

2004. december • I. évfolyam 3. szám

# UROLOGIA

*Illyés Géza Alapítvány tudományos folyóirata – Scientific journal of „Illyés Géza” Endowment*



*Interdisciplinaris szakfolyóirat urológusok, onkológusok és a társszaktmák orvosai számára*



# Casodex<sup>®</sup> 150mg

bicalutamide

...és elég idő jut mindenre



## Alkalmazható:

- A Casodex 150 mg önmagában vagy más kuratív kezelés mellett adjuváns terápiaként lokális vagy lokálisan előrehaladott prosztatákban
- Monoterápiaként lokálisan előrehaladott, nem metasztizáló prosztaták kezelésére
- Metasztizáló prosztaták második vonalbeli kezelésére

Felírás előtt kérjük tanulmányozza át a részletes alkalmazási előíratot

**AstraZeneca**  
UROLOGY



# UROLOGIA

Illyés Géza Alapítvány tudományos folyóirata – Scientific journal of „Illyés Géza” Endowment

FŐSZERKESZTŐ – EDITOR IN CHIEF

**Romics Imre**

FŐSZERKESZTŐ HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

**Szűcs Miklós**

## SZERKESZTŐBIZOTTSÁG – EDITORIAL BOARD

*Genetika, molekuláris biológia*

**Falus András, Oláh Edit, Csuka Orsolya**

*Epidemiológia, statisztika*  
**Gundy Sarolta, Józan Péter**

*Patológia*  
**Kopper László, Schaff Zsuzsa, Szende Béla**

*Kemoterápia*  
**Kásler Miklós, Bodrogi István,  
Baki Márta, Géczy Lajos, Horti József,  
Mavrogenis Stelios**

*Urológia*  
**Farkas László, Pajor László, Tóth Csaba,  
Szabó Zoltán**

*Sugárterápia*  
**Németh György, Mayer Árpád**

*Intenzív terápia*

**Pénzes István, Joós Lajos, Szabó Krisztina**

*Nukleáris medicina*

**Trón Lajos, Szilvási István**

*Nőgyógyászat*

**Papp Zoltán, Paulin Ferenc**

*Sebészet, ortopédia*

**Kupcsulik Péter, Szendrői Miklós, Harsányi László**

*Képpalkotó eljárások*

**Gődény Mária, Mester Ádám**

*Laboratórium*

**Ottó Szabolcs**

*Pszichológia*

**Pilling János**

## NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET – INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

**Rübber, H.** (Essen, Németország),  
**Marberger, M.** (Wien, Ausztria),  
**Altwein, J.** (München, Németország),  
**Wirth, M.** (Dresden, Németország),  
**Fitzpatrick, J.** (Dublin, Írország),  
**Haas, G.** (Syracuse, N.Y., USA),  
**Heidenreich, A.** (Köln, Németország),  
**Hammerer, P.** (Braunschweig, Németország),  
**Trombetta, C.** (Trieste, Olaszország),

**Pummer, K.** (Graz, Ausztria),  
**Hoznek, A.** (Paris, Franciaország),  
**Kirkali, Z.** (Izmir, Törökország),  
**Jacqmin, D.** (Strasbourg, Franciaország),  
**Debruyne, F. M. J.** (Nijmegen, Hollandia),  
**Kurth, K. H.** (Amsterdam, Hollandia),  
**Reijke, T.** (Amsterdam, Hollandia),  
**Zlotta, A.** (Brussels, Belgium),  
**Weidner, W.** (Giessen, Németország).

**Kiadja:** Illyés Géza Alapítvány

**Felelős kiadó:** Romics Imre

**Szerkesztőség:** Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika  
1082 Budapest, Üllői út 78/B. Telefon/fax: (1) 210-0796 • E-mail: romimre@urol.sote.hu

**Lapmenedzselés:** Telefon: (1) 222-7761, 06-30/419-3273

**Kivitelezés:** Pharma Press Kft. • Telefon: (1) 210-4190

ISSN: 1785-864X

Megjelenik negyedévente 1000 példányban, a Magyar Urológiai Társaság és a Magyar Onkológusok Társasága tagjainak ingyenesen, címlista alapján, postai úton. Az egyes példányok megvásárolhatók vagy megrendelhetők a kiadóban 890 Ft-ért. Tájékoztatjuk, hogy a szerkesztőbizottság vállalja a külön megjelölés nélkül megjelenő cikkekért a felelősséget, a lapban közölt hirdetéseket és PR cikkeket kellő gondossággal kezeli, azonban azok tartalmáért felelősséget nem vállal. A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti frásos és a kiadó által készített grafikai anyag közlési és sokszorosítási joga a kiadót illeti meg.



## T A R T A L O M

Az orvosi felelősség aktuális kérdései <i>Sótonyi Péter dr.</i>	64
Szemikvantitatív prosztata-specifikus antigén meghatározással szerzett tapasztalatok <i>Romics Imre dr.</i>	66
Treated natural history of patients with high grade superficial bladder tumors (T1 G3) <i>J. Otto, K. W. Schmid, A. Eisenhardt, H. Rübber, T. Otto</i>	69
Az ultrahang-vezérelt prosztatabiopszia technikája <i>Romics Imre dr.</i>	72
Húgyhólyag-diverticulum carcinosarcomája <i>Keszthelyi Attila dr., Kulka Janina dr., Romics Imre dr.</i>	76
Nagy kiterjedésű scrotalis Buschke-Loewenstein-tumor esete <i>Bánfi Gergely dr., Kelemen Zsolt dr., Illyés György dr., Keszthelyi Attila dr., Romics Imre dr.</i>	78
A pénisz Kaposi-sarcomája <i>Nádas György dr., Bánfi Gergely dr., Borka Katalin dr., Romics Imre dr.</i>	81
EBU Certifikáció	84
Az interleukin-2 szerepe az áttétes vesedaganatok kezelésében <i>Horti József dr.</i>	85
Hírek	86
SIU Kongresszus 2004.	87
Szakorvosi felkészítő továbbképző program	88
Hírek	89



*Minden kedves olvasónknak  
boldog új évet kívánnak  
a folyóirat készítői  
és a Semmelweis Egyetem  
Urológiai Klinika munkatársai!*





# Az orvosi felelősség aktuális kérdései

(a 11. FUN-on tartott előadás alapján)

Dr. Sótónyi Péter

Semmelweis Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet

*Az orvosnak tevékenységét az orvosi foglalkozás szabályainak betartásával kell végezni. Működésének alapelveit az 1997. évi CLIV. Egészségügyi Törvény tartalmazza. A felsorolás a perek megelőzése érdekében a legfontosabb szempontokat foglalja össze.*

*The activities of the physician are to be carried out in compliance with the regulations of the medical profession. The principles of functioning of the physician are enclosed in the CLIV. Health Act of 1997. The list comprises the most important aspects in the interest of preventing lawsuits.*

A kifogásolt egészségügyi tevékenységből származó, elsősorban polgári peres eljárások elkerülését az orvosnak a hiba elhárítására tett intézkedései és a beteggel való megfelelő kommunikáció meghatározó módon befolyásolják.

Rozovzky és Rozovzky (1) kanadai jogászok a perek megelőzése érdekében részletezték azokat a legfontosabb szempontokat, amelyekre az egészségügyi tevékenység során fokozottan kell figyelni. A megállapításokat Bartha és Sándor (2), Magyarországon is hasznosíthatónak tartva, rövidített formában közreadta.

Az igazságügyi orvosszakértői tapasztalatok alapján – a teljességre nem törekedve – javasoljuk, hogy a gyakorló orvos tevékenysége során megkülönböztetett figyelmet szenteljen az alábbi szempontoknak:

1. A beteg önrendelkezési és személyes jogai csak az Egészségügyi Törvényben meghatározott módon és esetekben korlátozhatók.

2. Biztosítani kell az orvosi jogviszonyban részt vevő személyek – orvos és beteg – között a mellérendeltségi kapcsolatot, amely alapvetően az egyenrangúság és egyenjogúság elvének érvényesítésével valósulhat meg.

3. Az orvosi szolgáltatás ne irányuljon meghatározott eredményre, csupán az eredmény elérését szolgáló tevékenység végzésére, ezért a határozott, egyértelmű garancia vállalását lehetőleg kerülni kell.

4. Az orvosi hálapénz a kényszer nélküli és szabad elhatározáson alapuló hála kifejezése. Az 1988. évi Adótörvény értelmében adóköteles jövedelem.

5. A jogtalan előnyökért az előre felajánlott vagy ráutaló magatartással kikényszerített anyagi juttatás hivatalból üldözendő, ezért adott esetben zsarolásnak is minősülhet.

6. A beteget az egészségügyi szolgáltató tájékoztassa – egészségi állapotától függően – a felvételkor, illetve az el-

látás előtt a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről és az intézmény házirendjéről.

7. A beteg jogosult a számára egyéniesített teljes körű tájékoztatásra. A törvény részletezi a tájékoztatás szempontjait, azokat nem lehet figyelmen kívül hagyni. Célszerű arról is meggyőződni, hogy a beteg megértette-e a tájékoztatást!

8. A tájékoztatás során az orvos ne tüntesse fel a betegséget a valóságosnál enyhébbnek vagy súlyosabbnak. Ne ígérjen olyan eredményt sem, amelyre az orvostudomány adott állása szerint nem számíthat.

