

BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI KÓRHÁZ-RENDELINTÉZET

Urológiai-Sebészeti Osztály

osztályvezető főorvos: **Buzogány István MD. PhD, Dr.habil**

címzetes egyetemi docens

1076 Budapest Péterfy Sándor u. 8-20.

Tel: +361 4614700

Fax: +3614614767

Email: urologia.osztaly@peterfykh.hu

Mobil: +36-70-984 9202



**DOKUMENTÁLT BETEGFELVILÁGOSÍTÁS ÉS BELEEGYEZŐ
NYILATKOZAT**

Diagnózis: A húgyhólyag rosszindulatú, invazív, magas malignitású, és magas kockázatú daganata.

**Tervezett beavatkozás : A HÚGYHÓLYAG, A HOZZÁ TARTOZÓ
KISMEDENCEI NYIROKCSOMÓK, valamint**

☐ **NŐK ESETÉBEN (a méh a petefészkek és
a hüvely mellső fala)**

☐ **FÉRFIAK ESETÉBEN (prosztata és az
ondóhólyagok)**

RADIKÁLIS ELTÁVOLÍTÁSA.

Beavatkozás tervezett időpontja: 202 év hó nap

Beteg adatai:

Név:

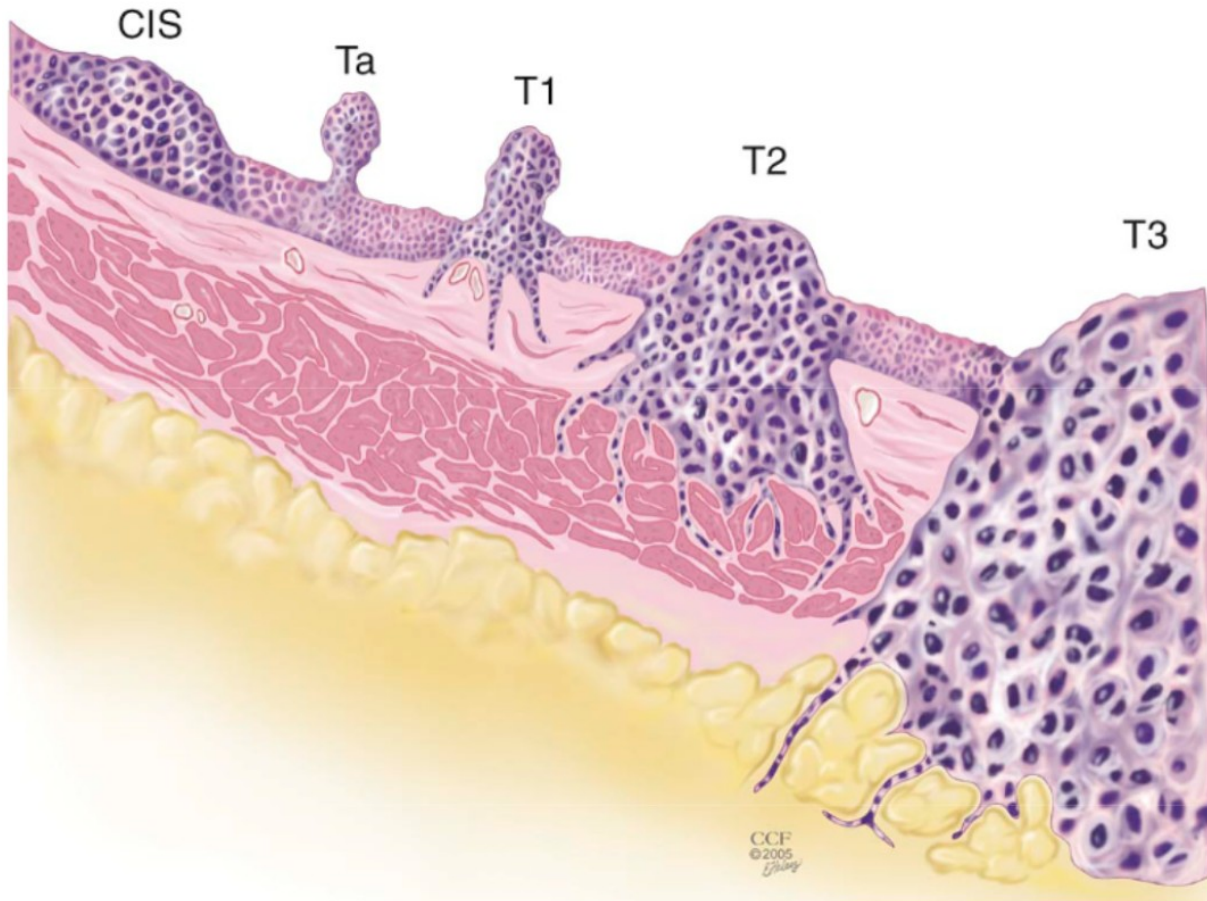
Születési név:

Sz.h.:

Anyja neve:

TAJ:

Lakcím:



Kedves Betegünk,

Önnél az előzetes vizsgálatok a hólyag rosszindulatú daganatos folyamatát állapították meg. Az Ön gyógyítása érdekében szükséges a húgyhólyag sebészi, radikális eltávolítása. A felületes, de rosszul differenciált és az izominvazív hólyagdaganatok

- a lokális terápia ellenére, több mint 80%-ban előrehaladnak, **progreddiálnak!**
- **nagyon magas kockázatot jelentenek a rákos halálozás szempontjából.**

Ezeket a daganatokat radikálisan kell kezelni minél hamarabb. Amennyiben az Ön kivizsgálása során már a hólyag falának izomrétegét meghaladó a daganat terjedése, vagy a regionális nyirokcsomók felé esetleg áttétel gyanúja merül fel, mindenképp előzetesen kemoterápiát javasolt kapnia.

