

Urológiai szívűtét, tuberkulózis-beöntés, férfi-női prosztatata Olcsó orvos, drága robot

Dr. Pajor Lászlóval, a szegedi Urológiai Klinika vezetőjével, a Magyar Urológus Társaság elnökével a napokban megrendezésre kerülő urológus kongresszus apropóján többek között az urológia aktuális helyzetéről, a robotműtétekről és a női ejakuláció rejtélyeiről beszélgettünk.

■ **Európában és Észak-Amerikában a legmagasabb a rákos megbetegedések között a vesekarcinóma aránya, és a közelmúltra jellemző esetszám-növekedés főleg az idősebbeknél jelentkezik. Civilizációs betegségről van szó?**

– Az urológia napjainkban nagy sebességgel fejlődő tudomány, e fejlődés központi helyén van az uro-onkológia. Konkrétan a vesedaganatokról szólva, keveset tudunk azok kockázati tényezőiről; előfordulásuk a világon mindenütt emelkedik, bár van eltérés az urbánus-vidéki dimenzió mentén. Az elmúlt időszakban egyre inkább felmerült a vesén keresztül ható vérnyomáscsökkentők kóroki szerepe.

Nagyon valószínű, hogy a veserák előfordulásának növekedése a nyugati világban abból is származik, hogy jobban felfedezzük őket. Ugyanis ha most bemegy valaki egy szakrendelőbe, mert fáj a füle vagy influenzás, sokszor már hasi ultrahangot is csinálnak, így megtalálhatják a tumort, amely a betegnek még semmilyen panaszt nem okoz.

Ez Magyarországra nézve csak félig igaz, hiszen itt az egészségügy nem olyan fejlett, ha az ember elmegy a háziorvosához, általában nincs UH-készülék. Ami nagy baj, mert így a magyar vesedaganat a felfedezéskor stádiumában jobban hasonlít az albán vesedaganatra, mint az osztrákra. Ha azonban már felfedezték a tumort, és indikált az eltávolítása, akkor nagyon jó laparoszkópos műtéteket tudunk csinálni. Nincs nagy sebzés, a beteg másnap felkel, harmadnap hazamegy. Nő esetén például hüvelyen keresztül is el lehet távolítani a vesét, így a hason nincs is seb.

■ **Mi a teendő a véletlenül felfedezett vesedaganattal? A veserákok esetén is működik a célzott terápia?**

– A véletlenül felfedezett vesedaganatokról való gondolkodásunk forradalmi átalakulásban van. A tumor növekedési ütemének ismeretében nagyon finoman kell mérlegelni, hogy az adott beteget milyen terápiának vessük alá. Ha például egy 40–50 év közötti fiatal páciensről van szó, és a vesedaganat még kicsi, akkor biztos, hogy kezelni kell, mert az életkilátása még 30–40 év, ami alatt a tumor biztos, hogy megnőne, és áttétet is adna. Egy 87 éves ember esetén az is lehet, hogy semmit sem csinálunk, mert nincs klinikai jelentősége.

Az inoperábilis áttétes vesedaganat kezelésére sok új gyógyszer jelent meg az elmúlt időben, amelyek megnyújtják azt az időt, amely a daganat felfedezése és az élet vége között van. Ez a célzott kezelés többek között az áttét érkeztetésének képződését gátolja, a vesedaganatok esetében különösen sikeresen.

■ **Az önéletrajzában azt írja, hogy az egyik érdeklődési területe a torakoabdominális nefrektómia. Milyen esetekben van erre szükség?**

– Torakoabdominális nefrektómiánál nemcsak a hasüreget nyitjuk meg, hanem a mellüregt is, abban az esetben, ha daganatos trombus lóg be a vesevénából a vena cavába, különösen a jobb oldaliba, vagy egyenesen eléri a pitvart. Ez utóbbihoz nyitott szívűtetre van szükség, a pitvar felől kell kivenni a trombust. Egy évben Magyarországon kb. tíz ilyen eset van.