9. A betegtájékoztatást a gyógykezelést végző orvos végezze. A beleegyező nyilatkozatot aláírással kell tanúsítani. A feladat átruházása jogviták forrása lehet!

10. Az orvos csak abban az esetben adjon tájékoztatást telefonon keresztül, ha a tájékoztatást kérő személy beazonosítható és jogosult a felvilágosításra. Az elhangzottakról készüljön írásos feljegyzés!

11. A betegnek joga van arra, hogy a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben részt vegyen. A beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. Az új vagy még nem széles körben alkalmazott eljárások eseteiben mindig mérlegelni kell, hogy indokolt-e a beteg figyelmét felhívni – akár konzílium formájában – az esetleges nagyobb kockázatra.

12. A dokumentáció mindenkor a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát, az időpontok rögzítésével. Annak készítésében és megőrzésében a jogszabályban leírtak szerint kell eljárni, attól eltérni nem lehet.

13. Az írásos dokumentációt folyamatosan, a tényeknek megfelelően, olvashatóan, az elvárható szakértelemmel és gondossággal kell elvégezni, mert tartalmáért nem csak etikai, hanem polgári jogi és büntetőjogi felelősséggel is tartozik az orvos. Figyelemmel kell kísérni az ápolószemélyzet feljegyzéseit is.



14. A betegnek biztosítani kell azt a jogát, hogy megismerje az egészségügyi dokumentációban rögzített adatait, azokról tájékoztatást kérjen, illetve saját költségére írásos másolatot kapjon.

15. A hatályos jogszabályi kereteken belül – hatósági megkeresésre – az orvos mentesül a titoktartási kötelezettség alól, ilyen esetekben köteles tájékoztatást adni, azonban minden olyan információ, amelynek a hatósági vizsgálathoz nincs köze, a titoktartási kötelezettség alá esik. Hatósági megkeresés írásban történjen!

16. Meg kell teremteni annak lehetőségét a járó- és fekvőbeteg-ellátásban, hogy a beteg igényei szerint más szakember véleményét is kikérhesse, akár konzílium formájában. Az ilyen kérések elutasítása a későbbiekben számos jogvita forrását képezheti.

17. A konzíliumot kérő orvos a konzíliumon személyesen vegyen részt. A konzílium során kialakított vélemény kerüljön írásban is rögzítésre. A konzílium eredményét a beteggel vagy jogosult hozzátartozójával közölni kell.

18. Ha a beteg kezelését más orvos folytatja, akkor az új kezelőorvos időben kapja meg a beteggel kapcsolatos összes hivatalos feljegyzést vagy annak hiteles másolatát. A beteg kórtörténetét már a vizsgálat előtt célszerű elolvasni.

19. Az orvos a beteg gyógykezelésével és vizsgálatával kapcsolatos eltérő véleményét, annak megvitatását (kivéve: konzílium) ne a beteg vagy hozzátartozója jelenlétében végezze.

20. A cselekvőképes beteg az önrendelkezési jog gyakorlásának keretében szabadon dönthet arról, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni vagy vissza kívánja-e azt utasítani, illetve el kívánja-e hagyni az egészségügyi intézményt, kivéve, ha a kezelés elmaradása vagy az intézmény elhagyása mások életét vagy testi épségét veszélyez-

teti. A beteg döntését a jogszabályi feltételeknek megfelelően dokumentálni kell!

Háromtagú orvosi bizottság a beteg vizsgálatát követően nyilatkozzon arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg. A visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát a beteg bármikor visszavonhatja!

21. Tiszteletben kell tartani a beteg azon jogát, hogy egészségügyi és személyes adatait csak arra jogosulttal közöljék és azokat bizalmasan kezeljék.

22. Az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás eseteiben, amelyek orvosi ellátást igényelnek, a megfelelő kezelést a lehető legrövidebb időn belül meg kell kezdeni. Kivételt képez az életet veszélyeztető állapot, amely azonnali intézkedést kíván.

23. A gyógyítás szabadságának elvéből következik, hogy a kezelőorvos joga és kötelezettsége a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása, a tudomány mindenkori állásával összhangban álló szakmai ismereteinek továbbfejlesztése.

24. A kezelőorvos, mint egészségügyi szolgáltató, a beteg gyógykezeléséért, annak folyamatáért felelősséggel tartozik, ezért soha ne adjon a gyógyító, megelőző tevékenységben olyan kezelési utasítást és gyógyszerjavallatot, amely határozatlan idejű. A beteg figyelmét fel kell hívni a gyógyszerekhez mellékelt tájékoztató tartalmára is!

25. Biztosítani kell annak feltételeit, hogy a szakorvosi képesítéssel még nem rendelkező orvos tevékenységét a megfelelő szakképesítésű szakorvos felügyelete mellett végezze.

26. Különös óvatossággal kell eljárni, ha nem egészségügyi dolgozót bízunk meg az egészségügyi tevékenységhez kapcsolódó feladatokkal (anyagszállítás, leletek küldése, kézbesítés).

#### References:

1. Rozovzky F, Rozovzky EL: Medical law review 2. 1986
2. Bartha F, Sándor J: Egészségügyi tevékenység polgári jogi felelősség.

Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest, 1990



# Szemikvantitatív prosztata-specifikus antigén meghatározással szerzett tapasztalatok

Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK Urológiai Klinika

*A szerzők 134 férfi vérében szemikvantitatív PSA mérést végeztek, és azt kvantitatív mérési eredményekkel hasonlították össze. Az esetek 60%-ában a két mérési módszer egyezett. Az átlagos mérési eltérés 0,33 ng/ml volt.*

**Kulcsszavak:** PSA, prosztatarák, szemikvantitatív meghatározás

*The authors investigated 134 male patients, comparing PSA concentration measured by semiquantitative and quantitative methods. In 66.6 percent of cases, results measured by both methods were identical. Average deviation of semiquantitative technique was 0.33 ng/ml.*

**Key-words:** PSA, prostate cancer, semiquantitative blood test

A prosztatarák epidemiológiai adatai közismertek. Évente 300 000 férfi betegszik meg prosztatarákban az USA-ban, és ebből több mint 30 000 hal meg. Hazánkban egy nagyközség lélekszámával egyezik a prosztatarákban elhunytak száma, ami évente 1300 körül van.

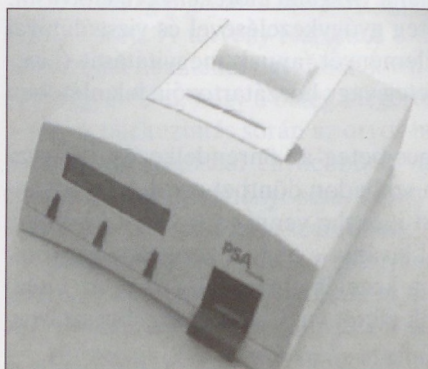
A prosztatarák korai felismerését a prosztata-specifikus antigén negyedszázados története alapvetően kedvező irányban befolyásolta. Tudjuk, hogy a PSA nem rákspecifikus, ismert, hogy a patológiás – vagy legalábbis a gyártó által megadott normál értéken felüli – esetben lehet prostatitis, BPH is a diagnózis, de uroonkológia PSA nélkül ma nem képzelhető el.

Hazánkban másfél évtizede jelent meg az első dolgozat a PSA-ról (1), az azóta olvasható közlemények is a teljes, valamint szabad kvantitatív PSA meghatározásról szólnak. A vizsgálat bonyolultsága, idő- és műszerigénye, ára ismert. Már évekkel ezelőtt felmerült az igény, hogy tájékoztató jelleggel gyors, szemikvantitatív eljárást dolgozzanak ki (2).

## Betegek és módszerek

Klinikánkon 1989 óta végzünk PSA meghatározást. Az idők során többféle kitet használtunk. Meghatározásainkat jelenleg az Abbott cég IMx készülékével MEIA (micro-particle enzyme immunoassay) módszerrel végezzük.

A szemikvantitatív PSA meghatározás a '77 Elektronika Kft. PSA Reader (1. ábra) – egy gyors, kromatográfiás tesztkazetta-leolvasó és félautomata kijelző készülék – segítségével történt. A beteg ujjából vett egy csepp vért és egy csepp puffer anyagot a kazettába (2. ábra) és ez után 8

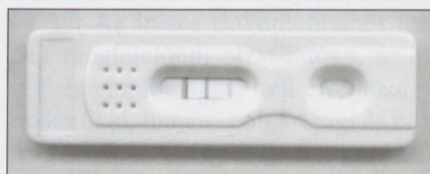


1. ábra  
PSA Reader készülék

perccel a kazettát a gépbe tesszük. Két másodperc elteltével az eredményt leolvassuk.

A PSA Reader félautomata készülék, lényegében egy reflexiófotométer.

A teljes vér PSA analízisének alapja a jó minőségű, kromatográfiás, gyors tesztkazetta. A membránt előre bevonták anti-PSA antitestekkel a tesztvonal területén. Mérés alatt a minta reakcióba lép az antitestekkel bevont részecskével. A keverék kapilláris elven felfelé halad a membránon, hogy reakcióba lépjen a membránon lévő anti-PSA antitestekkel és egy színes vonalat képezzen.



