Kistarcsai
Flór Ferenc Kórház

Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Fekete Tamás Ferenc főorvos
Tel: 28-5o7-711, e-mail: szuleszet-nogyogyaszat@florhosp.hu

16. BETEGTÁJÉKOZTATÓ
A művi meddővé tétellel kapcsolatban

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessük írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató azért készült, hogy segítse Önt annak megértésében, hogy a műtétnek mi a javallati köre, technikai kivitele, mik a következményei. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

A műtét lényege

Műtétes beavatkozás során, altatásban a petevezetők elektromos égetéssel – koagulálással – való végleges elzárása, aminek során szerv vagy szövetrészlet nem kerül eltávolításra. Másik módszer a teljes petevezetők eltávolítása (salpingectoomia), ami onkológiai szempontból is megelőző hatású lehet (kutatások összefüggést mutattak ki a petevezető fimbriális részén azonosítható génmutációk és a petefészekrák kialakulása között). Továbbá a későbbiek során történő rekanalizáció (petevezetők átjárhatóságának spontán visszatérése) is kizárható. A beavatkozás előnye, hogy végleges fogamzásgátló hatást eredményez, ami megbízható és nem igényel napi törődést.

A beavatkozás menete

A mai nőgyógyászati gyakorlatban a beavatkozást hastükrözés (laparoscopia) során végezzük el.
A műtét légcsövön keresztüli altatásban történik. Altatást követően, hólyagkatéter felhelyezése (mely a műtétet követően rövid ideig bent marad) és a has fertőtlenítése után a köldöknél ejtett apró metszés segítségével a hasüreget CO_2-al (szén-dioxiddal) fújjuk fel. Ezután a köldökmetszésen át optikai eszközt juttatunk a hasüregbe, mely egy képernyőhöz van csatlakoztatva, így a beavatkozást a szem ellenőrzése mellett végezhetjük, az eszköz segítségével áttekinthetjük az egész hasüreget. Majd újabb, a „bikinivonal" alatt elhelyezkedő kb. 1 cm-es behatolási kapukon keresztül további eszközök (átlagosan 2 db) bevezetésével végezzük el a sterilizálást. Egy eszközzel a petevezetőket hőkezeljük, miáltal azok falai összetapadnak, járatuk lezárul. Amennyiben salpingectomia a választott beavatkozás, koagulálás, vágás technikával eltávolítjuk mindkét oldalon a teljes petevezetőt, a petefészkek visszahagyásával, így annak hormontermelése ez esetben sem károsodik. Ezt követően a hasüregből a szén-dioxidot kiengedjük, majd a hasi sebeket egy-egy öltéssel zárjuk. Amennyiben szükségessé válik, vérszegénység kezelése akár vérátömlesztéssel is, folyadék - és ionháztartás rendezése (infúziós kezelés), hólyag-katéter alkalmazása, fertőzések megelőzése (antibiotikus profilaxis), vérrögösödés megelőzése (thrombosis profilaxis), mozgatás - mobilizálás, torna, bélmozgatás, varratszedés.

A beavatkozás hátrányai

Hátránya, hogy egy saját kérésre elvégzett műtéti beavatkozásról van szó – annak minden lehetséges szövődményével –, melynek célja nem a páciens gyógyulása, hanem életük egyszerűbbé, kényelmesebbé tétele. Ugyanakkor ismert, hogy nem nyújt 100%-os védelmet, ezért a műtétet követően észlelt vérzéskimaradás esetén szakorvosi vizsgálat szükséges! Amennyiben a későbbiekben mégis igény van a fogamzóképesség helyreállítására, újabb műtéttel megkísérelhető a petevezetők folytonosságának visszaállítása, illetve a mesterséges megtermékenyítés, az in vitro fertilisatio („lombikbébi program"). Művi meddővé tételt követően ezeket a beavatkozásokat az OEP nem finanszírozza! Ugyanakkor a művi meddővé tételt követően fogant méhen belüli terhességek nem különböznek a szokásostól!

A műtét szövődményei

Belgyógyászati és egyéb betegségek, öröklött betegségek, testalkat, korábbi műtétek emelik a szövődmények esélyét. A hastükrözéses műtétek átlag szövődmény rátája: 5,7/1000. A komplikációk (szövődmények) kialakulása az esetek 50%-ban a behatoláskor jön létre és 20-25%-ban a műtét alatt. Egyes betegségek, pl endometriosis, korábbi műtétek, összenövések, nagyméretű hasi képletek, rosszindulatú betegségek a kockázatot fokozzák.