■ **A rákok közül a hólyagrák kezelése a legdrágább az USA-ban. Vannak ezzel kapcsolatos magyarországi adatok?**

– Itt sem olcsó, de az USA-ban azért olyan drága, mert a hólyagráknak az a jellemzője, hogy akármilyen kezelés esetén nagy valószínűséggel kiújul. Kezelés nélkül az első évben 70 százalékos a kiújulási arány. Hogy ezt idejében észrevegyük, a beteget újra és újra meg kell tükrözni. Adott esetben 3 évig megy 3 havonta urológushoz. Mivel az USA-ban az orvos az egy drága jószág, Magyarországon pedig a „magas” közalkalmazotti fizetésben benne van az orvos egész munkája, itt nem olyan drága a kezelés.

■ **Meglepetéssel olvastam, hogy a hólyagrákot tuberkulózisbaktériummal kezelik.**

– 1979 óta használják erre a BCG-terápiát. Ha a legyengített, tehéntuberkulózist okozó bacilust befecskendezzük a hólyagba, ott ugyanúgy ellenállóképeséget provokál, mint oltás formájában, és így a hólyag nemcsak a kórokozónak, hanem a tumornak is ellenáll annak bizonyos stádiuma, illetve szövetstruktúrája esetén. Ma már az urológiában toronymagasan több BCG-t használnak, mint oltásra.

A hatás azon alapszik, hogy egy átlagos szer, amit bejuttatunk a hólyagba, vagy bediffundál annak falába vagy nem, ezzel

szemben a biológiailag aktív bacilus egyenesen odaharapja magát.

■ **A hólyagrák műtéti kezelésével kapcsolatosan az Ön egyik specialitása a kirekesztett bélszákkal történő hólyagpótlás.**

– Sajnos a magyar lakosságot nem sikerült felvilágosítani két dologról. Egyrészt arról, hogy a hólyagrák egyenes összefüggésben van a dohányzással, ugyanis a keringésbe került kátrány kiválasztódik a vizelettel, és a hólyagban gyűlik össze. Másrészt az emberek nincsenek tisztában a vérvezetés jelentőségével. Mindenféle bugyuta magyarázatokkal élnek – dinnyét ettem, kólát ittam –, holott ezek színanyagát a máj lebontja. Az a csapda a vérvezetésben, hogy sose folyamatos, egyszer véres, majd a vérzés spontán elmúlik, és a beteg azt hiszi, hogy magától meggyógyult. Holott nem gyógyult meg, hetek vagy akár fél év múlva újra jelentkezik a vérvezetés – de már az első jel megvolt, ott van a daganat. A magyar hólyagrákos beteg szinte mindig későn jelentkezik, előrehaladott tumoral, ami beszövi a hólyag falát. Holott a kicsi hólyagrák endoszkóppal eltávolítható, majd adott esetben BCG-vel kezelhető, és megmarad a szerv.

Ha a hólyagot el kell távolítani, vékonybélből csinálunk műhólyagot (a szervcsere öt órás nagy műtét), ami tulajdonképpen nagyszerű dolog, mert a beteg ilyenkor a rendes helyen üríti a vizeletet. Különben hasfalra kivezetett vizeletes stómát kell képezni.

■ **Miért olyan fontos kérdés a magyar urológus közösség számára a robotasszisztált prosztatektómia lehetősége?**

– A prosztatatarák egy olyan betegség, amely ha már tünetet okoz, akkor el vagyunk késve. Az a legjobb, ha szűrővizsgálaton fedezik fel. Az áttétet nem adott, kicsi prosztatatarák esetén műtét javasolt, ekkor eltávolítjuk a prosztatát, az ondóhólyagot és a környező nyirokcsomókat. Ez háromféleképpen lehetséges: nyílt műtéttel, laparoszkóppal vagy robottal. Tulajdonképpen nincs különbség közöttük, mindegyiket lehet jól és rosszul csinálni. Akinek a nyílt műtéttel van gyakorlata, annak azzal vannak szép eredményei. Nyílt műtét esetén van egy nagy seb és sebfájdalom, 8 napig gyógyul, a beteg nehezebben megy haza, később kapcsolódik be az életbe – de Magyarországon ezek nem igazi problémák, mert a prosztatatarákos beteg általában öreg, 60 év fölött van, és

nem dolgozik, mindegy neki, hogy nyugdíjas napjait hol morzsolja, kórházban vagy otthon. A magyar társadalom nem olyan, hogy az idősebbek aktívak lennének, sőt, sok beteg, ha azt mondjuk neki, hogy 2 nap után hazamehet, meg van sértődve, hogy kirúgtuk.