☐ **előzetes (neoadjuváns) kemoterápia**

Amennyiben előzetesen kemoterápiát kell kapnia, az a területileg illetékes onkológiai osztályon fog történni. A kemoterápia (Gemcytabin, Cysplatin) kombinációs kezelése ciklusonként 3 hétig tart, két ciklus között egy hét szünetet kell tartani. A kemoterápiás kezelés 5-25%-al jobb eredményt sejtet az 5 éves daganatmentes túlélés szempontjából.

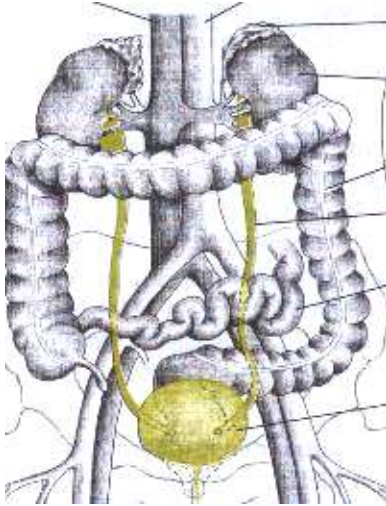
Az utolsó kemoterápiás kezelést követően min. 8 hét várakozást követően tudjuk Önnek a tervezett hólyageltávolító műtetet elvégezni.

A fenti okok miatt javasoljuk Önnek a**műtéti megoldását.**

1. Beavatkozás előkészítése:

A beavatkozás előtt a szokásos műtéti előkészítésben lesz része, amelyről részletes tájékoztatást kap.

2. A műtét menete, hogy történik a műtét kivitelezése?



Alsó hasi bőrmetszés, hasfali izomzaton történő áthatolás után megnyitjuk a hasüreget és teljes hasi átvizsgálást végzünk esetleges helyi tovaterjedés kizárására. A kismedencei nagyerek melletti és az obturátor ideg környéki nyirokcsomók radikális eltávolítását végezzük el elsőként (gyanú esetén gyorsfagyasztott szövettani vizsgálattal döntjük el a nyirokcsomók daganatos folyamattal való érintettségét). Amennyiben a nyirokcsomók érintettek, akkor a vizelet elvezetésnek az eredeti hólyag helyén történő megoldására a továbbiakban nincs lehetőség. Ugyanígy nincs lehetőség a hátsó húgycső daganatos érintettsége esetén férfiakban, valamint a hólyagalap (trigonum) beszűrtsége esetén nőkben a új hólyag képzésre.

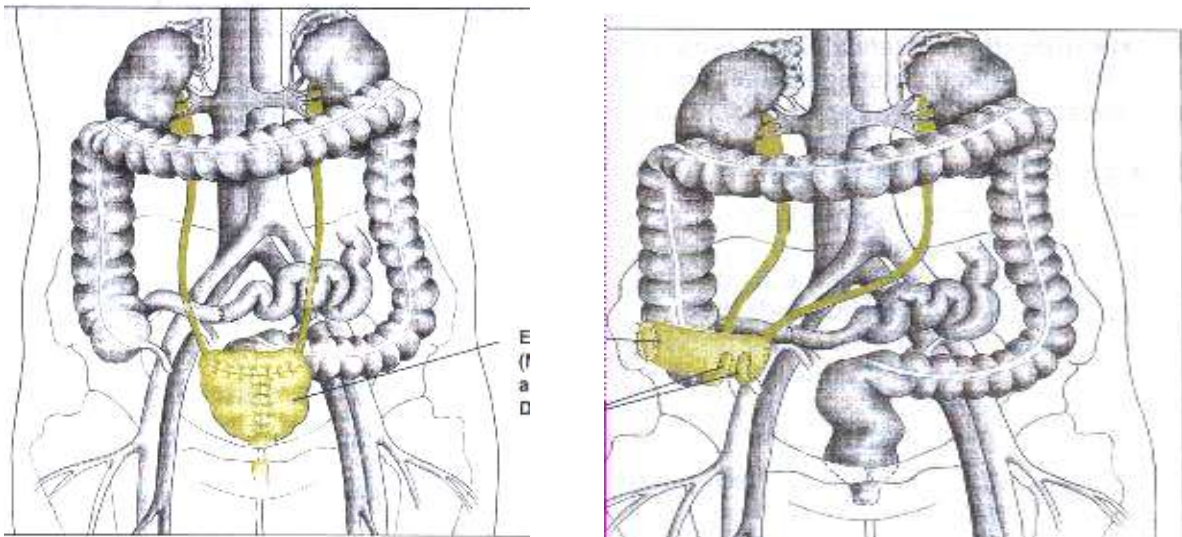
Ezt követően a hólyagot távolítjuk el, férfi esetében a prosztatával és az ondóhólyagokkal, nők esetében a méh, a petefészkek és a hüvely mellső falának együttes kifejtésével. Az eltávolított hólyag pótlása vékony-, vagy vastagbélből kialakított:

- ☐ új hólyag (kontinens vizeletelvezetés a hólyag eredeti helyének megfelelően), vagy
- ☐ közbeiktatott vékonybél darabbal a hasfalra kivezetve (a vizelet ilyen esetben vizeletgyűjtő zsákban szedődik össze a hasfalon kívül), vagy
- ☐ a vastagbélbe (szigmabél, végbél) ültetett vesevezetékek révén mesterséges bélhólyag kloáka) képzésével történik.

A műtét végezhető laparoszkópos módszerrel, amikor a hasüreget egy speciális tűn keresztül CO₂ gázzal töltjük fel, majd megfelelő nyomást elérve (ált. 12 Hgmm) a bőrön és a hasfalon ejtett kis metszésekből egy kamerát és laparoszkópos műszereket vezetünk be. A kamera segítségével egy külső monitoron jelenik meg a belső kép, és a speciális műszerekkel lényegében ugyanazokat a műtéti lépéseket hajtjuk végre, mint a nyílt műtéti beavatkozás során. Általában a műtét első fele történik csak laparoszkóppal, ezáltal megrövidítve a műtéti idő azon részét, amikor a hasüreg nyitva van, a bélpótlás idejére (a műtét második fele) egy kb. 8cm-es metszést ejtünk a köldök alatt. A műtét teljes kivitelezése laparoszkópos módszerrel az operáció hosszának jelentős megnyúlásával járhat.

A radikális cisztektómia (a hólyag radikális eltávolítása) az izominvazív hólyagrák kezelésének alapeljárása, mert a legjobb túlélést adja és megfelelő hólyagpótlással, illetve vizeleteltereléssel nem okoz jelentős életminőség romlást. Az 5 éves túlélés a tumor mélységi terjedésétől függően pT1 esetén 75%-os, pT2-ben 63%-os pT3-ban 31%-os, és pT4-ben 21%-os (ld. fenti ábrát). A túlélést jelentősen befolyásolja, hogy pT1-ben a nyirokcsomó érintettség 10%-nál kevesebb, míg pT2-ben 21%-os, pT3-ban pedig 33%-os. Nemzetközi adatok szerint a radikális TUR miatt a cystectomiás preparátum 10%-ában daganat már nem található (pTo). A műtéti mortalitás (halálozás) a fejlett országokban 2-4% között változik. A műtét lényege,

hogy a hólyagon kívül férfiban a prosztatát, a prosztatikus húgycsővel, az ondóhólyagot; nőben az uterus, adnexumokat és a húgycsővel együtt a mellső hüvelyfalat is eltávolítjuk. Az 50 évnél fiatalabb nőkben a daganattól távolabb lévő egyik ovárium megkímélhető, ez csökkenti az osteoporosis valószínűségét. A női húgycső disztális kétharmada, és a prosztatikus szakasz kivételével az egész férfi húgycső megkímélhető, ha preoperatív biopszia és a bentmaradó húgycső csontból vett teljes, kör alakú szövetminta fagyaszttásos vizsgálattal daganatmentesnek bizonyul. A megkímélt záróizom lehetővé teszi az ortotopikus hólyagpótlást. Primer urethrectomia (húgycsőkiirtás) indikált, ha a daganat férfiban megközelíti vagy infiltrálja a húgycsövet vagy a prosztatát, illetve nőben a húgycsövet vagy a hüvelyfalat. Szekunder urethrectomia válik szükségessé, ha a daganat a húgycsőcsontban recidivál. A műtét elengedhetetlen része a kismedencei lymphadenectomia (nyirokcsomó-eltávolítás). Korlátozott, ha csak az obturator gödörből távolítjuk el a csomókat, de a szerzők többsége kiterjesztett lymphadenectomiát javasol; ez az összes kismedencei csomók kivételét jelenti a bifurkációig. A lymphadenectomia terápiás értéke nem bizonyított, de diagnosztikus jelentősége fontos, a további kezelést befolyásolja. Ha a műtét során nagy és rögzített (N2, N3) daganatos nyirokcsomók vannak, akkor a radikális cystectomya elkésett, mert a túlélést nem javítja és legfeljebb csak palliatív értéke lehet a vérzés vagy a kízó vizeleti ingerek megszüntetésében. N1 nyirokcsomó stádium mellett viszont a cystectomya elvégezhető, mert a túlélésben nincs szignifikáns különbség N1 és N0 között. Fontos szempont, hogy N2N3 mellett ortotopikus hólyagpótlás ne történjen, mert ez akadályozza az adjuváns radioterápiát. A radikális cystectomya és a vele együlésben végzett vizeletelterelés szövődményei, mortalitása nem különíthetők el egymástól. A korai szövődmények – vérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavar – az esetek harmadában jelentkeznek. Vitathatatlan, hogy az urológiában az egyik legnagyobb – ha nem a legnagyobb – műtéti megterhelést jelenti, ezért jelentős társbetegség ellenjavallatnak számít. A cystectomyára való esetek fele éppen a társbetegségek miatt nem operálható.



