

Tisztelt Olvasóink!

2015. júniusi lapszámunkban két új sorozatot indítottunk Nőgyógyászat rovatunkban. Az egyik sorozatban az „endoszkópos műhelyek” munkásságát mutatjuk be. A második sorozat a szülész-nőgyógyász társadalmat jelenleg leginkább foglalkoztató endometriózis témakörét járja körül. Első interjúnk Dr. Rigó János professzorral és Dr. Bokor Attilával készült a Semmelweis Egyetem I. számú Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinikájáról. Jelen lapszámunkban, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika helyettes igazgatóját, Dr. Koppán Miklós egyetemi docenset kérdeztük.

Szerkesztőség

## Multidiszciplináris szemlélet az endometriosis kezelésében

Beszélgetés Dr. Koppán Miklós egyetemi docenssel

Az endometriosis ellátásának hazai helyzetét bemutató sorozatunk második részében a Pécsi Tudományegyetemen (PTE) működő Endometriosis Munkacsoport tevékenységébe nyújtunk bepillantást. Az endometriosis – a működő endometriumszövet méhüregben kívüli elhelyezkedése – a reprodukív korban lévő nők 5-15 százalékát érintő megbetegedés, melynek menedzselése nagyfokú szakértelmet kíván meg a nőgyógyászoktól és az érintett társszakmáktól. A diagnosztika és a terápia lehetséges buktatóiról, valamint a méltatlan finanszírozási környezetről Dr. med. habil Koppán Miklós PhD egyetemi docens, a PTE Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának igazgatóhelyettese és Endometriosis Munkacsoportjának vezetője, a szakterület külföldön és itthon egyaránt elismert specialistája tájékoztatta lapunkat.

– Magyarországon mindössze néhány centrum foglalkozik az endometriosis kezelésével. Magyarázható-e ez azzal, hogy a betegség diagnózisa és kezelése különleges szakirányú képzettséget és sokéves tapasztalatot igényel?

Évtizedekkel ezelőtt az endometriosis sokkal kevésbé reprezentált profilja volt a nőgyógyászatnak, mint manapság. Munkánk során egyre több endometriosis esettel találkozunk, így joggal merül fel a kérdés: vajon több-e ma az endometriosisban szenvedő páciens? Valószínűleg nem, csak éppen jóval több eset kerül felismerésre. Ennek oka egyrészt a társadalom növekvő tájékozottsága, másrészt az, hogy a szakmánk egyre inkább érzékenyebbé vált a téma irányában. Korábban mi magunk sem gondoltuk, hogy az endometriosis kapcsolatos ismeretanyag a mai szintre fog fejlődni. Ezért ez a terület sok tanulást igényel az evvel foglalkozó kollégáktól. Úgy vélem, talán éppen ezzel magyarázható, hogy ez a szakterület egyelőre nem jár élen Magyarországon. Lemaradással indultunk, egyáltalán nem volt általános, hogy azon a szinten foglalkozunk a betegséggel, ahol a világ aktuálisan tart. Mára ez megváltozott, de nem annyira, hogy azt mondhassuk, optimális helyzet-

ben vagyunk. Mindenesetre örvendetes, hogy egyre fokozottabb érdeklődés mutatkozik az endometriosis iránt. Ez a tendencia jól érzékelhető: egyre több a szimpóziум, „sláger téma” lett az endometriosis, önálló szekciót kap a kongresszusokon, továbbképzéseken. Tehát azt gondolom, hogy a betegség a fajsúlyának megfelelő helyre kezd kerülni a szakmában és a társadalomban is. E kettőnek együtt kell fejlődnie, hiszen társadalmi felvilágosítás nélkül nem érhetünk el átütő sikert a betegség korai felismerésében, ugyanakkor szakirányú szakmai képzés nélkül nem leszünk képesek az egyre súlyosabb esetek megfelelő menedzselésére. Úgy látom, e tekintetben már érzékelhető az elmozdulás. Optimizmusom mellett azonban el kell, hogy mondjam: még mindig messze elmaradunk a Nyugat-Európában tapasztalható színvonalától.