■ **De azért a rövidebb kórházi tartózkodás miatt olcsóbb a laparoszkópos eljárás?**

– Magyarországon sokkal drágább a laparoszkópos módszer, ugyanis az eszközt meg kell venni, és az pontosan annyiba kerül itt is, mint New Yorkban. A különbség mindössze annyi, hogy a New York-i orvos húszszor annyit keres, ezért a magyar nyitott műtét sokkal olcsóbb, mint a magyar laparoszkópos, mert nálunk ehhez nem kell más, csak fonál, szike, olló. A magyar orvos fizetése meg szinte nulla. A kórházi tartózkodás sem számít Magyarországon, hiszen a nővér is alig keres, a fűtést meg a villanyt egyébként is ki kéne fizetni. De jó felé haladunk, ma már sokkal több laparoszkópos prosztataaműtétet végzünk, mint nyitottat.

■ **Mi a különbség a laparoszkópos és a robotasszisztált műtét között?**

– Nagyon hasonlóak, csak a műtét egyes lépéseit nem az orvos csinálja, hanem a robot, például a csomókötést – mindig szabályosan, oda, ahová kell, századannyi idő alatt. Magyarországon nincsen robot – Csehországban 6, Romániában 4 van. Holott nem lehet megállni a világ közepén, és azt mondani, hogy nem kell a robot, Magyarország továbbra is talán kőbaltával és kőszikkével fog operálni.

A beszerzését centralizáltan kellene megoldani, mert maga a készülék 200 millió, de nem is ez a fő baj. Az, hogy egy betegbe beállítsák a szükséges csöveket,

vezetékeket, fonalakat, az maga 5 ezer euró. Magyarországon erre nincs pénz, mert laparoszkóppal a tizedéből megcsinálható.

A következő kérdés, hogy hogyan lesz kihasználva, mert akkor jó, ha egy ilyen drága berendezés éjjel-nappal megy. Meg kéne győzni a kardiiovaszkuláris sebészeket, a nőgyógyászokat, hogy ők is tanuljanak meg bánni vele. De a legnagyobb kérdés az, hogy ki fogja fizetni az egyszeri alkalmazást. Erre az egészségügynek nincs pénze. Mondhatjuk a betegnek, hogy ha van rá ötezer eurója, robottal operáljuk, és ez azért jó, mert gyorsabb, a rövidebb műtéti idő miatt valószínűleg jobban is gyógyul, de Magyarországon az a társadalmi réteg, amely ki tudná ezt fizetni, nagyon szűk, nem tudná optimálisan működtetni a robotot. Ez egyébként nagy baj, mert lemaradunk a fejlődésben.

■ **Az urológiai szakirodalomban sok vitát olvastam arról, hogy melyik prosztataeltávolítási módszer a jobb. Olyan tanulmányok is vannak – például egy bostoni orvoscsoportnak a Journal of the American Medical Association-ban megjelent írása –, amelyek szerint a robotos műtét nem hatékonyabb, ráadásul több utána a szövődmény: a vizeletvisszatartási probléma és a merevedési zavar.**

– Ez egyszerűen nem igaz, ezek a statisztikák arra vonatkoznak, amikor a robotot még csak tanulta a világ. De ezen ma már túl vagyunk, az USA-ban például csak robottal operálnak prosztatát.

■ **Újabban kiderült, hogy prosztataspecifikus antigén (PSA) nemcsak a férfi, de a női szérumban, sőt az anyatejben és az amnionfolyadékban is van. Mi lehet a szerepe?**

– Laboratóriumi módszerekkel mérve PSA csak férfiban van. Kísérleti módszerekkel nézve előfordul nőben is, de a gyakorlat szempontjából nincs jelentősége.

■ **Mi az álláspontja a vitában: van női prosztata és női ejakuláció? Florian Wimpissinger például a The Journal of Sexual Medicine-ben megjelent tanulmánya szerint azt képviseli, hogy igen.**

– Ez így nem helytálló. Van a prosztatának egy fejlődéstani kezdeménye a nőkben (utriculus prostaticus), de az nincs kifejlődve, nem tapintható. Nincs ejakuláció sem, hiszen nemcsak az nincsen, ami megtermelné, de az sem, ami kilövellné.