A hólyageltávolítás utáni vizeletelterelés

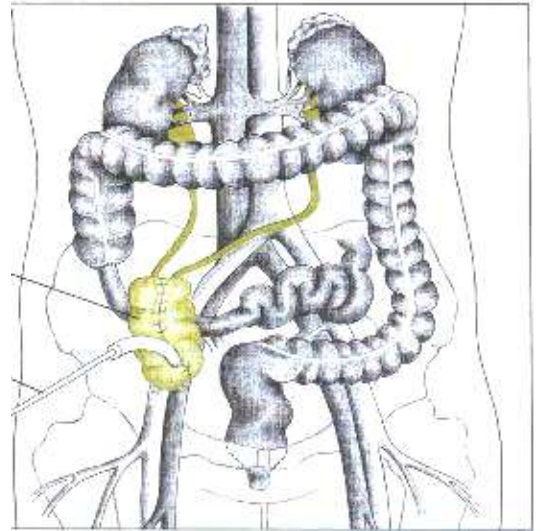
□ INKONTINENS VIZELETELTERELÉS

Legegyszerűbb formája a nephrostoma, ezt csak igen rossz általános állapotú betegen alkalmazzuk. Ureterocutaneostomát is csak kényszerhelyzetben készítünk, mert bár a műtéti megterhelés kicsi, de a stoma a bőr szintjében szinte mindig beszűkül. A leggyakrabban alkalmazott inkontinens elvezetés az uretero-ileo-cutaneostomia. A műtéti megterhelés közepes, szövődmények előfordulása – stoma, vagy uréterszűkület ritka – sav-bázis

anyagcserezavar nincs. Conduit vastagbélből is képezhető, ha a vékonybél felhasználása nem célszerű, mert pl. sugárkárosodott.

□ KONTINENS VIZELETELTERELÉS

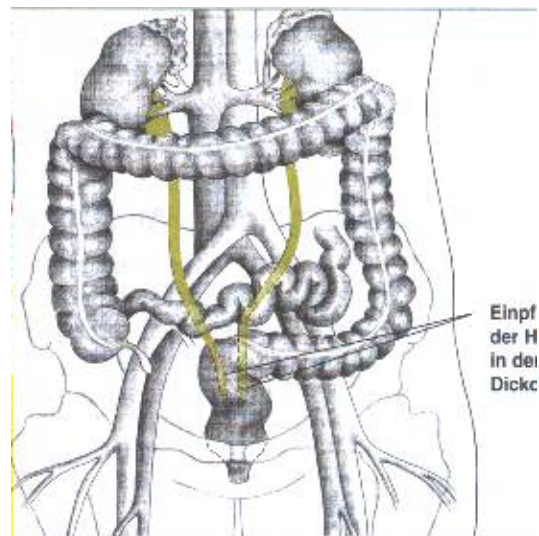
A legjobb életminőséget az ortotopikus hólyagpótlás nyújtja. A detubularizált ileumból (vékonybélből), vagy colonból (vastagbélből) készült gömb alakú műhólyagba ültetjük a két urétert és anasztomózist készítünk a húgycsővel. A beteg a vizeletet hasprés segítségével üríti, a kontinenciát a külső húgycsőzáróizom biztosítja. A műtét hosszú, jelentős megterheléssel és 20%-ban tartós éjszakai inkontinenciával jár. Ha a húgycsőzáróizom is eltávolításra kerül, akkor a bélhólyag egy önkátéterezhető, kontinens, bélből készült szeleppel a hasfalra kivezethető. A rendszeres önkátéterezést csak kevés beteg vállalja. A történelmileg legrégebbi kontinens elvezetés az urterek vastagbélbe ültetése, ekkor a kontinenciát az anus záróizom biztosítja. A műtét technikailag egyszerűbb, még akkor is, ha a colon egy részét detubularizáljuk (Mainz pouch II). Elvégezhető teljes húgycsőkiirtás után is. Hátránya, hogy a késői szövődmények gyakoriak, rontják az életminőséget, a savbázis anyagcsere zavara, az aszcendáló pyelonephritis és az éjszakai inkontinencia. A vizeletelvezetés módszereit célszerű a beteggel részletesen megbeszélni és egyéni igényeit figyelembe venni.



Az izominvazív hólyagrák sebészi kezelésének különleges formái

Különleges szövettani formák kezelése

Primer adenokarcinóma a hólyagtumorok csak 2%-a, de a halálozása magas, felületes forma nincs, radio- és kemoterápiára nem reagál, így egyedüli megoldásként a sebészi eltávolítás, a radikális cystectomya lehetséges. Különleges formája az urachus-karcinóma, amely a húgyhólyag kupolájából indul ki, ezért tévesen hólyagfal-reszekciót végeznek, amely után 50%-os a kiújulás. Urachus-karcinóma gyanúja esetén csak a radikális cystectomiától várható gyógyulás. A laphámrák a schistostomával fertőzött trópusi vidékeken gyakori, a fejlett országokban ritka. Felületes formája nincs, besugárzásra közepesen érzékeny, kezelése radikális cystectomiával lehetséges.