2. ábra  
PSA teszt kazetta



A készülék öt tartományt mér:

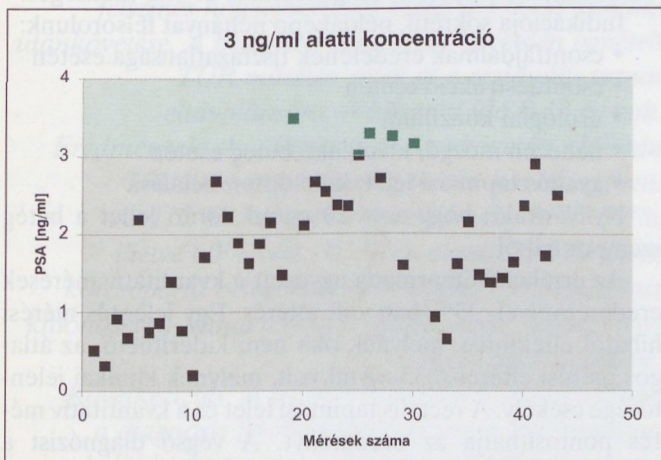
- 0,0–3,0 ng/ml
- 3,1–5,0 ng/ml
- 5,1–10,0 ng/ml
- 10,1–20,0 ng/ml
- 20,0 ng/ml fölött

134 betegnél végeztük el a méréseket mindkét módszerrel, egy mintából több mérést is végeztünk.

Prosztatarák gyanúja esetén biopsziát is végeztünk – bár a két módszer összehasonlítása volt a cél, így a szövettani diagnózis ebben az esetben irreleváns volt.

### Eredmények

58 férfi mintájában a PSA eredmény a szemikvantitatív módszerrel 3 ng/ml-nél kevesebb volt. Tizenöt esetben (26%) mértünk magasabb PSA szintet MEIA módszerrel, az eltérés átlaga 0,7 ng/ml volt (3. ábra).

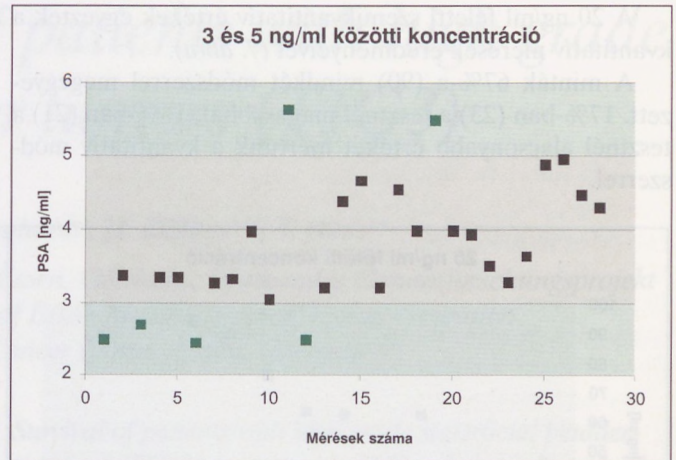


3. ábra  
3 ng/ml alatti szemikvantitatív koncentrációk kvantitatív eredményei

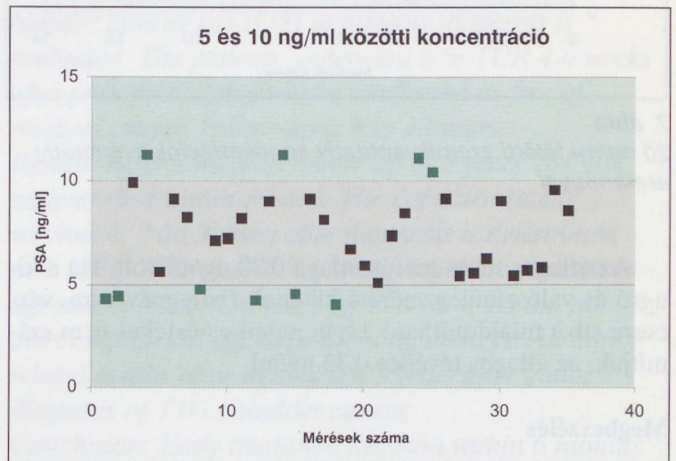
3-5 ng/ml közöttinek mértük a PSA-t 26 esetben. A kvantitatív módszerrel két betegben (7%) 5 ng/ml feletti, 10 esetben (36%) 3 ng/ml alatti értéket mértünk. Az eltérés átlaga mindkét esetben 0,7 ng/ml volt (4. ábra).

A PSA Readerrel 5 és 10 ng/ml közöttinek 20 mintát mértünk, ezek a kvantitatív értékekkel 14 esetben egyeztek, 5 esetben (25%) 10 ng/ml felett, 3 esetben (15%) 5 ng/ml alatt volt az Abbott IMx készülékkel mért érték. A téves mérések átlaga 2,98, illetve 1,05 ng/ml volt (5. ábra).

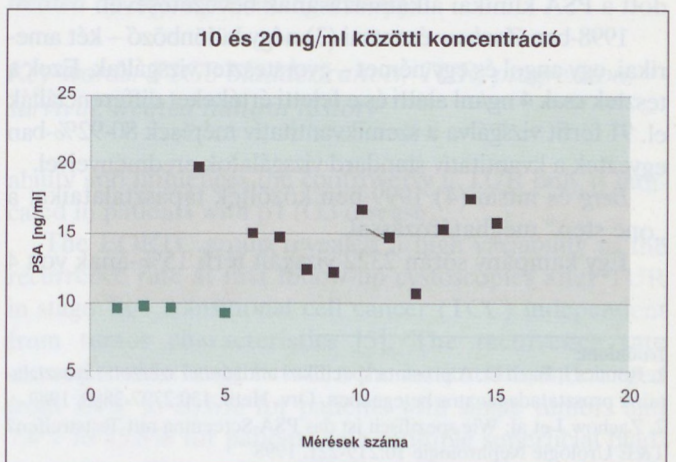
10 és 20 ng/ml közötti értékeket 15 esetben mért a PSA Reader. Ezek közül kvantitatív módszerrel 8 eset (53%) 10 ng/ml alatti érték volt, az eltérés átlaga 2,1 ng/ml volt. Egy esetben „mért 20 ng/ml fölél” a PSA Reader, az érték 11,46 ng/ml-rel volt több, azaz 31,46 ng/ml-t mértünk (6. ábra).



4. ábra  
3 és 5 ng/ml közötti szemikvantitatív koncentrációk kvantitatív eredményei



5. ábra  
5 és 10 ng/ml közötti szemikvantitatív koncentrációk kvantitatív eredményei

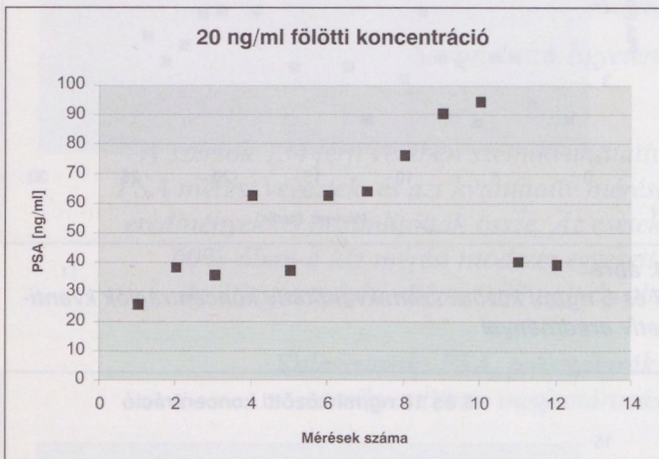


6. ábra  
10 és 20 ng/ml közötti szemikvantitatív koncentrációk kvantitatív eredményei



A 20 ng/ml feletti szemikvantitatív értékek egyeztek a kvantitatív mérések eredményeivel (7. ábra).

A minták 67%-a (90) mindkét módszerrel megegyezett. 17%-ban (23) a tesztnél magasabbat, 16%-ban (21) a tesztnél alacsonyabb értéket mértünk a kvantitatív módszerrel.



7. ábra  
20 ng/ml fölötti szemikvantitatív koncentrációk kvantitatív eredményei

Az átlagos téves mérés átlaga 0,78 ng/ml volt. Ha a kiugró és valószínűleg mérési hibának (betegnévcsere, vércsere stb.) tulajdonítható 11,46 ng/ml-es értéket nem számítjuk, az átlagos tévedés 0,33 ng/ml.

## Megbeszélés

A prosztaták primer oka, rizikófaktorai nem bizonyítottak, ezért a primer prevenció jelentősége kicsi. A szekunder prevenció, a korai felismerés jelentősége fokozódott a PSA klinikai alkalmazásának bevezetésével.

1998-ban Zachow és mtsai (3) négy különböző – két amerikai, egy angol és egy német – gyorsesztest vizsgáltak. Ezek a tesztek csak 4 ng/ml alatti és e feletti értékeket differenciálták el. 91 férfit vizsgálva a szemikvantitatív mérések 80-92%-ban egyeztek a kvantitatív standard vizsgálatok eredményeivel.

Berg és mtsai (4) 1999-ben közzétették tapasztalataikat a „one step” meghatározással.

Egy kampány során 2322 vizsgált férfi 15%-ának volt 4

ng/ml-nél magasabb PSA szintje, ezek 23%-a ment el később urológushoz.

Azon vizsgált betegeknek, akiknél 4 ng/ml alatti értéket mutatott a tesztcsík, 83%-ban egyezett a kvantitatív eredmény. 91,5%-ban egyezett azoknak az eredménye, akik PSA értékét a tesztcsík 4 ng/ml felettinek mérte.

