extirpációink elemzés

Papp Géza, Saftics György, Szabó Balázs Előd, Bursics Attila

Uzsoki Utcai Kórház, Sebészeti- Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A mély rektum tumorok jelenleg standard műtéti megoldása a Miles műtét. Ismert adat azonban, hogy a Miles szerinti abdomino-perinealis extirpációk magas pozitív resectios szélel (CRM) és magas lokális recidiva (LR) aránnyal társulnak. 2007-ben került bevezetésre az extralevatoros abdomino-perinealis extirpáció (ELAPE), mely során a beteget a gáti szakhoz hasra kell fektetni. Ennek során a teljes levator izomzat eltávolításával növelhető a perirectálisan eltávolított szövetmennyiség, így csökkenthető a CRM pozitivitás és a tumor ruptúra, mely javítja a túlélést. A nagyobb radikalitás ára a magasabb seb gáti seb szövődmény lehet. Ugyanakkor az ELAPE előnye a tumor környékének jobb vizualizálhatósága és a könnyebb preparatív munka. Az eltávolított levator izom mennyiségét a preoperatív MRI alapján lehet tervezni.

Beteganyag, módszerek: 2015-ben vezettük be a hasra fordítással befejezett extralevatoros abdomino-perinealis rektum extirpációt osztályunkon. Retrospektív analízisünkben feldolgoztuk a 2015 és 2016-ban végzett ELAPE műtét eredményeit. Az ELAPE során az eltávolított levator izomzat mennyiségét a preoperatív MR kép alapján terveztük. A demográfiai, tumor karakterisztikai összehasonlítását követően elemeztük a CRM, intraoperatív tumor ruptura és a postoperatív perinealis sebfertőzések adatait. A postoperatív szövődményeket Clavien-Dindo klasszifikációt alkalmazva vetettük össze.

Eredmények: CRM és az intraoperatív tumor ruptura tekintetében az osztályunkon végzett abdomino-perinealis rektum extirpációk a nemzetközi adatoknak megfelelnek, a perioperatív gáti sebfertőzés tekintetében javulást tudunk kimutatni az ELAPE alkalmazása mellett, továbbá bemutatjuk a lokális recidiva és hosszú távú túlélési mutatókat is.

Következtetés: Az MRI alapján tervezett ELAPE műtét mind onkológiai, mind rövidtávú sebészeti szempontból előnyösebbnek mutatkozik, hátránya a hosszabb műtéti idő.

Rectumsebészet osztályunk gyakorlatában, onkológiai elvek, korai eredmények

Szabadkai Gábor, Szerencsés Csilla, Albert Emőke, Sikorszki László
Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét

2016.10.01.-2018.03.09. között 137 műtétet végeztünk Osztályunkon rectum neoplasia miatt. Betegeink kora 38 évestől 91 éves korig terjedt. 77 rectum tumor miatti műtét történt 60 esetben pedig a recto-sigmoidealis átmenet tumora miatt végeztünk operációt. 17 esetben történt akut beavatkozás. Az átlagos ápolási napok száma 13,5 nap volt. Az adott időszakra feldolgoztuk betegeink ASA statusát, preoperatív tumor stádiumát, az onkológiai kezelést, a végleges szövettani eredményeket, megvizsgáltuk továbbá az ápolási időt, az intra- és postoperatív szövődményeket is. Összehasonlítottuk a laparoscopos és a nyitott műtéteket is a fentiek tükrében, valamint a végleges szövettani eredmények tekintetében is. Az egyelőre rövid távú eredmények segítségével a szerzők betekintést nyújtanak a sebészeti osztály mindennapi onkológiai tevékenységébe.

A laparoscopia térhódítása előrehaladott colorectalis daganatok esetén

Parti Krisztina, Simon Éva, Bálint István Bence, Orbán Lajos

Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa

Bevezetés: A vastagbél benignus és malignus betegségeinek sebészi kezelésében világszerte, így hazánkban is laparoscopos technika térhódítása figyelhető meg. A klinikák és megyei kórházak után a városi kórházak sebészetein is egyre több helyen alkalmazzák a laparoscopos technikát colorectalis betegségek kezelésében.

Anyag és módszer: Osztályunkon 2016-ban kezdtük el a laparoscopos vastagbélsebészetet. 2016.02.01-2018.03.15-ig végzett összes vastagbélműtétünk száma 254. Malignus daganat miatt 138 esetben végeztünk műtétet, ebből 80-at laparoscoppal. T4-es stádiumú colorectalis daganatos eseteink közül 18 esetben kiterjesztett, többszervi resectioval R0 resectiot tudtunk elérni, 9 esetben választottuk a laparoscopos technikát. Előadásunkban az első két év tapasztalatai alapján elemezzük a laparoscopos műtétek indikációját előrehaladott colorectalis daganatok esetén. A műtéti technika megválasztása a CT kép alapján meghatározott tumorstádium, a beteg állapota, ill. a sebész laparoscopos műtétekben való jártassága alapján történt.

Következtetés: A műtétek célja az R0 resectio, melyre mindkét technika alkalmas lehet, azonban laparoscopos műtéteknél fontos a megfelelő betegszelekció. Amennyiben nincs távoli metastasis a T4a daganatok és a könnyű T4b daganatok esetén a laparoscopos exploratot és tumor nagyság függvényében a laparoscopos en-block resectiot választjuk, a T4b stádium nehezebb eseteiben a nyitott műtét mérlegelendő.

Colorectalis carcinoma késői nyirokcsomó áttéteinek sebészi kezelése

Dubóczki Zsolt, Mészáros Péter, Sztipits Tamás, Merisch Tamás
Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Budapest

Bevezetés: A colorectalis carcinoma regionalis nyirokcsomó metastasisait a primer műtét során végzett kiterjesztett nyirokcsomó dissectióval igyekszünk eltávolítani. Nyirokcsomó pozitív esetben adjuváns kemoterápiás kezelést kezdünk. A műtét követően a későbbiekben megjelenő áttét gyanús nyirokcsomók kezelésére azonban nincs egységes ajánlás, általában a betegek szisztémás onkológiai kezelést kapnak.

Beteganyag: Osztályunkon az elmúlt években tizennégy alkalommal végeztünk nyirokcsomó eltávolítást vastagbél daganat késői nyirokcsomó áttétei miatt. A betegek közül 8 férfi és 6 nő volt. A betegek átlagéletkora 65,7 év. A primer tumor 4 esetben a jobb colonfélben, 2 esetben a bal colonfélben, 4 esetben recto-sigmoidealisan és 4 esetben a rectumban helyezkedett el. Minden esetben megtörtént korábban a primer tumor radikális műtétje. A késői nyirokcsomó az első műtét követően átlagosan 32 (5-120) hónappal jelent meg. Lokalizáció szerint a nyirokcsomó 3 esetben inguinalisan, 6 esetben paraaorticusan, 2 esetben mesenterialisan, 1 esetben porto-cavalisan, 2 esetben az arteria mesenterica superior mellett jelent meg.

Módszer: A leírt nyirokcsomó miatt 3 esetben inguinalis blockdissectiót, a többi esetben pedig a tumoros nyirokcsomó eltávolítását végeztük az épben, két esetben máj metastasesectomiával együlésben. A betegek kemoterápiás kezelést a műtétet megelőzően a nyirokcsomó áttét miatt nem kaptak. A műtét követően minden beteg többsége adjuváns kemoterápiában, illetve egyesekben sugárkezelésben részesül.

Eredmények: Az eltávolított nyirokcsomók átlagos mérete 27 (17-50) mm volt, valamint 7 esetben toktörtést is észleltünk. Műtét alatt egy esetben véna lienalis sérülés miatt distalis pancreatosplenectomiára kényszerültünk. Műtét követően egy esetben a paraaorticusan eltávolított nyirokcsomó ágyából nyirokfolyás indult, mely konzervatív kezelésre megszűnt. A többi esetben postoperatív szövödményt nem észleltünk. Az utánkövetés átlag 27 (2-68) hónapja alatt progressiót 2 esetben észleltünk 4 és 36 hónapnál, a többi beteg tumormentes. Következtetés: Habár a colorectalis tumor primer műtétjét követően a későbbiekben megjelenő nyirokcsomó metastasisok esetén általában kemoterápiás kezelés a bevett gyakorlat, válogatott esetekben multidiszciplináris véleményezést követően a nyirokcsomó sebészi eltávolítása megfontolandó. A hosszú távú eredmények ellenőrzésére, valamint a műtét optimális időzítésének kérdésében további vizsgálatok szükségesek.

A colorectalis műtétek posztoperatív szövődményeinek elemzése osztályunk 5 éves anyagában (2013-2017)

Geller Csaba, Martyn György, Rózsa Árpád, Otlakán Aurél

Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gyula

Az utóbbi években a sebészeti technika és a diagnosztikus eljárások fejlődésének köszönhetően, a fajsúlyos sebészeti beavatkozások közé tartozó vastagbélműtétek biztonságossága is növelhető volt. A vastagbél műtétek súlyos, magas mortalitással bíró szövődménye a varratelégtelenség, melynek aránya a nemzetközi irodalmi adatok alapján jelenleg 1.8-15% között van. A szövődmények tanulmányozása segíthet az esetleges rizikófaktorok felismerésében, az eredmények javítása céljából.

2013. Jan. 01. és 2017. Dec. 31. közötti időszakban a Gyulai Pándy Kálmán Kórház Általános sebészeti osztályán 793 esetben végeztünk vastagbélműtétet. Jelen tanulmányunk ezen műtétek szövődményeit elemzi, számos tényező függvényében (a műtét sürgős vagy tervezett jellege, a beteg életkora, társbetegségei, a műtét típusa, tartama). Az adatokat retrospektív vizsgálattal, a kórlapok elemzésével nyertük. A poszt-operatív szövődmények súlyosságát a Clavien-Dino skálán osztályoztuk.

Vizsgálatunk szerint az esetek 20% -ban jelentkezett valamilyen szövődmény, és az anastomosis képzéssel járó műtétek 4 %-ban jelentkezett varratelégtelenség. A műtét sürgős jellege képezte a legnagyobb rizikót az össz. szövődmények előfordulása szempontjából. A varratelégtelenségek 62% akut műtétet követően alakultak ki, továbbá az elektív beavatkozások után kialakult anastomosis elégtelenségek 10 %-a alsó harmadi rectum reszekciók után jöttek létre.

Az össz. műtéti halálozás 0.37% volt.

Az osztályunkon végzett vastagbél műtétek szövődményeinek aránya az irodalmi adatoknak megfelel. A laparoszkópos vastagbél műtétek térnyerésével a szövődmények előfordulásának további csökkenése várható. Kiemelt figyelmet kell fordítanunk a sürgősségi műtétek során alkalmazott technikai eljárások kiválasztására.

Laparoscopos vastagbélsebészet: kihívások – új technikák – szokatlan indikációk

Vadinszky Péter¹, Schmal Ferenc¹, Simon Balázs¹, Boga Adrienn², Szabó Huba³, Lukovich Péter¹

¹ Szent János Kórház Sebészeti Osztály, Budapest

² Szent János Kórház Központi Intenzív és Anaesthesiologiai Osztály, Budapest

³ Szent János Kórház Pathologiai Osztály, Budapest

Bevezetés: Napjainkra egyértelműen bebizonyosodott, hogy a laparoscopos technika biztonsággal alkalmazható a colorectalis megbetegedések korszerű kezelésében. A Szt. János Sebészeti Osztályán tavaly nyáron kezdtük a laparoscopos colorectalis műtéteteket.

Módszer és beteganyag: 2017.07.17-2018.02.15. között osztályunkon végzett összes elektív colorectalis műtét indikációit, demográfiai és műtéti adatait illetve szövődményeit dolgoztuk fel.

Eredmények: Összesen 78 elektív colorectalis resectiot végeztünk, melyből 38 volt laparoscopos resectio. Ebből 9 esetben jobb colonfél tumor miatt jobb oldali hemicolectomia, 28 esetben bal colonfél/rectum resectio történt (1 bal oldali hemicolectomia, 27 rectosigmoidealis ill. rectum resectio). 23 nőbeteg, 15 ffi beteg került műtétre. Az átlagéletkor a nők esetében 68 év, a férfiak esetében 64 év volt. Az átlagos műtéti idő 114 perc volt, a legrövidebb műtéti idő 80 perc, a leghosszabb 240 perc volt. Reoperatoria 3 alkalommal kényszerültünk, ebből 1 varratelégtelenség, 2 alkalommal ileus miatt, egy betegünk halt meg uralhatatlan diffúz vérzés miatt. A resectio minden esetben az épben történt, az esetek 82%-ban malignus kórkép (adenoc.), 18 %-ban benignus elváltozás (adenomatosus polypus, diverticulosis) miatt történt a műtét. A passage megindulása átlagosan 2.7 nap, a kórházi tartózkodás átlagosan 6.5 nap volt. A műtéteteket a 10 osztályon dolgozó sebész közül 8 végezte, akik közül csak 1 volt korábban jártas a laparoscopos vastagbél sebészetben, és minden műtétről videofelvételt készült. Minden betegünket a műtét napján reggel vettük fel, otthonukban történt a vastagbél előkészítés. Az elvégzett műtétek között szerepelt colitis ulcerosa miatt laparoscopos total colectomia - transrectalis specimen eltávolítással, hüvelyi szülés során súlyos gátsérülés miatt aznap végzett laparoscopos tehermentesítő sigmideostoma-képzés, illetve laparoscopos rectum resectio postoperatív 3 napján vékonybél ileus miatt végzett laparoscopos reoperáció is.

Megbeszélés: nagy tapasztalattal rendelkező sebészeti osztályokon az elektív colorectalis műtétek kb. 60%-át végzik laparoscoposan. Haladó szemléletű hozzáállással osztályunk már az első fél évben elérte az 50%-ot, és nem szokványos indikációk esetében is a laparoscopos megoldást választotta. Külön fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy fél év alatt 2 friss rezidens kivételével minden sebész gyakorlatot szerzett, és végzett laparoscopos vastagbélműtétet.

Az elmúlt 4 év tapasztalatai a vastgabélebészetben

Bujtor János, Zorn Antal, Tulipán László, Horváth János, Csordás József

Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Zalaegerszeg

2014 január 01 óta a Zala Megyei Szent Rafael Kórház Sebészeti Osztályán 1027 vastagbél műtétet végeztünk. Az operációk 72,05 %-a elektívén, 27,95 %-a acutan történt, a sürgős műtétek 31,4 %-ánál peritonitis is zajlott. A műtétek 84,32 %-a történt malignitás miatt. A primér műtét során az esetek 32,39 %-ánál már metastasist észleltünk. A varratelégtelenség az elektív eseteknél 4,18 %, míg az acut betegeknél 5,45 %-os volt, mely a beteg összfehérje és albumin szintjével szoros összefüggést mutatott. Pneumonia, hasmenés, urether sérrülés 4,15, 1,58, illetve 1,38 %-ban fordult elő. Multirezisztens kórokozóval a betegek 4,94 %-ában találkoztunk. A sebfertőzések aránya elektív és acut műtéteknél 16,16, illetve 20,41 % volt. A kuratív műtétek aránya 69,15 % volt, a követett időszak alatt a lokális recidíva 4,46 %. A kuratív műtéteknél komplex onkológiai kezelések mellett a 3 éves túlélés 74,48 %, ezzel szemben az acut eseteknél már a 6 hónapos túlélés is rosszabb volt. A laparoscopia osztályunkon történt bevezetését követően 50 esetben már laparoscopos műtét történt. Célunk az acut-elektív műtéti arány javítása, a szövődményeink csökkentése, a laparoscopia tovább fejlődése.

Szövődmények colorectalis műtétek kapcsán osztályunkon – A laparoscopia és a nyitott műtétek összevetése

Sesztakov Roman, Herczeg György, Völgyi Réka, Vitályos Tibor, Máté Miklós
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

Bevezetés: A colorectalis tumorok száma mind világszerte, mind osztályunkon emelkedő tendenciát mutat. Osztályunkon a 2016- 2017 -es években összesen 397 műtétet végeztünk vastagbél – végbél tumor miatt, ezek közül 277 volt elektív beavatkozás, melyek közül 92 műtétet végeztünk laparoscopos úton. (a resectios műtétek közel 40%-át) Ezen műtétek szövődményeit, illetve annak esetleges elkerülését vizsgáltuk, különös tekintettel a laparoscopos és nyitott műtétek közötti különbségekre.

Anyag és módszer: A szövődmények közül megkülönböztettünk maior (reoperatiót igénylő szövődményt, mint a varratelégtelenség, bélelzáródás, recidíva kialakulás,) illetve minor szövődményt (ismételt műtétet nem igénylő, mint sebsuppuratio, clostridium infectio, pneumonia, stb). Vizsgáltuk ezek gyakoriságát akut - elektív műtétek esetén, valamint összehasonlítottuk a laparoscopos műtétek szövődményeit a nyitott műtéteknél tapasztaltakkal.

Eredmények: Nosocomialis fertőzés az összes eset 8,2%-ban fordult elő, ennek döntő része sebfertőzés volt. Ez a szám a nemzetközi adatoknál némileg jobb képet mutat. (NNSR illetve ECDC adatbázisa alapján). Sebfertőzést kizárólag nyitott műtét esetében regisztráltunk. Maior szövődmény a laparoscopos műtéteteknél 6 esetben fordult elő. Elektív nyílt műtéteteknél az esetek 7%-ban találoztunk jelentős szövődménnyel, megfelelően a nemzetközi adatoknak. Clostridium infectiót sajnálatosan egyre emelkedő számban találtunk. A vártnak megfelelően a laparoscopos műtéteteknél kedvezőbb szövődményrátát láttunk a sebfertőzés, a sérvképződés, valamint postoperatív ileus tekintetében. A betegek 6%-át veszítettük el postoperatív szakban, melyből az akut esetek jelentős arányban részesülnek.

A colorectalis műtétek során a legrettegettebb szövődmény minden valószínűség szerint a varratelégtelenség. Megoszlanak az egyes intézetek véleményei arról, hogy ennek kivédésére szükség van – e rutinszerűen protektív enterostomára, azonban egységes szabály nincs rá. Osztályunkon rutinszerűen nem helyezünk fel deviáló stomát, azonban az elektív műteteink során közel 6% - ban sor került rá.

Következtetés: A colorectalis tumorok sebészete a laparoscopia irányába toldódik el. Ezt a korlátozott finanszírozás profilunkon is megnehezíti, ennek ellenére a laparoscopos műtétek aránya jelentősen növekedett. A szövődményeket vizsgálva láthatjuk, hogy megfelelően a nemzetközi adatoknak, a laparoscopia egyéb nyereségei mellett a szövődmények tekintetében is pozitív eredményeket kapunk.

A vékonybél transzplantáció jelen helyzete

Toronyi Éva, Piros László, Bihari László, Farkas Katalin, Máthé Zoltán

Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Az első kísérletes vékonybél transzplantációt Lillihei és munkatársai 1959-ben végezték, 1967-ben Lillihei végezte az első human vékonybél transzplantációt.

1988-ban Németországban, Kielben történt az első sikeres európai vékonybél transzplantáció (Deltz). Ezt követően számos munkacsoport számolt be sikereiről: Goulet Párizsban, Grant Kanadában.

Az elmúlt 30 évben a vékonybél transzplantációk száma jelentősen emelkedett. Indikációját az életveszélyes szövődményeket okozó vékonybél elégtelenség és a parenteralis táplálás komplikációi jelentik. Gyermekes esetében necrotizáló enterocolitis, volvulus, bélatesia, Hirschprung betegség, cystás fibrosis képezik a leggyakoribb indikációt.

A vékonybél elégtelenséget kiváltó okok, a máj állapota és az előző sebési beavatkozások alapján a vékonybél transzplantációnak négy lehetséges formáját különböztetjük meg.

1. Izolált vékonybél transzplantáció (ISBTx) – megtartott gyomor, máj és pancreas funkció esetén indikált.
2. Máj-és vékonybél transzplantáció (ISLTx) olyan betegeknek indikált, akik (IFALD=intestinal failure-associated liver disease) májbetegséghez társuló vékonybél elégtelenségben és portomesenterialis vénás thrombosisban szenvednek.
3. Multivisceralis transzplantáció (MVTx)–IFALD-ban szenvedő betegek portomesenterialis vena thrombosisal. Ilyen esetekben máj, pancreatico-duodenalis komplex, vékonybél, gyomor és vastagbél transzplantációjára kerül sor.
4. Modifikált multivisceralis transzplantáció (MMVT), az előbbinek egy módosított formája: pancreatico-duodenalis komplex, vékonybél, gyomor és vastagbél transzplantációja máj átültetés nélkül.

A vékonybél a szervezet legnagyobb lymphoid szerve, ezért transzplantációja komoly immunológiai terhet jelent. A graft versus host betegség (GVHD) létrejöttével a nagy mennyiségű lymphoid szövet miatt számolni kellene, de manapság az erőteljes immunszuppresszív kezelés mellett ezen szövődmény csak ritkán fordul elő. A keringésben azonban mindig kimutathatók donor lymphocyták.

Az elmúlt két évtizedben egyre javuló túlélési eredményekről sikerült beszámolni: az 1, 5 és 10 éves túlélés ISBTx esetén: 74,42,26%, MVTx: 70,50,40%, ILTx: 76,56,43%.

A vékonybél elégtelenségben szenvedő betegek kezelésének az alapja az otthoni parenteralis táplálás. A vékonybél transzplantáció eredményeinek javulásával, a szövődmények csökkenésével a vékonybél transzplantáció a jövőben nem csak életmentő kezelést fog jelenteni, hanem egy megvalósítható lehetőséget a vékonybél elégtelenség gyógyításában.

The background features a series of overlapping, thin, light gray circles of varying sizes, creating a complex, web-like pattern. A diagonal gradient, transitioning from light gray at the top to white at the bottom, is overlaid on the circles.

Poszter prezentációk összefoglalói

A sentinel nyirokcsomó vizsgálat problémái emlőrák neoadjuváns kezelése kapcsán

Botos Ákos, Kiss Edina, Bezilla János, Szövördi Éva

Borsod Abaúj Zemplén Megyei Kórház, Miskolc

Az emlőrákos betegek multidiszciplináris kezelése kapcsán a diagnózis felállításakor nyirokcsomó pozitívnak bizonyult esetek első modalitásként egyre inkább primer szisztémás terápiában (PST) részesülnek. Ennek hatására a tumorban 60-70%-os komplett patológiai regresszió (PCR) jöhet létre, illetve a pozitív nyirokcsomókban 20-30% lehet a PCR aránya. Korábbi munkánkban magunk is 22%-os nyirokcsomó PCR-t észleltünk, ami a jelen kezelési elvek szerint (N+ esetben PST után ABD kötelező) e csoport túlkezelését jelenti.

Jelen munkánk során 3 éves vizsgálati időszakban elemeztük a sentinel nyirokcsomó (SN) identifikálhatóságának arányát és diagnosztikai értékét olyan PST-ben részesült emlőcarcinomás betegeken, akiknél PET CT-vel vagy pozitív citológiával alátámasztott nyirokcsomó érintettség miatt indítottunk szisztémás kezelést. Az alkalmas 68 betegből 27-nél tudtunk a kezelést követő műtét során kettős sentinel jelölést alkalmazni. Minden esetben törekedtünk a sentinelként jelölődött csomó(k) meghatározására, majd ezek eltávolítása után komplett axillaris blokkdisszekciót végeztünk.

Az őrszem nyirokcsomót csupán 17 esetben tudtuk identifikálni, 10 betegnél sikertelen volt a preparálás. Az előbbi csoportban a végleges patológiai feldolgozás 3 esetben igazolt a sentinel által is jelzett N0 státust, 3-nál csak a sentinel csomó volt pozitív, míg 11-nél N+ státust írtak le. SN0, de N+ eset nem fordult elő. A sikertelenül végződött őrszem-nyirokcsomó preparálások során a blokkdisszekciók szövettana 4 betegnél jelzett negatív axillaris státust, további 6 pozitívnak bizonyult.

Megállapítottuk, hogy a nyirokcsomó áttétes emlőtumoros betegeinknél a PST-t követő sentinel nyirokcsomó diagnosztika találati biztonsága ugyan megfelelő, de a sikertelen identifikálás aránya rendkívül magas (37%), ezért a technika önmagában nem megfelelő a kezelés hatására komplett remisszióba került esetek kisselektálására.

Emlőkarcinoma multidiszciplináris kezelése után kialakult angiosarcoma. Két eset tanulságai

Botos Ákos¹, Kner Erika², Kiss Edina¹, Bezilla János¹, Kovács Judit¹

¹Borsod Abaúj Zemplén Megyei Kórház, Miskolc

²Markhot Ferenc Kórház, Eger

Emlőrák miatti konzervatív emlőműtétek kiegészítő sugárkezelése után évekkel később ritka szövődeményként angiosarcoma alakulhat ki. A betegség rendkívül ritka, az eddig megjelent irodalmi közlemények száma 100 alatt van. A klinikai kép jellegzetes, mégis sokszor hónapok telnek el a diagnózisig, ami a gyors progresszió miatt jelentősen rontja a kezelés kimenetelét. Szövetteni verifikációt követően legtöbbször mastectomia javasolt, majd taxán bázisú kemoterápia adható.

Anyagunkban az elmúlt 5 évben két nőbetegünkönél diagnosztizáltunk postirradiációs emlő angiosarcomát. Mindkét beteg konzervatív emlőműtéte után 50,4 Gy emlőre leadott sugárkezelésben, majd 5 éven át hormongátló terápiában részesült. Mindkettőnél 5 évvel a sugárterápia után jelentkeztek a tünetek, az emlő bőrén megjelenő, összefolyó, livid-lilás plakkok, vérző-kifekélyesedő csomók formájában. Mastectomiát követően a 84 éves, kiterjedt folyamattal jelentkező betegünket heti paclitaxel kemoterábian, míg 73 éves betegünket docetaxel kezelésben részesítettük. Előbbi betegünket fél évvel a kezelést követően elvesztettük, az utóbbi jelenleg is tumormentes. A két esetünkkel fel szeretnénk hívni a figyelmet ezen extrém ritka kórkép klinikai jellemzőire, mely alapján a gyors szövettani verifikáció és kezelés jelentősen javíthatja az egyébként rapid lefolyású betegség kimenetelét.

Az őrszem-nyirokcsomó biopsziák eredményeinek áttekintése a Kecskeméti Konszenzus Konferencia ajánlásainak tükrében

Balog Klaudia, Csiszko Adrienn, Farkas Máté, Dinya Tamás, Kósa Csaba

DEKK Sebészeti Klinika, Debrecen

Az emlő daganatok kezelésében az őrszemnyirokcsomó technikát (SLNB) hazánkban először 1996-ban alkalmazták. Klinikánkon 2006 óta használjuk és azóta a kettős jelölésű technikával rutineljárássá vált.

2015. szeptembere óta az ACOSOG Z0011 tanulmány kritériumainak megfelelő esetekben – több más hazai intézményhez hasonlóan – pozitív őrszemnyirokcsomó esetén nem végzünk rutinszerűen axilláris blokk-disszekciót (ABD), hanem a nyirokcsomó régiókra kiterjesztett radioterápiával helyettesítjük azt.