Milyen esetben kell a műtét kiterjesztésével számolni?

Amennyiben a rosszindulatú tumor a szomszédos szervekre is ráterjedt (pl. ondóhólyag, méh, medencefal), sor kerülhet ezen szervek részleges vagy teljes eltávolítására is.

Kérjük, orvosával történő műtégi megbeszélése során szíveskedjék előzetes beleegyezését adni az operáció esetleges kiterjesztéséhez. Ezáltal lehetőséget biztosíthat az operatőr számára előre nem látható körülmények között is daganatos folyamat egyetlen műtéttel történő, maradéktalan eltávolítására.

A beavatkozás következményei:

A műtét során a kismencedei idegsérülések következtében igen nagy valószínűséggel a hímvessző merevedési képtelensége alakul ki. Az ondó kilövellés anatómiai útjának műtéti megszakítása miatt a műtétet követően ondó kilövellés a továbbiakban nem lehetséges.

A vizelet tárolására szolgáló hólyag eltávolítása miatt vékony-, vagy vastagbélből új hólyag kialakítása szükséges a műtét során.

3. Beavatkozás kockázatai, szövődményei. Milyen szövődményekkel lehet számolni?

A radikális hólyageltávolítás bélel történő pótlással ma is nagy kockázatú, nagy megterheléssel járó műtét egy daganatos és általában idősebb beteg számára, akinek a szerkezeti védekező képessége csökkent (részben a daganatos betegsége, részben egyéb társbetegségek, vagy éppen szenvedély betegségei miatt, mint pl. az évtizedekig tartó dohányzás). Ezért a beteg műtét utáni gyógyulásának sikere, vagy a szövődmények várható jelentkezése a ma rendelkezésre álló tudományos módszerekkel nem mindig jósolhatóak előre. A műtét a nagy gyakorlatú centrumokban is 3-4%-ban a beteg halálát okozhatja, a várható szövődmény arány (az enyhe komplikációktól a súlyos szövődményekig) az irodalmi adatok szerint 30-50% is lehet.

A legsúlyosabb szövődmények a bélvarratok elégtelensége következményes hashártya gyulladással (3%), a műtét utáni bélműködési zavarok vagy elzáródás (23%), a thromboembóliák kialakulása (8%), amik a beteg halálához is vezethetnek.

A műtét során ritkán előfordulhat, hogy a szomszédos szerveket (bél, combverőér, véna) ellátó véredények vagy idegképletek sérülnek. A belek vagy hasi nagy erek direkt sérülése csak igen ritkán fordul elő, időnként kiegészítő műtéti beavatkozást tehet szükségessé.

A nyirokcsomók és nyirokutak eltávolítása után a természetes módon fel nem szívódó, túlzott mennyiségben termelődő nyirokvádékot le kell szívni (pungálni), vagy operatív módon, sebűri drénézzel levezetni.

A műtétet követően előfordulhatnak különböző mértékű sebgyógyulási zavarok is (az esetek 25%-ban). Amennyiben fertőzés következtében tályog képződik, a sebet újra fel kell nyitni, levezető cső behelyezésével biztosítható a sebváladék elfolyása. Komplikált esetben negatív nyomású „vákuum” (NPWT) sebkezelési módszerek jönnek szóba.

A műtét metszésvonalába eső idegágak elválasztása, esetleges kényszerű átvágása érzéketlenség érzését vagy tartósan erősebb fájdalmat (neuralgia) okozhat. Nagyon ritkán a beidegzés károsodása következtében hasfalgyengeség is előfordulhat.

Nagyon ritkán további, súlyosabb szövődmények is kialakulhatnak a műtét során. Bélsérülések, máj sérülése, hasnyálmirigy sérülése, lép sérülése (a lép esetleges eltávolításának szükségességével), tüdő sérülése, vagy erős utóvérzések, amelyek újabb műtétet tesznek szükségessé.

A műtét során használt vágó és vérzéscsillapító eszközök miatt elektromos áram következtében fellépő helyi bőrkárosodások (égések) a legnagyobb gondossággal végzett műtétek során sem zárhatók ki teljes biztonsággal.

A műtéti beavatkozás következményeként esztétikailag és funkcionálisan kedvezőtlen túlburjánzó hegeképződés (keloid), összenövések a hasüregben, hasfali sérv (hernia) kialakulása biztonsággal nem kizárható.

Az ileum conduit és új bélhólyag műtétek esetén előforduló további szövődmények:

- B12-vitamin hiány,
- anyagcsere zavar, mely a szervezet savasodásával jár (metabolicus acidosis),
- vesefunkció romlás,
- húgyúti fertőzések,
- húgyúti kövesség,
- szűkület (uretero-bél anastomosis),
- sztóma szövődmények,
- kontinencia problémák és ürítési zavarok.

Műtét kapcsán a véredényekben vérrögök (thrombosis) alakulhatnak ki, melyek elzárhatják a véredényeket (thrombo-embólia), akár életveszélyes állapotot (pl.: tüdőembólia) okozhatnak. Ezen kockázat ellen számos megelőző intézkedést teszünk (szükség szerinti véralvadás gátlás, kompressziós harisnya, fásli alkalmazás, korai mobilizálás stb.), melyről tájékoztatjuk és a részleteket külön megbeszéljük Önnel.