Ugyancsak Berg és mtsai (5) a betegek compliance-ét is vizsgálták, és megállapították, hogy a feleség, élettárs rábeszélése is igen jelentős volt a PSA vizsgálatban való részvételnél. Egy másik közleményben (6) megállapították, hogy az 55-59 év közöttiek mentek el legnagyobb számban PSA szűrésre. Az ezt követő legnagyobb arányban a 60-64 év közöttiek vettek részt szűrésen.

Vizsgálatainkban a fentiekől eltérően nem két, hanem öt tartományt mértünk, ezért jóval differenciáltabb értékeket kaptunk.

A szemikvantitatív teszt jelentősége annak gyorsaságában, tájékoztató jellegében van, minden olyan esetben, amikor gyors terápiás és diagnosztikus döntés szükséges.

Indikációja sokrétű, példaképp néhányat felsorolunk:

- csontfájdalmak eredetének tisztázatlansága esetén
- csontdestrukció esetén
- urológiai konzílium
- nehezen mozgó, távol lakó beteg esetén
- gyanús tapintási lelet, kő eldifferenciálása

Nyilvánvaló, hogy a > 20 ng/ml döntő lehet a beteg szempontjából.

Az értékek kétharmada egyezett a kvantitatív mérések eredményeivel, 33%-ban volt eltérés. Egy jelentős mérési hibától eltekintve, melynek oka nem kideríthető, az átlagos mérési eltérés 0,33 ng/ml volt, melynek klinikai jelentősége csekély. A rectalis tapintási lelet és a kvantitatív mérés pontosíthatja az eredményt. A végső diagnózist a prosztata szövettani vizsgálata adhatja, ennek tévedési lehetőségei már egy másik dolgozat tárgyát képezik.

A PSA gyorsesztest egy újabb fegyver lehet a prosztaták korai felismerésében. Értékelése folyamatosságot és szakértelmet kíván. Minden tekintetben a kvantitatív mérést helyettesíteni nem tudja, de kedvező árfekvése, gyorsasága helyet érdemel az urológiai diagnosztikában.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönöm Májer Mihálynénak a minták meghatározásában nyújtott segítséget.

## Irodalom:

1. Romics I, Bach D: A prostata specifikus antigénnel szerzett tapasztalataink prosztatadaganatos betegekben. Orv. Hetil. 130:2797-2800, 1989
2. Zachow J et al: Wie spezifisch ist das PSA-Screening mit Teststreifen? T&E Urologie Nephrologie 10:219-221, 1998
3. Berg W et al: Pilot study of the practical relevance of a one-step test for prostate-specific antigen in capillary blood to improve the acceptance rate in the early detection program of prostate carcinoma. Int. Urol. Nephrol. 32:381-388, 2001

4. Berg W et al: Anwenderstudie zur Praxisrelevanz eines PSA-Schnelltests im Früherkennungsprogramm des Prostatakarzinoms. Urologe B 40:353-357, 2000
5. Berg W et al: Possibility of improving the acceptance rate of early detection testing for prostate cancer with a one-step test for prostate-specific antigen in whole blood. Urol. Int. 63:102-106, 1999
6. Romics I: A PSA jelentősége a prosztaták diagnosztikájában és szűrésében. Praxis 5:51-52, 1996



# Treated natural history of patients with high grade superficial bladder tumors (T1G3)

J. Otto<sup>1,2,3</sup>, K.W. Schmid<sup>2,3,4</sup>, A. Eisenhardt<sup>1</sup>, H. Rübber<sup>1,2,4</sup>, T. Otto<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Urology, University of Essen Medical School, Essen, Germany; <sup>2</sup>Nationales Genomforschungsprojekt (NGFN); <sup>3</sup>Institute of Pathology, University of Essen Medical School, Essen, Germany;

<sup>4</sup>West German Comprehensive Cancer Centre, Essen, Germany

*A magas grade-ű, felszínes hólyagtumorok (pT1G3) egyedüli TUR kezelésével elért eredmények, a túlélés meghatározása.*

*A betegek nem részesültek adjuváns immunvagy kemoterápiában.*

*Anyag és módszer: 404, magas grade-ű, primer, felszínes hólyagtumoros beteg (pT1G3) klinikai utánkötése. A betegek e diagnózist követően ismételt TUR műtéten estek át a reziduális tumor eltávolítására. A követési idő 8-12 év volt.*

*Eredmények: Az átlagosan 9 éves követési idő után 164/404 beteg halt meg tumor következtében.*

*Az 1, 2 és 3 éves túlélési eredmény 81%, 70%, illetve 60% volt. Az 50 év alattitól 80 év feletti korcsoportú betegeknél nem találtak korszpecifikus különbséget. Minden tumor okozta halál három éven belül következett be.*

*Következtetés: A pT1G3 tumorok korai kezelésére a diagnózis felállításától számított hat hónapon belül kerüljön sor. A három éven túli progresszió hiánya jó prognózist jelent és lehetőséget ad a szervmegőrző kezelésre.*

*Kulcsszavak: T1G3 hólyagdaganat, TUR, progresszió, túlélés, kórelőzmény*

*Survival of patients with high grade superficial bladder tumors (pT1G3) treated with TUR only is evaluated. The patients received no adjuvant chemo- or immunotherapy.*

*Materials and Methods: The clinical follow-up of 404 patients, who were staged as high grade superficial bladder tumors (pT1G3) at primary diagnosis is evaluated. The patients underwent a re-TUR 4-6 weeks after primary diagnosis to be confirmed as free of residual cancer. Follow-up is 8 to 12 years.*

*Results: After a median follow-up of 9 years 164/404 patients died tumor related. The corrected rate of survival 1, 2 and 3 years after diagnosis is determined with 81%, 70% and 60%. Stratifying these patients in age ranges from <50 years up to >80 years did not detect significant age-dependent differences. All tumor related deaths appeared within 3 years after initial diagnosis of T1G3 bladder cancer.*

*Conclusion: Early treatment decision within 6 months after initial diagnosis of T1G3 bladder is mandatory. Patients without progression within 3 years after initial treatment have an excellent prognosis and can be treated by organ preserving therapy.*

*Key-words: T1G3 bladder cancer, TUR, progression, survival, treated natural history*

## Introduction

Transurethral resection (TUR) of T1G3 bladder cancer is a diagnostic and therapeutic procedure. The aim is not only to determine the type and extent of disease, but also to eradicate all macroscopic tumors [1].

Staging error, e.g. understaging after TUR in T1G3 bladder carcinoma is 35% [2,3,4]; residual tumor remains in up to 76% in cases of T1 bladder carcinoma after the first TUR. A second TUR is prescribed in patients with risk for tumor progression [3].

The quality of TUR shows an interinstitutional vari-

ability and influences the controversy if TUR only is indicated in patients with pT1G3 disease.

The EORTC group revealed a high variability in the recurrence rate at first follow-up cystoscopies after TUR in stage Ta/1 transitional cell cancer (TCC) independent from tumor characteristics [5]. The recurrence rate showed a wide range between the institutions and ranged from 3.4% to 20.6% for patients with single tumors and 7.4% to 45.8% for patients with multiple superficial bladder tumors. The quality of TUR performed by the individual urologist seems to be responsible for these differences. Even patients with muscle-invasive bladder cancer treated



by TUR alone have a disease specific survival of 76%. These excellent results are presented in 99 highly selected patients from an entire group of 432 patients with muscle invasive disease [6]. Therefore the long-term outcome of patients with high risk superficial bladder cancer treated by TUR has to be determined.

## Patients and methods

Data from an ongoing analysis of the registry for urinary tract tumors Essen in cooperation with the West German Comprehensive Cancer Centre are presented.

### Inclusion criteria:

- written informed consent
- primary bladder cancer
- invasive, poorly differentiated superficial bladder carcinoma - T1 G3
- transitional cell carcinoma
- histopathological result confirmed by pathologist of the registry for urinary tract tumors Essen (K.W. Schmid)
- treatment by TUR and re-TUR within 4-6 weeks after initial resection
- image analysis (chest x-ray, sonography – facultative: computer tomography [ct-scan], magnet resonance tomography [MRT]) to exclude lymph node- or distant metastases

### Exclusion criteria are defined as:

- recurrent tumor
- second malignancy
- other histopathology than transitional cell cancer
- differentiation grade less than G3
- tumor stage different from T1
- distant metastases confirmed by chest x-ray, ct-scan or MRT
- residual cancer

## Results

A total of 476 patients were recruited from 1982 to 1998. 72 patients had to be excluded from the study.

### Exclusion criteria concerning these 72 patients are:

- missing written confirmed consent (n=12)
- early cystectomy (n=24)
- adjuvant chemotherapy (n=11)
- adjuvant immunotherapy (n=23)

404 patients are evaluated and fulfill the study criteria. 306 male and 98 female patients were recruited. Median follow-up is nine years (range: 1-12 years) and median patient age at primary diagnosis is 67 years (range: 39-84).

162 of 404 patients (40%) died tumor related. The corrected rate of survival 1,2 and 3 years after TUR is determined with 81%, 70% and 60% . All tumor related deaths appear within 3 years after initial diagnosis (Figure 1).