- érsérülés előfordulási gyakorisága: 0,09%
- bélsérülés előfordulási gyakorisága: 0,03-0,18% (az esetek 1/3-ban a behatoláskor, 2/3ban a műtét alatt alakulhat ki termikus (elektromos eszközökhöz kapcsolódóan) sérülés, vagy az összenövések oldása során
- hólyagsérülés: extrém ritka, gyanújakor a hólyagot feltöltve, az igazolódott sérülés ellátása történhet laparoscopos úton is, ÁK (állandó katéter javasolt utána 14-21 napig)
- idegsérülés: extrém ritka, bőrön érzészavarral járhat
- a behatolási helyeken kialakuló sérvek kockázata: 1,9-3,2% -os műtétet követő 2-5 évben
- sebfertőzések a hastükrözés során lényegesen ritkábban fordulnak elő összehasonlítva a nyitott hasi műtétekkel
- pneumoperitoneum (hasüreg CO2-vel való feltöltése) kockázatai: emphysaema (bőr alatti kötőszövetbe kerülő CO2), szívműködés rendellenessége, posztoperatív (műtét utáni) szakban jelentkező fájdalom – vállbasugárzóan (spontán gyógyul, teendőt nem igényel)

A szövődmények felismerése és ellátása során a helyzet függvényében születhet döntés a has megnyitásáról, ez jelenthet median laparotomiat (has megnyitása a középvonalban történik a köldök fölé is meghosszabbítva) vagy Pfannenstiel („bikini-vonal") metszésből. A bélsérülések ellátásakor stoma (vendégnyílás, bél átmeneti kivezetése) kerülhet felhelyezésre a hasfalra átmeneti jelleggel, a sérülést bélszakasz gyógyulásáig. A hólyagsérüléskor állandó katéter viselése 14-21 napig javasolt majd hólyagtükrözés, ureter (húgyvezeték) sérülése esetén katéter kerül behelyezésre a húgyvezetékbe urológus szakorvos döntése határozza meg az eltávolítás időpontját illetve a nyomon követést. Nagy volumenű vérvesztés esetén vérkészítmények adására kerülhet sor. Szövődménye lehet az altatásnak (ezekről a műtétet megelőzően az aneszteziológus szakorvos részletesebb felvilágosítást nyújt!) pl. fog- illetve szájsérülés, vérnyomás probléma, hányinger, hányás stb.

A műtét elmaradásából adódó hátrányok

Amennyiben mégsem választja a művi meddővé tételt és más védekező módszert sem alkalmaz, úgy fokozódhat a nem kívánt terhességek előfordulása, azok minden szövődményével együtt.

Alternatív kezelési módok

- fogamzásgátló tabletta (szájon át szedhető, minden nap alkalmazandó hormontartalmú készítmény, mely többek között a petefészekben leállítja a peteérést),
- depo injekció (szintén hormontartalmú módszer, mely a bőr alá adott injekciókból áll, hatása a tablettáéval egyező, hosszú távú fogamzásgátlási céllal alkalmazható, 1 injekció hatása kb. 3 hónapig tart
- méhen belüli fogamzásgátló eszköz (IUD, „spirál"), amely egy méhűrbe felhelyezett fémet tartalmazó eszköz, mely hosszú távú, megbízható fogamzásgátlást biztosít, élettartama kb. 5 év

- hormontartalmú IUD, mely a menstruációs panaszokra jó hatással lehet),
- óvszer (megfelelő alkalmazással elfogadható hatékonyságú, kifejezett előnye, hogy véd a szexuális úton terjedő megbetegedések többségétől),
- spermium-ölő anyagok (olyan anyag, amit a hüvelybe kell felhelyezni a szexuális együttlétet megelőzően, a hímivarsejtekre fejt ki gátló hatást),
- férfi fogamzásgátlás (pl. az ondóvezeték műtéti elzárása)

Nem ajánlott módszerek (alkalmazásuk mellett magas a teherbeesés lehetősége, megbízhatóságuk alacsony!) a naptármódszer (szabályos menstruációs ciklus esetén a nő fogamzóképessége feltehetőleg két menstruáció között félidőben a legnagyobb, ilyenkor és az ezt követő pár napban nem történik szexuális együttlét), a hőmérőmódszer (pete kilökődésekor a reggeli alap testhőmérséklet pár tized fokkal megemelkedik, ilyenkor és az ezt követő pár napban nem történik szexuális együttlét), illetve a megszakított közösülés (ejakuláció előtt a hímvessző eltávolítása a hüvelyből).

Kistarcsa, 2022. február 1./4 verzió Összeállította: Dr. Fekete Tamás Ferenc osztályvezető főorvos