Jelen munkánkban a 2016-2017-es évben klinikánkon végzett axilláris staging eredményeit ismertetjük. A feldolgozott időszakban összesen 345 beteget operáltunk emlőtumor miatt, 9 esetben kétoldali tumor igazolódott. A műtétek körülbelül 2/3 –a volt emlőmegtartó, míg 1/3-ad részben maszektómia történt. Az axilláris műtéteket tekintve 239 esetben (63,7%) történt őrszemnyirokcsomó biopszia, 114 esetben (30,4%) axilláris blokk-disszekció, 22 betegnél (5,8%) pedig nem történt hónalji beavatkozás.

Az esetek körülbelül felében (172 betegnél) történt emlőmegtartó műtét SLNB-vel; ezen esetek 16,4%-ban azonban intraoperatív fagyasztott szövettani vizsgálat is történt a kritériumok ellenére.

Az emlőmegtartó műtéteknél végzett sentinel nyirokcsomó biopsziák 77%-a (172 esetben) bizonyult negatívnak, 23% (41 esetben) pozitívnak, azonban ezeknek csak 1/3-ában (14 eset) volt fellelhető extrakapszuláris terjedésű metasztázis, amely miatt második ülésben ABD-t kellett végezni.

Összességében elmondható, hogy a kritériumok betartásával a sentinel nyirokcsomó pozitív betegeink körülbelül 2/3-a került el a második ülésben elvégzendő ABD-t (27 beteg) és csak 10 esetben volt szükség újabb műtétre. Az alkalmazott változtatásoknak köszönhetően csökkent a szövettani vizsgálatok költsége (az intraoperatív fagyasztott vizsgálat hiánya miatt), rövidebb lett a műtéti idő és jelentősen kevesebb betegnél történt ABD csökkentve az esetleges szövődeményeket.

Tehermentesítő ileostoma; régi-új kérdések

Biró Adrienn, TERNYIK László, SOMODI Krisztián, OLÁH Tibor

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház- Sebészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A rectosigmoidealis anasztomózis elégtelenség elkerülése, illetve ezek szövődményeinek csökkentése céljából képzett ileostomák indikációja továbbra sem egyértelműen tisztázott, ahogy az sem, hogy a kihelyezett ileostomát mikor zárjuk be. Célul tűztük ki, hogy elemezzük az ileostoma-képzés és zárás gyakorlatát osztályunkon, illetve, hogy pontos kritériumrendszert állítsunk fel az ileostoma képzés megfelelő indikációjához.

Beteganyag: Osztályunkon az elmúlt 5 évben (2013.01.01-2017.12.31.) 151 betegnél helyeztünk ki ileostomát. 46 betegnél az anasztomózis védelme volt a cél, a többi betegnél palliatívan készült az ileostoma. Felmérésünk középpontjában az a 26 beteg áll, akiknél már megtörtént a protektív ileostoma zárása.

Eredmények: 2 csoportra osztottuk az ileostoma záráson átesett betegeinket. 14 betegnél malignus tumor, 12 betegnél IBD vagy diverticulitis miatt történt a stomaképzés. A daganatos csoportban a betegek közel 70%-ánál történt neoadjuváns kezelés, illetve 78%-nál adjuváns onkológiai kezelés. A betegek 43%-ának volt stoma szövődménye. Az átlag stomazárási idő 8 hónap volt, tekintettel a közel fél éves onkológiai kezelésre. A diverticulitis/IBD csoportban a betegek 41%-ának volt szövődménye a stomával összefüggésben, itt az átlag zárási idő 6 hónap volt. Leggyakoribb szövődmény a stoma zárást követően a hosszan tartó hasmenés volt, mely a stoma záráson átesett betegek 27%-ánál fordult elő.

Következtetések: Mindamellet, hogy fontos az anasztomózis elégtelenség előfordulásának és következményeinek csökkentése, ugyanolyan fontos az ileostomával összefüggő morbiditás csökkentése is, figyelembe véve a betegek életminőségét is. Mind az ileostoma képzés indikációját, mind a zárás időpontját egyénileg kell mérlegelni.

"Enhanced Recovery" a laparoscopos colorectalis sebészetben

Tóth Lajos Barna, Bartók Róza, Pájer János, Zemanek Péter

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és EOK - Általános Sebészet, Nyíregyháza

Bevezetés: Az „Enhanced Recovery after Surgery” (ERAS) egy multimodális rehabilitációs szemlélet, melyet világszerte sikeresen alkalmaznak a laparoscopos colorectalis műtéten átesett betegeknek. Számos előnnyel járnak a hagyományos műtéti felépüléshez képest. Ezek közé tartozik a rövidebb kórházi tartózkodás, a passageműködés gyorsabb normalizálódása, az effektívebb táplálás elérése, kisebb hasi diszkomfort, valamint az életfontosságú szervrendszerek kisebb mértékű posztoperatív érintettsége. A szemlélet alkalmazásával a szigorú kritériumok mellett válogatott betegnagnál a megszokott 8-12 napos kórházi tartózkodás 2-5 napra rövidülhet. Az eljárás alapja a laparoscopos műtéti technika, melyet kiegészítve a restriktív szemléletű volumenpótlással, valamint adekvát fájdalomcsillapítással igen korai felépülést érhető el. Ezentúl fontosszempon a megfelelő pre- és posztoperatív táplálás, az egyszerűsített bélelőkészítés, a rutin beöntések kihagyása, a nasogastricus szonda és drainek korai eltávolítása, valamint a korai posztoperatív mobilizálás. A módszer indikációs területe magában foglalja mind a gyulladós, mind a daganatos colorectalis betegségeket.

Célkitűzés: A Magyarországon még idegenül hangzó ERAS alapjainak ismertetése, valamint 10 általunk operált és rehabilitált beteg eredményeinek bemutatása.

Betegek: Osztályunkon 2017-ben 10 laparoscopos colorectalis műtéten átesett betegnél alkalmaztuk az ERAS szerinti alapelveket. 7 esetben rectosigma resectiot, 3 esetben jobb oldali hemicolectomiát végeztünk. Az átlagéletkor 54,3 év volt.

Eredmények: A betegek átlagos kórházi tartózkodása 4,3 nap volt (3-3-4-4-5-5-5-5-5-5nap). Reoperációra nem volt szükség, perioperatív mortalitás nem volt. Kórházi visszavétel nem történt.

Konklúzió: Az ismertetett módszer biztonságos, alacsony morbiditással és mortalitással jár. Alkalmazásának 3 alappillére a minimálisan invazív műtét, az adekvát fájdalomcsillapítás, valamint a restriktív volumenpótlás. Magában foglalja a laparoscopos technika jól ismert előnyeit a beteg számára legkedvezőbb feltételeket biztosítva. Kisebb a műtéti megterhelés, valamint a gyorsabb hazabocsájtással a kórházi környezet által okozott stressz is, így csökken a posztoperatív komplikációk aránya is. Költséghatékony a kórház számára.

Összefüggések vizsgálata korábbi appendectomia, cholecystectomya illetve a colorectalis rák kialakulása között

Németh Tibor¹, Ábrahám Szabolcs¹, Benkő Ria², Matuz Mária², Tizslavicz László³, Váci Dániel¹, Lázár György¹

¹ SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

² SZTE Gyógyszerésztudományi Kar, Szeged

³ SZTE Patológiai Intézet, Szeged

Célkitűzés: Életünk során az akut appendicitis előfordulásának esélye kb. 6-7 %, incidenciája kb. 100/100.000 lakos évente. Egyes, nagy betegpopulációt felölelő cohort tanulmányok beszámoltak a colorectalis rákok (CRC) incidenciájának növekedéséről appendectomiát ill. cholecystectomiát követően. Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy a CRC műtéten átesett betegeknél milyen arányban fordult elő az anamnesisben appendectomia illetve mutatkozik-e bal, ill. jobb colonfél oldalkülönbség az appendectomia tükrében.

Beteganyag és módszer: 2015 és 2017 között 640 betegnél végeztünk CRC miatt műtétet. Retrospektív módon vizsgáltuk az anamnesisben az appendectomiák és a cholecystectomiák előfordulását. Megvizsgáltuk az appendectomiák illetve cholecystectomiák arányát a tumorlokalizáció valamint a jobb-, és a bal colonfél illetve rectum érintettség függvényében. Vizsgáltuk az eseteleges predisponáló tényezőket (nem, kor, alkohol fogyasztás, dohányzás, stb) illetve az appendectomiától eltelt időt is.

Eredmény: Appendectomia a betegek 16,7%-ban (n=104), cholecystectomya 10,8%-ban (n=67), mindkét beavatkozás 2,9%-ban (n=18) történt a CRC műtétet megelőzően. 96 esetben az appendectomia több mint 10 évvel a CRC műtét előtt történt. Jobb colonfél daganat miatt operált betegeknél kétszer gyakrabban (26,7 %-ban) történt megelőzőn appendectomia, mint bal colonfél (13,6 %) vagy rectum tumoros (13.3) betegeknél. Cholecystectomiák tekintetében az arány 16,4%, 8,3%, 9,7 % volt. A különbség mindkét csoportban szignifikáns volt. Legnagyobb arányban, 33 %-ban a caecum tumoros betegeknél fordult elő appendectomia. Ha mindkét beavatkozás szerepelt az anamnesisben akkor a jobb colonfél dominancia 3x-ra emelkedett a bal colonfélhez illetve a rectumhoz képest (jobb colonfél: 6.2%; bal colonfél: 1.8 %; rectum 1.9%).

Következtetés: Mind az appendectomia, mind a cholecystectomya kétszer gyakrabban fordul elő a jobb colonfél tumoros betegek anamnesisében, azonban az appendectomiás csoportban a gyakoriság kimagaslóbb. Mindkét beavatkozás együttes előfordulása tovább fokozza az oldalkülönbséget a CRC lokalizáció tekintetében. Mind az appendectomiát, mind a cholecystectomiát követően nagyobb valószínűséggel lehet CRC rák kialakulására számítani, azok valószínűleg más-más pathomechanizmussal bírnak, melynek pontos tisztázása további vizsgálatokat igényelnek.

Intrarectalis urina kő ritka esete

Bán Bence, Kőnjig Renáta, Bánky Balázs
Szent Borbála Kórház, Tatabánya

A rosszindulatú hólyag- és prostatatumorok esetén végzett radicalis prostatectomia és cystectomya rekonstrukciós módszerei: az ureterosigmoideostomia, a Mainz-pouch szerinti módosított ureterosigmoideostomia, az orthotop hólyag és a Bricker-hólyag képzés.

Magyarországon a legfrissebb urológiai összefoglaló jelentés szerint 177 esetből 42 volt ureterosigmoideostomia, 33 Mainz-pouch és 70 orthotop hólyag.

Az ureterosigmoideostomiát követően kialakult vizeletkő extrém ritkaság. Kialakulásában segíthet a vizeletkő kialakulásának hajlama, a vizelet pangás, a bélrenyheség és az extrém szűk anális sphincter.

Esetünkben C.A. 85 éves férfibeteg anamnézisében jobb oldali hemicolectomia és külföldi intézetben 20 évvel ezelőtt neoplasma miatt végzett radicalis cystectomya, prostatectomia és ureterosigmoideostomia szerepel.

A beteg a vizelet ürítését kiválóan megtanulta szabályozni, incontinentia nem lépett fel. Az elvégzett képalkotó vizsgálatok hét éve kétoldali diszkrét pyelectasiát és nephropathiát igazoltak, metastasis, recidiva nem alakult ki. Rectalis digitalis vizsgálattal extrém szűk, heges anális sphinctert tapintottunk.

Osztályunkra passagezavar, MRI vizsgálattal felvetett rectum polypus gyanúja miatt került sor. A beteg elmondása szerint a polypusnak véleményezett elváltozás szelepként működött, mely időnként teljes széklet- és vizeletürítési képtelenséget okozott.

Az elvégzett colonoscopia a rectumban 15 cm magasságban rezisztenciát, széklet-rög-szerű terime jelenlétét vetette fel, mely részleges elzáródást okozott, mellette a colonoscoppal továbbhaladni nem sikerült. Rectoscopiát végeztünk, mely során látótérbe került egy tojásnyi kemény tapintatú terime, közepén színes sebészi fonállal, melynek sikeres passzálása után vált láthatóvá, hogy nem tumorról vagy széklet-rögről, hanem urinakőről van szó. A beavatkozást követően a beteg passage- és vizeletzavara spontán megoldódott, a beteg panaszmentessé vált.

Amennyiben a beteg anamnézisében régóta fennálló ureterosigmoideostomia szerepel, a beteg passagezavar tüneteivel jelentkezik, ileus kizárását követően érdemes a vizsgálatokat rectoscopiával folytatni, kizárandó az esetleges urina kő lehetőségét. Az esetet, mint stenotizáló rectumtumor egy ritka differenciáldiagnosztikai kórképét mutatjuk be.

"Simplicity is the ultimate sophistication." Transzanális technikák a TEM-től a TaTME-ig

Jánóz Zoltán, Nagy Attila, Kovács Tamás, Berki Csaba, Nagy Tibor, Mohos Elemér

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános Sebészeti és Érsebészeti Osztály, Veszprém

Célkitűzések: Előadásunkban a transzanális eljárások egyes műtét-technikai részleteivel szeretnénk foglalkozni és áttekintjük a 2016-2017 évi eredményeinket.

Bevezetés, módszer: A transzanális eljárásoknak igen nagy hagyománya van osztályunkon. Magyarországon először Nagy Attila végzett TEM műtétet 1992- ben. Az az óta eltelt több mint negyed évszázadban éves szinten átlag 60, 2018 Január 1- ig összesen 1495 ilyen műtét történt osztályunkon; 1072 esetben jóindulatú és 423 esetben rosszindulatú elváltozás miatt. 2016-2017 évben összesen 128 esetben végeztünk TEM műtétet, 98 esetben jóindulatú neoplasztikus elváltozások (tubularis adenomák, villosus adenomák, tubulovillosus adenomák); 26 esetben rosszindulatú neoplasztikus elváltozások; 4 esetben egyéb benignus elváltozások miatt. 5 TAMIS műtétet végeztünk benignus elváltozások miatt, valamint 8 laparoszkópos TaTME-t (6 esetben rectum carcinoma miatt, 2 esetben pedig total colectomia részeként FAP és colitis ulcerosa miatt).

Eredmények, technikai megfontolások: Az eredmények bemutatása mellett, az ún. „gasless” TEM technikával szerzett tapasztalatainkról számolunk be, majd a különböző egyéb operációs proktoszkópos eljárások (TAMIS, TEO) összehasonlítására teszünk kísérletet. Végül az osztályunkon alkalmazott, egyszerűsített TaTME műtét lépéseit és az eddig elért eredményeinket mutatjuk be.

Konklúzió: A transzanális eljárások repertoárját kibővítve az eddig alkalmazott TEM műtétek mellett egyéb operációs rectoszkópos eljárásokkal, valamint a TaTME módszerével, a minimál invazív rectum sebészet egyénre szabott terápiájára nyílik lehetőség.

A laparoscopos és nyitott komplett mesocolicus excisio és centrális érlekötés eredményeinek összehasonlítása jobb oldali vastagbél daganatok műtéteinél

Vajda Kornél, Horti Ildikó, Sikorszki László

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét

Bevezetés: A TME 1982-es bevezetése előtt a rectum rákok 5 éves túlélése rosszabb volt mint a colon rákoké, azóta azonban a trend megfordult. CME elve az érintett colon szakasz eltávolítása a visceralis peritoneum intakttságával, embrionális rétegben preparálva az ellátó erek centrális lekötésével.

Célkitűzés: Az volt a célunk, hogy meggyőződjünk róla, hogy egy általános sebészeti osztályon a laparoscopos CME+CVL elvégezhető-e hasonló morbiditással és mortalitással mint nyitott műtétnél és az eltávolított colon szakasz és kinyert nyirokcsomószám összevethető-e a hagyományos nyitott műtét eredményével.

Eredmények: 2016. 09. 01-2017. 12. 30 között osztályunkon 64 műtét végeztünk jobb oldali malignus vastagbél daganat miatt. Ebből 8 bizonyult inoperabilisnak, 56 esetben végeztünk resectiót. 21 esetben hagyományos nyitott műtétet, 2 esetben nyitott CME+CVL műtétet, 19 esetben laparoscopos és 14 esetben laparoscopos CME+CVL resectiót. A férfi nő arány a felsorolt műtétek sorrendjében 6/15, 0/2, 8/11 és 7/7, az átlagéletkor pedig 71/73 év, 0/78 év, 70/76 év és 63/68 év volt. Az eltávolított colon szakasz hossza az előbbi sorrendnek megfelelően 19,9 cm, 20,5 cm, 21, 8 cm és 24 cm-nek bizonyult míg a kinyert nyirokcsomók száma a pozitív/összes arányban 3/15, 5/19,5, 5/15,3 és 3/18 voltak, az átlagos ápolás idő pedig 9,2 nap, 10,5 nap, 7 nap és 6,8 nap volt. A nyitott csoportból 3, a laparoscopos csoportból pedig 1 beteget veszítettünk el 30 napon belül. A nyitott csoportban 8 műtétet sürgős indikációval végeztünk és 4 esetben történt conversio a laparoscopos csoportban.

Megbeszélés: A műtéteink nagyobb részét laparoscopos módon végeztük (nyitott/laparoscopos 23/33). A nyitott műtétek közül 2, a laparoscopos műtétek közül 14 alkalommal végeztünk CME+CVL-t. Az látható, hogy a CME+CVL csoportban volt leghosszabb az eltávolított colon hossz és a legmagasabb az átlagos kinyert nyirokcsomó szám. A szövődmény arány hasonló volt a két csoport között és az átlagos ápolási idő a laparoscopos csoportban volt alacsonyabb. Az eredmények azt mutatják, hogy a laparoscopos CME+CVL hasonló vagy jobb eredménnyel végezhető mint a nyitott műtét. Bízunk benne, hogy az irodalomban közölthöz hasonlóan a hosszútávú eredményeinkben is látni fogjuk a CME+CVL előnyeit. Fontos azonban kiemelni az anatómiai érvariabilitások és a Henle truncus ismeretét, és ezen a területen már gyakorlatot szerzett mentor részvételének szükségességét a tanulási időszakban.

Régi kémlelőnyílás – új perspektíva. Ta-TME-vel szerzett kezdeti tapasztalatok osztályunkon

Svastics Imre, Papp Géza, Besznyák István, Dede Kristóf, Bursics Attila
Uzsoki Utcai Kh. Sebészeti- Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A laparoscopia sok hasi műtétet forradalmasított, azonban az alsó-kp harmadi rectum tumorok műtéteinél tapasztalt vizualizációs nehézségek feloldására önmagában nem alkalmas. Szemléltetváltásra volt szükség; megtámadni a daganatot onnan, ahova a legközelebb esik: alulról. A 2009-ben leírt módszertől, a Ta-TME-től különösen előrehaladott distalis rectum tumorok, férfiak, magas BMI-jű páciensek műtéteinél reméltek előrelépést. Az új módszertől - mivel jobb vizualizációt és hozzáférést biztosít valamint egyszerre két team dolgozhat - remélhető, hogy laparoscopos mély rectum resectiohoz képest rövidebb legyen, kevesebb szövődménnyel járjon, a betegek korábban emittálhatók legyenek; jobb minőségű specimeneket nyerve hosszabb túlélést, jobb életminőséget biztosítson betegeink számára.

Beteganyag és módszer: 2016 július óta Ta-TME-vel Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztályán alsó-kp harmadi végbéldagnat miatt operált 20 betegünk anyagát tekintettük át retrospektív módon

A végleges szövettan alapján 1 benignus; 1T0; 1 T1; 11 T2; 6 T3 tumort operáltunk, melyek a végbélnyílástól átlagosan 5,5 cm-re (4 - 9cm) helyezkedtek el . Az átlagos BMI 27,1 (19,1 - 37,1). A férfiak/nők aránya 9:11.

Eredményeink: A műtétek átlagos hossza 246 perc (195 - 360). 15%-ban kényszerültünk konverzióra. Betegeinket átlagosan a postoperatív 10. (5 - 29) napon tudtuk emittálni. 30 napon belül halálozás nem volt. A specimenek distalis resectios síkja 100%, circumferencialis resectios síkja 95%-ban tumormentes volt; ezeknél a betegeknél -rövid után követési idő (7 hónap) mellett-localis recidíva nem alakult ki. A magas neoadjuváns kezelési arány mellett (75%) megfelelő számú nyirokcsomót sikerült eltávolítanunk (átl: 10,5). Átlagosan 10 hónappal a műtét után a betegeink 40 %-a él stomával.

Következtetés: Megfelelő betegszelekció mellett a TA-TME lehetőséget ad középső és alsó harmadi rectum daganatoknál sphincter megtartó műtétek végzésére, a proximálisabb colorectalis tumork műtéteihez hasonló korai onkológiai eredménnyel.

Technikai nehézségek és megoldások a transzanális teljes mesorectum excisio (TaTME) tanulási időszakában

Bánky Balázs¹, Lakatos Miklós¹, Marton József¹, Burány Ákos¹, Fülöp András², Bodzay Klaudia¹, Gulyásné Sike Erzsébet¹

¹ Szent Borbála Kórház, Tatabánya

² Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A középső és alsó harmadi rectum carcinomák sebészetében 2010-ben új műtéti technikaként jelent meg a transzanális teljes mesorectum excisio (TaTME). Mára a technika a nemzetközi szakirodalomban elfogadottá vált, jóllehet randomizált, prospektív tanulmányok az eljárás evidencián alapuló igazolására még csak most vannak folyamatban.

A tatabányai Szent Borbála Kórházban TaTME műtétet 2016 óta végzünk. Bevezetése a technika komplexitása és szakirodalomból ismert magas kockázata miatt igen megfontoltan, komoly betegselekcio mellett történt.

Előadásunkban a munkacsoportunk által végzett első 20 TaTME műtét tapasztalatairól számolunk be. Képi dokumentációval kívánjuk demonstrálni a tanulási görbe korai szakaszának „botladozásait”, a TaTME technika bevezetésének nehézségeit, buktatóit, a leckéket, melyekből tanultunk, s melyek más, TaTME műtétre vállalkozó munkacsoportok számára is tanulságot hordozhatnak.

Szeptikus hasi és hasfali kórképek kezelésében elért eredményeink NPWT alkalmazásával. 2015-2018

Kovács Éva Lilla, Kathy Sándor, Bokor László, Szabó Árpád, Szűcs István, Kincses Zsolt
Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

Bevezetés: A negatív nyomású sebkezelés (NPWT - Negative Pressure Wound Therapy) igen széles körben elfogadott és alkalmazott terápiás lehetőség. Akut és krónikus sebek kezelésében az általános hasi- és érsebészetben, traumás sérüléseknél, idegsebészeti és ortopédiai beavatkozásoknál jó eredménnyel alkalmazható.

Célkitűzés: Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk az NPWT alkalmazásának hatékonyságát szeptikus betegek nyitott hasi kezelésében, valamint hasfali gyulladással esetekben a hagyományos sebkezeléshez viszonyítva.

Eredmények: 2015-től 2018-ig vizsgált időtartam alatt összesen 39 betegnél alkalmaztunk NPWT-t. A fent említett 39 betegből 12 esetben peritonitis miatti nyitott hasi kezelésben, 27 betegnél hasfali sebgyógyulási zavar miatt alkalmaztuk. A hospitalizáció ideje alatt betegeinknél vizsgáltuk a főbb gyógyulási paramétereket, mint a seb mélységét, hosszát, alkalmazott nyomás nagyságát (átlag 110 Hgmm), ápolási időt illetve az elhasznált eszközök számát, egy főre nézve.

Konklúzió: NPWT alkalmazása szeptikus hasi és hasfali kórképek esetén szignifikánsan rövidítette az átlagos ápolási időtartamot, elősegítette a sebtisztulást, csökkentette a morbiditást és a mortalitást (0%)

Nyitott has – negatívnyomás terápiával szerzett kezdeti tapasztalataink

Venczel László, Szerencsés Csilla, Füstös László, Sikorszki László

Bács-Kiskun Megyei Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Kecskemét

Bevezetés: A negatívnyomás terápia (NPWT) egyre nagyobb hangsúlyt kap a mindennapi sebészi gyakorlatban. Nemcsak a fertőzött, másodlagosan gyógyuló sebek kezelésében van jelentősége, hanem a nyitott has kezelésben is megkerülhetetlen kezelési eljárássá vált. Osztályunkon 2017 óta van lehetőségünk NPWT rutinszerű alkalmazására nyitott has kezelés esetén.

Anyag és módszer: 3 eset kapcsán szeretnénk beszámolni tapasztalatainkról a nyitott has – negatívnyomás terápiával kapcsolatban.

Első esetünk egy 63 éves nőbeteg, akinél Rives-Stoppa műtét után kialakult fulmináns hasfali phlegmone miatt kényszerültünk a háló teljes és az elülső hasfal részleges eltávolítására, valamint nyitott has kezelésre.

Második esetünk egy 59 éves férfi, akinek kizárt hasfali sérvét sürgősséggel operáltuk, vékonybél elhalás miatt vékonybél resectiót is végeztünk, súlyos tüdőembolia miatt hosszas intenzív osztályos kezelésben, gépi lélegeztetésben részesült. A posztoperatív időszakban hasi kompartman szindróma alakult ki, mely miatt hosszas nyitott has kezelésre kényszerültünk.

A harmadik esetünkben egy 46 éves férfi traumás (késszúrás okozta) vékonybél és sigma sérülés, bal oldali vena iliaca communis, bal oldali arteria iliaca communis sérülés miatt történt többször hasi műtét. Hasi kompartman szindróma miatt volt szükség hosszas nyitott has kezelésre.

Eredmények: Mindhárom esetben hónapokig tartó kezelést követően volt lehetőségünk megszüntetni a nyitott has kezelést. Az első beteg felépült, a hasfali bőrt sikerült zárni, jelenleg haskötével teljes életet él.

A második beteg hasfalát is sikerült zárni, sebészeti szempontból felépült, azonban tervezett kibocsájtása előtt 3 nappal, korrekt LMWH prophylaxis mellett ismételt, súlyos tüdőembólia következtében elhunyt.

A harmadik beteg többszöri hasi műtétek, Hartmann szerinti resectio, többszöri vékonybél resectio, vena iliaca communis Dacron foltplasztika és artériás érvarrat után, a hosszas nyitott has kezelés mellett felépült, hasfalát zártuk, jelenleg rehabilitációs osztályunkon lábadozik.

Konklúzió: A nyitott has kezelés esetén alkalmazott negatívnyomás terápia elengedhetetlen kelléktára lett a sebészeti osztályoknak. Alkalmazását korrekt indikáció mellett javasoljuk, adott körülmények között kilátástalannak tűnő esetekben is nagy segítségére lehet a sebésznek.

Negatívnyomású sebkezelés alkalmazása extrém méretű sebfelületen

Béres Ildikó Beáta, Papp Éva, Tóth Lajos Barna

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Osztály, Nyíregyháza

A túlsúlyosság bizonyítottan hajlamosít a hosszabb műtéti időre és a sebfertőzésre. Extrém obesitás esetén a szövődmények esélye többszörösére nő. Ritkán életveszélyes állapot is kialakulhat a mélyből kiinduló, gyakran tünetszegény sebfertőzés miatt, melynek ellátása extrém obes betegek esetében szakmai kihívást jelenthet.