### MINT A ROZSDA...

– A betegség felismerésének érdekében a nőknek el kell jutniuk az orvosig, ám ez sok esetben azért nem történik meg, mert azt gondolják, hogy a fájdalom a menstruáció velejárója...

A panaszok vonatkozásában ennél sokszorta szerteágazóbb betegségről van szó. Hasonlít a rosszindulatú daganatokhoz abban a tekintetben, hogy kóros, nem megfelelő helyen való szövetszaporulat jellemzi, ami a méhnyálkahártyaszövet nem csak méhen belüli elhelyezkedését jelenti. Az endometriosis proliferatív betegség, mivel a kóros helyen lévő méhnyálkahártya burjánzásra képes, és infiltratív jellegű, mert akár más szervrendszerekhez tartozó szerveket és szöveteket is beszűrhet. Azt szoktam mondani a pácienseknek, hogy ez a betegség olyan, mint a rozsdá, amely beeszi magát a fémbe. Nem tartja tiszteletben a szövet- és szervhatárokat, egyik helyről a másikra képes átlépni, fizikai viselkedése sok tekintetben hasonlítható a rosszindulatú betegségekéhez. Ennek megfelelően a kezelés szemléletében is vannak hasonlóságok. Kemoterápiát ugyan nem adunk, de más típusú adjuváns terápia szükség lehet a műtét után, ha maradvány-endometriosisa, vagy maradványtünete van a páciensnek.

Az endometriosis tünetana tehát messze túlterjed a fájdalmas menstruáción, attól függően, hogy hol helyezkedik el és milyen mértékű a kiterjedése. Ha a kismencede női nemi szervein túl a húgyutakra, a bélrendszerre, a medencefalra, az idegekre, a rekeszizomra, a testfal más területeire, vagy akár távoli helyekre – például a szem kötőhártyájára – kerül, értelemszerűen ott fog tünetet okozni. Ezért a társadalmi felvilágosítás programjának egyik lényeges eleme, hogy a nőgyógyászati eredet ellenére aspecifikus, más szervrendszerre jellemző tünetek esetén is felvessük az endometriosis lehetőségét.

#### **– Feltételezem, minderről vajmi keveset tud a lakosság...**

A tájékozottság változó mértékű. Az internetes fórumokat böngészve azt tapasztalhatjuk, hogy létezik egy, a betegségtől már régóta szenvedő betegpopuláció, amely kitartható módon kutatja az információt és meglehetősen tájékozott. Általánosan azonban valóban kevéssé ismert ez a betegség, és sajnos orvosi berkekben sem mindig nyilvánvaló, hogy amennyiben nem közvetlenül nőgyógyászati tünettannal állunk szemben egy egyébként reproduktív korú nőnél, és nem találunk más logikus magyarázatot a tüneteire, akkor jusson eszünkbe, hogy nőgyógyászati betegsége lehet a páciensnek. Sajnos azok a szakemberek, akiket a nők panaszaikkal felkeresnek – háziorvosok, belgyógyászok, stb. – a mai napig ritkán kérdezik rá, hogy tüneteik ciklikus jelleggel jelentkeznek-e. Pedig ez sokat segítene, főleg a nem túlzottan elhanyagolt esetekben. Ugyanis ez az egyik kulcsa annak, hogy megfelelő vágányra terelődjön a betegség diagnosztikája. A késői, elhanyagolt esetek már súlyos szervkárosodásokat, összenövéseket okozhatnak, amikor a panaszok állandósulnak, és azokból már nem lehet „kihalászni” a ciklikus jeleget. De sokszor még ilyenkor is segít a megfelelő, multa vonatkozó kikérdezés: volt-e a páciens megelőző életszakaszában, a korábbi években a tüneteiben ciklikus jelleg, ami aztán később egybefolyva állandósult. Amennyiben pozitív a válasz, akkor megint csak jó úton járunk a diagnózis tekintetében.