A kórházi bennfekvés során a műtéti előkészítő és kísérő beavatkozások egyike sem tekinthető kockázatmentesnek. Az injekciók és infúziók ritkán helyi szöveti károsodásokat (injekció okozta tályog, hegesedés, ideggyulladás, vénafal gyulladás) okozhatnak. Amennyiben vér, vagy vérkészítmények adása válik szükségessé a fertőződés lehetősége pl. hepatitis vírussal (májgyulladás), és rendkívül ritka esetben (kb. 1:1 millióhoz gyakorisággal) HIV vírussal (AIDS) abszolút értelemben nem zárható ki.

A műtét során alkalmazott antibiotikus preventio vagy kezelés következtében súlyos bélműködési zavart okozó Clostridium Difficile (hasmenést, hasi puffadást, súlyos esetben toxikus vastagbél gyulladást és perforációt okozó kórházi baktérium törzs) fertőzés alakulhat ki, ami a beteg válságos állapotához vezethet, ritkán vérmérgezéssel, hashártyagyulladással a beteg halálát okozva.

4. Beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei

A fenti szövődmények elkerülése.

5. Beavatkozás elmaradásának kockázata, szövődményei. Milyen veszélyekkel kell számolni kezelés nélkül?

Amennyiben nem kezelik, hólyag tumora tovább nő és a környező szervekre (prosztata, kismedence fal, vesevezetékek, hashártya, belek) is ráterjedhet. A daganatról tumor sejtek válhatnak le és a vérkeringéssel, vagy a nyirokutakon keresztül a testben szétszóródnak és a nyirokrendszerben, illetve távolabbi szervekben (pl. tüdő, máj, csont, agy) daganat áttétel (metasztázis) kialakulásához vezethetnek. A tumor bármikor életveszélyes vérzést is okozhat, mindkét vesevezeték elzáródása esetén pedig húgyvérűség alakulhat ki.

A legeredményesebb gyógyítás az Ön esetében a daganatos folyamat lehető legkorábbi és legkiterjesztettebb (radikálisabb) sebészi eltávolításával (hólyag, a regionális nyirokcsomó lánc, nők esetében a méh, a petefészkek és a hüvely mellső fala, férfiak esetében a prosztata és az ondóhólyagok egyidejű eltávolításával) valósítható meg.

6. Beavatkozás alternatív módszere, milyen kezelési lehetőségek vannak?

TUR, sugár és/vagy kemoterápiával kombinálva

Válogatott betegen, ha a daganat nem többszörös, mérete kisebb, mint 3 cm, stádiuma legfeljebb pT2, a térképbiopszia negatív, és a maradéktalan eltávolítás szövettanilag igazolt, valamint a kismedencei CT negatív, megkísérélhető a hólyag megkímélése. Kötelező az adjuváns kezelés, ez lehet besugárzás, szisztémás kemoterápia, vagy újabban a kettő kombinálása. Hosszú távon a válogatott betegek 30%-ának maradhat meg a hólyagja.

Hólyagfal reszekció (parciális nyílt műtétes cystectomy)

Indikációja a kupolában ülő szoliter izominvazív tumor, ha a térképbiopszia negatív. Fontos szempont, hogy a legalább 2 cm-es gallérral történő eltávolítás után is maradjon megfelelő hólyagkapacitás. A műtét során lymphadenectomiát végzünk és ha a nyirokcsomó pozitív (N1), az egész hólyagot eltávolítjuk. Hólyagfal reszekció lehetséges a diverticulumból kiinduló daganatnál, mert TUR a hólyagfal izomrétegének hiánya miatt nem kivitelezhető.

Radioterápia

Definitív radioterápia indikált, kuratív céllal, ha radikális cystectomy nem végezhető, a beteg rossz általános állapota miatt, de a daganat makroszkóposan el lett távolítva TUR segítségével, vagy hólyagfal reszekcióval. A sugárterápia szimultán kemoterápiával kombinálható (Cisplatin®), Gemcytabin), így a daganat helyi fékentartása sikereesebb, bár túlélési előny még nem bizonyított. Radioterápia nem javasolt kis kapacitású hólyag, illetve uréterszűkület esetén, mert a besugárzás ezeket tovább rontja.

Kemoterápia

Adjuváns kemoterápia indokolt minden sebészi daganateltávolítás után, ha kockázatot jelentő hólyag urothelium marad (TUR, hólyagfal-reszekció), vagy a radikális cystectomiás preparátum széle daganat pozitív, a daganat magas stádiumú vagy grádusú, szövettanilag érinvázio van, esetleg nyirokcsomó pozitív. Biztosan igazolt az adjuváns kemoterápia hatékonysága a pT3bN1-3Mo stádiumban. Évtizedek óta alkalmazott az M-VAC séma, de most a gemcitabin -cisplatin és/vagy taxán készítmények kevesebb mellékhatásuk és magasabb remissziós rátájuk miatt jobban beváltak, bár hazai több éves tapasztalatok még nincsenek. Neoadjuváns kemoterápia célja, hogy a tervezett műtét vagy sugárterápia előtt a daganat méretét csökkentsük, így operabilitását javítsuk, a mikrometasztázisokat pedig megszüntessük.