32 éves, dohányzó, hypertóniás, extrém obes (BMI 55) nő esetét mutatom be, akin pre-eclampia miatt sürgősséggel császármetszést hajtottak végre, melyet követően súlyos, szeptikus sokkot okozó sebfertőzés alakult ki. A fascia felől kiinduló infekció sokáig észrevétlen maradt, mivel a vaszkos zsírréteg a tüneteket elfedte. Sürgős oncotómiát és necrectómiát követően a leromlott állapotú beteget 12 napig intenzív osztályon kezelték. A feltárást követően 70cm hosszú és 40 cm mély seb maradt vissza, mely napi 3-4 kötécserét igényelt. Figyelembe véve a extrém mértékű váladékozást és a subcután zsírszövet közé diffúzan betejedő phlegmonosus folyamatot negatív nyomású sebkezelés(NPWT) megkezdése mellett döntöttünk, mely effektívnek bizonyult. Kezdetben az extrém vastag zsírszövet miatt erősebb szívást (140Hgmm) alkalmaztunk. 3 naponkénti steril szettcserét végeztünk szükség szerinti necrectómiával. A végig pozitív sebtenyésztési eredmények és nagy mennyiségű exudáció ellenére is az NPWT asszisztált szakaszos sebzárás sikeresnek bizonyult. A beteg sebe 63 nap alatt gyógyult. A zsírnecrosis miatti necrectómiák miatt alhasi asszimetriá alakult ki, melynek korrekciója plasztikai sebész bevonásával a későbbiekben szóba jöhet.

Negatívnyomásterápia alkalmazása a plasztikai sebészetben

Debreczeni Béla Zoltán

DrD Plasztikai Stúdió, Budapest

Bevezetés: A helyreállító plasztikai sebészetben a szövetek megfelelő túlélése a vénás keringés függvénye. A lebenyek keringésének fokozása történhet negatív nyomásterápia alkalmazásával is.

Módszerek: Dermolipectomiát, reduktív emlőplasztikát és TRAM lebenyplasztikával végzett emlőhelyreállítást követően a secunder sebzárást VAC asszisztáltan végeztük. Végtagmentő plasztikai beavatkozások során szintén negatív nyomásterápiát alkalmaztunk. A sebzéli keringést Perimed Periflux 6000 lézerdoppler rendszerrel vizsgáltuk.

Eredmények: Klinikai vizsgálataink során kimutattuk, hogy a VivanoTec rendszerrel történő VAC terápia jelentős mikrocirkulációs javulást hoz létre a sebzéselen az 1-3. napig mérve.

Megbeszélés: A negatív nyomásterápia jelentősen javítja a sebzéli mikrocirkulációt, ezáltal a túlélő szövetek mennyiségét fokozza. Minőségi különbséget is észleltünk a hegekben a korábbi konzervatív és a VAC terápiával kezelt eseteinkben.

Újdonságként közöljük, hogy szerző hazánkban először alkalmazott Integra® Flowable Wound Matrixot egy reménytelennek tűnő talpi fekély negatív nyomásterápiával történő sikeres megoldásában.

Therápia resistens diabeteses láb fekélyek és egyéb etiológiájú krónikus sebek kezelése antioxidáns és antibacteriális hatású sebgyógyulást elősegítő hidratáló krémmel

Telek Géza, Cséfalvay Balázs, Korsós Diána, Ender Ferenc

DPC. Szent István Kórház, Sebészet, Budapest

Bevezetés: A diabetes mellitus talaján kialakult sebek gyógyulási képtelenségében a bacterialis colonisatio/invazív fertőzés, és a mitochondrialis, ill. leukocyta eredetű oxigén-szabadgyökös károsodás kiemelt szerepet játszik, ezért ezen kórélettani elváltozások befolyásolása döntő fontosságú a gyógyítás során. A széles spectrumú bactericid, fungicid, virucid hatású teafaolaj az Ausztráliában őshonos teafa leveleiből készült esszencia. Az antioxidáns E- és A-vitamin képes neutralizálni az oxidatív stressz sebgyógyulást károsító hatásait. Kifejlesztettünk egy hidratáló sebápoló krémet, ami a fenti hatóanyagokat tartalmazza, és antibacteriális/antioxidáns hatásaival elősegíti a sebgyógyulást. A krém kiegészíthető steroidokkal, amennyiben autoimmun etiológiájú seb kezelésére alkalmazzuk.

Beteg és módszer: 2010 óta egy „open label pilot study” keretében 82 diabeteses microangio-/neuropathiás és egyéb etiológiájú krónikus lábsebet kezeltünk sebápoló krémünkkel, amit gyógyszerítári alapanyagokból a betegek számára receptre felírtunk. Ambuláns sebkezelésük során a krémet alkalmazzuk, a gyógyulást fotó-dokumentáltuk. Szükség szerint debridement-ekkel, sequestrectomiákkal és antibiotikus kezeléssel egészítettük ki a gondozást. A krémmel fedett sebekre steril gézlap, vagy habkötszer (Mepilex, PharmaSuperFoam) fedőkötéseket alkalmazzunk. Eredmények: A kezelés és a krém hatására a gyakran évek óta persistáló sebek hidratáltsági állapota javult, felszínükön jó ütemű sarjszövet-képződés volt tapasztalható, amit optimális esetben megfelelő sebességű epithelializáció követett. Amennyiben elhúzódó gyógyulási zavart, vagy reinfekciót észleltünk, annak hátterében rendszerint chronicus/subacut osteomyelitis állt, amint a sequester eltávolíthatóvá vált, a gyógyulás megindult. A kezelést szükség szerint antibiotikumokkal és microvascularis thrombosis eseteiben LMWH-val egészítettük ki. Minor (lábujj) amputációra 2 esetben kényszerültünk. 8 betegnél a krém nem gyógyuló fissura ani kezelésére is sikerrel alkalmazzuk. Egy esetben szövettanilag plasmasejtes lymphocytás infiltrációval jellemzett, autoimmun eredetű, mindkét sarok járásképtelenséget okozó denudációjával járó chronikus seb esetében topicalis steroiddal egészítettük ki a krémet, ami a hónapok óta persistáló seb gyógyulását érte el.

Következtetések: a hidratáló sebápoló formula olcsó, a beteg számára jól tolerálható eleme a diabeteses, és egyéb nem gyógyuló sebek sikeres komplex kezelésének.

Hibák és tévedések a szeptikus diabeteses láb akut ellátásában

Vitályos Tibor¹, Sesztakov Román¹, Skribek Levente², Máté Miklós¹

¹ Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

² Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Érsebészeti Profil, Budapest

A cukorbeteg akut szeptikus lábszövődmény miatt leggyakrabban sürgősséggel az általános sebészeti osztályra kerülnek felvételre. A diagnosztikai- és terápiás teendők többrétűek. Nagyon fontos az időtényező, hiszen a diabeteses lábszövődmény – különösen az ischaemiával szövődött – igen gyorsan tud progrediálni és a végtagvesztéshez vezetni.

Igen fontos a szeptikus szövődmény súlyosságának, mértékének, kiterjedtségének a helyes megítélése. Ide tartozik a bakteriológiai vizsgálat helyes kivitelezése és a radiológiai leletek helyes értelmezése.

Nagyon lényeges az időben elvégzett keringésvizsgálat – mind a fizikális, mind az eszközös – helyes értelmezése, és ezek alapján a helyes döntés meghozatala interventio vagy egyéb érsebészeti beavatkozás irányába.

Az elvégzett végtagsebészeti beavatkozás helyes mértékének megválasztása, a technika ugyancsak döntő fontosságú. Szintén fontos tényező, hogy –ha szükséges – ne halogassuk az újabb sebészeti beavatkozás elvégzését.

Szintén jelentős a helyes antibiotikumválasztás, ezenkívül az anyagcserehelyzet aktuális rendezése is.

A sebészeti osztályunkon és a Diabeteses Láb ambulancián az elmúlt 20 évben nagyon sok diabeteses láb beteget kezeltünk, és nem szégyelljük bevallani, nem mindig sikerült a helyes utat megtalálni. Saját sikertelenségeink vezettek arra, hogy minél jobban törekedjünk a hibák és tévedések elkerülésére, és igyekezzünk a minél nagyobb arányú végtagmegtartás és gyógyulás elérésére. Előadásunkban néhány olyan hibára és tévedésre szeretnénk felhívni a figyelmet, melyek ismerete elkerülhetővé teheti a legsúlyosabb következmény, a végtagvesztés bekövetkezését.

A profilaktikus negatív nyomású sebkezelés szerepe a nagy SSI kockázatú laparotomiás sebek kezelésében

Bánky Balázs¹, Fülöp András², Varga Krisztina¹, Tegzes Gyöngyi¹

¹ Szent Borbála Kórház, Tatabánya

² Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: Az NPWT, mint terápiás koncepció mára elfogadottá vált és széles körben alkalmazott technika a szeptikus sebek kezelésében, valamint a nyitott hasüreg szeptikus folyamatainak kezelésében. Legújabban ugyanennek az elvnek preventív céllal történő primer alkalmazása is leírásra került. Célunk a preventív NPWT nagy sebfertőződési rizikójú laparotomiás sebek kezelésében való tesztelése volt.

Módszer: Intézeti kutatásetikai bizottsági (IKEB) engedély birtokában 2017-ben prospektív kísérleti tanulmányt kezdtünk akut laparotomián áteső sebészeti betegcsoporton. A beválogatási kritérium az operáló orvos szakmai megítélése, valamint a SSIRS (Surgical Site Infection Risk Score) alapján magas sebfertőzési rizikó volt. A vizsgálatba bevont betegek zárt műtéti sebükre 90 Hgmm-es NPWT folyamatos kötést helyeztünk fel a postoperatív 6. napig.

Eredmények: Összesen 10 beteget válogattunk be elsődleges kísérleti vizsgálatunkba, mind magas laparotomiás sebfertőződési rizikójú és hasfali dysruptiora hajlamos beteg volt. Két betegnek masszív, keringésmegingató felső gastrointestinalis vérzés miatt végeztünk laparotomiát, a többi betegnek diffus peritonitise volt. Két beteg korai re-operatiót igényelt anastomosis elégtelenség miatt, egy beteg per primam gyógyuló sebbel történt emissioja után a postoperatív 14. napon részleges sebfeltárást igényelt, egy betegnek purulens váladékozó krónikus hasfali fistulája maradt fenn a műtét után. A többi beteg per primam sebgógyulást mutatott.

Következtetés: A primer, prophylacticus NPWT kezelés az intraabdominalis septicus szövődmények ellen nem nyújt védelmet, azonban a kezdeti tapasztalatok szerint a nagy sebfertőzési kockázatú betegek számára a primer sebgógyulás esélyeit javíthatja. További klinikai tapasztalatszerzés, randomizált, kontrollált, prospektív vizsgálatok szükségesek a preventív NPWT megfelelő célcsoportjának meghatározására és költséghatékonysági elemzések elvégzésére.

Aorto-iliacalis graftinfekciók kezelése kapcsán szerzett tapasztalataink

Váradi Rita, Mihalovits Gábor, Takács Tibor, Sipka Róbert, Nyilas Áron, Palásthy Zsolt
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

A vascularis rekonstrukciók számának növekedésével, a kritikus végtagischaemia arányának emelkedésével, illetve a multirezisztens kórokozók terjedésével az érsebészet egyik legnehezebben kezelhető, akár életet is veszélyeztető szövődményével a beültetett protézisek (műerek, stentek, stentgraftok) infekciójával is gyakrabban kell számolnunk.

Klinikánkon 2002 és 2017 között végzett aorto-iliacalis műtéten átesett betegeknél kialakult graftinfekciókat elemeztük. A vizsgált periódusban 954 aorto-iliacalis rekonstrukciót végeztünk aneurysma illetve occlusiv betegség miatt, 36 esetben alakult ki a beültetett műér gennyedése (3,77 %). A fertőződött esetekben a primer műtét 77,78%-a occlusiv betegség miatt végzett elektív rekonstrukció; 13,89 % sürgős, 8,33%-ban pedig elektív aneurysma miatt végzett beavatkozás volt. Betegeink között 22,22%-nak volt az első műtétnél kritikus végtagischaemiája. Graftinfekcióra utaló tünetek átlagosan 33 hónap után jelentkeztek - 10 esetben észleltünk korai (4 hónapon belüli) fertőzést. 9 betegünkönél jelentkezett septicus vérzés az inguinalis régióból, 12 esetben aorto-duodenalis fistula alakult ki.

A kezelés során 1 alkalommal antibiotikum adása önmagában elegendő volt, 20 betegnél alkalmaztunk szívó-öblítő drainage-t, 17 esetben pedig a teljes graftot eltávolítottuk és az érpálya rekonstrukcióját silver grafftal, illetve az utóbbi években homograft beültetésével végeztük el.

Utánkövetés során az elmúlt 2 évben mindössze 6 betegünk jelentkezett kontrollon, illetve 21-ről tudjuk biztosan, hogy elhunytak. A graftinfecio diagnózisától számított túlélés átlagosan 22,45 hónap (0-102 hó).

A graftinfekció kialakulása esetén a sikeres kezelés bonyolult, nehéz feladat, emiatt a megelőzésre kell minél nagyobb hangsúlyt fektetni. Ebben szerepet játszik a műtetre kerülő betegek lehetőség szerinti előzetes mikrobiológiai szűrése, a megfelelő műtéti típus megválasztása, antibiotikum prophylaxis alkalmazása és a sterilitás szabályainak szigorú betartása. Fontos emellett a kórházi infrastruktúra és az infekció kontroll is. Utóbbi évek változásainak köszönhetően a fertőzések száma jelentősen csökkent, az elmúlt 4 évben operált betegek között 1 graftinfekciót észleltünk.

Visszér műtétek az egynapos sebészetben – Az első 10 év tapasztalatai

Szűcs István, Tóth Dezső, Kathy Sándor, Kincses Zsolt

Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Általános Sebészeti Osztály Debrecen, Debrecen

A debreceni Kenézy Kórházban 2008-ban került kialakításra az Egynapos Sebészeti Osztály 6 ágygal. 10 év alatt 1161 visszér műtét történt, 806 nő, 355 férfi beteg. 1024 esetben crosssectomia + stripping + perf.ligatura + varicectomia, 122 esetben varicectomia, 15 esetben perf.ligatura + varicectomia történt. A postop. szakban valamennyi beteg LMWH profilaxisban részesült. A beavatkozások narkózisban történtek zömmel laryngealis tubus használatával. Az első 5 éves periódusban 2 beteg kivételével, a második 5 éves periódusban valamennyien 24 órán belül távoztak, visszavételre nem került sor. (Egyik betegnél art. poplitea laesio miatti rekonstrukció, másik betegnél műtét után néhány órával femoralis sebben kialakult haematoma evacuatioja indokolta az osztályos felvételt.) Az első 5 évben 1 betegnél műtét után két héttel cruralis mélyvénás thrombosis alakult ki LMWH profilaxis mellett. A második periódusban mélyvénás thrombosis nem fordult elő. A két vizsgált időszakban postop. periódusban (első 30 nap) 7 illetve 6 betegnél észleltünk sebgyógyulási zavart (sebváladékozás, nyiroksorgás, bőrnecrosis). A második 5 évben 1 betegnél cruralis haematoma evacuatioja is történt – ambulanter.

A perioperatív eseményeket figyelembe véve a szerzők megállapítják, hogy az egynapos sebészet keretében elvégzett visszérműtétek – a feltételek szigorú betartásával – jó eredménnyel végezhetőek és biztonságosnak tekinthetők.

24 órát meghaladó, acut alsó végtagi ischaemia sikerrel operált esetei

Szűcs István, Varga Petra, Fábry György, Szendrői Tibor, Kincses Zsolt
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

2012 január 01. és 2017. december 31. között nyolc beteg került felvételre osztályunkra 24 órát meghaladó, acut alsóvégtagi ischaemia tüneteivel. Három betegnél embolectomiát követően is fennálló súlyos ischaemia miatt a műtétet követő első 24 órában kórházunk Végtagsebészeti Osztályán femoralis amputatio történt. Öt férfi betegünkél a revascularisatio sikeres volt. Valamennyi beteg labor eredményeiből kiemelendő a CK jelentős emelkedése, maximum érték 94520 E/l volt. A öt sikeres revascularisatiós műtét közül két esetben a műtét megelőzően hagyományos angiographia egy esetben CT angiographia készült. Két betegünk anamnesisében diabetes mellitus, és egy betegünknek műbillentyű beültetés szerepelt. Valamennyi betegünkél emboliaforrásként cardialis okok igazolódtak.

Egy esetben mindkét alsóvégtagon embolectomiát végeztünk (baloldalon femoralis, jobboldalon poplitealis embolectomia). Két esetben poplitea feltárásból történt perifériás embolectomia, egyik betegnél véna folttal zártuk az arteriotomiát. Egy betegnél femoralis és poplitea III feltáráis történt. Három betegünkél az embolectomiával együtt nyitott, két betegünkél subcutan cruralis fasciotomiát végeztünk.

Az a betegünk akinél mindkét alsóvégtagon embolectomia történt, a postop. szak második napján az intenzív osztályra került, cardialis és vese elégtelenség tünete miatt. Későbbiekben tüdőgyulladás miatt antibiotikum kezelésben is részesült.

A három nyílt fasciotomia közül kettőnél bőrplasztikára kényszerültünk. Egy betegünkél átmeneti peroneus laesiot észleltünk, míg egy másik betegünkél hat hónap múlva is fennálltak a tünetek. Mind az öt betegünk helyreállt alsóvégtagi keringéssel távozott.

Az acut, hosszú idejű verőér elzáródásoknál a súlyos de még reverzibilis, valamint a már irreverzibilis károsodások kétséget kizáró elkülönítése sokszor nem egyértelmű, pedig ez nagy gyakorlati jelentőséggel bír, hiszen reverzibilis károsodás esetén revascularisatio míg irreverzibilis károsodás esetén amputáció a választandó terápia. Ezért mindig gondos mérlegelést igényel a végtag statusa mellett a kísérő betegségek figyelembe vétele, a beteg általános állapota a terápia eldöntésében mely döntés a beteg későbbi életminőségét jelentősen meghatározza.

Egy elhanyagolt, nagy területű lábszárfekély sikeres terápiája nedves sebkezelés eszközeivel

Csökő Gábor Norbert, Zöllei István, Győri Attila
Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szekszárd

Bevezetés: A krónikus sebek olyan hám-, illetve szövethiányt jelentenek, melyek szakszerű kezelés mellett 6 héten belül nem gyógyulnak. A krónikus sebek leggyakrabban előforduló típusai: a lábszárfekély, a decubitus, illetve a diabéteses láb syndroma. Az elmúlt évek sikeres kutatásai a sebgyógyulás patogenezisééről új adatokat szolgáltatottak, melynek köszönhetően manapság a nedves sebkezelés alkalmazásához számos új eszköz áll rendelkezésünkre.

Cél: A szerzők egy 60 éves férfi esetének bemutatását tűzték ki célul, mely esetben súlyos, elhanyagolt, előrehaladott lábszárfekélyt kezeltek konzervatív eszközökkel.

Esetismertetés: A 60 éves férfi beteg szeptikus állapotban, a bal alsó végtagon kialakult, nagy területű, mély, nekrotikus lábszárfekély miatt jelent meg a kórház SBO-ján. Korábban az érintett végtagon orbánc miatt bőrgyógyászati kezelés zajlott. Ezen kívül talpi fekély miatt érsebészeti kezelés, illetve osteomyelitis miatt a bal láb IV. ujj amputatioja is megtörtént. Belgyógyászati kezelt betegsége nem volt. A bal lábszáron kb 13x10cm-es, necrotikus, váladékozó fekélyben a cruralis extensor inak szabadon, jól láthatóan mozogtak. Az ulcus széli részein súlyos gyulladás jelei voltak. A jobb alsó végtagon tapintható, míg a bal alsóvégtagon dopplerrel detektálható végartériákat észleltünk. Az alsó végtagi vénás duplex scan vizsgálat súlyos fokú vénás refluxot nem igazolt. A CT-angiographia az artériákon szignifikáns szűkületet nem igazolt. A konzílium antibiotikum terápia mellett, konzervatív sebkezelés mellett döntött. A nedves sebkezelés során alkalmazott kötszerek: Hydro-Clean Plus, Hydro Tac (Hartmann Rico Hungária KFT.) voltak. A kezelés már az első 8 nap során látványos javulást eredményezett. A további 2 hónapban másnaponta történt sebkezelés. A korábban rendkívül súlyos fokú, fertőzött, nekrotikus, hámhiány helyét, teljes egészében egy békés granulációs szövet váltotta fel. A továbbiakban félvastag bőrrel való rekonstrukciót terveztek, de a beteg váratlanul, a saját otthonában elhunyt.

Megbeszélés, következtetés: A súlyos, nagy területű lábszárfekély kezelésében a Hydro Clean Plus és Hydro Tac kötszereket eredményesen alkalmazták. A 2 hónapos kezelés során a seb állapota már az első 8 napban drámain javult. A kezelés során a szeptikus állapot és a sebfájdalom megszűnt. A fibrinlepedék, a nekrotikus szövetek mennyisége folyamatosan csökkent, a sebgyógyulást jelentő sarjszövet aránya pedig folyamatosan nőtt.

Aortoenteralis fistulák aortáról indított protézis implantatíót követően

Tóth Tamás, Dzsinih Csaba, Darabos Gábor, Vallus Gábor, Barta László, Nyiri Gabriella, Bogdány Claudia

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest

Bevezetés: Az érszűkület egész szervezetet érintő, szisztémás megbetegedés. Az aortát, a páratlan zsigeri ágakat érintve a gastrointestinalis traktust közvetlenül is érintheti, azonban a kismedencei ütőerek elzáródása esetén beültetett, aortáról indított bypassok postoperatív szövődményei kapcsán is előfordulhatnak általános sebészeti vonatkozásai.

Anyagok és módszerek: A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Szív-Ér-Mellkassebészeti osztályán az elmúlt tíz évben 12565 érműtétet, ezen belül hasi-, illetve medencei aortaszakaszon 546 protézis implantációt végeztünk, és mindösszesen csak 14 esetben találoztunk aortoenteralis fistulával. Gyanú esetén, a diagnózist képalkotó vizsgálatokkal, elsősorban CT angiográfiával tudjuk igazolni. Egyes esetekben gastroduodenoscopia irányítja figyelmünket erre a súlyos kórképre. A korai diagnózis életmentő lehet, különösen a varratvonalat érintő fistula esetében.

Eredmények: Műteti megoldás során korábban az érintett graft teljes eltávolítását végeztük, azonban az utóbbi időben in situ megoldásra törekszünk. A kontaminált érszakasz pótlása vagy Silver-, vagy Rifampicinnel átitatott grafftal, vagy homografftal történhet. Különös figyelmet kell szentelnünk a duodenum varrat és a protézis közé behelyezendő nyeles- vagy szabad cseplesz lebenyre. Ennek ellenére néhány esetben ismételt fistula (tercier) kialakulását is észleltük. Magára hagyott eseteknél 100%-os, az időben megoperált kázusoknál a mortalitás felére csökkenthető.

Következtetés: A tünetek időben történő felismerése és a társszakkák szoros együttműködése révén gyors beavatkozással a magas mortalitású kórképek is sikerrel gyógyíthatók.

Acut mesenterialis ischaemiát okozó B típusú aorta dissectiók kezelése osztályunkon

Darabos Gábor, Dzsinih Csaba, Barta László, Vallus Gábor, Nyiri Gabriella
MH EK Szív - Ér- és Mellkasebészeti osztály, Érsebészeti profil, Budapest

Bevezetés: A B típusú aorta dissectio szövődményeként fellépő, a zsigeri ágak súlyos keringési zavarát / elhalását / okozó elváltozás – a megrepedés mellett- a kórkép leggyakoribb haláloki tényezője.

A betegség operatív kezelése napjainkban az esetek döntő többségében endovascularis megoldással lehetséges, de a sebészi megoldások ismerete, jelen magyar viszonyok között továbbra sem nélkülözhető.

Beteganyag: 2013. 01.01. és 2018.01.01 között acut mesenterialis ischaemiát okozó B típusú aorta dissectio miatt 9 beteget operáltunk .

Ezek között 7 beteget instabilitás, fenyegető – tünetes, de bélnecrosis jelei nélkül jelentkező mesenterialis ischaemia miatt vittünk műtétre , míg 2 beteg acut mesenterialis elzáródás/ thrombosis / tünetei között operáltunk meg.

Módszer: Minden betegünknel acutan bal oldali thoracolaparotomiát végeztünk, műtét során aorta kirekesztést követően visceralis szájadékok desobliteratioját sz. e. thrombectomiáját végeztük el.

A fenyegető ischaemia miatt operált betegek közül 5 szövődménymentesen gyógyult, egyet acut myocardialis infarctusban, egyet pedig cardialis elégtelenség tünete között veszítettünk el.

A mesenterialis thrombosis tünete között operált betegek között az egyik elkésett beavatkozásnak minősült, míg a második beteg a beavatkozást követően 3 hónappal bélresection esett át ,ezt követően gyógyult, jelenleg is panaszmentes.

Összefoglalás: Jelen beavatkozással a fenyegető mesenterialis ischaemia kezelhető, míg az acut mesenterialis thrombosis esetében az egyetlen életmentő beavatkozás.

Az amputációs trendek változása kórházunkban az elmúlt 10 évben

Herr György, Petkes Gergely, Kiss Attila, Morvai János
JNKSZM Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet, Szolnok

Bevezetés: Az elmúlt évek folyamán a világ vezető országaiban (USA, Németország, Norvégia, Japán) a amputációk számának csökkenését tapasztaljuk. Hazánkban országos adatok nem állnak rendelkezésre.

Kórházunkban az elmúlt 10 évet (2008-2017) vizsgálva elmondhatjuk, hogy a major csonkolások számának csökkenése mellett a minor amputációk növekedését látjuk.

Módszer: Az amputációra kerülő betegek két legnagyobb csoportját az érszűkületes (45%) és a diabeteses (42%) betegek képezik. A betegek 13%-nál mindkét kóroki tényező jelen volt. Egyéb okból (pl.: baleset) bekövetkező végtagvesztéseket nem vizsgáltuk.

Eredmények: 10 év alatt 2153 csonkolásos műtétet végeztünk. Ezek 67%-ára akutan, ügyeleti időben kerül sor. A beavatkozások 53,2%-át major amputatiók képezték. A betegek átlag életkora 63,4 év volt.

Következtetés: 2008 és 2017 között a major amputatiók száma 28,2 %-kal csökkent. Ezzel egy időben a minor amutatiók száma 22%-kal nőtt. Gyakorlatunkban szinte minden amputatiót megelőző érsebészeti szakvizsgálat.

Jelentős méretű primer májdaganat multidiszciplináris, minimálisan invazív ellátása

Sipos Zsófia, Bezilla János, Hanyik János, Illés Ákos, Ludvig Zsuzsanna

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc

Kórházunk megyei centrumként hiliaris térszűkítő folyamatok ellátásában mind onkológiai, mind képalkotó és invazív radiológiai, mind sebészeti szempontból a régió egyik vezetője. Osztályunkon 2017-ben 14 alkalommal végeztünk hepatoblastectomiát -melyek közül 7 alkalommal a jobb, illetve 7 alkalommal a bal májlebenset reszekáltuk. A betegek műtétre való felkészítésében köszönhetően a társszakmákkal való szoros együttműködésnek, egyre nagyobb hatékonysággal használjuk ki a képalkotó és invazív radiológia adta lehetőségeket.