### **KÖZÖS GONDOLKODÁS**

#### **– Az ön által elmondottak felvetik az érintett szakmák ilyen irányú továbbképzésének szükségességét.**

Így van. Elsősorban a kismencedében található szervrendszerek, például a vastag- és végbél vagy a húgyhólyag érintett, ezért az urológusok, a belgyógyász gasztroenterológusok és a sebészek szakirányú továbbképzése jön szóba. De volt már olyan páciensem is, aki reumatológushoz, illetve idegsebészhez járt a tüneteivel, mert a medencefalán lévő idegeket érintő endometriosisa volt, és orvosai hosszú időn keresztül a váz- és izomrendszert illetve a perifériás idegrendszert érintő betegség lehetőségét kutatták.

#### **– Mennyire nyitottak a társszakmák e téma iránt?**

Azt tapasztaljuk, hogy ha egy sikertelen diagnózis kapcsán nem sértődöttek, arrogánsan és becsúrlően állunk

szemben a társszakmával, hanem jó szándékú konzultációt kezdeményezünk, akkor felkelthetjük a kollégák érdeklődését, akik jelentős mértékben képesek változtatni a szemléletükön. Személyes tapasztalatom, hogy egyes gasztroenterológusok, akik korábban – teljesen logikusan, hiszen az ő szakterületükhöz közvetlenül nem tartozó betegségről van szó – nem lettek volna képesek primér módon endometriosisban gondolkodni bélrendszerre lokalizálódó tünetekkel bíró fiatal nők esetében, ma már egyre többször küldik a rendelésünkre a pácienseiket. Tehát a társszakmákban komoly fejlődés, változás kezd beállni, amit meg kell becsülnünk. Legfontosabbnak nem is a szimpóziumokat és továbbképzéseket tartom, hanem a mindenkori visszajelzés és konzultációt a más szakmák felől érkező betegek kapcsán. Legyünk kellően nyitottak arra, hogy ne a negatív kritika szándékával, hanem jó szándékkal kommunikáljunk a társszakmákkal. Örülni kell annak, hogy végre fény derült egy egészségügyi problémára, amelyet a kollégák régóta vizsgáltak és igazából sosem sikerült megtalálni a páciens panaszainak és tüneteinek a hátterét. Az esetről konzultálva érezzük, hogy mennyire nehéz ennek a betegségnek az időbeni és pontos, korrekt diagnosztikája. Kifejezetten pozitív hatása van, ha megosztjuk egymással annak örömét, hogy a páciens jó vágányra került, és közösen vonjuk le az eset tanulságait. Személyes tapasztalatom, hogy a centrumunk környékén működő társszakmákban dolgozó kollégákkal ezen a téren nagyon jó az együttműködés. Tegnapai rendelésemre a gasztroenterológiáról érkezett egy súlyos végbél-endometriosisos páciens, akit a kolléga vizsgált a panaszai miatt, és korrekt iránydiagnózist felállítva küldte hozzám. Nagyon fontos tehát a pozitív visszajelzés és az együttgondolkodás egy-egy nehéz eset kapcsán a társszakmákkal. Így fel tudjuk kelteni az érdeklődésüket, illetve a helyes diagnózis sikerében közösen osztozva inspirálhatjuk őket arra, hogy minél többször gondoljanak ennek a betegségnek a lehetőségére.

#### **– Az orvostudomány diszciplínákra és szubdiszciplínákra tagozódott, miközben bizonyos betegségek – például az endometriosis – kapcsán egy ellenirányú tendencia szükségessége is megfigyelhető, hiszen az elmondottak alapján úgy tűnik, minden mindennel összefügg.**

Így van. Ha szabad azt mondanom, az endometriosis egyfajta multidiszciplináris szemléletet kíván meg. Éppen azért, mert maga a betegség – ahogy korábban utaltam rá – biológiai viselkedésének jellemzőiből kifolyólag nem respektálja az egyes szervrendszerek határait. Ha pedig a betegség nem respektálja az egyes szervrendszerek határait, akkor a kollégák, illetve a szakmák közötti határokat is le kell bontani annak érdekében, hogy korrektül tudjuk menedzselni a betegséget.