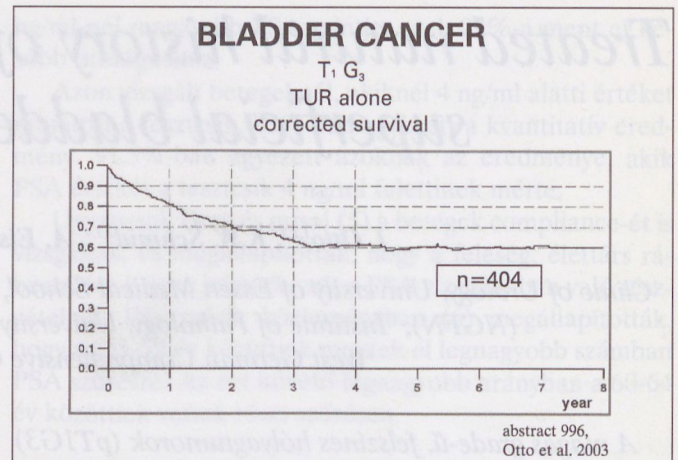


Figure 1  
Slide abstract 996

Stratification of patients in age ranges from < 50 years (n=14), 50-60 years (n=55), 60-70 years (n=162) and >80 years (n=41) does not demonstrate significant corrected survival differences .

## Discussion

Tumor stage, grade, age, size, dysplasia, multiplicity and hydronephrosis are investigated in a multivariate analysis in correlation to clinical outcome [7,8]. Stage and grade are the most important prognostic parameters in superficial bladder cancer ( $p < 0.001$ ). After stratifying patients to these parameters, only concomitant in situ tumors ( $p = 0.02$ ) and tumor size ( $p = 0.05$ ) are still of prognostic value in high-grade superficial bladder cancer (Table 1).

Age (years)	n	Tumor related deaths (%)
<50	14	21
50-60	55	27
60-70	132	39
70-80	162	38
>80	41	27

Table 1  
Corrected survival differences, stratified in age ranges

Soloway et al. [3] point the prognostic value of the invasion substaging system out, which correlates well with long-term outcome. At present, additional histopathological parameters cannot predict early recurrence or progression and are not sufficient to replace cystoscopy or second TUR in patients with history of T1 G3 TCC.

## Repeated TUR

Several groups determined the value of repeated transurethral resection in patients with T1 bladder tumor. Herr found residual tumor on repeated transurethral resec-



tion in 72 of 96 patients with new or recurrent superficial bladder tumors and 28 patients were upstaged to invasive disease [1]. In a prospective trial Dalbagni et al. focussed on patients with T1 TCC (n= 15), who underwent restaging TUR prior to cystectomy [9]. A total of 13/15 patients had persistent T1 and 1 patient Tis disease at restaging. The Austrian group of Schips [10] performed second TUR in 110 patients and found residual disease in 36%; 8 % of patients had a lower and 9 % had a higher stage at the time of second TUR. Although transurethral resection of superficial bladder tumour did not guarantee complete removal of tumor a second TUR is not mandatory for the group of Rodriguez et al. [11]. They found residual tumor in 38% of patients without tumor progression. Despite the report of complete resection 20 of 46 patients had histopathological confirmed residual T1 disease as proved by Klän et al. 1991 [12].

From the data of the registry of urinary tract tumors [7], EORTC database [5] and prospective studies [9,10,12-16] re-TUR is mandatory in poorly differentiated T1 tumors where a cystectomy is not first treatment decision.

### Treated natural history

Several authors investigated the correlation between recurrence and progression and found an increased risk for tumor progression and a decreased survival rate in patients with initially T1 G3 carcinoma. Even if complete transurethral resection of all visible lesions is performed

up to 65 percent of T1 G3 tumors progress in stage and develop poorly differentiated muscle invasive carcinoma [16,17].

Patients with high grade superficial bladder carcinoma have a significantly decreased survival with less than 50 percent [16,18].

Analysis of recurrence, progression and survival suggests, that patients with stage T1 G 3 tumor should be considered as a high risk group. Despite aggressive local therapy patients with T1G3 bladder cancer are at lifelong risk for development of stage progression and one third of patients are at risk for death from bladder cancer [16,19].

Up to date there is no randomized study for the evaluation of additional treatment options in comparison to TUR alone in patients with T1G3 bladder cancer.

### Conclusions

The analysis of progression and survival data emphasizes the fact that patients with T1 G3 bladder carcinoma have to be considered as a high risk group. Transurethral resection alone is not sufficient for 40% of the patients. Progression and tumor related death appear within 3 years after transurethral resection only. Development in biochip-technology and molecular biology as well as pathology will improve to predict early the prognosis and clinical outcome of individual patients with T1 G3 bladder cancer.

### References:

- Herr H. W. The value of a second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumors. *J Urol.* 1999; 162: 74-76.
- Stein JP. Indications for early cystectomy. *Semin Urol Oncol.* 2000 Nov;18(4):289-95. Review.
- Soloway MS, Sofer M, Vaidya A. Contemporary management of stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol.* 2002 Apr;167(4):1573-83.
- Herr HW, Reuter VE. Progression of T1 bladder tumors: better staging or better biology? *Cancer.* 1999 Sep 15;86(6):908-12.
- Brausi M, Colette L, Kurth K, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Newling D, Bouffouix C, Sylvester RJ: EORTC Genito-urinary Tract Cancer Collaborative Group. Variability in the recurrence rate at first follow-up cystoscopy after TUR in stage Ta/T1 transitional cell carcinoma of the bladder: a combined analysis of seven EORTC studies. *Eur Urol* 2002 May; 41(5): 523-531.
- Herr HW, Sogani PC. Does early cystectomy improve the survival of patients with high risk superficial bladder tumors? *J Urol.* 2001 Oct;166(4):1296-9.
- Rutt (Registry for Urinary Tract Tumors: Harnwegstumregister). Jahresbericht. *Verh Dtsch Ges Urol* 1985; 37: 665.
- Malmström P-U, Busch C, Norlen BJ. Recurrence, progression and survival in bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol* 1987; 21: 185-195.
- Dalbagni G, Herr HW, Reuter VE. Impact of a second transurethral resection on the staging of T1 bladder cancer. *Urology* 2002 Nov; 60(5): 822-825.
- Schips L, Augustin H, Zigeuner RE, Galle G, Habermann H, Trummer H, Pummer K, Hubner G. Is repeated transurethral resection justified in patients with newly diagnosed superficial bladder cancer? *Urology* 2002 Feb; 59(2): 220-223.
- Rodriguez-Rubio Cortadellas FI, Garrido Insua S, Rivas Aguayo D,

- Hens Perez A, Bachiller Burgos J, Beltran Aguilar V, Varo Solis C, Sanchez Bernal C, Juarez Soto A, Gonzalez Moreno D. Second resection in patients with Ta-T1 bladder tumors. *Actas Urol Esp* 2001 Sep; 25(8): 553-558.
- Klän R, Loy V, Huland H. Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patients with stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder. *J. Urol* 1991 Aug; 146(2): 316-318.
- Shahin O, Thalmann GN, Rentsch C, Mazzucchelli L, Studer UE. A retrospective analysis of 153 patients treated with or without intravesical Bacillus Calmette-Guerin for primary stage T1 grade 3 bladder cancer: recurrence, progression and survival. *J Urol.* 2003; 169: 96-1000.
- Jakse G, Loidl W, Seeber G, Hofstädter F. Stage T1, grade 3 transitional cell carcinoma of the bladder: an unfavorable tumor? *J Urol.* 1987 Jan;137(1):39-43.
- Saika T, Tsushima T, Nasu Y, Arata R, Kaku H, Kusaka N, Kumon H. Clinical study of G3 superficial bladder cancer without concomitant CIS treated with conservative therapy. *Jpn J Clin Oncol.* 2002 Nov;32(11):461-5.
- Herr HW. Tumour progression and survival in patients with T1G3 bladder tumours: 15-year outcome. *Br J Urol.* 1997 Nov;80(5):762-5.
- Holmäng S, Johansson SL. Stage Ta-T1 bladder cancer: the relationship between findings at first follow-up cystoscopy and subsequent recurrence and progression. *J Urol.* 2002 Apr;167(4):1634-7.
- Zungri E, Martinez L, Da Silva EA, Pesqueira D, de la Fuente Buceta A, Pereiro B. T1 GIII bladder cancer. Management with transurethral resection only. *Eur Urol.* 1999 Nov;36(5):380-4; discussion 384-5.
- Cookson MS, Herr HW, Zhang ZF, Soloway S, Sogani PC, Fair WR. The treated natural history of high risk superficial bladder cancer: 15-year outcome. *J Urol.* 1997 Jul;158(1):62-7. Review.