K.J. 74 éves betegünkénél rutin hasi ultrahangon felfedezett jobb májlebensyi folyamat miatt kivizsgálás kezdődött. Hasi CT, majd MR vizsgálat VI-VII szegmentumokban írt le elváltozást, melynek szövettani vizsgálata G1 stádiumú hepatocellularis carcinomát igazolt. Multidiszciplináris team műtétet javasolt, mely előtt a beteg képanyagát áttekintettük. CT felvételek alapján parenchymakímélő resectio technikailag kivitelezhetőnek tűnt, azonban a reziduális májszövet kis mennyisége miatt invazív radiológiai konzíliumot kértünk. Első lépésként artériás, majd vénás embolizációt végeztünk el, két hét különbséggel. Műtétet megelőzően ismételt CT vizsgálat a reziduális májlebens meggyobbodása mellett leírta az ismert atípusosan futó, korábban nem embolizált jobb oldali artéria hepatica ágat is. Ismételt radiológiai konzílium során a műtétet már ezen artériás ág ismeretével terveztük megelőkésztést követően laparoszóppal asszisztált jobb oldali hepatoblastectomiát végeztünk. Műtét során a folyamat rekesszel való összekapcsolódása miatt annak részleges reszekcióját is elvégeztük. Műtétet követően intenzív osztályos kezelése után a beteget osztályunkra visszavettük, pneumónia miatt széles spektrumú antibiotikum kezelést igényelt. Alkalmazott terápia mellett állapota javult, panaszmentesen emittáltuk posztoperatív 18. napon.

Esetemmel a társszakmákkal való szoros együttműködés sikerességére kívánom a figyelmet felhívni, illetve sebészként a képalkotó diagnosztikában való jártasság rendkívüli fontosságát is szerettem volna hangsúlyozni.

Máj nagyméretű haemangiómájának eltávolítása laparoszópos úton - esetismertetés

Piros László, Telkes Gábor, Máthé Zoltán

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A laparoszópos műtéti technikának sokszor határt szab az eltávolítandó elváltozás nagyobb mérete. 29 éves nőbetegünknel 2014 óta ismert növekedést mutató, a máj 2-3. szegmentumából kiinduló, exophyt, 9x7x7cm-es haemangiómája. Kivizsgálás során a CT vizsgálat elemzése alapján a viszonylag kis rezekciós felszín, a képpalkotó vizsgálattal jól látható – és így műtét során is várhatóan biztonságosan ellátható - markáns ellátó artéria, valamint a haemangioma mint specimen „puha” jellege miatt döntöttünk a laparoszópos műtét mellett. Laparoszópos rezekciót követően endobag felhasználásával az elváltozást kis Pfannenstiel-metszésből távolítottuk el. Szövődmény nem lépett fel, a beteget 4 napos obszervációt követően emittáltuk. Szelektált esetekben nagyméretű elváltozások is eltávolíthatók biztonsággal laparoszópos úton.

Korai és késleltetett hatású távoli szervi ischaemiás praeconditionálás hatása haemodinamikai, haemorheológiai és microcirculációs paraméterekre vese ischaemia-reperfüziós modellben

Varga Gábor, Souleiman Ghanem, Szabó Balázs, Nagy Kitti, Pál Noémi, Nadubinszky Gábor, Somogyi Viktória, Táncoz Bence, Deák Ádám, Pető Katalin, Németh Norbert

Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

A vese ischaemia-reperfüzió (I/R) okozta károsodásának csökkentése érdekében alkalmazható eljárások közé tartozik a távoli szervi praeconditionálás (rIPC), melyről az irodalmi adatok közel sem egységesek. Az eljárás védőhatásának mechanizmusára több elmélet létezik, de nem tisztázott a praeconditionálás optimális időzítése sem, valamint a haemorheológiai és microcirculációs paraméterekre kifejtett hatása sem. E kérdéskör vizsgálatát tűztük ki célul patkánymodellben. Kísérletünket (engedélyszám: 25/2016/DEMÁB) hím Crl:WI patkányokon végeztük. Az Áloperált csoportban (n=7) altatásban laparotomia és a bal vese kireparálása, valamint a bal oldali a. femoralis kanülálása történt. Az I/R csoportban (n=7) a bal vese ereit microvascularis klippekkel 45 percre leszorítottuk, majd 120 perces reperfüziós időszakot vizsgáltunk. Az rIPC csoportokban a vese I/R előtt 1 órával (rIPC-1, n=7), illetve 24 órával (rIPC-24, n=6), a lig. inguinale szintje alatt a jobb hátsó végtagot 3x10 percre leszorítottuk, 10 perces reperfüziós időközökkel. A kanülált artériából vért vettünk a műtét kezdetén, majd a reperfüzió 30., 60. és 120. percében haematológiai, haemorheológiai paraméterek (vörösvérsejt deformabilitás és aggregatio) meghatározására. A reperfüzió 120. percében vett vérmintákból sav-bázis paramétereket, metabolit- és elektrolit-koncentráció értékeket is meghatároztunk. Meghatároztuk az artériás középnyomást, szívfrekvenciát, légzésszámot, rectalis hőmérsékletet, valamint a máj, a vesék és a vékonybél felszíni hőmérsékletét és mikrokeringését. A vérnyomás leginkább az rIPC-1 csoportban emelkedett, és itt kaptuk a legalacsonyabb pH és legmagasabb laktát értékeket. Szemben az rIPC csoportokkal, a reperfüzió során a microcirculatio reaktív jelleggel fokozódott az I/R csoportban a bal vese és a máj felszínén az alap értékekhez képest, valamint ebben a csoportban mértük a legnagyobb leukocita számot és szívfrekvenciát is. A vörösvérsejt deformabilitásának romlását mindegyik ischaemiás csoportban megfigyeltük, de ez az rIPC-24 csoportban volt a legkisebb mértékű, míg az aggregációs index itt emelkedett meg a legjobban. Eredményeinkből megállapítható, hogy a 45 perces vese ischaemia és az azt követő 120 perces reperfüzió jelentős változásokat okozott valamennyi vizsgált paraméter tekintetében. Ezen paraméterek alapján azonban nem dönthető el, hogy melyik rIPC protokoll a hatásosabb a károsodások mértékének csökkentésében patkánymodellben.

Különböző mikrosebészeti varrattechnikával készített ér-anastomosisok szakítószilárdságának összehasonlító vizsgálatai biopreparátumokon

Szabó Balázs¹, Fazekas László¹, Souleiman Ghanem¹, Godó Zoltán Attila², Madár József², Apró Anikó², Németh Norbert¹

¹ Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

² Debreceni Egyetem, Informatikai Kar, Információ Technológia Tanszék, Debrecen

A mikrosebészeti technikákkal elkészített ér-anastomosisoknak számos minőségi paraméternek kell megfelelniük, ezért kiemelt fontosságúak a megfelelő manuális készségek elsajátítására irányuló gyakorlati programok. Ezek keretében különböző biopreparátumok felhasználására is van lehetőség, amelyek fizikai tulajdonságai azonban befolyásolhatják az eredményességet. Jelen munkában a csomós és tova futó varrattechnikákkal biopreparátumokon elkészített ér-anastomosisok szakítószilárdságát vizsgáltuk különböző öltésszámok esetén. Csirke felső combból kipreparált arteria femoralisokon (átmérő: $2,94 \pm 0,33$ mm) 8/0-s poliamid varróanyaggal, serosa túvel end-to-end ér-anastomosisokat készítettünk. Vizsgáltuk a 8 és 12 csomós öltéssel, valamint 12 öltéses tova futó varrattal készített anastomosisokat. A femoralis erek vizsgálatánál az anastomosisoknak megfelelően az alábbi csoportokat alakítottunk ki: anastomosis "fonal modellen", kontroll ér és az azon elkészített anastomosisok ($n=10$ /csoport). A szakítószilárdság meghatározása a DE Információ Technológia Tanszékkel együttműködésben egy erre a célra készített készülék segítségével történt grammban kifejezve. Méréseket követően az anastomosisokat mikroszkóp alatt is elemeztük. Az a. femoralisok elszakításához $732,58 \pm 190,89$, a patkány aortákhoz $436,8 \pm 88,01$ g-mal arányos erőre volt szükség, míg a varróanyag 73 ± 0 g-nál szakadt el ($n=5$). Az egyszerű csomós öltésekkel készített ér-anastomosisok szakadása $335,2 \pm 41,26$ g-nál következett be 8 öltés, $431,2 \pm 66,92$ g-nál 12 öltés esetén ($p < 0,001$ vs. ép, vs. 8 öltéses), míg a tova futó varrat esetén $442,87 \pm 81,48$ g-ot mértünk ($p < 0,001$ vs. ép, vs. 8 öltéses). Az erő-idő adatsorokból kalkulált meredekség adatok ezekkel arányosan változtak. Összefoglalva, az erek szakítószilárdsága jelentősen felülmúlta az azokon készített anastomosisokét. Az öltésszám-növelés a varratok erősségét egy határon belül növelheti nem lineáris összefüggéssel, aminek határt szab az érszél-felrostozódásból adódó gyengülés. Az egyszerű csomós és tova futó varrat azonos öltésszám mellett közel azonos erősségű. A készülék alkalmas lehet mikrosebészeti oktatás során készült anastomosisok minőségi vizsgálatainak kiegészítésére.

A "Műtéttani alapismeretek" tantárgy lehetséges szerepe a debreceni orvostanhallgatók jövőbeni szakmai orientációjában

Pető Katalin, Lesznyák Tamás, Ványolos Erzsébet, Furka István, Mikó Irén, Németh Norbert
Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

A kísérletes sebészeti intézetek bő hat évtizeddel ezelőtti megalapításuk óta a sebészeti készségfejlesztést, a mai "divatos" szóval "skill" képzést szolgálják. Debrecenben az orvostanhallgatók a műtéttani alapismereteket adó tantárggyal mintatanterv szerint a III. év folyamán találkoznak, kötelező jelleggel. A 2015/2016. tanév I. féléve óta mind a magyar-, mind az angol évfolyam hallgatóitól a sikeres műtéttani kollokviumuk után egy önkéntes, anonim kérdőív kitöltését kértük. Az adatlap kérdései az alábbiak voltak: Érdeklődik-e a manuális szakmák iránt?, Volt-e korábban műtőben (pl. ápolástan keretében)?, Jobb vagy bal kezese?, Játszik-e valamilyen hangszeren?, Szokott-e videojátékokkal játszani?, Segítette-e a "Műtéttani alapismeretek" tantárgy az orientációban? A 3 év (5 félév) alatt 593 fő Magyar és 541 fő Angol Program hallgató tett sikeres vizsgát a "Műtéttani alapismeretek" tantárgyból. Közülük 536 Magyar (90,34%), és 457 Angol Program hallgató (84,4%) töltötte ki a kérdőívet. Arra a kérdésre, hogy segítette-e a tantárgy az orientációban, a magyar hallgatók 85,85%-a, az angol nyelvű képzésben résztvevő hallgatók 95,8%-a válaszolt igennel. Ebből nem látszik még, hogy valójában milyen irányú döntést hoznak majd hatodéves korukban, de a gyakorlati oktatás hasznosságát részben jelzik ezek az adatok is. A tantárgy kedvelése segítheti a döntést a ráépített kurzusok választásában ("Műtéttani gyakorlatok", "Mikrosebészeti alapismeretek", "Bevezetés a laparoscopos sebészetbe", "Sebészeti segédanyagok" és a "Haladó műtéttani gyakorlatok"). Azoknak, akik az operatív medicina valamely területét választják, ezeken a kurzusokon jó lehetőségük van számos szükséges alapkészség begyakorlására. Ezért a tanszék(ek) felelőssége igen nagy, de az inspiráló hozzáállás mellett egyfajta szűrőtevékenységet is el kell látni. A pontosabb képhez további, részletesebb és a felsőbb évekre is kiterjedő felmérésekre van szükség, összevetésben a rezidensek véleményével is.

Előkísérleti adatok a micro-rheológiai és metabolikus változások követéséhez krónikus veseelégtelenség (5/6-os nephrectomia) modellben patkányokon

Fazekas László¹, Souleiman Ghanem¹, Szabó Balázs¹, Tánczos Bence¹, Deák Ádám¹, Somogyi Viktória¹, Baráth Barbara¹, Bidiga László², Németh Norbert¹

¹ Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Intézet, Sebészeti Műtéttani Tanszék, Debrecen

² Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Patológiai Intézet, Debrecen

A veseelégtelenség több mechanizmuson keresztül befolyásolhatja a vér rheológiáját a vérnyomás-szabályozó szerepe, az erythropoetin termelés és folyadék háztartásban betöltött funkciója révén. A krónikus veseelégtelenség hatása a vörösvérsejtek micro-rheológiai tulajdonságaira azonban kevésbé ismert, ezért ennek vizsgálatát tűztük ki célul 5/6-os nephrectomia modellen patkányban. Hét nőtény Sprague-Dawley patkányt (testtömeg: 257,57±7,23 g) vontunk be az előkísérletbe (24/2016/DEMÁB, 25/2016/DEMÁB). A vesék eltávolítása két fázisban zajlott. Az első műtét során median laparotomiából feltárássra került a bal vese, lekötéssel rekesztettük ki a vese alsó és a felső pólusát. Két héttel később retroperitonealis metszésből a jobb vese eltávolításra került. Megfelelő postoperatív (p.o.) gondozás mellett 5 hét követési időszak következett. Az 5. p.o. héten a v. cava caudalis-ból vérvételre került sor sav-bázis (Epic készülék), haematológiai paraméterek (Sysmex K-4500 automata), vörösvérsejt aggregatio (Myrenne MA-1 aggregometer) és deformabilitás (LoRRca Maxis Osmoscan ektacytometer) meghatározására. A kapott eredményeket azonos törzsből származó nőtény patkányok kontroll adataival hasonlítottuk össze. A megfigyelési időszak alatt két elhullás volt. A túlélő állatok kreatinin szintje szignifikáns mértékben emelkedett, a vörösvérsejtszám, a haematocrit és a haemoglobin értékek csökkentek az 5. p.o. hétre. A vörösvérsejt aggregációs index paraméterek közül az aggregációs folyamat 5. és 10. másodpercében mért értékek magasabbak voltak a kontroll adatoknál (M 5s, M 10 s). A vörösvérsejt deformabilitás nem mutatott jelentős eltérést. A szövettani vizsgálatok során azt tapasztaltuk, hogy a megmaradt veseszövetben kompenzáló jelleggel a glomerulusok átmérője szignifikáns mértékben növekedett. Összefoglalásként elmondható, hogy az 5/6-os nephrectomia hatására krónikus veseelégtelenség alakult ki, amelynek hatásait az 5 hetes megfigyelési időszakban már ki lehetett mutatni. A micro-rheológiai paraméterek közül a vörösvérsejt aggregatio mutatta a legnagyobb mértékű romlást. Az előkísérleti adatok alapján a modell hasznos lehet mikrosebészeti módszerekkel létrehozott arterio-venosus shunt-ök érsét vizsgáló kutatásokban.

Peritoneális dialízis-hídterápia a szívtranszplantációig

P.Szabó Réka¹, Pethő Ákos², Fedor Roland¹, Bódi Annamária³, Kertész Attila³, Szegedi Andrea³, Balla József⁴

¹ DE ÁOK, Sebészeti Intézet, Debrecen

² SE I. Belgyógyászati Klinika, Budapest

³ DE ÁOK, Kardiológiai Intézet, Debrecen

⁴ DE ÁOK, Belgyógyászati Intézet, Debrecen

Bevezetés: Klinikánkon négy éve alkalmazunk percutan PD katéter beültetést és peritoneális dialízis kezelést a súlyosan csökkent bal kamra szisztolés funkcióval bíró krónikus szívelégtelen betegek körében.

Betegek, módszerek: 2014. áprilisától követtük betegeinket. Hat betegünk eredményét ismertetjük, részletezve a hospitalizációs napok csökkenését a PD kezelés indítását követően, a testsúlyváltozást, a bal és jobb kamra funkcióban bekövetkező javulást. Követési idő vége: 2018. január volt.

Eredmények: Hat paciensünk közül háromnál dilatatív cardiomiopatia, háromnál iszkémiás szívelégtelenség talaján alakult végstádiumú szívelégtelenség. Charlson komorbiditási index alapján 6-10 pont értékük volt. A PD katéter beültetés percutan technikával történt, az ultrafiltráció azonnal elkezdhető volt. A hospitalizációs napok száma a kezelés indítását követően 35-ről 4-re, 130-ról 5-re, 110-ről 5-re csökkent az első félévben. Átlagosan 10,8 hónapot töltöttek el PD-n, infektív szövődmény: exite site infekció 1, PD-peritonitis 1 esetben fordult elő. A PD-vel a súlytöbblet csökkent 6-11-5 kg-mal. A szisztolés funkció 4 betegünkénél javult: 20 %-ról 34 %-ra, 18 %-ról 30 %-ra, 25 %-ról 30 %-ra, 20 %-ról 40 %-ra. Swan-Ganz katéterrel mért pulmonáris vaszkuláris rezisztancia 290 Ds/cm-ről 120 Ds/cm-re csökkent, a TAPSE is javult. Két betegünk sikeres szív transzplantáción esett át, egyik betegből katéter malfunkció miatt a katéter sebészi eltávolítására kényszerültünk. Három betegünk hunyt el, halálok nem PD asszociált szövődmény volt, 1 traumás, 1 egyéb infekció, 1 szívelégtelenség.

Összegzés: A diuretikum refrakter szívelégtelenség esetén a peritoneális dialízissel csökkenthető a hospitalizációs napok száma, javul a beteg életminősége, javulhat a jobb és bal kamra funkciója is. Hazánkban centrumunkban kezeltünk elsőként PD-vel- áthidaló terápiaként- szívelégtelen betegeket a szívtranszplantációig.

A hatásos thrombocyta aggregáció gátlás jelentősége veseátültetést követően

Varga Ádám¹, Praksch Dóra², Kalmár Nagy Károly¹, Viola Mária¹, Szakály Péter¹

¹ PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

² PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

A transzplantációk hosszú távú eredményeit ma már nem a műtéti technika, vagy az immunszuppresszió határozzák meg. A poszttranszplantációs szövődmények között vezető helyen a szív- és érrendszeri betegségek állnak. Ebből következik, hogy a hosszú távú eredmények javítása ezeknek a betegségeknek a prevencióján alapul.

Kutatásunkban a vesetranszplantációk, illetve a kombinált hasnyálmirigy- és veseátültetések utáni vezető, kardiovaszkuláris szövődményeket, a halálozás előfordulási gyakoriságát és megelőzésének lehetőségét vizsgáltuk. Ehhez Klinikánk 586 szervátültetésen átesett betegének adatait elemeztük, illetve 286 betegnél történt thrombocyta aggregáció mérés. A követéses vizsgálat során felmértük a rutinszerűen alkalmazott acetil-szalicilsav (ASA) terápia hatékonyságát, szükség esetén a terápiát módosítottuk (acetil-szalicilsav – klopidozregrel konverzió ill. klopidozregrel dóziszemelés), majd ellenőrző aggregometriai mérések történtek. Beteganyagunkon vizsgáltuk az aggregáció gátlókkal szembeni rezisztencia lehetséges okait is. Végezetül felmértük a terápia monitorozásának és módosításának a kardiovaszkuláris szövődmények megelőzésére való hatását is.

Vizsgálatunk bizonyította először nagyszámú beteganyagban, hogy a transzplantált populációnál a trombocita aggregáció gátlókkal szembeni rezisztencia előfordulása lényegesen magasabb, mint a pozitív kardiovaszkuláris anamnézissel rendelkező populációnál. Ez a tény egy új kardiovaszkuláris rizikófaktorként értékelhető. A méréseink bizonyították, hogy az aggregáció gátlókkal szembeni rezisztenciát mutató transzplantált betegek száma csökkenthető, ha az acetil-szalicilsavra rezisztens betegeknél klopidozregrel-re változtatjuk a terápiát illetve a klopidozregrel-re rezisztens betegeknél emeljük a gyógyszer dózisát. Az acetil-szalicilsav rezisztencia háttérében a ciklosporin méréseink szerint szerepet játszik. Együttes alkalmazásukkor a rezisztencia nagyobb arányban fordul elő a betegeknél. Vizsgálatunk bizonyította, hogy a sztatin terápia nemcsak a lipidszintek csökkentése miatt előnyös, de a rezisztencia is kisebb arányú a kezelés mellett. Az előző megállapítások alapján javasolható a rendszeres aggregometriai ellenőrzés a transzplantált populációnál, hiszen így az aggregáció gátlókkal szembeni rezisztencia időben felismerhető, ennek megfelelően terápiás módosítás történhet. Következésképpen a kardiovaszkuláris mortalitás és a szövődmények száma csökkenthető, illetve kialakulásuk ideje késleltethető.

A VATS lobectomia első periódusa osztályunkon 2011-2017 között

Urbán Dániel, Szántó Zoltán, Kovács Ottó, Choroumzadeh Dashti Parham
Hetényi Géza Kórház, Szolnok

A mellkassebészeti műtétek finanszírozásának változása lehetővé tette a minimálisan invazív módszerrel (Video-assisted thoracic surgery -VATS) végzett lobectomia mindennapos mellkassebészeti gyakorlatba lépését. Szerzők az elmúlt 6,5 év adatait elemzik, bemutatva az onkológiai utánkötés eredményeit is.

2011. június 23. és 2017. december 21. között két mellkassebész szakorvos, anterior technikával 173 VATS lobectomiát végzett 105 férfi- illetve 68 nőbetegnél. A betegek átlagéletkora 64.1 év volt. Az átlagos műtéti időtartam 130 perc volt. Konverzióra 8 esetben volt szükség, 3 vérzés, 3 érfali nyirokcsonomó infiltráció illetve 2 esetben hörgő gépivarrat elégtelenség miatt. A posztoperatív első 3 hétben elhúzódó átérésztést 20 esetben észleltek, mely miatt 10 reoperatio történt, 7 újbóli VATS, 3 thoracotomia. A többi 10 eset drainage-ra sanálódott. 2 hematoma kiürítés történt VATS-sal, illetve egy novum pitvarfibrillatio miatt elektromos kardioverzió. Szerzők beteget a perioperatív időszakban nem vesztek el. 165 malignus tumort távolítottak el, melyekből 4 más tumor metastasisa volt. 111 adenocarcinoma, 33 planocellularis carcinoma, 6 kissejtes neuroendocrin carcinoma, 4 differenciálatlan tumor, 4 carcinoid, 1 szinkron adeno- és planocellularis carcinoma, 1 szinkron adeno- és kissejtes neuroendocrin carcinoma illetve 1 carcinosarcoma volt a típusok megoszlása. 118 esetben adjuváns kemoterápiát kaptak a betegek. A tumorok stádiuma: IA 40, IB 53, IIA 30, IIB 17, IIIA 21 eset volt. A betegek átlagos utánkötési ideje 19.5 hónap volt, mely során 9 esetben lokális recidiva, 27 esetben távoli metastasisok fejlődtek ki, ezek lokalizációja 11 tüdő- (3 esetben multiplex), 10 csont-, 6 agyi, 3 máj- (1 esetben multiplex) illetve 3 mellékvese metastasis volt. Szimultán tüdőmetastasisokkal jelent meg 2 esetben pleuracarcinosis is.

Fenti adatokkal szerzők is alátámasztják, a magyarországi mellkassebészeti osztályok összefoglaló eredményeit. AVATS lobectomia biztonságosan alkalmazott módszer a hétköznapi mellkassebészeten. Előnyt jelent a korábbi nyitott műtétek axillaris thoracotomiából történő végzése az anterior technika elsajátításában. A betegek onkológiai gondozása során észlelt lokális recidivák és távoli metastasisok megjelenése korrelál a szakirodalom hasonló adataival.

Tüdőlebens eltávolítást követő kemoterápia tolerabilitását befolyásoló perioperatív tényezők

Ottlakán Aurél¹, Pécsy Balázs¹, Csada Edit², Ádám Gábor², Maráz Anikó³, Borda Bernadett¹, Lázár György¹, Furák József¹

¹ SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

² Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Szeged

³ SZTE Onkológiai Klinika, Szeged,

Bevezetés: Hazánkban a tüdőrák a vezető daganatos halálok. Gyógyítása összetett, sebészi és onkológiai kezelést igényel.

Célkitűzés: Munkánkban a tüdőrák miatt operált betegek posztoperatív kemoterápiájának tolerabilitását befolyásoló tényezőket vizsgálatuk, a teljes/tervezett és nem teljes kemoterápiáknál.

Módszer: 6 év alatt (2011. január 1. - 2016. dec. 31) 72 tüdőrákkal (adenocarcinoma és laphámrák) operált beteg adatait elemeztük, teljes (4 ciklus), illetve nem teljes (<4 ciklus) posztoperatív kemoterápia kapcsán. A csoportokban [teljes: n= 53; nem teljes: n= 19] a következő tényezőket vizsgáltuk: nemek megoszlása, átlag életkor, Body Mass Index, Malnutrition Universal Screening Tool, Charlson Comorbidity Index, második malignus tumor, pitvarfibrilláció, Forced Expiratory Volume 1, Performance Status, nyitott/Video-Assisted Thoracic Surgery (VATS) lobectomia, műtéti idő, posztoperatív láz, transzfúzió igény, tartós levegő kilépés/prolonged air leak, reoperáció, szövettan, tumor stádium.

Eredmények: Az összes beteget tekintve, az egyváltozós logisztikus regressziós értékek közül jelentősen magasabb volt a tervezett/teljes kemoterápia aránya VATS lobectomiák után [n= 26 (83,87%)], mint nyitott eseteket követően [n= 27 (65,85%)]; (p=0,092; OR=0,356), azonban szignifikáns különbség nem igazolódott. Multivariáns analízisnél (nyitott/VATS lobectomia, felső/középső-alsó lebeny eltávolítás, diabetes, tartós levegő kilépés, posztoperatív láz) a teljes kemoterápia felvételét a VATS lobectomiák szignifikánsan pozitívan befolyásolták (p=0,0495), míg a felső/középső lebeny lobectomiák (p= 0,0678), valamint diabetes hiánya (p= 0,0971) esetén jelentős, bár nem szignifikánsan pozitív hatást találtunk.

Következtetések: A betegek 26%-a nem tudta felvenni a teljes tervezett műtét utáni kemoterápiás kezelést. VATS lobectomián átesett betegek szignifikánsan több teljes posztoperatív kemoterápiás ciklust voltak képesek felvenni. A cukorbetegség és az alsó lebeny eltávolítása hátrányosan befolyásolta a posztoperatív kemoterápia tolerálhatóságát.

Tervezett vagy sürgős legyen?

Brenner Barnabás, Sesztakov Roman, Ágh Péter, Máté Miklós
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Osztályunkon, 56 ágyon, évente mintegy 2400-2500 műtétet végzünk. Statisztikánk alapján ez a szám az elmúlt évtizedben lényegében változatlan maradt, ahogy az elektív - akut műtétek aránya is, (2/3–1/3). A területi ellátási kötelezettségen alapuló ügyeleti gyakorlat a betegellátást egyértelműbbé tette, az akut terhelés pedig egyenletesebbé vált. Tervezett műtétre váró betegeket területen kívülről is fogadunk.

Jelen előadásban azt vizsgáltuk, hogy az elmúlt 10 évben milyen változás volt a colorectalis carcinoma miatt felvett és kezelt betegek számában. Áttekintve a statisztikát arra jutottunk, hogy az össz műtéti szám tekintetében mintegy 25%-os emelkedés látható. Tavaly 250 vastagbél műtétet végeztünk, ebből 76 volt akut eset. Az akutan műtétre kerülő vastagbél tumoros betegek száma gyakorlatilag nem változott, míg az elektív esetek szaporodtak. Mind a tervezett, mind a sürgős beavatkozások során továbbra is számtalan előrehaladott stádiumú vagy inoperábilis kázzal találkoztunk. Hiába is több az elektíven operált beteg, ha ugyanannyi beteget látunk el vastagbél ileussal/subileussal, mint 10 éve! Talán egy jól átgondolt, szervezett és finanszírozott szűrőrendszerrel le lehetne csökkenteni azon betegek számát, akik sürgőséggel vagy megkésve kerülnek vastagbél tumor miatt műtétre.