#### **– Az endometriosis műtéti ellátását nőgyógyász, vagy sebész végzi?**

A betegség kiterjedésétől függ, hogy csak nőgyógyász, vagy multidiszciplináris team áll neki a műtétnek. Centrumunkban rendszeresek a közös műtétek, ami azt jelenti,

hogyan a nőgyógyász a sebéssel, vagy az urológussal együtt operál, de gyakran fordul elő, hogy egyszerre mindhárman. Ez azon múlik, hogy az adott eset a műtét előtti kivizsgálások során csak nőgyógyászati szervek érintettségét mutatónak bizonyul, vagy a szomszédos szervrendszerek érintettsége is fennáll. Ha például a páciens endometriosisa a hüvelyfalán és a végbélen található, akkor a nőgyógyász és a sebész operál együtt. Ha a hólyagban és a méhfalon, akkor az urológus és a nőgyógyász, ha pedig mindegyik felsorolt területen egyszerre található a betegség, akkor mindhárman jelen vannak a műtétnél.

## SEBÉSZETI KIHÍVÁSOK

### – Klinikájukon melyek az endometriosis leggyakoribb műtéti típusai?

A pécsi centrum 2011 óta végez endometriosis nagyműtéteket. Alapvetően endoszkópos technikát alkalmazunk, néhány kivételtől eltekintve, amikor hagyományos, nyitott módszerrel kell operálnunk. Az imént felsorolt szervek bármelyikének elváltozását képesek vagyunk endoszkóppal megoperálni, ideértve a végbél, a vastagbél egyéb részei, a vékonybél, a féregnyúlvány, a húgyhólyag, a húgyvezeték, a méh, a medencefal és a hüvely műteteit. Ennek óriási előnyei vannak: a preparálás minősége, a műtét alatti vérzés mennyisége, a vizualizáció mértéke és összességében a sebészi beavatkozás minősége is sokkal jobb, mint a nyitott műtéteké.

### – Milyen előnyöket jelent ez a fajta műtéti technika a páciensre nézve?

A páciens gyógyulása lényegesen lerövidül, a kórházban töltött idő rövidebb, a postoperatív fájdalom kisebb, ezért a műtét utáni mobilizáció hamarabb megtörténhet. Kisebb az egyéb járulékos szövődmények – mint például a trombózis, a tüdőgyulladás – lehetősége. Csökken a fájdalomcsillapítással kapcsolatos gyógyszerigény. A páciens hamarabb visszaforgatható a normális kerékvágású életbe. Tudomásom szerint jelenleg Magyarországon radikális jellegű műtéteket csak két centrumban végeznek endoszkóppal, s ezek közül a miénk az egyik.

### – Ez tehát azt jelenti, hogy a fél ország Pécsen kezelteti az endometriosisát?

Az ország bármely pontjáról érkező pácienseket operálunk. Tegnap engedtünk haza például egy békéscsabai beteget, éppen az imént kaptam tőle üzenetet, hogy rendben van, jól érzi magát.

### – Az operációt követően a betegek gyógyultnak tekinthetők?

Az, hogy lesz-e maradvány-endometriosisa a páciensnek, számos tényezőtől függ. Az egyik legfontosabb, hogy módunkban áll-e annyira radikálisan operálni a páciens, amennyire a betegség kiterjedése anatómiai értelemben megkívánja azt. Ha a beteg méhe, vagy a petevezeték beteg, kérdés lehet, hogy eltávolíthatjuk-e azt. Amennyiben a páciens családtervezése nem befejezett, ez a körülmény nagymértékben korlátozza az alkalmazható radikalitás mér-