A húgyhólyag daganata miatt, a továbbiakban már részletesen ismertetésre került műtéti beavatkozás elvégzését javasoljuk. Évtizedek óta ez az eljárás az esetek többségében, bizonyított módon a legjobb gyógyulási eredményt biztosító módszer. A lehetséges valamennyi alternatív kezelési módszer (immunkezelés a hólyagba, sugárkezelés, kemoterápia) nem képes hasonló túlélési esélyt biztosítani az Ön számára.

A tervezett műtéti beavatkozás tényleges formájáról az Ön klinikai állapotának pontos felmérését követően tudunk dönteni. A különböző eljárások előnyeiről és hátrányairól, a lehetséges szövődményekről orvosa a későbbiek során részletes felvilágosítást nyújt Önnek.

Nem történt olyan vizsgálat ami megerősítette volna, hogy a gyógynövények, vagy egyéb más alternatív módszerek az adott diagnózisban értékelhető segítséget nyújtanának az Ön gyógyulásában!

Nem történtek olyan vizsgálatok, amelyek megerősítették volna, hogy a gyógynövényekkel és egyéb alternatív gyógyászati eszközökkel a szervezet rosszindulatú daganatai gyógyíthatók lennének!

A rák, különösen a húgyhólyag daganat magas kockázatú változata nagyon veszélyes tud lenni, ha elhanyagolják, vagy ha nem kezelik megfelelően radikálisan és időben!

Mindig kérdezze meg kezelőorvosát, mielőtt bármilyen alternatív gyógyászat terápiát kezdene alkalmazni, hogy biztonságos-e!

Tudja meg, hogy nem fogja-e hátrányosan befolyásolni a várható gyógyulását, nem kerül-e kölcsönhatásba más Önnél alkalmazott kezeléssel, szedett gyógyszerekkel.

7. Beavatkozás várható kimenetele, eredménye. Mi várható a műtétől?

A kezelés sikeressége és az Ön hosszú távú gyógyulásának kilátásai eltérőek lehetnek és nagy mértékben függenek a tumor felismerésekor fennálló klinikai állapottól. Az időben elvégzett, a körülményekhez képest legradikálisabb műtét esetén nagyon kedvezőek a gyógyulási kilátások. Emiatt fontos, hogy a lehető legkorábban kerüljön sor a műtét elvégzésére. Néhány esetben, amennyiben a folyamat kiterjedése szükségessé teszi, kiegészítő gyógyszeres vagy sugárterápia válhat szükségessé az operáció után.

8. Beavatkozást követő további ellátások, kezelése, mire kell odafigyelni?

A katéter eltávolítása után néhány napig vizeléskor a húgycsőben égő érzés, a húgyhólyag területén sürgető vizelési inger jelentkezhet, a vizeletben vér is megjelenhet. A műtét kapcsán kialakult húgyúti fertőzések akár hosszabb ideig tartó utókezelést igényelhetnek, vizeletfertőtlenítő, antibiotikum adásával.

Enyhe **utóvérzések** vagy bizonyos körülmények között a **műtési terület fájdalmas duzzanata, szöveti vizenyője előfordulhat**, ezek pár napon belül maguktól elmúlnak.

Fertőzések és a seb gyógyulásának zavarai nagyon ritkák, ezek többnyire gyógyszerrel kezelhetők, kivételes esetekben utóműtét válhat szükségessé.

A műtét után, bennfekvése során véralvadás gátló kezelésben fog részesülni, valamint a thrombembóliás szövődmény magas rizikója a kezelés folytatása a műtétől számítva 4 hétig javasolt lesz. A szükséges injekció receptjével és a háziorvosának a további szükséges gyógyszer mennyiség felírásához elengedhetetlen javaslattal hazabocsátásakor el fogjuk látni. A véralvadásgátló injekció beadására megtanítjuk. Amennyiben annak elvégzésére nem képes, vagy nincs otthonában arra vállalkozó hozzátartozó, akkor hazabocsátását követően családorvosát haladéktalanul keresse fel és kérjen segítséget.

9. Beavatkozást követően javasolt életmód

A műtétet követően egy – két napig ágynyugalom javasolt.

Ügyeljen arra, hogy a sebgyógyulás 8 napos időtartama alatt tisztálkodása során víz ne, vagy csak nagyon rövid ideig érje a sebet, mert ezzel a zavartalan sebgyógyulást veszélyezteti. Amennyiben mégis víz éri a sebet, gondosan szárítsa, majd fertőtlenítő (pl. Betadine) oldattal kezelje le.

A műtét után hat hétig az erős fizikai terhelés kerülése javasolt!

Hat és nyolc hét között enyhe, majd 8-12- között közepes terhelés engedélyezett.

Tizenkét hét után teljes terhelést kaphat, amennyiben a beavatkozás utáni felépülése zavartalan volt. **(Ugyanezen ideig a nemi élet mellőzése javasolt!)**

Minden ellenkező esetben konzultáljon kezelőorvosával.