Van-e korlátja a műtét napján történő betegfelvételnek, illetve mi az akadálya az egynapos sebészetnek?

Lukovich Péter¹, György Alpar¹, Barok Bianca¹, Csomor Barbara¹, Nagy Ákos¹, Csiba Borbála¹, Boga Adrienn²

¹Szent János Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

²Szent János Kórház, Anaesthesiológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A kórházi tartózkodás csökkentése nem csak a pénzügyi kérdés. Az egészségügyi személyzet csökkenő létszáma miatt lassan cardinalis kérdéssé válik, miközben a betegek is egyre jobban igénylik a rövidebb ellátást, de az infektológiai szempont is fontos tényező ebben a kérdésben. Egynapos sebészeti beavatkozások esetén a műtét napján történő betegfelvétel elfogadott, az ún. nagy kategóriájú, illetve speciális előkészületet igénylő (pl. vastagbél) műtétek esetén azonban nem rutinszerű.

Beteganyag és módszer: 2017 augusztus 1 és 2018 március 1 között összesen 1174 elektív műtétet végeztünk. Új szemléletet bevezetve a MUST kritériumok szerint magas rizikójú betegek 2 hetes prehabilitációban (táplálási team által meghatározott táplálás, fizioterápia) részesültek. A műtetre minden beteg otthonában készült elő (pl. colon tumoros betegek hashajtással), és csak a beavatkozás reggelén vettük fel az osztályra. Emellett minden betegnél, akit egynapos sebészet keretében lehetett ellátni, törekedtünk a 24 órán belüli ellátásra.

Eredmények: Az elektív műtetre váró betegek 95,9%-a a műtét reggelén került felvételre, akik nem aznap kerültek műtetre más osztályról vettük át (25 beteg), a kórháztól jelentős távolságra lakott (5 beteg), vagy gyenge általános állapot miatt vettük fel korábban (14 beteg). Az átlagos kórházi tartózkodást (ÁKT) ennek eredményeként sikerült 4.03 napra (elektív műtéteknél 2.86 napra!) csökkenteni, miközben az osztály Casemix indexe 1,24 volt. A májreseción átesett betegekénél (10 beteg) 7,3 nap, a gastrectomizált betegekénél (5 beteg) 14.2 nap volt. Vastagbél műtéten átesett betegek (78 beteg) 3 kivételével otthon készültek elő, Macrogol port használva, az ÁKT 6,5 nap volt. A colonoscopiára előkészülő betegekhez hasonlóan a béltisztítottság sokkal jobbnak bizonyult az otthonukban előkészülő betegekénél. Összesen 237 olyan beteget operáltunk, aki egynapos sebészetben ellátható lett volna, ezek 7%-a nem távozott 24 órán belül. Ennek oka leggyakrabban sebészi (pl. drain) illetve szociális tényező volt.

Következtetés: A sebészeti betegek kórházi tartózkodása radikálisan csökkenthető a műtét napján való betegfelvétellel, ez azonban komoly szervezési feladatokat és szemléletváltást igényel. A postoperatív ápolási napok számának csökkenését a márciustól bevezetett fast track sebészettől várjuk.

Kihívások az elhízott sztómás betegek ellátásában

Deák Gyuláné

Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Gyula

A WHO az elmúlt évtizedben először közölt olyan adatot, hogy a világban valamivel több az elhízott, mint az alultáplált ember.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) javaslata alapján az elhízást a testtömegindex (BMI=kilogram/m²) értéke alapján csoportosítja.

Epidemiológiai tanulmányok bizonyították, hogy az obezitás a karcinogenezis szignifikáns rizikófaktora. A daganatok és az elhízás közötti kauzális kapcsolat összefüggésének hatalmas irodalma van. Legtöbb adat az emlőrákkal kapcsolatos. Kiderült, hogy a daganat recidíva is az elhízottakban fordul elő gyakrabban. A vastag- és végbélrák kialakulásában is elfogadott az elhízás hajlamosító szerepe. A vastag és végbél műtéten átesettek között nő a postoperatív morbiditás elhízott betegeknél, nagyobb arányban fordul elő sebfertőzés, nagyobb a kockázata a seb szétválásának és az anastomosis elégtelenségnek. Az elhízott beteg szenved a sztóma komplikációktól és a műtéti terület infekciójától is. A szerző munkahelyén készített fotódokumentációval szemlélteti az elhízott sztómás betegek ápolási, önellátásra tanítási és az önellátás nehezítettségét. Ajánlatot tesz külföldi irodalomra hivatkozva az obez betegnél praeoperatív megfontolásokra, illetve kiemeli a prevenció fontosságát. A fenti szempontok figyelembe vételével az obes sztómás betegek ellátása kapcsán kevesebb teher, stressz érhetné nem csak a sebészeket, hanem a szövődmények megoldására fordított anyagi ráfordítás is jelentősen csökkenne. Az előadás hangsúlyozza még azt, hogy a lakosság egészséges, sokmozgásos életmódja, individuálisan megszabott étrendje, egészségtudatos magatartása tudja csak megakadályozni az elhízás számos, életet fenyegető kóros következményeinek fellépését hazánkban is.

MRKH szindrómás beteg bizonytalan eredetű medencei térfoglalása

Ágh Péter¹, Barna István², Pánovics József³, Máté Miklós¹

¹ Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

² Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Szülészeti - Nőgyógyászati Profil, Budapest

³ Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest

Esetbemutatásunk során urologus, nőgyógyász és sebész közös igyekezetét kívánjuk bemutatni Mayer-Rokitanszky-Küster-Hauser szindrómával született betegünk életminőségének megtartása céljából. L.T. 64 éves nő 1974-ben Kun Miklós professzor úr által, vastagbélből képzett hüvelykialakító műtéten esett át. 1995-ben cystosus elfajulás miatt adnexectomia történt. Jelen esetünkben SE Urológiai Klinikáján jobb vesemedencéjét kitöltő nagyméretű vesekövei miatt vizsgálták. Ennek során az ureter szájadékok szűkületét találták, melynek okaként képalkotó vizsgálat a kismedencében elhelyezkedő nagyméretű tumor kompressziós hatását valószínűsítette. Urologus és gynecologus véleményének figyelembevételével sebészetünkön exploratív laparotomiát végeztünk.

Invazív radiológiai beavatkozások osztályunkon 2016-2017-ben

Kremzer Tamás, Lóderer Zoltán

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

A gyógyítás a minimálinvazív beavatkozások felé tolódik el, ami egy jogos igény és elvárás a betegek részéről. Ezekkel a beavatkozásokkal a beteg gyógyulási ideje rövidülhet, ambulánsan végezhető egyes esetekben. Az invazív radiológiának két ága van a diagnosztika, illetve a kuratív tevékenység. Jelen téma nem tartalmazza az érsebészeti indikációt.

Osztályunkon 2016-2017-ben összesen 16 drainage 4 esetben epeúti stent behelyezés, valamint nem érsebészeti, de angiológiai beavatkozás történt 2 esetben a. lienalis aneurysma ruptura miatt, egyik eseténél stentgraft behelyezési kísérlet, majd coilozás, illetve a másik esetben sikertelen angiológiai beavatkozás, nyitott műtét történt.

A 16 drainage közül 5 retroperitoneális, psoas tályog, haematoma miatt történt, 1 gyomorműtétet, 4 májműtétet követően, a többi esetben appendectomia, peritonitis után alakult ki letokolt folyadékgyülem, mely UH, CT vezérelten került megoldásra.

A stentimplantatióra 2 alkalommal inoperabilis pancreasfej tumor, 2 esetben acut epeműtétet követően került sor.

A májműtétek után kialakult abscessusoknál minden esetben kuratív beavatkozás történt, a retroperitoneális tályog esetében 1 psoastályognál bizonyult kuratívnak, a többi esetben további sebészi feltárássra volt szükség.

Napjainkban a modern sebészet számos területén elengedhetetlen a sebész és az intervenció radiológus együttműködése a betegek érdekében leginkább szolgáló diagnosztikus és terápiás beavatkozások megtervezéséhez és elvégzéséhez.

Paradigma váltás a hasfali desmoid típusú fibromatosis ellátásában osztályunkon

Biró Zsanett, Mohos Balázs, Gerencsér József, Jáger László, Lóderer Zoltán
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: A desmoid típusú fibromatosis egy ritka, benignus fibroblast proliferáció, mely familiaris polyposissal is társulhat. Pontos etiológiája ismeretlen. Testszerte megjelenhet, de vannak predilekciós helyei, mint például a hasfal, a törzs és a végtagok. Leggyakrabban a 30-40 év közötti, születésen átesett nőket érinti.

Módszer: 2015 október és 2018 február között osztályunkon 6 fiatal nőbeteg került felismerésre és műtétre abdominalis desmoid típusú fibromatosis miatt.

Eredmények: A kezdeti vizsgálasokat követően minden esetben készült MRI a hasfali izomzathoz való viszony tisztázására, valamint core biopszia a szövettani identifikáláshoz. Szoros obszerváció mellett a spontán nem javuló teriméket végül a páciens kérésére minden esetben eltávolítottuk. A műtétek során a rectus izomzat kiirtásával a tumoros terimét 'in toto' reszekáltuk, a keletkezett hiányt hálóval rekonstruáltuk. Utánkövetésünk során tumor recidívát, sérvet nem észleltünk, betegeink elégedettek az esztétikai és funkcionális eredménnyel.

Összegzés: A desmoid tumorok kezelése alapvetően konzervatív, de a páciens kérésére vagy progressziót mutató esetekben műtéti beavatkozás jön szóba.

Lépmegtartó laparoscopos műtét

Keszthelyi László¹, Bakos Mária², Szabó Huba³, Lukovich Péter¹

¹ Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak - Sebészeti Osztály, Budapest

² Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak - Radiológiai diagnosztikai Osztály, Budapest

³ Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak - Patológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A lép bizonyos veleszületett és szerzett betegségei esetében a részleges vagy teljes szervmegtartás a splenectomia alternatívája lehet. A gyermekkori splenectomia az esetek felében halálos postsplenectomiás sepszis szindróma lehetősége miatt kerülendő, de ezen szövődmény kialakulása idősebb korban is előfordulhat, így Streptococcus pneumoniae elleni immunizáció - kortól függetlenül - a tervezett splenectomia előtt vagy után is kötelező. Mind az infekciós szövődmény, mind a lép immunológiai és hematológiai folyamatokban betöltött fontos szerepe miatt törekedni kell a lépmegtartásra.

Esetismertetés: 37 éves nőbeteg egy hetes fluktuáló hasi fájdalmai miatt készült képalkotó vizsgálat a lép alsó pólusán elhelyezkedő 80x90 mm-es vékonyfalú cystát igazolt. Echinococcus szerológiai vizsgálat negatív volt, a beteg anamnesisében trauma nem szerepelt. Előkészítést követően a lépcysta laparoscopos fenestrációját végeztük. A műtét 25 percig tartott, a posztoperatív szak zavartalan volt, a beteg a műtétet követő második napon passzmentesen távozott.

Megbeszélés: A lép megbetegedései ritkák, sebészi megoldásként leggyakrabban splenectomia történik. Lépmegtartó műtétet leggyakrabban a lép cystosus elváltozásai miatt végeznek. A laparoscopos fenestráció mellett egyéb lépmegtartó műtétek is szóba jönnek: laparoscopos partialis splenectomia, laparoscopos autotransplantáció. Video prezentációnk célja saját esetünk bemutatása mellett az egyéb, hazánkban még nem alkalmazott laparoscopos lehetőségek ismertetése.

Helyileg destruáló metasztatikus lágycéki és hónalji nyirokcsomó-konglomerátumok sebészi kezelése

Husztly Gergely¹, Farkas Katalin¹, Sárdy Miklós², Máthé Zoltán¹

¹ Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest

Bevezetés: A malignus, bőr eredetű daganatok (melanoma, laphámrák) áttétei helyileg destruáló, nagyméretű nyirokcsomó konglomerátumok kialakulásához vezethetnek a hajlatokban. Ez elviselhetetlen életminőséget eredményez, illetve vérzéshez is vezethet (melanoma), mely sürgős műtéti beavatkozást tehet szükségessé. A resectio után a bőr zárása csak lebenyelforgatással lehetséges.

Betegek és módszer: Klinikánkon az elmúlt két évben hat beteget operáltunk bőrön áttörő, környezetét beszűrő nyirokcsomó konglomerátum miatt (5 melanoma malignum, 1 laphámrák metastasis). Három esetben csak nyomókötéssel uralható vérzés, vagy rapid progressio miatt, sürgető jelleggel kellett műtétet végeznünk. További három esetben az életminőséget rontó nekroticus tumorok palliatív eltávolítását végeztük. Az axillaris disszekciók során (melanomák) a III-as régió nyirokcsomóit is eltávolítottuk, esetenként a m. pectoralis minor (részleges) átvágásával, és – távoli áttét hiányában – nyaki blokk-disszekcióval. A bőrdefektus zárására kettős V-Y random fasciocutan szigetlebenyeket alkalmaztunk. Egy melanomás esetben helyi recidiva alakult ki, melyet a lebenyek megtartása mellett re-resecaltunk, később ugyanezen betegnél egy onkológiai kezelésre nem reagáló, hasúri metastasist is eltávolítottunk. Inguinalis disszekciók során a szabaddá váló nagyereket m. sartorius elforgatással védtük, a bőr-és lágycékihiányt musculus tensor fasciae latae fasciocutan lebennyel zártuk.

Eredmények: az axillaris sebek per primam, az inguinalis régióban a lebenyek szélei helyenként másodlagosan gyógyultak. Nyirokfolyás az inguinalis régióban tett szükségessé hosszabb ideig drainage-t. A helyileg destruáló folyamat megszűntével a betegek életminősége javult, de multiplex áttétek mellett a túlélés rövid. Recidiva miatt újraoperált melanomás páciensünk a komplex immunterápia és multivisceralis resectio mellett jelenleg a képalkotó vizsgálatok alapján is tumormentes.

Megbeszélés: az axillaris és inguinalis régió melanomás eredetű nagyméretű tumoros konglomerátumai is resecalhatóak, a melanoma nagyereket ritkán infiltrál, a műtétet a beteg életminőségének javítása érdekében is javasolt mielőbb elvégezni. Távolabbi áttét hiányában, irodalmi adatok szerint a kiterjesztett műtétek indikációja onkológiai szempontból is egyértelmű. Melanoma esetében egyre inkább úgy tűnik, hogy a komplex onkológiai és immunterápia mellett azonosíthatóak a kezelésre kevésbé reagáló góccok, így azok radikális műtététől is előny remélhető.

Inguinális hernioplastika eredményeink az elmúlt tíz évből

Czeller Dániel, Sesztakov Roman, Szerencsi Nóra, Máté Miklós

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Osztályunkon az elmúlt tíz évben (2008.01.01.– 2018.02.27.) 3462 lágyéksérv műtétet végeztünk, melyből 2869 hagyományos nyitott, míg 593 laparoszkópos technikával történt. A nyitott műtét közül a gold standardnak számító Lichtenstein-műtétből 1117 (32,26%), Shouldice szerinti rekonstrukcióból 1329-t (38,39%), míg Bassini szerint 423 (12,22%) műtétet végeztünk. A laparoszkópos technikák közül csak transzabdominális preperitonealis (TAPP) műtétet végeztünk, összesen 593-at (17,13%). Ezen műtéti technika leggyakoribb indikációja a recidív vagy kétoldali sérv, illetve a fiatal kor. Akut műtétre 7,37%-ban került sor, ilyenkor mindig nyitott műtétet végeztünk. Recidíva az elmúlt tíz évben 154 esetben fordult elő, ez 4,23%-os recidíva arányt jelent. Recidívák tekintetében a legmegbízhatóbbnak a Lichtenstein (2,86%) és Shouldice (3,09%) technikák bizonyultak, míg a Bassini-módszer volt a legkevésbé megbízható (9,69%). A laparoszkópos sérvműtéteink recidíva aránya 6,75%. Recidív lágyéksérv esetén a leggyakrabban Lichtenstein (45,45%) és laparoszkópos (23,38%) technikákat alkalmaztunk. Míg 2008-ban 24 laparoszkópos műtétet végeztünk, addig 2017-ben ez a szám már 116 volt, ez mintegy ötszörös növekedést jelent. Konvertálni egy esetben kellett adhézió miatt. A laparoszkópos lágyéksérv műtétek elterjedésének egyik fő oka, hogy egy ülésben az ellenoldali, korábban nem diagnosztizált sérv is felismerhető és biztonsággal ellátható, továbbá egyidőben laparoszkópos epehólyag-eltávolítás is végezhető. Előny még, hogy TAPP esetén a hasüregi szervek is áttekinthetők, kisebb szövődményrátaival bír, és gyorsabb felépülést tesz lehetővé, ami sportolóknál, fizikai munkásoknál elsődleges szempont. Hátrányként említhető a nehezebben elsajátítható műtéti technika. Összességében elmondható, hogy recidíva arányunk nemzetközi viszonylatban is megállja a helyét és hogy a laparoszkóppal végzett lágyéksérv műtéteink száma évről évre nő.

3 éves utánkövetési eredmények lágyéksérv műtétek után Klinikánkon

Bári Attila, Szabó Ákos, Novák András, Tóth Enikő, Horváth Szabolcs, Barabás Lóránd
Simmelweis Egyetem, II. Sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A lágyéksérv műtétek a leggyakoribb sebészi beavatkozások közé tartoznak. Tekintettel a lágyéktáji herniák életminőséget és munkaképességet jelentősen rontó hatásaira, illetve lehetséges szövődményeire, fennállásuk esetén a műtéti javallat egyértelmű. Napjaink lágyéksérv sebészetét a feszülésmentes technikák uralják, melyek közül a laparoszkópos eljárások (TEP, TAPP) a hazai és nemzetközi közlemények alapján számos előnnyel kecsegtetnek.

Betegek: 2015-ben Klinikánkon lágyéktáji sérvvel 229 beteget operáltunk, összesen 232 műtétet végeztünk. Lichtenstein technikával 194 beavatkozás, míg laparoszkópos módon TEP módszerrel 38 műtét történt.

Módszer: fenti betegcsoportban a korai és késői műtéti szövődményeket vizsgáltuk, különös hangsúllyal a recidíva előfordulására, illetve a krónikus fájdalom szindrómára. Az intraoperatív és korai posztoperatív szövődményeket a beteg dokumentáció áttanulmányozásával, a késői szövődményeket a betegek telefonos interjújával mértük fel.

Eredmények: jelen absztrakt leadása során a laparoszkópos csoport feldolgozását fejeztük be. Vizsgálatunkban intraoperatív szövődmény nem volt, a konverziós ráta 0%-nak bizonyult. Enyhe korai posztoperatív szövődményt 2 esetben észleltünk, recidíváról, vagy krónikus fájdalom szindrómáról betegeink nem számoltak be.

Következtetés: a beteganyag részleges feldolgozása miatt jelen pillanatban még következtetések nem vonhatók le, de a laparoszkópos műtétek közismert előnyei igazolódni látszanak.

Hagyományos és laparoscopos köldöksérvműtétek összehasonlítása

Pánczél Balázs, Szendrényi Vilmos

Bajai Szent Rókus Kórház, Baja

Bevezetés/Háttér: A laparoscopos hernioplastika a köldöksérvek elfogadott műtéti megoldása. A laparoscopos, hálóimplantációs módszerek kevesebb szövődménnyel járnak, és a recidivák aránya is alacsonyabb, mint a hagyományos, nyitott technikával végzett műtéteknél.

Anyag és módszerek: A vizsgált populációt 2012-től 2017-ig hasfali sérv miatt operált betegek alkotják (n=189). A hasfali sérvek között külön csoportot képeztek a köldök (n1=143), a postoperatív (n2=11) és az egyéb hasfali sérvek (n3=35). Az egyes sérvtípusoknál a nyitott és laparoscopos módszereket hasonlítottuk össze aszerint, hogy történt-e hálóbeültetés, kialakult-e szövődmény, recidiva, illetve, hogy mennyi volt az ápolási napok száma. Az elektív és sürgős hernioplastikákat nem osztottuk külön csoportokra. Anyagunkat összehasonlítottuk az országos adatokkal.

Eredmények: Az összes műtéti szám 189, ebből nyitott 68 (36%) és laparoscopos 121 (64%). Az egyes típusokon belül a laparoscopos műtétek száma és aránya köldöksérv műtéteknél 109 (76%), egyéb hasfali sérveknél 12 (34%). Postoperatív sérveket 100%-ban nyitott módszerrel végeztük. A nyitott műtétek közül hálóbeültetés történt köldöksérveknél 8, hasfali sérveknél 4 esetben, postoperatív sérveknél minden alkalommal. Nyitott epigastriális sérveknél hálóbeültetést nem végeztünk. Szövődmények száma összesen 20 (10,5%). Arányuk a nyitott (12) és laparoscopos (8) műtéteknél 17%, illetve 6%. A szövődmények seroma, suppuratio, váladékozás, sebszétválás és recidiva voltak. Recidiva összesen 6 esetben fordult elő (0,3%), mind nyitott műtét volt, hálóbeültetéssel vagy anélkül. A laparoscopos köldöksérvműtétek után recidiva nem alakult ki. Az ápolási napok száma a laparoscopos köldöksérv műtétek esetében 1 nap volt, a nyitott, illetve egyéb laparoscopos műtéteknél pedig átlagosan 3,75 nap.

Konklúzió: A szövődmény- és recidivaarányok a szakirodalomban szereplő adatoknak megfelelnek. A laparoscopos műtétek utáni szövődmények száma és aránya egyaránt kevesebb. Ezek alapján javasoljuk a hasfali sérvek, főként a köldöksérvek rutinszerű laparoscopos megoldását.

Hasfali sérvek laparoszkópos rekonstrukciójával szerzett eddigi tapasztalataink

Tóth Enikő, Barabás Loránd, Novák András, István Gábor
Semmelweis Egyetem II.sz.Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A minimálisan invazív technika lágyéksérvék műtéti megoldásában napjainkban már rutinszerűen használt. A laparoszkópia a hasfali sérvék rekonstrukciójában is egyre gyakrabban választott módszer. A megfelelő betegselekción azonban fontos, hiszen 10 cm-nél nagyobb átmérőjű sérvkapu, ill. hasüregi adhéziók kontraindikációt jelenthetnek. A hasüregi szervekkel való érintkezés miatt ezeknél a műtéteknél mindenképpen szeparáló háló használata szükséges. Jelen értekezésben a laparoszkópos hasfali sérv rekonstrukcióinkkal szerzett tapasztalatainkat szeretnénk megosztani.

Beteganyag és módszer: A Semmelweis Egyetem II.sz.Sebészeti Klinikáján a 2013 januárjától 2018. február végéig összesen 60 laparoszkópos hasfali sérv rekonstrukciót végeztünk intraperitonealis onlay mesh (IPOM) technikával. Az parastomalis elhelyezkedésű sérvet ebből a vizsgálatból kizártuk.

Eredmények: Az utóbbi 5 évben elvégzett laparoszkópos IPOM technikával történt hasfali sérv rekonstrukcióink indikációját 25 betegnél posztoperatív heg sérv, 27-nél a linea alba vonalában primeren kialakult hernia, 8 esetben pedig recidív sérvék jelentették. Kezdetben elsősorban kis méretű és centrálisan elhelyezkedő sérvet operáltunk, majd később nagyobb méretű és a has többi régiójában kialakultakat is. A betegek átlag életkora 57 év volt. Konverzió 3 esetben történt, kétszer a sérvkapu túl nagy mérete, egyszer pedig oldhatatlan adhéziók jelenléte miatt. Szövődményünk 3 betegnél lépett fel, egy esetben seroma képződés, egy vékonybél perforáció és egy alkalommal a beépített háló „bulging”-ja. Az évek során műtéttechnikai módosításokat végeztünk. A kezdetben nem felszívódó rögzítő fonalakat felszívódóra cseréltük, majd az utolsó 11 esetben egyáltalán nem is használtunk, csak a felszívódó kapcsokat. A módszer gyakorlásával a műtéti idő is jelentősen csökkent. Eddigi tapasztalataink és számításaink szerint ez a módszer költséghatékony is. Recidíva a mai napig egyetlen betegnél sem jelentkezett.

Következtetés: Tapasztalataink alapján elmondhatjuk, hogy a laparoszkópos rekonstrukció IPOM technikával hasfali sérvék esetében mind a recidívákat, szövődményeket, és akár a műtéti időt és költséget tekintve is kedvező módszer, a betegek posztoperatív felépülésében pedig egyértelmű előnyökkel jár.

A laparoszkópos sérvműtétek korai posztoperatív szövődményeinek áttekintése

Vagács Tibor, [Pelsőczy Gergely Dávid](#)

Dél-Pesti Centrum Kórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest

Az irodalmi adatok áttekintése alapján a laparoszkópos hernioplastika posztoperatív sebési szövődményeinek

reoperációs rátája 0.9-1.9%. A reoperációk leggyakoribb oka: a vérzés, szeroma képződés, bélsérülés, bélelzáródás, sebgyógyulási zavar, idegkompresszió. Osztályunkon 2014.01.01-2018.03.01 között 447 laparoszkópos lágyéksérv rekonstrukciót végeztünk, 391 esetben egyoldali, 56 esetben kétoldali sérv miatt. A posztoperatív szakban /30 nap/ sebési

szövődményt öt betegnél észleltünk, minden esetben egyoldali sérv TAPP technikával végzett műtétet követően. Idegkompresszió két esetben, termikus sérülés miatt három esetben került sor reoperációra. Reoperációs rátánk 1.27% volt unilaterális sérv esetén, bilaterális műtét esetén nem végeztünk reoperációt. Előadásunkban a laparoszkópos hernioplastika reoperációt igénylő posztoperatív sebési szövődményei közül a termikus sérülés mechanizmusát, megelőzhetőségét, a szóba jöhető terápiás lehetőségeket kívánjuk bemutatni.

Parastomalis sérvek laparoscopos megoldásának kezdeti tapasztalatai

Barabás Loránd, Bári Attila, Tóth Enikő, István Gábor
Simmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Az enterostomák képzése után a parastomalis sérv gyakorisága meghaladhatja az 50 %-ot is. A stomaképzésnél beültetett háló jelenthet preventív megoldást. A már kialakult parastomalis sérv hagyományos műtéti megoldásának lehetőségei változatosak, azonban az eredmények igen magas morbiditással és recidíva aránnyal járnak.

A hasfali sérvek laparoscopos műtéteinek tapasztalatára építve megkíséreltük a parastomalis sérvek laparoscopos megoldását.

Anyag és módszer: 4 esetet ismertetünk, amelyek során két „kulcslyuktechnikát” és két esetben módosított Sugarbaker-műtétet végeztünk. Minden esetben szeparáló hálót alkalmaztunk. Egy betegnek kacs colostomája volt, a többi betegnek abdominoperinealis rectum exstirpatio utáni végálló sigmoidostomája. A szeparáló háló rögzítését hasfalon átöltő fonallal és két körbe kapocssorral végeztük. Egy Sugarbaker-műtét során fonalrögzítést nem alkalmaztunk.