tékét, tekintettel arra, hogy ha gyermekvállalásban gondolkodik egy házaspár, akkor a méh eltávolítása ritkán lehet opció. Azonban sok esetben a betegség okozta kismenedecei roncsolódás igen nagymértékű, és a páciens életkora már abba a tartományba esik, amikor az asszisztált reprodukció sikerességének valószínűsége is alacsony. Vannak olyan házaspárok, akik annyi szenvedésen és fájdalommentek keresztül, hogy ilyen helyzetben azt kérik, az életminőség helyreállítása céljából inkább a legradikálisabb megoldást válasszuk. Közülük sokan örökbefogadási programban kívánnak részt venni, mert még így is teljes értékű családdá és egyben a társadalom hasznos tagjaivá válhatnak. Fölnevelnek egy-két, esetleg három árva gyermeket, s közben olyan életminőségben élhetnek, amely lehetővé teszi számukra a normális anyai és apai funkció betöltését. Éppen tegnap este járt nálam egy harmincnégy éves, súlyos vastagbél- és méh-endometriosisban szenvedő páciens, aki ezt fontolgatja a negyedik sikertelen lombikpróbálkozás után. Így még a negyvenedik életéve betöltése előtt – amíg a törvény lehetővé teszi csecsemő örökbefogadását – szeretnék elindítani az eljárást.

### – Jól sejtem, hogy e beteg esetében, még ha sikerült volna is az asszisztált reprodukció, megmaradna a betegség és a velejáró a fájdalom?

Így van. Még azoknál a pácienseknél is, akiknél sikeres a gyermekáldás, a szülés és szoptatás időszakának lezajlását követően fel szoktuk ajánlani a végleges megoldást. Az elmondottakból kitűnik, hogy a műtét radikalitásának megválasztásakor számos kompromisszumos tényezőt kell figyelembe vennünk. Ha a méhet nem lehet eltávolítani, magasabb a maradvány-endometriosis, illetve a visszatérő tünetek esélye. Erről fel is szoktuk világosítani a pácienseket. Ha viszont lehetőségünk nyílik arra, hogy az anatómiai kiterjedésnek megfelelő mértékű radikalitással operáljunk, és amennyiben ez műtéttechnikailag kivitelezhető, a recidíva esélye drámaian csökken.

### – Hasonlítható az endometriosis műtete a tumorok sebészetéhez?

Alapvetően az endometriosis sebésze nem azonos a daganatos sebészet technikájával, de nagyon sok köztük a hasonlóság. Ennek oka éppen az, hogy mindkét betegség megkívánja, hogy a lehető legkevesebb, optimális esetben zéró betegszövet maradjon hátra a szervezetben. Természetesen ezt viszont úgy kell megvalósítani, hogy minél kevesebb egészséges szövet károsodjon. Ez a legnagyobb kihívás az endometriosis sebészi terápiájában. Bár műtéttel endometriosis-mentessé tehető egy páciens, sajnos ezzel párhuzamosan új típusú, akár élethosszig tartó, vagy hosszú ideig jelen lévő, korábban nem létező problémák alakulhatnak ki az egészséges szövetek műtéti károsodásából kifolyólag. Ez lehet például a húgyhólyag működésének a későbbi zavara: a páciens nem érzi, hogy vizelettel telt a hólyag, és mivel nem működnek a hólyag beidegzéséért felelős struktúrák, nem tud normálisan vizeletet üríteni. Ugyanez vonatkozik a széklet ürítésére és az orgazmus készségre is. Nem kell hangsúlyozni, hogy a

három felsorolt funkció bármelyikének károsodása az életminőség jelentős romlását okozza. Ha tehát nem figyelünk kellőképpen, cseberből vederbe eshetünk: korábban az endometriosis miatt, később pedig a műtét hosszútávú következményeitől szenved a beteg. Nehéz eldönteni, hogy melyik a jobb, valószínűleg egyik sem. Ma már ismerünk olyan műtéti technikákat is, melyek arra irányulnak, hogy minimalizáljuk a műtét okozta tartós funkciókárosodásokat, de ezek nem mindig kivitelezhetők. Különösképpen akkor van nehéz helyzetben az operatőr, ha maga a betegség éppen az adott idegi struktúrákat érinti. Az endometriosis képes megtámadni még a perifériás idegrendszer is, amely egyébként a normál vegetatív és szomatikus (érző, motoros) funkciókért felelős. Amikor ilyen esettel találkozunk, komoly sebészi dilemma előtt állunk: ha megkíséreljük eltávolítani az elváltozást, lehet, hogy maradandó idegműködés-károsodás is létrejön, ha viszont ettől való félelmünkben ezt nem tesszük meg, akkor betegséget hagyunk hátra, amelyből komoly klinikai recidíva, azaz a tünetek jelentős fokú visszatérése alakulhat ki. Ez esetben viszont megkérdőjelezhető, hogy szükséges volt-e egy egyébként is magas kockázatú műtét elvégzése, ha nem sikerült tartósan megoldani a beteg problémáját.