# Az ultrahang-vezérelt prosztatabiopszia technikája

Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK Urológiai Klinika

*A szerző tárgyalja a beteg ultrahang-vezérelt prosztatabiopsziára való előkészítését, a technikai feltételeket és magát a folyamatot. A beteg előkészítésében az első lépés a beöntés. Ugyancsak a preoperatív előkészítéshez tartozik az antibiotikum profilaxis. A vélemények megoszlanak az antibiotikum fajtája és dózisa tekintetében, valamint abban, hogy a beavatkozás előtt mennyi idővel alkalmazzuk azt. Legtöbbször a lidocain gél lokális anesztéziát alkalmazzák, de ismert a peri-és intraprostaticus lidocain-infiltráció is.*

*Kevesen alkalmazznak intravénás narkózist.*

*A szerző tárgyalja a biopsziás mintavételek számára vonatkozó különböző véleményeket. Hodge 1989-ben ajánlotta először a sextáns biopsziát, aminek fals negatív aránya 20%. Emiatt mostanában 8 vagy 10 mintavételt javasolnak. A 12 biopszia találati aránya jobb, mint a 6 vagy 8 biopsziáé. A mintavétel helyét tekintve leggyakrabban a perifériás zónát ajánlják, néhányan az átmeneti zónából is javasolnak mintavételt, mert a daganatok 20%-a innen származik. A szerző tárgyalja a 3D, Doppler-, kontrasztal végzett ultrahangvizsgálatot is. Ha a rectalis vizsgálatok során tapintható csomót érzünk és ez látható a transrectalis ultrahangon is, biopszia szükséges. Ismételt biopszia szükséges PIN esetén és más válogatott esetekben, ha komplikációról is szó van.*

**Kulcsszavak:** prosztatatarák, biopszia, technika

*This article discusses the preparations for ultrasound guided prostate biopsy, the conditions used and the process of performing a biopsy. The first step in preparing the patient is a cleansing enema before biopsy. Every author proposes the use of a preoperative antibiotic based prophylaxis. Differences may be found in the type, dosage and the duration of this preoperative application, which can last from 2 h to 2 days. For anaesthesia, lidocaine has been proposed, which may be used as a gel applied in the rectum or in the form of a prostate infiltrate. Quite a few colleagues administer a brief intravenous narcosis. A major debate goes on in respect of defining the number of biopsy samples needed. Hodge proposed sextant biopsy in 1989, for which we had false negative findings in 20% of all cases. Because of this, it has recently been suggested that eight or rather ten samples be taken. There are some who question even this. Twelve biopsy samples do offer an advantage compared to six, although in the case of eight this is not the case. We shall present an in depth discussion of the various opinions on the different numbers of biopsies samples required. For the sample site, the apex, the base and the middle part are proposed, and (completing the process) two additional samples can also be taken from the transition zone (TZ), since 20% of all prostate cancers originate from TZ. In case of a palpable nodule or any lesion made visible by TRUS, an additional, targeted, biopsy has to be performed. Certain new techniques like the 3-D Doppler, contrast, intermittent and others shall also be presented. The control of the full length of samples taken by a gun, as well as the proper conservation of the samples, are parts of pathological processing and of the technical tasks. A repeated biopsy is necessary in the case of PIN atypia, beyond which the author also discusses other indications for a repeated biopsy. We may expect the occurrence of direct postoperative complications and it is necessary to know how to treat these.*

**Key-words:** prostate cancer, biopsy, technique



A prosztatarák a férfiak leggyakoribb daganatos betegsége és a második leggyakoribb halálozást okozó daganat. A betegség kezdetben tünetmentes, ilyenkor prosztatabiopsziát az emelkedett prosztata-specifikus antigén (PSA) koncentráció vagy a rectalis vizsgálat során tapintható kemény csomó alapján indikálunk. A PSA normál értéke 4 ng/ml, bár fiatal betegek esetében célszerűbb lenne alacsonyabb határértéket meghatározni. Idősebb férfiaknál figyelembe kellene venni a kort, és kor-specifikus normál értékeket alkalmazni.

A prosztatabiopszia egyike a leggyakoribb urológiai beavatkozásoknak. Néhány technikai kérdésben vita van, az irodalmi adatok és az egyéni tapasztalatok alapján alakulnak ki a vélemények. A legfontosabb olyan álláspontot kialakítani, amelynek segítségével a legnagyobb találati arányt érjük el, legkevesebb a tévesen negatív diagnózis. A mellékhatások gyakoriságát is figyelembe kell venni.

Az Egyesült Államokban évente kb. 500 000 prosztatabiopsziát végeznek, így érthető, hogy a beavatkozás az érdeklődés középpontjában van.

### A beteg előkészítése a biopsziához

Több okból is nagyon fontos, hogy a beteget minden információval ellássuk a biopszia előtt. A betegnek tudnia kell, miért végzünk biopsziát, hogy a biopszia önmagában még nem jelent daganatot, illetve hogy a mintavétel során nem sikerül minden esetben eltalálni a daganatot, ezért tévesen negatív eredményt is kaphatunk. Amennyiben lokál anesztéziát végzünk, annak technikájáról, a beavatkozás enyhe fájdalomáról és kellemetlenségéről is fel kell világosítani betegünket, ha pedig intravénás narkózist alkalmazunk, akkor ennek részleteiről. A beavatkozás előtti nap beöntés szükséges, hiszen a vizsgálatot transrectalis úton végezzük. A beöntés segítségével az infekció veszélyét csökkentjük, de egy telt ampulla magát a prosztata vizualizációját is gátolná. Fontos az is, hogy a beteg ne szedjen kumarinszármazékokat, ha pedig igen, akkor azt egy héttel a műtét előtt kis molekulású heparinra kell átállítani. Amennyiben narkózisban végezzük a biopsziát, egyéb kiegészítő laboratóriumi vizsgálatokra is szükség lehet. A vércsoport-meghatározást ne mulasszuk el.

### Profilaktikus antibiotikum-kezelés

Az irodalmi adatok egyetértenek abban, hogy az infekció megelőzése céljából antibiotikum profilaxis szükséges. Ennek híján lázzal járó infekció, ritkán szepszis is előfordulhat.

Matlaga és mtsai (1) a biopszia előtt 24 órával fluorokinolonokat adtak, és a beavatkozás után 24 óráig folytatták. Lee-Eliott és mtsai (2) egyszerű 1 g metronidazol kúpot és

500 mg ciprofloxacint adtak egy órával a biopszia előtt, majd naponta 2-szer három napig. Cormio és mtsai (3) összehasonlították a parentális piperacillin-tazobactam (P-T) és a hosszú hatású orális ciprofloxacint profilaxist. A kezelést a biopszia előtti este kezdték, 2250 mg P-T dózist használtak intramuscularisan két napig naponta 2-szer, illetve 500 mg ciprofloxacint adtak szájon át hét napig naponta 2-szer. Bacteriaemia két, illetve három esetben fordult elő az egyes csoportokban. A rövid profilaktikus kezelés olcsóbb volt. Galetti és mtsai (4) sulfamethoxazol 800 mg-os dózisát 160 mg trimethoprimmel egészítették ki naponta kétszer, a kezelést 12 órával a biopszia előtt kezdték és öt napig folytatták. E terápia mellett 1% infekció fordult elő.

### Anesztézia

Sok urológus úgy gondolja, hogy ultrahang-vezérelt transrectalis prosztatabiopszia kapcsán a fájdalom olyan kicsi, hogy még lokál anesztézia sem szükséges. Azonban a betegek 65-90%-a diszkomfortról és fájdalomról, egyes esetekben kifejezetten erős fájdalomról panaszkodik.

Sokan lokál anesztéziában végzik a transrectalis biopsziát.

Matlaga és mtsai (1) 10 ml 2%-os lidocain gélt használnak 10 perccel a biopszia előtt vagy 20 ml 1%-os lidocaint injektálnak paraprostaticusan, amelyet 2 ml 8,4%-os szódium-bikarbonáttal együtt adnak be 5 perccel a biopszia előtt. 5-5 ml lidocaint adnak a jobb és a bal idegkötegek közelébe, az ondóhólyagok és a prosztata mellé. A géllal kezeltékhez képest az infiltrációs csoportban a fájdalom szignifikánsan kevesebb volt ( $p = 0,0001$ ).

Adamakis és mtsai (5) egy anesztézia nélküli csoportot hasonlítottak össze egy másik csoporttal, amelyet lidocain-pilocain géllal kezeltek, míg a harmadik csoport 10 ml 2%-os lidocain periprostaticus infiltrációt kapott. A fájdalom score 5,1, 4,8 és 2,5 volt az egyes csoportokban. Az első és második csoporthoz viszonyítva jelentősen csökkent a fájdalom a harmadikban, ahol lidocain-infiltrációt alkalmaztak.

Lee-Eliott és mtsai (2) összehasonlították a periprostaticus infiltrációt, amelyet 10 ml 10%-os lidocainnal vagy 5 ml 1%-os lidocain és 5 ml 0,25%-os bupivacain és adrenalin keverékével végeztek. Ezek között a csoportok között lényegében nem találtak különbséget. A periprostaticus lokális anesztéziát legalább két vagy több helyre használjuk.

Öbek és mtsai (6) a posztoperatív vérzést vizsgálták lokál anesztézia után vagy anélkül, és megállapították, hogy a periprostaticus anesztézia nem emelte a húgycsővérzés valószínűségét, noha a lokál anesztéziát alkalmazó csoportban a láz kevesebb volt.



A mi gyakorlatunkban a beavatkozást megelőzően egy órával ágynyugalmat biztosítunk a betegeknek, és 0,25 vagy 0,5 mg alprazolamot kap premedikációként. Egy óra múlva iv. kanülálás, kristalloid infúzió mellett 2,5-5 mg diazepamot kap bevezető szedatívumként. Arcközeli lélegeztető maszkon át 1-2 percig oxigént adunk, majd átlagosan 10 mg/tskg (1 ml/tskg) propofollal altatást végzünk. A biopsziát a teljes relaxáció elérése után végezzük. A beteg kb. 3-5 perces narkózisa elegendő 6-10, de akár több biopsziához is. Az ébredés gyors, a betegnek semmilyen emléke nincs a beavatkozásról. Egy óra múlva, amennyiben megbizonyosodtunk a zavartalan vizeletürítésről, a beteg kíséreléssel távozhat, gépkocsit hat óra múlva vezethet.