Eredmények: A műtétek során a legnagyobb nehézséget a korábbi hagyományos műtét utáni összenövések oldása képezte. A műtétek során és a korai postoperatív időszakban szövődményt nem észleltünk. A kulcslyuktechnikával végzett műtétek közül egy esetben 6 hónapra panaszt vagy passzázs zavart nem okozó kis méretű recidívát észleltünk.

Következtetés: A parastomalis sérvek laparoscopos műtéte a hagyományos műtétek ígéretes alternatíváját képezi. A tapasztalatunk alapján a laparoscopos módszerek közül a Sugarbaker technika részesítendő előnyben.

Kizáródott lágyéksérv műtéti ellátása során felfedezett vékonybél tuberculosis: egy ritka kórkép ismertetése

Marton József, Varga Krisztina, Haris Ákos, Fülöp András, Bánky Balázs
Szent Borbála Kórház, Tatabánya

A 85 éves férfibetegnél pulmonológiai kivizsgálás közben fellépő mechanikus ileus és kizáródott bal oldali lágyéksérv miatt végeztünk sürgős bal inguinalis- és hasi exploratíot median laparotomiából. Műtét során a bal inguinalis csatornába incarcerálódott, definitíven elhalt vékonybélkacsot találtunk. Vékonybél resectíot és bal oldali inguinalis hernioplasticát végeztünk. Műtéti mellékeletként a vékonybél tractus teljes hosszára kiterjedő, a bélfalon elszórta, kb. 10cm-enként megjelenő plakkszerű granulomatosus elváltozásokat találtunk, melyekből biopsziát vettünk, ennek szövettani vizsgálata tuberculosist igazolt. A postoperatív szakban vett köpettenyésztés pulmonalis TBC-t igazolt.

A betegnél a postop. 4.napon romló hasi státusz, emelkedő gyulladási paraméterek, anastomosis insufficiencia gyanúja miatt reoperatiora kényszerültünk, de novum kórosat nem találtunk, paralyticus ileus képét észleltük jól záró varratsor mellett.

Felvetődik a kérdés, hogy a reoperatiohoz vezető romló hasi státusz kialakulásában szerepet játszhatott-e a vékonybél TBC fennállása, amelyre szakirodalmi kutatás keretében is keressük a válaszokat. A TBC, mint "Morbus Hungaricus" újra emelkedő számban jelenik meg. A bél TBC, mint ritka manifesztáció a hasi sebészetben ismét gyakoribb kórképpé válhat.

Malignus májdaganatok miatt végzett laparoszkópos minor reszekciók eredményei az első 50 eset kapcsán

Sztipits Tamás, Mészáros Péter, Dubóczki Zsolt, Oláh Gergely, Mózer Andreas, Mersich Tamás
Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum, Budapest

A laparoszkópos technika a máj malignus daganatinak sebészetében is egyre szélesebb körben elfogadott eljárás. A minimál invazív technika jól ismert előnyei mellett több nemzetközi tanulmány alapján a laparoszkópia nem jelent onkológiai kompromisszumot. Célunk az Intézetünkben végzett laparoszkópos és nyitott májreszekciók eredményeinek összehasonlítása a laparoszkópos 'learning-curve' lezárultával.

Az Osztályunkon 2013.01.01. és 2017.03.31. között végzett minor májreszekciók adatait retrospektív módon vizsgáltuk. Minor reszekciónak a maximum 2 szegmentumot érintő műtétet tekintettük. A vizsgálat során elemeztük az eltávolított szegmentumok számát, a műteti időt, a 30 napos morbiditást és mortalitást, a posztoperatív transfúzió szükségességét, a kórházi ápolás hosszát valamint az R0 reszekciók arányát és reszekciós szél távolságát.

Osztályunkon 2013.01.01. és 2017.03.31. között 148 minor májreszekciót végeztünk malignus májdaganat miatt, ebből 98 nyitott és 50 laparoszkópos beavatkozás volt. Az ASA státusz, az életkor és a nemek tekintetében a vizsgált betegcsoportok homogének voltak. A nyitott műteti csoportban szignifikánsan több volt a bisegmentectomiák aránya ($p < 0,001$). A műteti időtartam ($p = 0,321$) és a perioperatív transfúzió ($p = 0,79$) tekintetében nem találtunk szignifikáns eltérést a hagyományos és a laparoszkópos csoport között. A posztoperatív szövődmények aránya nem mutatott szignifikáns különbséget ($p = 0,54$), és a mortalitás is megegyezett ($p = 0,96$). Az R0 reszekciók és az átlagos reszekciós távolság tekintetében szintén nem mutatkozott szignifikáns eltérés a két csoport tekintetében ($p = 0,131$; $p = 0,827$). A laparoszkópos csoport tagjai azonban szignifikánsan kevesebb időt töltöttek kórházban ($p = 0,0001$) mint a hagyományos technikával operált betegek.

Eddigi eredményeink alapján a laparoszkópos technika onkológiai-sebészeti kompromisszum nélkül, szignifikáns mértékben csökkentette az ápolási napok számát, bár a 30 napos morbiditás és mortalitás tekintetében nem mutatott egyértelmű előnyöket. Alkalmazását a vizsgáltunk alapján biztonságosnak tartjuk malignus májdaganatok esetében.

Hepatocellularis carcinoma miatt kétlépcsős májresectióval kezelt beteg hosszútávú követése

Bárdos Dávid, Hahn Oszkár, Harsányi László

SE I. Számú Sebészeti Klinika, Budapest

Mindkét lebenyt érintő colorectalis májmetastasisok esetén a kétlépcsős májresectio ismerten jó hosszútávú túlélést eredményez. Primer májdaganatok esetén az eljárás hosszútávú onkológiai eredményessége nem ismert.

65 éves férfibeteg májenzim-emelkedése háttérében 2013-ban a máj II-III szegmentumában egy 5 cm és egy 2 cm átmérőjű, a máj jobb lebenyének közepén pedig egy 4 cm átmérőjű tumor igazolódott. Aspirációs citológiai vizsgálat mindhárom elváltozást hepatocellularis carcinomának véleményezte, PET-CT a májon kívül kórosat nem igazolt. Képkalkotó és szövettani vizsgálatok zsírmáját véleményeztek, cirrhosis nem volt, májfunkciós paraméterei közel normálisak voltak. A tumorok száma, mérete és elhelyezkedése miatt sem abláció, sem primer resectio, sem transzplantáció (milanói kritériumok alapján) nem jöhetett szóba, BCLC szerint csak palliatív onkológiai kezelés lett volna választható. A beteg jó általános állapotára és megfelelő májfunkciójára való tekintettel műtéti megoldást – kétlépcsős májresectiót – választottunk. Az első lépcső során 2013 júliusában elvégeztük a II, III szegmentum resectióját, a jobb oldali vena portaet embolisaltuk. Nyolc héttel a beavatkozás után a CT-volumetria elégséges I és IV szegmentum hypertrophiát igazolt, így elvégeztük a jobb oldali hemihepatectomiát. Szövődményt egyik resectiós műtét után sem észleltünk, szövettan mindkét műtét után R0 resectiót igazolt. Betegünket három évig félévente, azóta évente képkalkotó vizsgálattal követjük, új panaszt, recidívára utaló jelet a resectio óta eltelt négy és fél évben nem észleltünk.

A kétlépcsős májresectio a colorectalis májjáttétek kezelésére alkalmazott eljárás. Az esetismertetésben szereplő HCC-s beteg BCLC szerint kuratív terápiában nem részesülhetett volna.

Betegünket jó általános állapotban, megtartott májfunkcióval, steatoticus májparenchymával megműtöttük. A sikeresen elvégzett kétlépcsős resectio után a beteg közel öt éve tumormentes.

Bemutatott esetünk ezért felveti, hogy elsősorban nem a daganat szövettani diagnózisa a döntő kétlépcsős májresectio tervezésekor, hanem a tumormentes máj állapota, vagyis hogy nem cirrhoticus májparenchyma és ép májfunkció mellett májrák esetén is végezhető kétlépcsős májresectio. Hasonló esetekről azonban sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nem áll rendelkezésre adat. Pontosabb következtetések levonására nagyobb esetszámú vizsgálat lenne szükséges.

Focalis nodularis hyperplasia alternatív kezelése

Kokas Bálint András, Hahn Oszkár, Harsányi László

Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A fokális nodularis hyperplasia (FNH) a máj második leggyakrabban előforduló benignus tumora. Malignizálódásának esélye irodalmi ritkaság, így a jelenlegi ajánlások szerint eltávolítása relatív indikációt képez. Kezelését illetően több különböző stratégia is ismert. Esettanulmányunkban - az FNH esetében - egy ritkán alkalmazott módszert mutatunk be.

Esetismertetés: 40 éves nőbetegnél hasi panaszok miatt indult kivizsgálás során a májban térfoglaló folyamat igazolódott. CT vizsgálata alapján az elváltozás a v. cava inferior felett, a v. hepaticák beömlése alatt, illetve a máj afferens erei felett helyezkedett el. Radiomorfológiája alapján a térfoglalás FNH-nak bizonyult. Tekintettel a beteg panaszaira az elváltozás kezelése mellett döntöttünk, azonban a lokalizációját figyelembe véve, a sebészeti reszekció magas rizikója miatt, nem műtéti megoldást választottunk. Alternatívaként a benignoma transarteriás embolizációját (TAE) végeztük. Többszörös kezelést követően a kontroll képalkotó vizsgálatok alapján jelentős regressziót értünk el, mindemellett a beteg panaszmentessé vált.

Következtetés: Tünetmentes FNH felfedezésekor elegendő a betegek hosszú távú követése. Panaszok esetén hagyományosan sebészeti eltávolítás jön szóba, azonban ha a műtét rizikója annak várható előnyeit meghaladja, alternatív megoldást kell keresnünk. Malignus májtumoroknál rutinszerűen alkalmazott TAE, FNH-ban is eredményesen alkalmazható kezelési módszer, melyet esetünk is bizonyít. Segítségével a benignus tumor akár teljes egészében is megszüntethető.

Milyen változást hozott csak a szemléletváltás egy osztály laparoscopos cholecystectomya műtétjénél?

Fazekas László Márton¹, Lukovich Péter², Boga Adrienn²

¹Semmelweis Egyetem, Budapest

²Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

Bevezetés: A sebészeti cikkek majdnem mindegyike új műtéti technikák, műtéti típusok okozta változásokkal és hosszútávú túléléssel foglalkozik. Ritkán adódik lehetőség arra, hogy azt vizsgáljuk, hogy csupán a szemléletváltás milyen változásokat hozhat egy betegség műtéti ellátásában.

Betegek és módszer: Budapesti sebészeti osztályon, osztályvezető váltást megelőző és követő 4-4 hónapos időszakból 40-40, az osztályon mindkét időszakban ott dolgozó sebészek által végzett laparoscopos cholecystectomya (LC) műtétjeit hasonlítottunk össze. Az első időszakban a betegeket egy nappal a műtét előtt vették fel, mindegyik bélelőkészítést kapott, a műtétet kötelezően 4 portból, egy kézzel végezték, valamint a műtét után minden esetben Winslow draint hagytak vissza. A betegeket minimálisan két napig megfigyelték. A második időszakban csak a műtét reggelén való felvétel volt elvárás az ott dolgozó sebészektől. A demográfiai adatok és az ASA kockázat mellett vizsgáltuk a preoperatív műtéti előkészítést, a kórházi tartózkodást, a műtéti időt, a drain visszahagyásának gyakoriságát, a műtői technikában bekövetkezett változásokat. Kontroll csoportként az osztályvezető korábbi, és új munkahelyén végzett 40-40 műtétjét is kigyűjtöttük. Az osztályvezető a műtéteket 3 portból operálta, Winslow draint csak akkor hagyott vissza, ha szükségesnek ítélte, és a betegek – amennyiben úgy érezték – 24 óra elteltével hazamehettek.

Eredmények: A betegek átlagéletkora az osztályvezető váltás előtt és után 52,5 vs. 55,6 év, a BMI 29,65 vs. 30,27, a nő-férfi arány 25:15 vs. 27:13 volt. ASA I-II 70% vs 77%. A felvétel napján a betegek 13% vs 60%-a került műtétre. Az átlagos műtéti idő 49-ről 53 percre nőtt, drain-t a váltás után 100%-a helyett csak 82%-ánál hagytak vissza, 10 esetben 3 portból történt a műtét és a betegek 55%-a 24 óra elteltével távozott. Az átlagos kórházi tartózkodás 4,2-ről 1,9 napra csökkent.

Az osztályvezető kontroll csoportjában a betegek átlagéletkora a váltás előtti és utáni helyen 55,3 vs 55,8 év, a nő-férfi arány 26:14 vs 28:12 volt, ASA I-II 80% vs 72,5%. A felvétel napján került műtétre a betegek 85% vs 95%-a. Az átlagos műtéti idő változatlanul 38 perc volt. Drain bennhagyása 15%-ról 32,5%-ra emelkedett. A betegek 82,5% vs. 88%-a 24 óra elteltével távozott, az átlagos kórházi tartózkodás 1,2 vs. 1,18 nap volt.

Megbeszélés: Az eredmények azt bizonyítják, hogy a sebészeti ellátásban csupán szemléletváltással már 4 hónap alatt is jelentős pozitív változások érhetőek el.

Az akut cholecystitis kezelési stratégiája a Szegedi Tudományegyetemen

Tóth Illés¹, Ábrahám Szabolcs¹, Palásthy Zolt¹, Varga László¹, Molnár Tamás², Czakó László², Ottlakán Aurél¹, Simonka Zolt¹, Paszt Attila¹, Lázár György¹

¹ SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

² SZTE 1.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: Az akut cholecystitis komplex kezelése során a beteg számára legideálisabb kezelési mód meghatározása nehéz feladat, melyhez a sürgősségi orvos, sebész, belgyógyász, radiológus szoros együttműködése szükséges. Klinikánk 10 éves anyagát feldolgozva kerestük a legmegfelelőbb kezelési stratégiát, csökkentve a szövődmények és műtéti konverziók számát.

Betegek és módszer: A Sürgősségi Osztály, a Belgyógyászati Klinikák és a Sebészeti Klinika 2017-ben megalkotta a Szegedi Tudományegyetemen jelenleg is használt akut cholecystitis ellátási protokollt, a panaszok kezdetétől számított 48 órás időablak meghatározásával. 48 órán belül akut műtétet ajánlunk, azon túl konzervatív kezelés, szükség esetén drenázs történik. Klinikánkon akut cholecystitis miatt 2005. január 1. és 2015. január 1. között végzett műtétek adatait retrospektív módon elemeztük. Vizsgáltuk a nemek arányát, a kormegoszlást, az akut cholecystectomiák konverziós rátáját (%), annak prediktív faktorait, valamint az epeúti sérülések előfordulását. Értékeljük a klinikánk gyakorlatában nemrég bevezetett transhepaticus ultrahang-vezérelt drenázsok szerepét az akut cholecystitis kezelésében.

Eredmények: A vizsgált időszakban Klinikánkon 4098 betegnél történt elektív cholecystectomy és 340 alkalommal akut műtét. A konverziós ráta elektív műtéteknél 4% volt, akut esetekben a betegek 16%-ánál kényszerültünk konverzióra a laparoscopos műtétek során. Akut gyulladás miatt végzett műtétek során nagyobb volt a női betegek aránya (200 vs 140), azonban a konverziós ráta a férfiaknál volt magasabb (27% vs 22%). A transhepaticus ultrahang-vezérelt drenázsok egyetemünkön történő fokozatos bevezetésével fordított arányban változott a konverziók száma. A vizsgált periódusban 56 betegnél történt ultrahang-vezérelt drenázs, ebből 27 betegnél történt a későbbiekben a froid stádiumban elektív cholecystectomy. A drenázs utáni elektív műtétek konverziós rátája magas, 42%-os volt. Az akut műtéteknél nagyobb arányban fordult elő epeútsérülés mint az elektív műtéteknél (0,59% vs 0,17%).

Következtetések: Akut cholecystitis miatt végzett műtéteknél 4x nagyobb a konverziók aránya, és 2x nagyobb az epeúti sérülések előfordulása, mint elektív műtéteknél. Férfiaknál nagyobb az esély a konverzióra akut laparoscopos cholecystectomy során. Ultrahang-vezérelt drenázst követően nehéz műtetre kell számítani, gyakoribb konverzió előfordulásával. A megfelelő kezelési mód megválasztása mindig multidiszciplináris döntést igényel.

A nyitott és laparoszkópos módszer hosszútávú eredményeinek összehasonlítása epeútkövesség miatt végzett műtéteink kapcsán

Kiss Edina Zita, Botos Ákos, Berencsi Atilla, Barra Zoltán, Bezilla János

B.A.Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

Bevezetés: A laparoszkópos közös epevezeték feltárás technikája (LCBDE: laparoscopic common bile duct exploration) hatékonynak bizonyult az epevezeték-kövesség kezelésében, számos tanulmány bizonyította előnyeit az endoszkópos transzsphincterikus kőextractio és LC kombinációjával szemben. Napjainkra e műtéti megoldás hosszútávú eredményei is ismertek, köztük a rendkívül alacsony epevezeték-strictura arány, melyet a precíz laparoszkópos varrattechnikának tulajdonítanak. Jelen munkánkban két reprezentatív időszak nyitott, valamint laparoszkópos epeúti műtéteinek hosszútávú eredményeit vizsgáltuk.

Anyag és módszer: Az 1999 és 2003 közötti időszakban végzett nyitott és a 2004-2008 közötti időszakban végzett laparoszkópos epeúti műtéteink utánkövetési adatai alapján elemeztük a hosszútávú eredményeket. Excel táblázatban rögzítettük a kontroll laborvizsgálati, UH és MRCP vizsgálatok adatait, valamint a recidív vezetékkövesség és epeúti strictura miatti reintervenciókat (ERCP, műtét). A vizsgált paramétereket khi-négyzet próbával hasonlítottuk össze.

Eredmények: A két csoportban 50 illetve 46 műtétet végeztünk. A nyitott csoportban (NyCs) 31 betegről volt későbbi információnk, nyomon követni 25 esetet tudtunk. A laparoszkópos csoportban (LCs) 43 beteg volt követhető. A NyCs-ban 2 stenosisra (8%) derült fény 4 illetve 7 ével a műtétet követően, míg a LCs-ban nem fordult elő stenosis (0% !). A két csoport közötti különbség jelentős ($\chi^2=0,07$). Residuális/recidív epeútkő vagy annak gyanúja miatt endoszkópos beavatkozásra 9 (36%) esetben került sor az első, míg 3 (6,5%) alkalommal a második csoportban ($\chi^2=0,013$), a különbség szignifikáns. Az LCs-ban tapasztalt kedvezőbb eredményt a koledochoszkóp konzekvens, rutinszerű alkalmazásával magyarázzuk.

Összegzés: A nemzetközi adatokkal egyezően, saját anyagunk feldolgozása során is azt tapasztaltuk, hogy korrekt technikával végzett LCBDE után gyakorlatilag nem alakul ki késői strictura. A nyitott műtétektől kedvezőbb eredményt a műtéttechnikai különbségek is magyarázhatják, ennek megválaszolása azonban további vizsgálatokat igényel.

Pancreas sérülést követő laparoscopos centrális resectio

Balog Tamás¹, Bezilla János¹, Zéman Zsolt¹, Bársony Péter²

¹BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészet, Miskolc

²BAZ Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermeksebészet, Miskolc

Bevezetés: A tompa hasi traumák kevesebb, mint 5%-ban fordul elő pancreas sérülés. A Súlyos sérülés, ruptura még ennél is kisebb számban fordul elő, azonban következményei súlyosak, ezért lehetőségére minden tompa hasi sérülés esetén gondolnunk kell.

Betegek, módszerek, eredmények: Fiatal, pancreas sérült, 16 éves férfi betegünk esetét ismertetjük, aki típusosnak mondható, biciklikormány okozta traumát követően 6 héttel került felvételre, perzisztáló hasi fájdalom miatt. CT vizsgálattal igazolódott pancreas sérülése. Kórházunk Gyermek Gastroenterológiáján, Gyermek Intenzív Osztályán kezelték pancreatitis, pancreatogen ascites, majd gomba okozta kanül szepszis, hospitalizációs mellékhatások miatt. Konzervatív terápia mellett javulás nem mutatkozott, így invazív megoldás igénye merült fel. ERCP vizsgálattal a Wirsung vezeték elzáródása igazolódott, stentelés nem volt lehetséges. A Wirsung-vezeték sérülést, laparoscopos úton, centralis resectioval oldottuk meg. Posztoperatív szak vezetése céljából felnőtt Intenzív Osztályra került átadásra. Továbbiakban 16 napos ápolása - stabil vitális paraméterek, javuló állapot mellett- gyermek osztályon zajlott. A proximális csonkból kialakult fistula miatt, a hasi draineiken jelentkező, eleinte nagyobb mennyiségű váladékozás üteme folyamatosan csökkent. Viszonylag hosszú hospitalizációt követően visszahagyott hasi drainnel emittáltak otthonába.

Következtetés: Az osztályok közötti megfelelő kommunikáció, az inderdiszciplináris betegvezetés elengedhetetlen a tompa pancreas trauma ritka eseteiben. A minimálisan invazív módszerek, a laparoscopia előnyt jelentenek a betegnek, alkalmazásuk a szövődmények ellátásában jó eredményekhez vezet. A szervkímélő megközelítés jobb életminőséget biztosít, illetve hosszútávon költséghatékony- nem szükséges élethosszig gyógyyszeres szubsztitúció.

A pancreas cystosus malignus tumorának traumás eredetű rupturája – a sürgősségi ellátás tapasztalatai

Korsós Diána, Barkász Erika, Telek Géza, Molnár Péter, Polányi Csaba József, Ender Ferenc
Dél-Pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Budapest

A pancreas cystosus elváltozásainak döntő többségét krónikus panaszok kapcsán végzett kivizsgálás során, vagy incidentalomaként ismerjük fel. Ritka esetben életveszélyes akut hasi kórképet okozhat a spontán, vagy trauma következtében rupturált, bevérzett, vagy felülfertőződött pancreas cystosus laesio. Jelen esetünk az irodalomban ritkán említett pancreas mucinosus cystadenocarcinoma traumás rupturájának akut ellátását kívánja bemutatni.

67 éves férfibetegünk anamnesisében gyermekkori carditis, colitis, tonsillectomia, jobb oldali lágyéksérv miatt végzett műtét, hyperlipidaemia, prostata hypertrophia szerepel. Felvételét megelőző napon labdarúgás során szenvedett tompa hasi traumát; játékosársával ütközött, hasát megrúgták, majd ezt követően otthonában zuhanózás közben collabált, ekkor feje sérült.

Szájsebészeti ügyeletre került, ahol az elvégzett koponya CT az orbita elmozdulás nélküli törését igazolta. Iv. kontrasztos hasi CT vizsgálat a pancreas fejben 15x11x14cm-es neoplasziát és vér-densitású szabad hasi folyadékot írt le. Kórházunk Belgyógyászati Osztályára helyezték el további observatio, kivizsgálás céljából. Laborleleteiben jelentkezett anaemia miatt kontroll hasi CT vizsgálat történt, ahol a szabad hasi folyadék mennyisége a korábbi felvétellel összevetve nőtt, denzitása alapján továbbra is vérzésre utalt. Sürgős műtét mellett határozotunk, Osztályunkra átvettük. A hasüregben nagy mennyiségű haematoma evacuatióját követően a pancreas distalis feléből kiinduló gyermekfejnyi tumort találtunk, mely a ventralis felszínen megrepedt, a vérzés innen származott. Pancreas test-farok resectiot, splenectomiát, a tumor által infiltrált colon flexura lienalis segmentális resectióját végeztük, a tápcsatorna folytonosságát transverso-descendostomiával állítottuk helyre. Betegünk a postoperatív szakot Intenzív Osztályunkon töltötte, szövődménymentesen gyógyult. A szövettani vizsgálat nehezen tipizálható low grade acinaris sejtes carcinomát igazolt. Jelenleg a beteg onkológiai kezelése zajlik.

Aszúrványos irodalmi adatok (mindösszesen 3 esetet találtunk) szerint a pancreas cystadenocarcinoma rupturája extrém ritkának számít. Esetünkben szokatlan módon a hasi trauma kapcsán derült ki a diagnózis, az akut hasi katasztrófa miatt végzett kiterjesztett műtét egyben onkológiailag is kielégítő eredményt hozott.

ERCP-t követő perforációk ellátása osztályunkon

Vertse Gergely, Lestár Béla

MH EK II. Sebészeti Osztály, Budapest

Hazánkban évente közel 14000 ERCP vizsgálat történik. Ezen vizsgálatok szövődményei között kb. 0,6%-ban fordul elő perforáció. Megkülönböztetnek intraductalis (III. típus), peripapillaris (II. típus) és bélhali (I. típus) perforációt. (A IV. típus –egyedül csak minimalis retroperitonealis levegő– nem igazi perforáció, s kezelést nem igényel.) A vezetődrót által okozott epevezeték-sérülés általában azonnal felismerésre kerül, kis méretű, így konzervatívan jól kezelhető. Az eszköz okozta bélhali folytonosság hiány intraperitonealis, sokszor már a vizsgálat során látszik, a natív hasi rgt egyértelműen igazolja a szabad hasi levegőt, s ennek megfelelőek a beteg panaszai is. Ennek megoldása egyértelműen sebészi, azonnali beavatkozás indokolt. A legnehezebb a periampullaris perforációk kezelése. Ez leggyakrabban az EST során jön létre, s retroperitoneum felé irányul, ennek megfelelően felismerése is nehezebb, s a tünetek is csak később, larváltan alakulnak ki. A korán felismert periampullaris perforációk kezelése elsődlegesen nem sebészi: endoszkópos, a choledochus stentelése illetve gyógyszeres terápia. Annak eldöntése, hogy kell-e és mikor a műtéti megoldás, a beteg szoros követése mellett a rendszeres radiológiai ellenőrzés a legfontosabb. A hasi státusz romlása, szeptikus paraméterek emelkedése vagy növekvő periduodenalis folyadékmenyiség, tályog esetén műtét indikált. 2016. január - 2017. december között osztályunkon három beteget kezeltünk periampullaris perforációval: egy műtét nélkül gyógyult, egy műtéttel gyógyult, egyet pedig műtét ellenére elvesztettünk. Bár ritkán előforduló, de késedelmes ellátás esetén magas mortalitással járó kórképről van szó, ezért tartjuk eseteinket bemutatásra érdemesnek.

A pancreas nagy acinus sejtes tumorának traumás rupturája

Korsós Diána¹, Barkász Erika¹, Molnár Péter¹, Polányi Csaba¹, Telek Géza¹, Gálfy Ildikó², Babarcsi Edit³, Vörös Attila¹, Ender Ferenc¹

¹ Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Sebészeti Osztály, Budapest

² Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Budapest

³ Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Patológia, Budapest

A pancreas acinus sejtes carcinomái mind a tünetek, mind a morfológiai megjelenés és a kimenetel tekintetében eltérést mutatnak. Ritka daganatok, 1-2%-a a pancreas tumoroknak.