#### – Milyen kockázatokkal kell számolni az endometriosis sebészi ellátása során?

Ezek a műtétek rendkívül magas kockázatú beavatkozások, melyek kapcsán akár életet veszélyeztető szövődmények lehetősége is fennállhat. Ha a bélhez nyúlunk, varratot kell készíteni rajta, amelynek elégtelensége miatt széklet csoroghat a hasüregbe. Ez hashártyagyulladás is okozhat, amely életveszélyes szövődmény. Ha a húgyutakhoz kell nyúlunk, az előbbihez hasonló módon vizeletszorgásos szövődmény alakulhat ki, ami szintén életet veszélyeztető állapothoz vezethet. Továbbá trombózis léphet fel, tüdőgyulladás alakulhat ki, valamint a komoly motoros idegkárosodás miatt alsó végtagi funkciókiesés jöhet létre. Szerencsére a súlyos szövődmények globális kockázata a mai sebészi technikáknak köszönhetően nem túl magas, a radikális műtétek esetében 3-5 százalékra tehető. Meg kell jegyezni, a súlyos szövődmény mind a páciens, mind a kezelő teamet nagyon megviseli. Ilyenkor többszöri operációra és hosszú hónapokon keresztül gyógykezelésre is szükség lehet.

#### – Évente hány endometriosis műtétet végeznek a pécsi klinikán?

Centrumunkban hetente egy bélresectiót igénylő nagy műtétet operálunk. Ennél több elvégzésére nincs lehetőség a sebészi kapacitás szűkössége miatt, hiszen az ilyen típusú, négy-hat órás műtétek összeszokott team állandó jelenlétét kívánják meg. Ezen túlmenően olyan eseteket, amelyeknél nincs szükség bélresectióra, de indokolt a hólyagrectió, vagy a méhet körülvevő kötőszövetek eltávolítása, heti két-három alkalommal operálunk. Egyszerűbb műtétekre napi gyakorisággal kerül sor.

## HUMÁN ERŐFORRÁS

### – Ön Németországban sajátította el a radikális endoszkópos sebészetet. Ma hol tudnak szert tenni az orvosok az endometriosis kezeléséhez szükséges tudásra?

Abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy egy évvel ezelőtt felállt a saját önképző körünk. Endometriosis teamünkhöz a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika öt fiatal szakorvosa, illetve rezidense tartozik. A kollégák a menedzselés minden mozzanatában részt vesznek a páciens első megjelenésétől a panaszok kikérdezésén, a fizikális vizsgálatok elvégzésén és a képalkotó vizsgálati leletek kiértékelésén át, egészen a műtétig és a postoperatív ellátásig. Sőt – ezt büszkeséggel mondjuk el – a team fiatal tagjai heti rendszerességgel konkrét esettel kapcsolatos házi feladatot kapnak, amelyek elvégzését szigorúan ellenőrizzük. Egy-egy eset kapcsán részinformációkkal látjuk el őket, amelyek alapján meg kell tervezniük a szükséges diagnosztikai lépéseket és fel kell állítaniuk a terápiás tervet. A folyamatos képzés részét képezi a belső minőségbiztosítási rendszerünknek, ahogy az online adatbázisunk is. Ebben a tudásom szerint az országban egyedülálló adatbázisban megtalálható a páciensekre vonatkozó összes, releváns adat a képi dokumentációval együtt, s belekerülnek a műtétekről készített felvételek is, melyeket minden alkalommal visszanezünk és kielemezzük. A minőségbiztosítási folyamathoz az is hozzátartozik, hogy az operáció megkezdésekor felolvassuk a kórlapon szereplő leleteket és a felállított diagnózist, így kontrollálva annak helyességét a műtéti situs megpillantásakor. Ezt nem csak egyfajta szakmai igényesség miatt tesszük, hanem azért is, mert a munkánk tárgya élő ember, tehát a legnagyobb alázattal kell nekilátnunk a feladatnak. Márpedig ha felkészületlenek lennénk, akkor alázat sem lenne bennünk. Hozzá kell tenni, hogy rávisz minket erre a szükség is. Precíz műtéti tervet kell felállítanunk ahhoz, hogy mindig pontosan tudjuk, szükséges-e bélvarrógép az elvégzendő beavatkozáshoz. Egyelőre még nem tartunk ott, ahol a német klinikák: az operatőr a műtő falába beépített szekrényből választhatja ki a megfelelő bélvarrógépet – ezt személyesen láttam korábbi tanulmányutam során.