## A biopszia technikája

Az ultrahang ma már mindenütt elérhető, ha lehet, ultrahanggal végzett biopsziára kell törekedni. A perinealis biopsziának ma gyakorlatilag nincs indikációja. Ultrahanggal tudjuk legjobban a prosztatata három régióját: a centrális, az átmeneti és a perifériás zónát ábrázolni. A carcinoma általában hypoechogen, de lehet hyperechogen is. A daganatok akár 50%-a isoechogen, amit nem tudunk megcélolni, emiatt a daganatot csak random biopsziával bizonyíthatjuk vagy zárhatjuk ki. Természetesen a tévedés aránya ezekben az esetekben nagyobb. *Rifkin* és *Peters* (7) 650 betegben ultrahang-célzással transrectalis prosztatabiopsziát végeztek. 197 betegben találtak daganatot (32%), ezek felénél (50,2% = 99 eset) hypoechogen léziót mutatott az ultrahangvizsgálat, 27 (12,7%) esetben kevert, 9 esetben (4,6%) hyperechogen és 23 esetben (11,7%) isoechogen volt a daganat. Az eredményekből az látszik valószínűnek, hogy a klinikailag szignifikáns prosztatarákok 50%-a nem tisztán hypoechogen, és a diagnosztizált rákok 30%-a nem tartalmaz hypoechogen szövetet. 1989-ben *Hodge* és *mtsai* (8) megállapították, hogy ha csak a hypoechogen területből biopsziázunk, akkor a daganatok 9%-át nem detektáljuk, ezért a prosztatarákok kórismézésében a sextáns biopszia lett a standard. Úgy tűnik, hogy a több biopszia nagyobb valószínűséggel bizonyítja a daganatot. A *Hodge*-szerinti technika 3 biopsziát javasol jobbról és balról, az apexből, a bázisból és a prosztatata közepéből. *Palisaar* és *mtsai* (9) szerint legalább 8 mintát kell venni a perifériából.

A prosztata daganat a perifériás zónából származik, ezért a 45°-os biopsziás szög nem optimális, ugyanis ezzel a technikával a külső és a transrenalis zónából nem tudunk szövetet venni, ezért a szöget módosítani kell.

*Meng* és *mtsai* (11) és *Miyake* és *mtsai* (12) ajánlják, hogy az apicalis anterior szarvból is vegyünk biopsziát.

A legtöbb szerzőnél (13-16) egyértelmű, hogy minél több biopsziát alkalmazunk, annál magasabb a találati

arány. *Beurton* és *mtsai* (17) a 6 és a 12 mintás biopsziát hasonlították össze. Az utóbbival 22% volt a találati arány, és a 12 biopsziával több daganatot találtak, mint a 6 biopsziával.

*Singh* és *mtsai* (18) a sextáns biopsziát 6 másik perifériás biopsziával egészítették ki 178 esetben, és ezek a betegek mind radikális prostatectomiára kerültek. Összehasonlították a 12 mintás biopsziát a tradicionális sextáns biopsziával, és a 12 mintás biopszia sokkal több korlátot mutatott az extracapsularis terjedéssel és a tumor volumen-meghatározásával is.

*Presty* és *mtsai* (19) több mint 2000 biopsziát végeztek. *Horninger* és *mtsai* (20) nem találtak szignifikáns differenciát a 10 vagy 14 mintavétel között, a találati arány 24, illetve 22% volt. *Nava* és *mtsai* (21) nem találtak növekedést, hogy ha nem 6, hanem 12 mintát vettek (15, illetve 17%-ban találtak tumort), de ha 18 mintát vettek, akkor 32%-ban sikerült tumort bizonyítani.

A transitionalis biopszia csak 1,8-4,1%-kal emeli meg a találati arányt (10), úgyhogy a rutin transitionalis zóna biopszia nem indokolt. A Vienna-nomogram szerint (22) a biopsziák számát a prosztatata nagyságától és a beteg korától kell függővé tenni. Új lehetőség a color Doppler-ultrahang, amellyel a perineuralis inváziót is detektálni tudjuk (23).

## Ismételt biopszia

A biopsziák 30-80%-a negatív eredménnyel zárul. Az esetek 18-30%-a re-biopsziára kerül. *Rabbani* és *mtsai* (24) hangsúlyozzák, hogy sextáns biopsziával a tumorok 23%-a nem kerül diagnózisra. Ezért, ha a biopszia negatív és továbbra is fennáll a klinikai gyanú, re-biopsziát kell végezni. *Djavan* és *mtsai* (25) 10%-ban találtak tumort re-biopsziás anyagokban.

Re-biopsziát kell végezni akkor is, ha a kivett mennyiség túl kevés vagy a szövet minősége nem megfelelő. Akkor is biopsziát kell végeznünk fél év múlva, ha a PSA velocity-n alapszik. High grade PIN esetében ismételni kell a biopsziát, mert 23-100%-ban (26) daganat lesz a biopszia eredménye.

## Komplikációk

A következő esetekben kontraindikált a prosztatabiopszia:

- orális antikoaguláns terápia
- acetil-szalicilsav (aspirin) terápia
- ha hat héten belül prostatitis állt fenn
- thrombocytopenia



- periproctalis abscessus
- rectumtumor

A komplikációk elkerülése végett a műtét előtt antibiotikumot kell adni. Ennek ellenére 58%-ban haematuria, 37%-ban véres széklet, 28%-ban haematospermia, 8%-ban vizeletobstrukció, 4%-ban láz fordul elő.

Abban az esetben, ha a beteg abdominoperinealis rectum extirpation esetét túl, transrectalis ultrahang-vezérelt

biopszia nem végezhető. Ilyenkor transperinealis ultrahang-vezérelt biopsziát kell végeznünk (27).

Természetesen a jövőben további technikai fejlődés várható. A Doppler-ultrahang segítségével csökkenthető a biopsziák száma. Gyakorlottak szerint a 3D ultrahang a 2D-nél pontosabb, és valószínűleg a kontrasztal végzett ultrahangvizsgálat is elősegíti a pontosabb és jobb találatarányt (28).