A 67 éves férfibeteg kórtörténetében nagy, acinus sejtes pancreas carcinoma traumás rupturáját mutatjuk be, aki sportolás közben tompa hasi traumát szenvedett. Collabált, feje sérült. Más intézet baleseti sebészetén elvégzett koponya CT az orbita elmozdulás nélküli törését igazolta. Hasi CT vizsgálat a pancreas test-farokban 15x11x14cm-es neoplasiát és szabad hasi folyadékot írt le. Kórházunk Belgyógyászati Osztályára helyezték további observatio, kivizsgálás céljából. Urgens hasi CT vizsgálat történt, ami a daganat rupturájára, vérzésre utalt. Akut műtét során a hasüregben nagy mennyiségű haematoma evacuatióját követően a pancreas distalis feléből kiinduló gyermekfejnyi tumort találtunk, mely a ventralis felszínen megrepedt. Pancreas test-farok resectiot, splenectomiát, a tumor által infiltrált colon flexura lienalis segmentális resectioját végeztük. A beteg szövődménymentesen gyógyult. A szövettani vizsgálat nehezen tipizálható low grade acinaris sejtes carcinomát igazolt.

Az irodalomban eddig összesen egy esetben közölték pancreas acinus sejtes carcinoma spontán rupturáját. Esetünkben szokatlan módon a hasi trauma kapcsán derült ki a diagnózis, az akut hasi katasztrófa miatt végzett kiterjesztett műtét egyben onkológiailag is kielégítő eredményt hozott.

Fix térfogatú implantátum és ULTRAPRO®-hálóval végzett azonnali, postmastectomias emlőhelyreállítás, 102 nőbeteg esetében: retrospektív kohorsz vizsgálat

Pukancsik Dávid, Kelemen Péter, Újhelyi Mihály, Kovács Eszter, Mátrai Zoltán

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: Az azonnali, postmastectomias, fix térfogatú implantátummal történő emlőhelyreállítás során alkalmazott biológiai mátrixok képesek az implantátum részleges fedésére, lehetővé téve az emlő külső-alsó pólusának megerősítését, ezáltal csökkentve a bőr feszülését, javítva annak vérellátását. Számos ismert előnyük mellett, magas költségvonzatuk szignifikáns terhet ró az egészségügyi ellátó rendszerekre, különösen a fejlődő országokban. A szerzők az ULTRAPRO®-hálót - mint az acellularis dermalis matrix anyagok, egy részlegesen felszívódó, szintetikus, költséghatékony alternatíváját- kívánják elsőként bemutatni a hazai, illetve a nemzetközi irodalomban.

Betegek és módszer: 2013 január és 2016 január között, 102 beteg esetében, 174 terápiás és/vagy rizikócsökkentő, postmastectomiás, azonnali, - fix térfogatú implantátum és a külső-alsó pólusok ULTRAPRO®-hálóval való megerősítésével végzett - emlőhelyreállító műtét kliniko-patológiai adatainak retrospektív feldolgozását végeztük. A kozmetikai érték 5 pontos Likert-scale, míg az életminőség nemzetközileg validált, EORTC-QLQ-C30-BR23 kérdőív segítségével került felmérésre. A műtétek onkológiai-, műtétechnikai- és kozmetikai adatait statisztikai módszerekkel elemeztük.

Eredmények: A betegek átlag életkora 43 év, az utánkövetési idő 23,4 hónap, a műtéti idő 78 perc volt. Leggyakrabban areola-sparing mastectomiát végeztünk (68 %). Összesen 32 (18.3%) szövődményt észleltünk, ebből 12 (6.9%) minor, 20 (11.4%) major komplikációnak bizonyult. Az EORTC-QLQ-C30-BR23 kérdőív szelektált paneljeinek median értékei 83 pont felett voltak, magas életminőséget jelezve, míg a Likert-scale-re adott átlag 4 pont megfelelő esztétikai értéket tükröz.

Következtetések: Az ULTRAPRO® -háló az azonnali, postmastectomias, fix térfogatú implantátummal történő emlőhelyreállítás során - megfelelő betegszelekció esetén - biztonságosan és eredményesen alkalmazható, mely egy potenciális, költséghatékony alternatívája lehet, a magas költségű biológiai mátrixok anyagoknak.

Szabaddá váló implantátum fedése capsula lebeny felhasználásával, alkalmazhatóságának vizsgálata laser doppler alkalmazásával

Varga Ákos, Kocsis Ádám, Bende Balázs, Mohos Gábor, Varga János

SZTE-ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Plasztikai és Égés Sebészeti osztály, Szeged

Az emlő malignus daganata a leggyakoribb malignus tumor a nőknél. A bőrspórolós mastectomiát követő egylépéses implantátummal történő rekonstrukció elfogadott és jól bevált eljárás az emlő rekonstrukciós sebészetében. A beavatkozás során fellépő számos szövődmény közül a fedőbőr elvékonyodása, részleges vagy kiterjedt nekrozisa következtében szabaddá váló implantátum okozhat jelentős gondot, melyet a kisérő másodlagos infekció súlyosbíthat, veszélyeztetve az eredményt. Az implantátum szabaddá válása az elvékonyodott, termikusan károsodott szöveti fedőanyag vagy az előzetes sugárkezelés hatásainak következtében jelentős sebészi kihívást adhat, mind az esztétikai, mind a rekonstrukciós sebészetben. A gyakran javasolt hagyományos sebészeti kezelések, mint a célzott antibiotikum adás, az üreg drainage- lavage, fistula kimetszése vagy elsődleges sebzés a nekrotikus szövetek eltávolítását követően gyakran elégtelen, mely a sebészt az implantátum eltávolítására kényszeríti, vagy egy sokkal radikálisabb megoldást, mint a lebenyes fedés teszi szükségessé. A keletkezett bőrnekrozis problémája sebészileg kezelhető, ha az implantátum fedve van egy jól vascularizált pectorális izommal, vagy jól érzett szövettel, mint amilyen a capsula flap. Az emlő implantátum körül kialakuló capsula a szervezet fiziológiás viselkedése a beültetett idegen anyagra, melyet tekintetbe vehetünk, mint a szöveti rekonstrukciónak egy új forrását, mely széles klinikai alkalmazást tesz lehetővé. A rekonstrukcióra használt capsula lebeny egy kielégítő vaskularitással bíró szövet, mely a defektusra nehezedő nyomás csökkentésével jó alapot biztosít a sebgyógyulásra. A lebeny vaskularitását ezt megelőzően főleg szövettani vizsgálatokkal, illetve állat kísérletekkel igazolták. A szerzők az irodalmi adatok áttekintése során nem találtak utalást a capsula vaskularitásának vizsgálatára a műtéti beavatkozás során. Vizsgálataikkal igazolták a lebeny alkalmazása során a vaskularitás állandóságát, a megfelelő vérellátást, mely alapvető feltétele a lebeny túlélésének, a sebész beavatkozás sikerességének.

Ritka, óriás benignus emlő tumorok onkoplasztikai sebészete

Bende Balázs, Varga Ákos, Kocsis Ádám, Mohos Gábor, Varga János

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

3 operált esetiünk bemutatása kapcsán, a részletes methodikai ismertetéseken túl, bemutatjuk az eseteink közt előforduló kórképek hisztológiai és pathológiai sajátosságait, továbbá felhívjuk a figyelmet a preoperatív vizsgálatok ellenére is gyakran nehezen kiszűrhető hasonló elváltozásokra és azok malignizálódási kockázataira.

Mellkasi helyreállító műtétek módszerei

Kovács Gyula Barna, Szántó Zalán, Zapf István Tamás, Pavlovics Gábor
PTE Sebészeti Klinika, Pécs

Mellkalfali defektus leggyakrabban daganat vagy kiterjedt gyulladási folyamatok miatti resectiok, poszternotomias infectiok, osteoradionecrosisok valamint trauma következtében alakulhatnak ki. A probléma specialis megközelítést igényel ugyanis a légyszorítás helyreállítása mellett bizonyos esetekben szükség lehet a csontos mellkasfal reconstructiojára is. A szükséges resectio/debridement elvégzését követően több lehetőség adódik a reconstructio alapelvek betartásával való beavatkozás elvégzésére. Kisebbségi excisiók következtében kialakult hiányok rekonstruálhatók localis lebegekkel vagy esetenként szövettágitó expanderekkel. Nagyobb resectiokot követően – különösen inflammált környezetben, különböző izomlebegek alkalmazására van szükség: így Pectoralis major, Latissimus dorsi, Serratus anterior, Rectus abdominis, de akár cseplés lebegek is szóba jöhetnek. Különösen nagy kiterjedésű, mély defectusok illetve specialis klinikai esetekben szabad lebegek is alkalmazhatók.

Mindezen eljárások az intrathoracalis integritás megőrzését biztosító sebzés mellett, elfogadható esztétikai megjelenéssel a lehető legkisebb donorterületi morbiditással teszik lehetővé ezen betegek mielőbbi gyógyulását. Poszterbemutatás során klinikai példákön keresztül szeretnénk bemutatni ellátási stratégiánkat különböző etiológiájú és nagyságú mellkasi helyreállító műtétek során.

Többszörös trichilemmális cysta okozta kopaszság sebészi helyreállítása

Kádár Zsolt¹, Gyömörei Csaba², Gyulai Rolland³

¹ PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika Sebészeti részleg, Pécs

² PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika Patológiai Intézet, Pécs

³ PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs

A trichilemmális cysta gyakori, bőrben, bőralatti zsírszövetben kialakuló, növekvő jóindulatú lézió, mely leggyakrabban a fej-nyaki régiókban jelenik meg. Növekedése során okozhat elsősorban gyulladásszerű panaszokat, s a megoldása legtöbbször sebészi eltávolítás. Ritkán proliferáció útján malignizáció is felléphet. Esetünkben fiatal nőbetegnél a hajas fejbőrön 2 éve jelentkező, folyamatosan növekvő, szövettanilag igazolt multiplex trichilemmális cysta nagy területen okozott hajhullást és maradandó kopaszságot, mely műtéti megoldását, expander előtágítással képzett lebennyel történő rekonstrukcióját szeretnénk ismertetni.

Bőrdefektus pótlása columellán subnasalis transpositio lebenyplasztikával

Kunos Csaba¹, Kosztolányi Gábor¹, Mari Béla¹, Oroján Iván²

1 Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Bőrsebészeti Részleg, Kecskemét

2 Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét

Az orr esztétikai alegységei közül a columella bőrén keletkeznek legritkábban bőrdaganatok, ám ezek műtéti ellátása az esetek többségében szakmai kihívást jelent. Nagyobb méretű columellaris bőrhiányok esetén a defektus fedésére hasznos alternatívát jelenthet a szerzők által leírt és bemutatásra kerülő subnasalis transpositio lebenyplasztika. A szakirodalomban hasonló lebeny leírásával nem találkoztunk, ezért tartjuk ezt a műtéti megoldást bemutatásra érdemesnek.

Az arteria thoracodorsalis perforator lebeny az axillaris hidradenitis kezelésében

Mohos Balázs¹, Bognár Gábor², Sándor Gábor², Biró Zsanett¹, Lóderer Zoltán^{1,2}

¹ Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

² Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

Bevezetés: A krónikus hidradenitis suppurativa (HS) egyetlen definitív, relapszusokat kiküszöbölő gyógymódja az érintett mirigyállomány teljes eltávolítása. Az így keletkezett hiányt pótolni kell. A rekonstrukciót leggyakrabban részvastag bőrrel (SSG) végzik, azonban az arteria thoracodorsalis perforator (TDAP) fasciocutan lebeny alkalmazásával kedvezőbb funkcionális és esztétikai eredmény érhető el.

Módszer: 2014. május és 2018. február között 23 betegnél történt HS miatti excisio utáni helyreállítás, két páciens esetében kétoldali. A rekonstrukció 24 alkalommal TDAP és 1 esetben arteria thoracodorsalis kapilláris perforator (TAPcp) lebennyel történt.

Eredmények: A 25 lebeny közül 3 kivételével mindegyiket egy domináns musculocutan perforator látta el. Egy páciensnél 2 domináns musculocutan perforator, egynél 1 septucutan perforator, egy további esetben kapilláris perforánsok voltak felelősek a vérellátásért. A lebenyek mérete 6x8 és 10x15 cm között változott. 24 helyreállítás volt sikeres. 1 lebeny nekrotizált, valószínűleg a beteg együttműködésének hiánya miatt.

Összefoglalás: Krónikus HS miatt végzett mirigyállomány-excisziót követően defektus keletkezik. Ennek rekonstrukciójában a TDAP lebeny kiváló alternatívája a SSG által végzett helyreállításnak.

Alkalmazható-e szabad osteocutan fibula lebenyt (chimera) lebenyként?

Füzes Attila¹, Oberna Ferenc², Remenár Éva¹

¹ Országos Onkológiai Intézet, Fej-nyak Daganatok Multidiszciplináris Centruma, Budapest

² Bács-Kiskun Megyei Kórház, Arc-, állcsont szájszészeti és Fül-orr-gégészeti Osztály, Kecskemét

Fej-nyaki régióban levő mandibulát érintő elváltozások eltávolítása során nagyobb szegmenthiány esetén, amennyiben lehetséges a csont folytonosságát helyre kell állítani, illetve a protézisét lehetőségre kell tenni. Erre egy lehetőség a szabad fibula lebenyes rekonstrukció. Kompozithiányok esetén az árnyeles fibula lebenyt bőrsziggelattal együtt is preparálhatjuk.

74 éves férfibeteget több évtizedig kezeltek recidív állkapocs cystái miatt. Tíz intra-és extraoralis feltárásból excochleatio történt. A cysticus elváltozás a 33-as és a 45-ös fogak közötti területen az állcsontot destruálta és ennek a területnek megfelelően a szájfenék irányába is terjedt. A többrekeszes recidív cysta gyakori inflammatioja és a pathológiás fractura veszélye miatt döntöttünk műtét mellett.

A nagy kiterjedésű elülső szegment és a lágyrészek érintettségét a jobb lábszárról vett osteoseptocutan fibulalebennyel pótoltuk. A preparálás során észleltük, hogy a csontnak és a bőrsziggelattal párhuzamos vérellátása van. Ez a vérellátás megnehezíti a lebeny preparálását, viszont a rekonstrukciós lehetőségeket kibővíti, a párhuzamos vérellátás lehetővé teszi az egyébként a csonthoz rövid nyéllel rögzülő bőrsziggelattal nagyobb mobilitását.

Osteoseptocutan szabad fibulalebeny preparálása során szemünk előtt kell tartani, hogy a bőrlebeny vérellátása nagy variációt mutat. Külföldi irodalom szerint a jelen esetben látott vérellátási variáció 0,5 és 20% között mozog. Amennyiben ez az anatómiai variáció preoperatív tisztázható, úgy ez a helyreállító lehetőségeket bővítené.

Ileum duplex – ritka elváltozás okozta differenciáldiagnosztikai kihívás

Simon Balázs¹, Berki István¹, Szabó Huba Zoltán², Virág Zsolt³, Lukovich Péter¹

¹ Szent János Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

² Szent János Kórház, Patológiai Osztály, Budapest

³ Mária Medical Magánklinika, Gasztroenterológia, Budapest

Bevezetés: A hatékonyabbnak tartott biológiai terápiák ellenére a Crohn-betegek 70 %-ánál szükségessé válik valamilyen műtét életük során.

Esetismertetés: 23 éves nőbetegnél akut hasi panaszok miatt 2011-ben appendicitis vs. jobb oldali adnexitis miatt kezdett vizsgálatok a jobb ovarium mögött cystosus, élénken perisztaltikázó képletet találtak. Ekkor observáció és konzervatív terápia mellett panaszai enyhültek. Gasztroenterológiai kivizsgálás kezdődött. Újabb akut fellángolás kapcsán CT és korábbi nőgyógyászati ultrahangokon látott nőgyógyászatnak vélt cystosus képlet miatt nőgyógyászati diagnosztikus laparoszkópia történt. Ez a kismedencei képleteket épek találta, korábban leírt képletet tárgult bélszakasznak véleményezte. Ezután ambulánsan végzett colonoscopia során a terminalis ileumot intubálták, ahol gyulladást találtak, ezért biopsia történt, melynek szövettani vizsgálata Crohn betegséget igazolt. Emiatt gyógyszeres kezelés kezdődött (2x2g Pentasa, 100 mg Imuran, 1t. Fólsav, 1 cpsl. Cetebe, 40 mg Pantacid Flux, Modulen IBD tápszer) melyre panaszai enyhültek. Nőgyógyászati kontrolljai kapcsán 2015-ben nőgyógyászok jobb oldali cystectomiát végeztek, szövettan ovarialis endometriosiszt igazolt. 2017 november közepén 3 napos fokozódó jobb alhasi panaszok, láz miatt hasi UH vizsgálat történt, mely a jobb alhasban intramuralis tályogot írt le. A beállított konzervatív terápia (3x500mg Klion per os) ellenére panaszai progrediáltak, UH a tályog méretének növekedését írta le, ezért a beteget acutan megoperáltuk. A műtét során az ileumban a mesenterium irányába propagáló körülírt elváltozást találtunk, ileocecalis rezekciót végeztünk. A patológiai vizsgálat ileum duplexet igazolt, benne Crohn betegségre jellemző gyulladást nem talált, ellenben metaplasticus laphám bélést írt le.

Megbeszélés: A gasztrointesztinális duplikációk ritka veleszületett rendellenességek, amelyek 80 %-ára még 2 éves kor előtt fény derül. A béltraktus bármely szakaszán előfordulhatnak, de leggyakrabban az ileumon. Lehetnek tubulárisak, vagy cisztózusak, és általában a mesenteriumba ágyazottan helyezkednek el, így más okból történt műtét során sem igazán kerülnek felfedezésre. A szakirodalom szerint 14 leírt esetben diagnosztizáltak ilyen elváltozást felnőttéknél, és egy esetben sem lehetett az előzetes képalkotó vizsgálatokkal feltárni a meglétét.

IBD miatt végzett bél reszekciók osztályunkon – egy év anyagának retrospektív elemzése. Megfelelő időben operáljuk a betegeinket?

Takács Tamás, Lestár Béla

MH EK II. Általános Sebészeti Osztály, Budapest

2016 november 1. és 2017 november 1. között 52 betegünknel (átlagéletkor: 39,1 év, SD12,8 év; 34:18 a férfi:nő arány) végeztünk el összesen 54 olyan műtétet, mely során vékony- és/vagy vastagbél került resectióra.

Betegeink mindössze 37 % -nak nem volt korábban még hasi műtétje, 27 % -uknál már legalább egy hasüreg megnyitásával járó beavatkozás történt, 36% -uk esetében pedig többszörös műtétet végeztek már korábban az alapbetegség miatt. Nyolc –tíz relaparatomia sem volt ritkaság.

Az elvégzett műtéteink mindössze 1/3-harmada volt elektív, 2/3 -uk urgens beavatkozás volt. Az esetek kb. egy ötödében kellett intraoperatív változtatnunk az előzetes műtéti terven. Legalább egy anastomosist készítettünk 30 esetben, 61% -ban pedig stomaképzés is történt. A bélvarratok egyharmadánál alakítottunk ki tehermentesítő vendégnyílást.

A posztoperatív időszakban az esetek 25% ban észleltünk sebsuppuratiót, 30 napon belül összesen három betegnél kellett relaparotomiát végezni. Az elemzett időszakban a mortalitás 0, a betegek a műtétek alkalmával átlagosan 26 napot töltöttek a kórházban.

Össességében elmondható, hogy Osztályunkon túlnyomórészt igen előrehaladott gyulladós bélbetegségben szenvedő pácienseket operálunk, emiatt a stomaképzéssel járó beavatkozások száma magas. Eseteink bizonyítják, hogy nagy valószínűséggel már korábban lett volna szükség műtétre.

A féregnyúlvány benignus mucinosus tumorairól

Alzubi Ali¹, Sahin-Tóth Gábor¹, Farkas Norbert¹, Tóth Gábor², Zöllei István², Győri Attila²
Intzédi Katalin³, Kravják András⁴, Krenács László⁵

¹ Orosházi Kórház Sebészeti Osztály, Orosháza

² Tolna megyei Balassa János Kórház Sebészeti Osztály, Szekszárd

³ Orosházi Kórház Patológiai Osztály, Orosháza

⁴ Tolna megyei Balassa János Kórház Patológiai Osztály, Szekszárd

⁵ SZTE Patológiai Oktató-Kutató Laboratóriuma, Szeged

Bevezetés: A tapintható hasi tumorok diagnózisa általában néhány vizsgálattal jól megállapítható. Vannak ritka tumorok, mint a mucocoele processus vermiformis, ami az összes eltávolított féregnyúlvány szövettani mintáknak mindössze 0,1-0,3 %-a.

Célkitűzés: A szerzők négy esetet mutatnak be, amelyből az első három esetben akut hasi explorációt igénylő benignus mucocoele processus vermiformis, a negyedik esetben diagnosztikus laparaszkopos exploráció és egy ülésben appendectomia történt.

Esetismertetés: 1. Egy 55 éves nőbeteg bizonytalan hasi fájdalmak miatt jelentkezett belgyógyászati rendelésen. A tumor markerek közül a CEA duplájára emelkedett. A CT vizsgálat az uterustól el nem választható, nagy kiterjedésű térfoglaló elváltozást, ill. jobb oldalon közvetlenül az ovárium mellett 8x7x8 cm nagyságú sűrű denzitású képletet mutatott. A Sebészeti osztályon az öklönyi nagyságú, féregnyúlványban elhelyezkedő képlet miatt appendectomia és coecum reszekció történt.

2. 69 éves férfi a jobb alhasban elhelyezkedő nagyméretű tumor miatt került műtetre. Palliatív tumor eltávolítás és appendectomia történt.

3. 75 éves nő műtétekor a féregnyúlványban levő mucocoele miatt appendectomia történt.

4. 44 éves férfinél hasi panaszok miatt gastroenterológiai vizsgálatok történtek, melyek pontos diagnózishoz nem vezettek. Az elvégzett hasi UH letokolt folyadékgyülemet írt le. A hasi MR az appendix ballonszerű tágulatát írta le (61x25mm), híg folyadékkal. Felveti a mucocoele gyanúját. Laparaszkopos exploráció, appendectomia történt.

Megbeszélés: A mucocoele processus vermiformis ritka klinikai állapot. Az irodalmi adatok szerint 4 osztályba sorolhatjuk: 1. Retentiós vagy egyszerű 1%, 2. Nyálkahártya hyperplásia 25%, 3. Mucinosus cystadenoma 63%, 4. Mucinosus cystadenocarcinoma 11%. A kórkép előfordulása gyakoribbak az 50 évnél idősebb nőknél. A bemutatott 4 beteg 2 nő és 2 férfi. Az esetek 23-50%-ában a betegek tünetmentesek, de jelenleg tárgyalt esetek között életveszélyes állapot is volt. A preoperatív diagnózis nagyon nehéz, mert a tünetek gyakran más kórképpel keverednek. A diagnosztikus laparaszkopos hasznos lehet.

Amikor a patológus visszatelefonál: appendektomiák kapcsán fölfedezett incidentalómák; osztályunk 10 éves, utánkövetett anyaga

Szabó Balázs Előd, Besznyák István, Bursics Attila

Uzsoki Utcai Kórház - Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: a féregnyúlvány benignus vagy malignus daganatai típusos incidentalómák, amiket jellemzően heveny féregnyúlvány-gyulladás miatt végzett appendektomiákat követően, a specimen patológiai földolgozása során szoktak diagnosztizálni.

Módszer: az Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztályán 2005.01.01.- 2014. 12.31. között heveny féregnyúlvány-gyulladás miatt appendektómizált betegek szövettani vizsgálati eredményeit dolgoztuk fel.

Eredmények: a vizsgálat 10 éves időszakban 1364 appendektómiát végeztünk appendicitisz gyanúja miatt, ami során 21 esetben váratlan szövettani leletet kaptunk. Erős női dominancia volt megfigyelhető, a betegek közül 15 nő, 6 férfi volt (71,4% vs. 28,6%). Átlagos életkoruk 58,8 év (19-92). Összesen 10 carcinoid, 5 adenocarcinoma, 3 adenoma, 2 mucinózus adenoma és 1 mucinózus adenocarcinoma került leírásra. A szövettani vizsgálat 16 esetben malignus (76,1%), 5 esetben premalignus (23,9%) elváltozást véleményezett. A 16 malignus betegből a műtétet követően 6-an kikerült a látókörünkéből, és további obszervációjuk nem történt. 1 betegnél volt szükség onkológiai kezelésre, 5 betegnél elegendő volt az onkológiai gondozásba vétel és kontroll. További 2 betegnél az onkológiai gondozás nem történt meg, holott ez indokolt lett volna. 1 beteg, akinél duplex tumorra derült fény, a műtéttől számított két hónapon belül ileuszt követően exitált. Mindössze 1 beteg esetében történt második ülésben kuratív jobb oldali hemikolektómia.

Következtetés: az incidentálisan észlelt premalignus és malignus elváltozások aránya megfelel a nemzetközi irodalomban leírt arányoknak. A betegek jelentős részénél staging vizsgálatokat követően további beavatkozásra nincs szükség, azonban ezen betegeket is követni kell rendszeresen. Jobb alhasi fájdalom gyanúja miatt végzett műtéteknél épnek imponáló appendix esetén is javasolható az appendix eltávolítása szövettani feldolgozás céljából.

Distalis intestinalis obstructio syndroma cystás fibrosis miatt tüdőtranszplantált betegeken. Operáljuk-e, ha igen, mit csináljunk, hogy a beteg meg is gyógyuljon?

Bihari László¹, Péter Antal¹, Piros László¹, Huszty Gergely¹, Rózsa Balázs¹, Lázár Norbert¹, Bohács Anikó², Máthé Zoltán¹

¹ Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

A distalis intestinalis obstructio syndroma (DIOS) gyakori emésztőszervi szövődménye a cystás fibrózisnak (CF). A kórkép lényege az aboralis vékonybélkacsok és a jobb colonfél eltömeszelődése mucosus-faeculens béltartalommal. Klinikánk feladatai közé tartozik bármilyen szervátültetett beteg sebészi betegségeinek, szövődményeinek ellátása. Az utóbbi években több – CF miatt tüdőtranszplantált beteget kezeltünk DIOS miatt.

Vizsgálatunk célja volt, hogy saját sebészi tevékenységünk és az irodalmi adatok alapján áttekintsük a DIOS kezelésének, megelőzésének lehetőségeit, különös tekintettel a műtéti taktikára.

2015. január és 2017. augusztus között 8 beteget kezeltünk, aki CF miatt esett át tüdőtranszplantáción. 5 fiatal (25-39 év) beteget közülük DIOS miatt.

3 beteg kórelőzményében szerepelt újszülött vagy csecsemőkorban meconium ileus miatti műtét. 3 páciensnél rejekció miatti szteroid shot kezelés után, egy esetben felborult folyadék-ion háztartást követően, egy betegnél pedig a transzplantációt követő 1. posztoperatív hónapban alakult ki a kórkép.

2 betegnél sikeres konzervatív kezelést alkalmaztunk. Mely során rendeztük a folyadék-elektrolit háztartásukat, nagy dózisú acetilciszteint adtunk vénásan és szájon át, vénás neosztigmin-metilszulfátot, valamint Gastrografint adtunk. Kezelésük 3. illetve 5. napján passage-zsuk rendeződött.

3 betegnél végeztünk műtétet: colotomiából az impactálódott béltartalom eltávolítása, appendectomiával; enterotomiából elvégzett béltartalom impactatum eltávolítás, kényílású ileostomiával illetve jobb hemicolectomia side-to-side ileotransversostomiával. Az első operált betegnél folyamatos transfúziót igénylő gastrointestinalis vérzés miatt a posztoperatív 9. napon jobb hemicolectomiát végeztünk vég ileostomiával. A második operált beteg passage-zsa nehezen indult meg, hosszas intenzív osztályos kezelést igényelt. A harmadik beteget a buktatott ileum vég necrosis miatt reoperáltuk; az anastomosis resectióját, re-ileotransversostomiát készítettünk. Stoma rekonstrukció egy betegnél történt.