### – Előfordulhat-e, hogy a legmondosabb tervezés ellenére műtét közben el kell térni az eredeti forgatókönyvtől?

A diagnosztikai algoritmus követése mellett jelentős mértékű eltérés nem szokott előfordulni. A kivizsgálás első eleme a részletes nőgyógyászati vizsgálat, amelyhez hozzátartozik az is, hogy mi magunk értékeljük a páciensek MR felvételeit. Ez nem általános gyakorlat Magyarországon, de a mi teamünkben – amelynek egyébként tagjai a képalkotó diagnoszták is – alapkövetelmény. Azért van erre szükség, mert a képalkotó szakmában jelenleg nincs célirányú képzés. Bár néhány kiváló radiológus igen jó minőségben képes diagnosztizálni az endometriosis, ha jó műtéti tervet akarunk felállítani, nem hagyatkozhatunk a szöveges lele-

tekre. Egyébként nem csak a képző, hanem a szövettani diagnózis is rejthet magában buktatókat, ezért a patológusokkal való szoros együttműködés is elengedhetetlen. Így áll össze a multidiszciplináris team, amelynek tagjaival minden év végén összegyűlünk, hogy elemezzük a legérdekesebb eseteket, és elbeszélgessünk egymással a szakmánkról. Ha pedig munkánk során bármikor szövődmény lép fel egy páciensnél, azonnal megvitátjuk annak lehetséges okait. Mert nem csak a sikerekkel kell foglalkozni, hanem a kudarcokkal is ahhoz, hogy továbbléphessünk, fejlődhesünk. Így kovácsolódik össze a teamünk.

#### – Ön szerint van rá esély, hogy megoldódjanak a kapacitásbeli problémák?

Annyira sok a beteg, hogy indokolt lenne a kapacitásnövelés, ám erre országos szinten nem látok nagy esélyt. Új centrumok felállítására lenne szükség, aminek alapvetően a képzett szakemberek hiánya szab gátat. A finanszírozási környezet sem inspiráló. Az egészségbiztosító megalázóan alacsony összeget fordít az endometriosis egyértelműen első helyen említendő sebészi terápiájára. Míg egy műtét ára a Lajtán túl tízezer eurónál kezdődik, addig nálunk ennek a töredékét fizeti az egészségbiztosító és a költségek döntő hányadát az intézményeknek kell kigazdálkodniuk. Ez általános probléma a magyar egészségügyben, mi is ugyanazokkal a gondokkal küzdünk, mint más szakterületek. Ez azért is baj, mert – ahogy azt nemzetközi tanulmányok leírták – a betegek rengeteget költenek fájdalomcsillapítókra,

hatalmas társadalmi terhet jelent a munkából kiesett órák száma, és az optimális népszaporulat elmaradása, amihez ez a betegség jelentős mértékben hozzájárul. Forintban pedig nem is kifejezhető, hogy emberletek mennek tönkre, párkapcsolatok bomlanak fel. Sajnos az elmúlt huszonöt év során a mindenkori egészségpolitika nem volt partner abban, hogy az endometriosis és sok más betegség finanszírozása a helyére kerüljön.