A megbeszélrt időpontban kontrollvizsgálaton jelentkezzen kezelőorvosánál!

Az Ön kontrollvizsgálatának menetrendje a következő:

- Vizelet vizsgálat: 3 havonta 2 évig, majd félévente 10 évig utána évente
- Laborvizsgálat: 3 havonta 2 évig, majd félévente 10 évig utána évente
- ASTRUP: első évben 3 havonta, 1-3 év között félévente

- CT: 2 évig 6 havonta, majd évente
- UH: 2 évig minden második 3 hónapban, 2 év után minden második 6 hónapban

Azonnal jelentkezzen urológiai szakrendelésen, ha lázas, ha fájdalmai vannak vagy állapota hirtelen romlik!

Otthonába bocsátását követően az első munkanapon jelentkezzen háziorvosánál!

További felmerülő kérdések:

A műtéti felvilágosítás során minden Önt érintő kérdést, amire addig nem kapott választ tegyen fel orvosának! Pl.:

Mennyire szükséges és sürgős a műtét?

Fennáll-e valamilyen személy szerint Önt érintő szövődmény veszélye?

Milyen előzetes vizsgálatok szükségesek még a műtéthez? Ezek milyen szövődményekkel járhatnak?

Meddig tart előreláthatólag az intézeti kezelés?

Műtét után meddig kell a nemi élettől tartózkodnia?

A tájékoztatást követően a beteg által feltett kérdések:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Orvosi feljegyzések a felvilágosítás során:

(Pl.: egyéni kockázatok és lehetséges további szövődmények, esetleges kiegészítő beavatkozások és azok kockázatai, mellékhatása, a beleegyezés korlátozása és ebből adódó esetleges hátrányok)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Beavatkozást végző személy neve

Orvos
Asszisztens
Segítő személy

.....
orvos aláírása
Ph

A beteg műtéti beleegyezése:

Alulírott(
születési hely, idő.....,
anyja leánykori neve:)

Kijelentem, hogy a betegtájékoztatót elolvastam, a beavatkozás elvégzésének kockázatait, és a lehetséges más módjairól történő tájékoztatást megértettem. A tervezett műtétről, illetve annak esetleges szükség szerinti kiterjesztéséről dr..... kielégítő mértékben felvilágosított. **a beavatkozással kapcsolatban az írásbeli tájékoztatóban nem szereplő,** számomra lényegesnek tűnő kérdéseket alkalmam volt feltenni és **a fenti kérdéseimre** kielégítő, érthető válaszokat, **szóbeli tájékoztatást kaptam.** Felvilágosítást kaptam a műtét kockázatairól és szövődményeiről, azokat tudomásul veszem.

Beleegyezem a gyógyulásom érdekében szükségesnek tartott készítmények, gyógyszerek, vér, és vérkészítmények, valamint egyéb orvos biológiai anyagok adásába. Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás szakszerű végrehajtása esetén is előfordulhatnak előre nem látható, az előzőekben nem említett szövődmények, melyek a várható gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatot, kezelést, műtétet visszautasítani, illetve jelen beleegyező nyilatkozatomat a beavatkozás / műtét előtt írásban bármikor visszavonhatom. Kijelentem, hogy a visszautasítás következtében állapotomban bekövetkező változásokért, szövődményekért, gyógyulási eredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli.

Beleegyezem, hogy a műtét során eltávolított szerveket/szöveteket a kórház oktatási és tudományos célra is felhasználhassa. Hozzájárulok ahhoz, hogy a műtét vagy beavatkozás menetéről fénykép vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé. Tudomásom van arról, hogy a kórházban egészségügyi személyzet, orvostanhallgatók és rezidensek képzése is folyik. Beleegyezem abba, hogy kezelésemben, beavatkozásom során, műtétemben – felelős személyek jelenlétében és azok felügyelete mellett – oktatási célból fenti személyek is részt vehessenek a törvény által előírt titoktartási kötelezettség betartásával.

Betegségemmel kapcsolatban tájékoztatást
kaphat:
nem kaphat:

Kijelentem, hogy kellően felvilágosítottnak érzem magam és elégséges gondolkodási idő után a tervezett műtétbe / beavatkozásba beleegyezem.

Döntésem meghozatala előtt további kérdésem nincs,

Beleegyezem továbbá az előre nem látható események miatti esetleges műtéti kiterjesztésbe, illetve orvosilag indokolt esetben a műtéti terv megváltoztatásába.

A fentiek alapján kifejezetten kérem, hogy beavatkozást végezzék el.

Budapest, 20 év hó nap.

.....

Beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt (név, cím):

1.,

2.,

.....

.....

Abban az esetben ha a beteg a tervezett műtétet visszautasítja:

A beteg a megfelelő orvosi felvilágosítás ellenére a tervezett műtétet visszautasítja. Az ebből adódó esetleges következményekről tudomása van, azokról megfelelő felvilágosítást kapott.

.....

Orvos aláírása Ph

- „ -

Kellő orvosi felvilágosítás ellenére a felajánlott beavatkozást nem óhajtom!

.....

Beteg aláírása

.....

Dátum és hely

Előttünk, mint tanúk előtt (név, cím):

1.,

2.,

.....

.....