Az áttekintett irodalmat is figyelembe véve elmondhatjuk, hogy a CF-ben szenvedő betegek körében előforduló DIOS komplex kórkép, a kialakulását és kezelését illetően is, mely multidiszciplináris megközelítést igényel. A sebészeti beavatkozások igen magas morbiditással és letalitással járnak. Mindent el kell követni a kórkép kialakulásának megelőzésére; illetve kialakult kórkép esetén az ésszerű határig konzervatív kezeléssel célszerű próbálkozni.

Passzászavar, anaemia a tünetszegény vékonybél-tumороk elemzése

Ottlakán Aurél, Martyn György, Rózsa Árpád, Geller Csaba, Pacadzisz Diána Róza
Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gyula

A vékonybélben lokalizálódó daganatok felismerése a tünetszegény lefolyás miatt csak megkésve történik mivel ezen elváltozások ritkábban fordulnak elő a vékonybéltraktusban, mint amilyen gyakran megtalálhatók a sokkal rövidebb vastagbélben.

Retrospektív vizsgálatunk során az elmúlt 16 év eseteit elemeztük és foglalkozunk a vékonybél-tumороk tüneteivel, diagnosztikájával.

Részletes elemzésünk során a talált daganat típusokat valamint az adott esetben alkalmazott terápiás megoldásokat tárjuk fel.

Föl kívánjuk hívni a figyelmet arra, hogy a vékonybél-daganatok ritkán fordulnak elő ezért passage-zavaros betegek, valamint gastrointestinális vérzők esetén, ha más kórok nem igazolódnak, mindig gondolni kell vékonybél-daganat lehetőségére.

GIST indukálta acut hasi kórképek osztályunkon

Juhász Árpád, Csucska Máté, Kovács Balázs, Stubán Ádám, Lóderer Zoltán

Markusovszky Egyetemi Oktató Kórház, Szombathely

2015.10.01-2018.02.01 között osztályunkon 23 beteget operáltunk preoperative igazolt vagy intraoperative mellékleletként észlelt GIST miatt. Három esetben a preoperative nem ismert GIST acut műtéti indikációt jelentő állapotot – 1 esetben a vékonybél GIST ileust, 1 esetben a rupturált gyomor GIST vérzéses shockot, 1 esetben a négygócu distalis nyelőcső-cardia GIST end-stage achalasiát utánozva teljes dysphagiát – okozott. E három sikerrel kezelt betegünk kórtörténetén keresztül szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a GIST, mint differenciál diagnosztikai entitás szerepelhet az acut hasi kórképek hátterében.

Tompa hasi sérülések okozta kétszakaszos lépruptura diagnosztikus és terápiás nehézségeiről

Pálmai Péter, Csökő Gábor, Győri Attila, Zöllei István

Tolna Megyei Balassa János Kórház, Szekszárd

Bevezetés: Lépektávolítást tervezetten hematólogiai indikáció alapján végzünk. Traumás esetekben a splenectomia lehet azonnali, vagy kétszakaszos ruptura esetén későbbi időpontban. A lép sérülésének igazolása többnyire egyet jelent a splenectomia indikációjával. Tompa hasi trauma kapcsán a lép a leggyakrabban sérülő szerv (25%). A diagnosztikában a hasi UH, CT vizsgálatok alapvető fontosságúak.

Célkitűzés: A szerzők bemutatják, hogy kórházunkban a közel 100 évvel ezelőtti esetekhez képest milyen arányban változott e kórképek előfordulása, illetve milyen változások segítik a tompa hasi sérülések diagnosztikáját, komplex terápiáját.

Esetbemutatás: A szekszárdi kórházban 1927-1934 között lépsérülés miatt 5 beteg került műtétre. 2010-2017 között 50 splenectomia történt hasi trauma miatt. 38 esetben a sérülést követő 24 órán belül; 12 esetben kétszakaszos lépruptura miatt min. 24-48 órával később. A szerzők bemutatnak két esetet, amikor a sérülést követően 9, illetve 14 nappal jelentkeztek a betegek vizsgálatra. Az akut hasi UH és CT vizsgálatok segítettek a hasi fájdalom okának felderítésében. Splenectomiát és intenzív osztályos kezelést követően a sérültek gyógyultan távoztak.

Megbeszélés: Életmódunk (közlekedési, sportolási szokások) változása növelte a tompa hasi sérülések előfordulását. A korszerű radiológiai vizsgálatok segítik a gyors diagnózist. Vannak esetek, amikor shockos állapotban jelentkeznek csak ellátásra a tompa hasi sérült betegek – a társszakmák együttműködése ilyenkor kiemelt fontosságú.

Következtetések: A tompa hasi traumát követő késői szakban kialakuló kétszakaszos léprupturára mindig gondolni kell! A sebészek, traumatológusok, radiológusok, aneszteziológusok harmonikus együttműködése javítja a hasi traumát elszenvedett betegek gyógyulási esélyeit.

Fast Track sebészeti protokoll bevezetése a János Kórház Sebészetén

Barok Bianka, Lukovich Péter, Simon Balázs, Boga Adrienn, Csomor Barbara
Szent János Kórház Sebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: Az egyértelmű finansziális megtakarítás mellett egyre egyértelműbb, hogy a fast track sebészet a perioperatív stressz csökkentésével a betegek számára is előnyös. A módszer fő kulcselemei a perioperatív szakban a szervfunkciók optimalizálása, a megfelelő tápláltsági állapot elérése, a műtét során a katéterek, drainek rutin használatának elkerülése, továbbá az operációt követő korai mobilizáció. Mára komoly, evidenciákon alapuló protokollok (ERAS: Enhanced Recovery After Surgery) állnak rendelkezésre.

Anyagok, módszerek: Az ERAS protokollt osztályunk arculatára, beteganyagára és anyagi lehetőségeire alakítottuk át. A bevezetéséhez elsődlegesen elkészítettük saját betegtájékoztató anyagunkat, mely online és nyomtatott formában egyaránt elérhető. A módszer kulcselemei pre-, intra-, és postoperative szakasz szerint csoportosítható. A műtétet megelőző időszakban a megfelelő tápláltsági állapot elérését, a fizikai állapot javítását táplálási team és gyógytornász segíti. A műtétek előtt két órával a beteg még ihat folyadékot, a műtét során a katéterek, drainek, valamint nasogastricus szonda rutinszerű használatát kerüljük, törekszünk az intraoperatív normothermia fenntartására. Az operációt követő időszakban pedig a cél a korai táplálás, mobilizálás és az optimalizált fájdalomcsillapítás. A sikeres lebonyolításhoz elengedhetetlen volt Fast Track koordinátor alkalmazása, akinek feladata a folyamatos beteg edukáció, a multidiszciplináris egyeztetés.

Eredmények: A módszer bevezetése rendkívüli mértékű szervezést igényelt, mivel a műtői kapacitás szűkös, így a műtétek elmaradása tovább növelné a várakozási időt. Ugyanakkor a betegek részéről a fogadtatás egyértelműen pozitív volt, számos műtét esetében a postoperatív ápolási napok száma szignifikánsan csökkenthető volt.

Következtetések: Bár elsősorban az Egyesült Államokban van nagy hagyománya a Fast Track sebészetnek, megfelelő kritikával alkalmazva számos olyan tényező alkalmazható magyarországi viszonyok között, melyek segítségével a betegelégedettség javítható, és jelentős kórházi költség takarítható meg.

Colitis ulcerosa asszociált vastagbél tumorok kezelése

Tajti János Jr.¹, Rutka Mariann², Farkas Klaudia², Ábrahám Szabolcs¹, Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Molnár Tamás², Lázár György¹

¹ Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés, célkitűzés: A colitis ulcerosával (CU) összefüggő colorectalis tumorok előfordulása ritka, a vastagbél daganatok 1-2%-át képezik, melynek hátterében az érintett bélszakasz krónikus gyulladása áll. A CU-ban szenvedő betegek 10-15%-ánál szerepel halálóki tényezőként. Célunk a klinikánkon CU talaján kialakult colorectalis tumorok kapcsán operált betegek klinikai vizsgálata.

Beteg és módszer: SZTE Sebészeti Klinikán 2003.01.01. és 2018.02.28. között 12 esetben (3 nő, 9 férfi) végeztünk műtétet CU asszociált colorectalis carcinoma miatt, mely a jelzett időszakban CU miatt műtéten átesett betegek (103) 11,7%-át jelenti. Átlagéletkoruk 52,5 év volt. Átlagosan 21,9 év telt el a CU diagnosztizálása és az első műtéti beavatkozás között. Tervezetten 9 esetben, míg sürgősséggel 3 betegnél történt műtéti beavatkozás. Műtétet követő utánkövetésünk átlagosan 54,6 hónap volt.

Eredmények: Preoperatíván elvégzett colonoscopy 2 esetben gyulladást, míg 6 betegnél rectosigmoidealis, 3 betegnél flexura lienalis, valamint 1 betegnél coecum területén lévő CU asszociált carcinomát véleményezett. A 3 akut esetben stomaképzés, míg a 9 programozott műtét során exploratio, valamint colectomia/proctocolectomia történt. Postoperatív mortalitás nem volt. Szövettani eredmény csupán 1 esetben igazolt T1 stádiumot, 11 betegnél magasabb stádium (T2-T4) került leírásra. 7 esetben igazolódott nyirokcsomó érintettség, valamint távoli áttét (máj, tüdő, húgyhólyag, carcinosis peritonei) képződés. Betegeink onkológiai kezelésben részesültek.

Következtetések: A CU asszociált tumorok jelentős része magas stádiumban, áttétképződéssel került műtétre. A sporadikus colon carcinomákhoz képest alacsonyabb átlagéletkorban jelent meg az előrehaladott betegség. Mindezek tükrében fontos a CU-s populáció rendszeres endoszkópos kontrollja és gastroenterológiai gondozása.

Kolorektális rák bőrátéttel – ritka eset bemutatása

Sztiócs Tamás¹, Strausz Tamás²

¹ Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum, Budapest

² Országos Onkológiai Intézet, Daganatpatológiai Osztály, Budapest

A vastagbélrák bőrátéte rendkívül ritka jelenség, a betegek kevesebb, mint 5%-nál fordul elő. Általában előrehaladott stádiumot, disszeminált betegséget és rossz prognózist vetít előre.

Egy 79 éves beteg esetét mutatjuk be, akinél ambuláns körülmények között egy banális tarkótáji bőrelváltozás kimetszését végezték. A szövettani vizsgálat kolorektális karcinóma bőrátétét igazolta. Az ezt követően elvégzett kolonoszkópia a caecum területén exulcerált tumort igazolt, staging CT vizsgálat loko-regionális nyirokcsomó- és multiplex májajátéteket talált. Hashártyai szóródás, ascites vagy tüdőátéte nem igazolódott.

A primer tumor molekuláris patológiai elemzése NRAS/KRAS vad típusú adenokarcinómát igazolt a BRAF gén 15 exonjának mutációjával.

A leletek birtokában tápcsatornai onko-team szisztémás kemoterápiás kezelést javasolt EGFR gátló Bevacizumabbal kiegészítve. A primer tumor műtét ellátására nem volt szükség.

A beteg első klinikai tünete a tarkótájon kialakult exofitikus bőrelváltozás volt. Az eset rávilágít az ilyen és ehhez hasonló bőrelváltozások alapos klinikai és szövettani vizsgálatának fontosságára, hiszen ez vezetheti a klinikust a megfelelő diagnózis és a kezelés megindítása felé.

„Nehéz” T4b, recidív rektum daganat laparoszkópos ellátása

Orbán Lajos¹, Szepesváry Zsolt², Simon Éva¹

¹ Kanizsai Dorottya Kórház Sebészeti Osztály, Nagykanizsa

² Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Urológiai Osztály, Győr

A kolorektális daganatok laparoszkópos reszekciója hazánkban is rutinszerűvé kezd válni. A növekvő tapasztalat egyre inkább lehetővé teszi az előrehaladottabb daganatok laparoszkóppal történő ellátását is. A nemzetközi irodalom felosztja a T4b-s kolorektális daganatokat könnyű, és nehéz esetekre. A könnyű esetek laparoszkópos ellátását javasolják, azonban a nehéz eseteknél limitáltak a laparoszkópia lehetőségei, és csak válogatott esetekben, tapasztalt kolorektális sebészeknek javasolják.

Előadásunkban egy 48 éves férfi esetéről számolunk be. A betegnél, 2015-ben máj metasztázist adó, középső harmadi rektum tumor miatt, palliatív reszekció történt. A palliatív kemoterápia során májmetasztázisai eltűntek, azonban 2017-ben hólyagot infiltráló lokális recidívája alakult ki. Laparoszkópos re-Dixon műtétet végeztünk cisztoprostatektómiával, Bricker szerinti ileum kondukt képzéssel, tehermentesítő ileosztómával.

Az ileosztómát 3 hónap múlva, negatív rektográfiát követően zártuk. Restaging vizsgálatok távoli áttétet recidívát nem igazoltak. Mko-i ureter tágulat háttérében anasztomózis szűkület igazolódott. Mko-i ureter anasztomózist újra varrtuk, azóta a beteg panaszmentes.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy válogatott esetekben, alapos tervezéssel és multidiszciplinális team megszervezésével, a nehéz T4-es daganatok laparoszkópos műtéti megoldása biztonságosan, onkológiai kompromisszum nélkül kivitelezhető.

A thrombocytaszámok, az IL-6 és IGF-1 szintek vizsgálata colorectalis carcinomában

Herczeg György¹, Herold Zoltán², Herold Magdolna², Máté Miklós¹, Somogyi Anikó²

¹ Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

² Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A colorectális tumor vezető halálozási okként szerepel a fejlett országokban. Megbízható prediktív faktort a colorectalis carcinomák prognózisára, túlélésére mindmáig nem sikerült találni. Egyre több adat utal arra, hogy a paraneoplastikus trombocitózis aktívan elősegítheti a tumoros metasztázis kialakulását. Patomechanizmusa még nem teljesen tisztázott.

Cél: Vizsgálatunk során arra kerestünk választ, hogy a colorectális daganatos, illetve kontrollszemélyek milyen preoperatív thrombocytaszámmal, plazma interleukin-6 (IL-6), és szérum inzulinszerű növekedés faktor 1 (IGF-1) szinttel rendelkeznek?

Beteganyag és módszerek: 40, colorectalis carcinoma miatt műtetre váró beteget (életkor: 69.6 ± 9.48 év, átlag \pm SD, férfi-nő arány 74vs26%), illetve 32 korban és nemben illesztett kontroll személyt (életkor: 65.6 ± 7.79 év, férfi-nő arány 66vs34%) vizsgáltunk kollaborációban a Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika kutatócsoportjával. Az IL-6 szintek meghatározása elektrokemilumineszcenciás, az IGF-1 szintek pedig radioimmunszé módszerrel történtek.

Eredmények: A két vizsgálati csoport összehasonlítása során a colorectális daganatos betegeknél szignifikánsan magasabb thrombocytaszámokat (Tumoros: 340.4 ± 161.40 Giga/L, Kontroll: 272.6 ± 78.63 Giga/L, $p=0.0346$) és IL-6 szinteket (Tumoros: 14.5 ± 35.44 pg/mL, Kontroll: 3.0 ± 1.64 pg/mL, $p=0.0011$) igazoltunk. Az IGF-1 szintek között nem volt statisztikailag kimutatható különbség (Tumoros: $115.3 \pm 49.94 \pm$ ng/mL, Kontroll: 98.6 ± 29.42 ng/mL, $p=0.16$).

Korrelációs elemzéseink alapján az alacsonyabb IGF-1 szinthez magasabb IL-6 szint (R: -0.28 , $p=0.0209$), illetve magasabb életkor (R: -0.31 , $p=0.0088$) társul. A thrombocytaszámok és az IL-6 (R: 0.25 , $p=0.0634$), illetve IGF-1 (R: 0.23 , $p=0.0924$) szintek között csupán marginálisan pozitív korrelációkat tudtunk igazolni.

Következtetés: Jelen pilot vizsgálatunk alapján a paraneoplastikus thrombocytosis patomechanizmusában részt vesz az IL-6. Az IGF-1-nek is valószínű szerepe van a tumoros thrombocytaszámok alakulásában. E tényezők pontos szerepének tisztázására még további vizsgálatok szükségesek.

Anyagi támogatás: Kutatómunkánkat az OTKA K-116128 és a Magyar Diabetes Társaság kutatási pályázata támogatta.

Döntési Algoritmus osztályunkon rectum térfoglalások ellátása során: TEM, nyitott és laparoscopos resectio, neoadjuvans kezelés szükségessége

Zarka Gyula, Jáger László, Stubán Ádám, Lóderer Zoltán

Markusovszky Egyetemi OKtatókórház, Szombathely

A vastagbélrák az egyik leggyakoribb rosszindulatú betegség. Az iparosodott, fejlett országokban évek óta a második daganatos halálok.

Osztályunkon 2016-2017 között operált korai vagy előrehaladott rectum tumoros betegek eredményeit vizsgáltuk.

A típusos tünetekkel jelentkező beteg kivizsgálása során a gondos anamnézis felvételt alapos fizikális és rectalis digitalis vizsgálat követ. A colonoscopos vizsgálatot követően merev rectoscopiát rutinszerűen minden rectum tumoros betegünkönél végzünk. Bár a rectoscoppal a colorectalis daganatok jelentős része felfedhető, a szinkron elváltozások (második carcinoma, polypok) kizárására a colonoscopia elengedhetetlen.

A képalkotók közül a stádium felmérésében elsősorban hasi CT vizsgálat és válogatott esetekben MRI és Endoscopos Ultrahang készült. Ezek alapján állítjuk fel a kezelési tervet egy multidiscplináris team tagjaként. A lokálisan előrehaladott T3 tumorok neo-adjuvans kezelését tapasztalt onkológus kollégák végzik. Ezt követően ismételt stádiumfelmérést követően alakítjuk ki a műtéti tervünket.

Szombathelyen 2015-ben kezdtük el a TEM műtéteket endoscoposan nem eltávolítható különböző dignitású polypok és korai carcinomák miatt. A beavatkozást követően 3-6 havonta rendszeres proctoscopos ellenőrzésre járnak betegeink az onkológiai gondozás mellett.

Osztályunkon ugrásszerűen megnövekedett a colorectalis tumorok miatt végzett laparoscopos resectio aránya, köszönhetően a rendelkezésre álló fejlett eszközöknek.

Előadásunkban részletes áttekintést szeretnénk adni a rectum tumorok nemzetközi irányelveken alapuló ellátási stratégiájával kapcsolatban és ráirányítani a figyelmet azokra a „fehér foltokra”, amelyek gyakran csak individuális tervezéssel, kompetens onko team működésével kezelhetők.

Alsó tápcsatornai vérzés multidiszciplináris ellátása – esetismertetés

Kulsicka-Gut Judit, Bezilla János, Lázár István, Sümegi János

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc

Az idősödő társadalom polimorbid betegeinek kezelése kihívást jelent egy-egy szakma számára. Gyakran van szükség multidiszciplináris megközelítésre a sikeres betegellátás érdekében. Különösen igaz ez a tápcsatornai vérzésekre, ahol jól működő rendszerként egészíti ki egymást a belgyógyászati és sebészi szemlélet.

Idős betegünknel 2017 decemberében anaemiát okozó melaena, haematochesia jelentkezett. Anamnesiseben, CABG, aorta vitium miatti mechanikus műbillentyű beültetés, 2015 novemberében coronaria DES implantatio, következményesen kettős TAG és antikoagulans kezelés szerepelnek. Ezt követően több alkalommal jelentkezett gastrointestinalis vérzése. Először a stentelést követő 1 hónapon belül, sigma diverticulosist állapítottak meg vérzésforrásként. A következő vérzés 2016 januárjában jelentkezett, melynek okaként a gyomor Dieulafoy laesioja igazolódott. A jelenlegi vérzéses epizód során észlelt terápiás tartományú INR rendezését követően is fennálló haematochesia miatt DSA vizsgálat történt. A colon transversum flexura hepatica közeli szakaszán észleltek kóros érszakaszt, ennek embolisatioját végezték. A továbbra is fennálló masszív vérzés, és a laesio lokalizációja miatt colonsocopianak terápiás konzekvenciáját nem látták. Mivel vérzésforrásként az embolisált transversum szakasz, illetve az anamnézisben szereplő sigma diverticulumok vérzése is felmerül, ezért nyitott colectomia mellett döntöttünk ileosigmoideostoma képzésével. A preparátumot megvizsgálva, az embolisált colon transversum szakasz necrosist, illetve a sigmabélen diverticulumokat észleltünk. Szövevény az ascendens angiodysplasiáját, a sigma és a descendens diverticulosist véleményezte. Postoperatív szakban haematochesiaja nem ismétlődött, postoperatív hasi statusa rendezettnek bizonyult.

Akut tápcsatornai vérzések ellátásában a minimalisan invazív beavatkozások alkalmazandóak első lépésként. Azon esetekben, melyek további beavatkozást igényelnek, a társszakmákkal történő együttműködés felbecsülhetetlen segítséget nyújthat a műtéti terv felállításában. Minden kórkép kezelésénél szükséges szem előtt tartani a kísérőbetegségeket, jelen esetünkben a kardialis előzmény miatti antikoagulálás okozta nehézségeket.

Perianalis sipoly kezelése „advanced mucosal flap” módszerrel

Baracs József¹, Ember Ágoston¹, Barcza Zsolt², Vereczkei András¹

¹ PTE Sebészeti Klinika, Pécs

² Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet, Bonyhád

Háttér: A perianalis sipoly, mint a perianalis septicus folyamatok krónikus formája, egy makacs, gyakorta recidiváló betegség. Különösen a magasra terjedő formájának kezelése amellet, hogy megkeseríti a beteg életét, jelent komoly kihívást a proktológiai ellátásban dolgozó sebész számára, mind a sipolyjárat felderítése, mind annak végleges gyógyítása terén. Számos, korábban rutinszerűen alkalmazott módszer létjogosultsága vált kérdésessé, azok alacsony hatásfoka, magas költségei vagy éppen a magas potenciális szövődményrátája miatt.

Módszer: Első ellátásként a perianalis fistulákba laza seton-drain bevezetése történt a megfelelő detektálás után. Több hónapos lokális konzolidáció után egynapos sebészet keretében végeztük a sipolyok zárását mucosa lebeny fedéssel.

Beteganyag: 2016 áprilisa óta végezzük a perianalis sipolyok zárását advanced flap technikával. Az első 27 betegünk adatait elemeztük, különös tekintettel a fistula kiújulására. Hat-hetes utánkövetéskor (2 beteg kizárása után) 21 esetben (84%) szűnt meg a fistula. Újkeletű széklettartási nehézséget pedig nem észleltünk.

Konklúzió: Kezdeti tapasztalataink alapján a mucosa lebeny plasztika kifejezetten jó alternatívának tűnik az analis sipolyok zárása esetén. Eredményeink reprezentatívává válásához azonban az esetszám radikális növelése mindenképpen szükséges lenne, mely reményeink szerint az eredményink további javulását is hozza.

Defecographia szerepe a funkcionális proktológiai kórképekben

Baracs József¹, Faluhelyi Nándor², Zimmer József³, Illés Anita³, Vereczkei András¹

¹ PTE Sebészeti Klinika, Pécs

² PTE Radiológiai Klinika, Pécs

³ PTE I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Háttér: A funkcionális proktológia nehezen megfogható tudományterület a betegcsoport nagymértékű szubjektivitása és a panaszok sokfélesége miatt. Sem maga a kivizsgálás, sem a beavatkozás módja, sem annak időzítése, sem az elért végleges funkcionális eredmény nem egyértelmű.

Módszer: A defecatiós nehezítettséggel érkező betegeknél részletes anamnesis és elbeszélgetés után, minden esetben anális manometriás, defecographiás, illetve szükség esetén endoanális UH, vagy medencei MRI vizsgálatot végzünk. Ezek után munkacsoporti döntés alapján, a székmenet rendezésére vonatkozó tanácsokat kapnak, illetve gyógytornász bevonásával kezdünk konzervatív kezelést. Az emellett nem kellő javulást észlelő betegcsoportnál, szintén teamdöntés alapján, ajánlunk meg műtéti megoldást. A későbbiekben funkcionális kontrollvizsgálatra rendeljük vissza a beteget.

Eredmény: Vizsgálatunkban a legutóbbi 86, műtéten átesett beteg adatait dolgoztuk fel, melyben has felől végzett recto-colpopexia, sigmaresectio, valamint gáti rectovaginalis septumresectio egyaránt szerepel. Kísérletet tettünk a fenti vizsgálómódszerek összevetésére.

Konklúzió: Radiológus, gasztroenterológus és sebész team szintű együttműködése alapján a defecographiás eredmények értékelése jelentősen hozzájárul a betegek számára megfelelő terápia kiválasztásához és a jó terápiás hatás eléréséhez. A fent említett módszerek közül talán ez korrelál leginkább a beteg panaszaival, és tükrözi a fennálló pathológia hátterét, valamint alkalmasnak tűnik az objektív utánkövetésre is.

Kezdeti tapasztalataink a HAL-RAR aranyér műtéttel

Banai Zoltán, Harkai Zsigmond

Toldy Ferenc Kórház RI., Sebészeti Osztály, Cegléd

Hazánkban alig néhány, a társadalombiztosítás által finanszírozott intézetben érhető el az aranyérműtétek új generációja a HAL-RAR(Haemorrhoid Artery Ligation-Recto Anal Repair). Osztályunkon az A.M.I Trilogy eszközt használjuk a minimál invazív műtétek végzéséhez. A betegek számára a HAL-RAR biztonságos és kíméletes műtéti megoldást kínál a konvencionális aranyér műtétek mellett, még az előrehaladott esetekben is. A haemorrhoidalis artériák doppler vezérelt azonosítása, majd aláöltése megszünteti a vérzés, viszketést, míg a pexia a mucosa prolapsusát. Betegbarát az eljárás, mert nincs nyitott műtéti seb, a konvencionális műtétekhez képest kisebb a fájdalom, gyorsabb a felépülés, kevesebb az intra-, és posztoperatív szövődmény.

Előadásunk célja ezen műtéti eljárás bemutatása, illetve saját eredményeink megosztása. A műtéteket egynapos sebészet keretében végeztük, az abstract leadásáig szövődményt nem észleltünk.

Vákuumterápia alkalmazása sztóma melletti seb esetén

Szabó Margit, Orbán Andrea

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest

Előadásunk a sztóma közelében kialakult szövetdefektus kezelését mutatja be vákuumterápiás eljárás alkalmazásán keresztül.

A 66 éves nőbetegnél, akinek anamnézisében többek között ISZB, PCP, Rheumatoid arthritis, aorta stenosis és cruralis amputáció is szerepelnek recto-vaginalis fistula megoldása céljából történt műtét, mely sztómaképzéssel zárult. A kísérőbetegségek és a beteg általános állapota miatt a posztoperatív szakban kialakult sebgyógyulási zavar kezelését vákuumterápia segítségével kíséreltük meg. Prezentációnkban a sebkezelés menetét, a sebgyógyulást fotódokumentáció felhasználásával szemléltetjük, valamint a sebgyógyulást követő sztómaápolási nehézségekre is megoldást mutatunk be.