#### – Ebben a helyzetben adhat-e okot bármi is a bizakodásra?

Igen, feltétlenül bizakodásra ad okot a fiatal generáció hozzáállása. Az endometriosis kezelésében elkerülhetetlen a szemléletváltás, és erre elsősorban a fiatal kollégák nyitottak. Új irányelvre van szükség, pontosabban a 2013-ban kiadott európai guideline hazai adaptációjára készülünk, amire ez év őszén sor fog kerülni. Folyamatosan csiszolni kell a tudásunkat, frissíteni az ismeretanyagot, követni a nemzetközi szakirodalmat, és ez alól az idősebb generáció sem kivétel. Jőmagam éppen Németországba készülök egyéves tanulmányútra, hogy az Európai Endometriosis Ligát megalapító professzortól sajátíthassam el a legújabb endoszkópos technikákat. De hogy a pácienseink ellátása zavartalan maradjon, konzultációt és vizsgálatot havi rendszerességgel folytatok majd itthon ezen időszak alatt is. Csak kitarító önképzéssel tarthatunk lépést a fejlődéssel, és örömmel látom, e tekintetben komoly elmozdulás figyelhető meg a szakmában.

*Boromisza Piroska*

## NÉVJEGY



**Dr. med. habil. Koppán Miklós** PhD szülész-nőgyógyász, egyetemi docens, klinikaigazgató-helyettes

Orvosi diplomáját 1993-ban szerezte meg a Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán, majd azt követően az egyetem Anatómiai Intézetében folytatta hallgatóként megkezdett kutatómunkáját, valamint az orvostan-

hallgatók makroszkópos és mikroszkópos anatómiai, illetve fejlődéstan oktatását, mely munkáját mind a mai napig végzi magyar, angol és német nyelven.

Kutatásait 1996-1998 között az Egyesült Államokban, a Nobel-díjas Andrew Schally professzor laboratóriumában folytatta, ahol az agyalapi mirigy működését szabályozó agyi hormonok és azok szintetikus vegyületeinek élettani és daganatellenes hatásait tanulmányozta. Kutatómunkájának eredményeként írta meg egyetemi doktori (PhD) értekezését 1998-ban. Jelenlegi tudományos tevékenysége az endometriosis állatkísérletes illetve klinikai tanulmányozására, valamint a petefészek működést szabályozó endokrin folyamatok vizsgálatára terjed ki. Számos nemzetközi és hazai tudományos közlemény szerzője.

Betegágy mellé 1999-ben került, amikor az akkori Baranya Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán kezdte meg klinikai tevékenységét, majd 2005-ben szülész-nőgyógyász szakvizsgát tett. 2007-től a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján dolgozik, melynek 2014-től helyettes igazgatója, a szubintenzív osztály vezetője. 2008 óta az egyetem habilitált doktora, 2009 óta egyetemi docens.

Szűkebb szakterülete a nőgyógyászati endoszkópos és minimál invazív sebészet, beleértve az endometriosis, a medencefenéki rendellenességek (prolapsusok, vizelet inkontinencia) illetve a jó- és rosszindulatú daganatos megbetegedések (myoma, petefészek ciszta, méhtest- és méhnyakrák) sebészetét. Itthon és nemzetközileg egyaránt elismert endoszkópos szakember. 2009-ben Németországban, a giesseni Justus-Liebig Egyetem Nőgyógyászati Klinikáján dolgozott, ahol a modern, radikális endoszkópos sebészetet sajátította el. Vezetőségi tagja a Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társaságának. A nemzetközileg elismert endoszkópos oktatóhely, a Giessen School of Endoscopic Surgery (GSES, Németország) konzultánsa. Az amerikai-japán Terumo Medical Corporation endoszkópos divíziójának fejlesztő-tesztelő konzultánsa.