#### Irodalom:

1. Matlaga BR, Lovatio JF, Hall MC: Randomized prospective trial of novel local anesthetic technique for extensive prostate biopsy. *Urology* 61:972-976, 2003
2. Lee-Elliott CE, Dundas D, Patel U: Randomized trial of lidocaine vs lidocaine/bupivacaine periprostatic injection on longitudinal pain scores after prostate biopsy. *J. Urol.* 171:247-250, 2004
3. Cormio L, Berardi B, Callea A, Fiorentino N, Sblendorio D, Zizzi V, Traficante A: Antimicrobial prophylaxis for transrectal prostatic biopsy: a prospective study of ciprofloxacin vs piperacillin/tazobactam. *BJU Int.* 90:700-702, 2002
4. Galetti TP, Dal Moro F, Milani C, Pinto F, Pagano F: Patient's preparation in order to reduce pain, anxiety and complications of TRUS prostatic biopsies. *Eur. Urol. Suppl* 1:3-7, 2002
5. Adamakis I, Mitropoulos D, Haritopoulos K, Alamanis C, Stravodimos K, Giannopoulos A: Pain during transrectal ultrasonography guided prostate biopsy: a randomized prospective trial comparing periprostatic infiltration with lidocaine with intrarectal instillation of lidocaine-prilocain cream. *W. J. Urol.* 21:386-3944, 2003
6. Öbek C, Önal B, Özkan B, Önder AU, Yalcin V, Solok V: Is periprostatic local anesthesia for transrectal ultrasound guided prostate biopsy associated with increased infectious or haemorrhagic complications? A prospective randomized trial. *J. Urol.* 168:558-561, 2002
7. Rifkin T, Peters TL: Should ultrasound criteria of prostate be redefined to better evaluate when and where biopsy. *Ultrasound Q* 17:171-176, 2001
8. Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stamey TA: Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *J. Urol.* 142:71-74
9. Palisaar J, Eggert T, Graefen M, Haese A, Huland H: Transrectal ultrasound-guided punch biopsies of the prostate. Indication, technique, results and complications. *Urologe A* 42:1188-1195, 2003
10. Epstein JI, Walsh PC, Sauvageot J, Carter HB: Use of repeat sextant and transition zone biopsies for assessing extent of prostate cancer. *J. Urol.* 158:1886-1890, 1997
11. Meng MV, Franks JH, Presti JC, Shinohara K: The utility of apical anterior horn biopsies in prostate cancer detection. *Urol. Oncol.* 21:361-365, 2003
12. Miyake H, Sakai I, Ishimura T, Hara I, Eto H: Significance of cancer detection in anterior lateral horn on systematic prostate biopsy: the effect on pathological findings of radical prostatectomy specimens. *BJU Int.* 93:57-59, 2004
13. Djavan B, Remzi M, Ghawidel K, Marberger M: Diagnosis of prostate cancer. The clinical use of transrectal ultrasound and biopsy. *EAU Update Series* 3:1-6, 2003
14. Stricker HJ, Ruddock LJ, Wan J, Belville WD: Detection of nonpalpable prostate cancer. A mathematical and laboratory model. *Br. J. Urol.* 71:43-46, 1993
15. Levine MA, Ittmann M, Melamed J, Lepor H: Two consecutive sets of transrectal ultrasound guided sextant biopsies of the prostate for the detection of prostate cancer. *J. Urol.* 159:471-476, 1998
16. Eskew LA, Bare RL, Mc Cullough DL: Systematic 5 region prostate biopsy is superior to sextant method for diagnosing carcinoma of the prostate. *J. Urol.* 157:199-202, 1997
17. Beurton D, Barthelemy Y, Fontaine E, Chartier E, Lamotte F, Franc B: Twelve systematic prostate biopsies are superior to sextant biopsies for diagnosing carcinoma: a prospective randomized study. *Br. J. Urol.* 80:239 [Abstr 936], 1997
18. Singh H, Canto EI, Shariat SF, Kadmon D, Miles BJ, Wheeler TM, Slawin KM: Six additional systematic lateral cores enhance sextant biopsy prediction of pathological features at radical prostatectomy. *J. Urol.* 171:204-209, 2004
19. Presti JC, O'Dowd GJ, Miller MC, Mattu R, Veltri RW: Extended peripheral zone biopsy schemes increase cancer detection rates and minimize variance in prostate specific antigen and age related cancer rates: results of a community multi-practice study. *J. Urol.* 169:125-129, 2003
20. Horninger W, Reissigl A, Fink K, Pointer J, Strasser H, Bartsch G: Results of a prospective randomised study comparing the prostate cancer detection rates in PSA screening volunteers undergoing 10 vs 14 transrectal ultrasound guided biopsies. *J. Urol.* 159:180 [Abstr 690], 1998
21. Nava L, Montorsi F, Consonni P, Scattoni V, Ghazzoni G, Rigatti P: Results of prospective randomised study comparing 6,12,18 transrectal, ultrasound guided, sextant biopsies in patients with elevated PSA, normal DRE and normal prostatic ultrasound. *J. Urol. Suppl* 157:59 [Abstr 226], 1997
22. Djavan B, Zlotta AR, Remzi NI, Bursa B, Hruby S, Wolfram R, Schulman CC, Marberger M: Total and transition zone prostate volume and age: How do they affect the utility of PSA based diagnostic parameters for early prostate cancer detection? *Urology* 54:846-52, 1999
23. Kravchick S, Cytron S, Peled R, Ben-Dor D, Kravchenko Y: Colour Doppler ultrasonography for detecting perineural invasion (PNI) and the value of PNI in predicting final pathological stage: a prospective study of men with clinically localized prostate cancer. *BJU Int.* 92:28-31, 2003
24. Rabbani F, Stroumbakis N, Kava BR, Cookson MS, Fair WR: Incidence et clinical significance of false-negative sextant prostate biopsies. *J. Urol.* 159:1247-1250, 1998
25. Djavan B, Zlotta A, Remzi M, Ghawidel K, Basharkhah A, Schulman CC, Marberger M: Optimal predictors of prostate cancer on repeat prostate biopsy: a prospective study of 1,051 men. *J. Urol.* 163:1144-1149, 2000
26. Sakr WA, Billis A, Ekman P, Wilt T, Bostwick DG: Epidemiology of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia. *Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl* 205:11-18, 2000
27. Shinohara K, Gulati M, Koppie TM, Terris MK: Transperineal prostate biopsy after abdominoperineal resection. *J. Urol.* 169:141-144, 2003
28. Veltman J, Goosen T, Laguna P, Wijkstra H, de la Rosette J: New technical improvements for TRUS in the diagnosis of prostate cancer. *Eur. Urol. Suppl* 1:8-14, 2002



# Húgyhólyag-diverticulum carcinosarcomája

Keszthelyi Attila dr., Kulka Janina dr.<sup>1</sup>, Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem ÁOK Urológiai Klinika; <sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK II. Sz. Patológiai Intézet

A szerzők ritka húgyhólyagdaganat, a hólyagdiverticulumban előforduló carcinosarcoma esetéről számolnak be. Bemutadják a diagnózis felállításának differenciáldiagnosztikai buktatóit és a műtéti ellátás kérdéseit.

**Kulcsszavak:** carcinosarcoma, húgyhólyagdaganat

*Carcinosarcoma of the bladder diverticulum.*

The authors presented a case of a rare bladder diverticulum tumor: carcinosarcoma of the bladder diverticulum. The authors show some differential diagnostic problems and operative aspects.

**Key-words:** carcinosarcoma, bladder diverticulum

A húgyhólyag diverticulumban elvétve, 2,9-7%-ban fordul elő tumor.

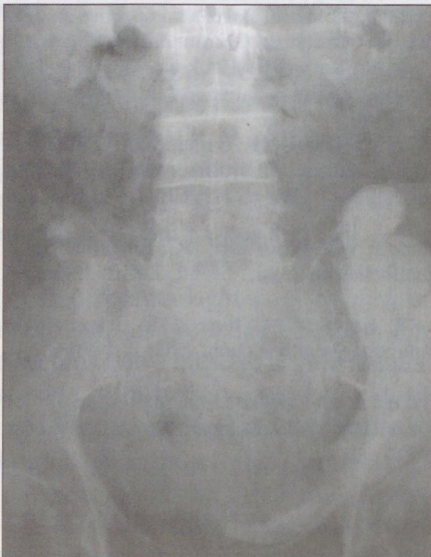
A húgyhólyag-carcinosarcoma a ritka urológiai daganatok közé tartozik, előfordulási valószínűsége 0,31%, még ettől is ritkább a diverticulumban történő megjelenése.

Az irodalomban eddig hat esetről sikerült tudomást szerezni. A férfi/nő arány 3:1 (4).

Differenciáldiagnózisként a tiszta sarcomától, a sarcomatoid carcinomától és a prosztatacarcinoma által infiltrált hólyagdaganattól kell elkülöníteni (5).

## Esetismertetés

A 65 éves férfibetegnél 6 hónappal az aortobifemorális bypass műtét utáni kontroll kapcsán alhasi terimét észleltek.



1. ábra  
IVP-n a hólyag mellett elhelyezkedő, kontrasztanyaggal telt, szarv alakú diverticulum

Valamennyi laborlelete a normál paraméterek között volt, kivéve mikroszkópos haematuriáját.

Intravénás urographia mindkét oldalon jó kiválasztást mutatott, egyik oldalon sem volt az üregrendszerben tángulat, mindkét oldali ureter gracilis volt, a hólyag kontúrja mellett, azzal összefüggést mutató, szarv alakú, 25 cm hosszan elnyúló terime ábrázolódott a bal oldalon (1. ábra). A CT és az UH szintén a hólyag mellett bal oldalon elhelyezkedő terime diagnózisát erősítette meg.

Cystoscopy során ép hólyagfalat találtunk. Mellkasröntgen negatív volt.

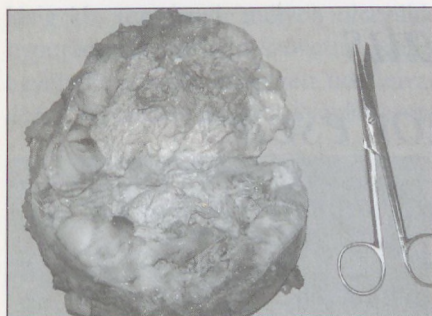
Laparotomia mellett döntöttünk, melynek során 25 cm hosszan elnyúló hólyagdiverticulumbot találtunk a hólyag bal oldalán, mely az uretert laterális irányba diszlokálta (2. ábra). A diverticulumbot resecáltuk (3. ábra), az uretert neoimplantáltuk.



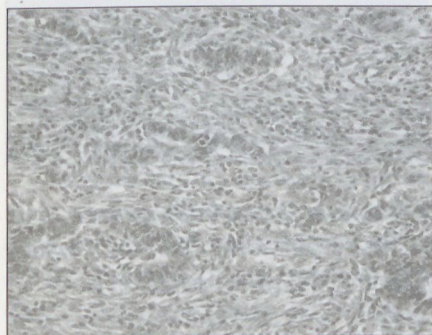
2. ábra  
Intraoperatív felvétel: a férfióköl nagyságú diverticulum által laterális irányba komprimált uretert a csipesz fogja

A szövettani feldolgozás eredménye a következő volt: a nagy kiterjedésű, necroticus tumor bifázisos, túlnyomó többségét orsósejtes komponens alkotja, emellett egy egyértelműen hámsejtekből álló komponens is tartalmaz. Elvétve olyan területek is láthatók, ahol az epithelialis jelle-





3. ábra  
Az eltávolított,  
felvágott  
diverticulum-  
daganat



4. ábra  
A hámjellegű  
tumorsejtek  
trabeculákat  
alkotnak,  
a sarcomatosus  
stromába  
ágyazódnak

gű tumorsejtek a transitionális háms sejtekre emlékeztetnek (4. ábra).

A tumor orsósejtes komponense vimentin pozitív és helyenként desmin pozitivitást mutató sejtek is előfordulnak. Az epithelialis komponens vimentin negatív, cytokeratin pozitív.

A beteget zavartalan posztoperatív szakot követően otthonába bocsátottuk, majd 6 hónap múlva a cystoscopus kontroll során a húgyhólyagban észlelt tumor-gyanús képlet miatt transurethralis resectiot végeztünk. A szövettani lelet a korábbi carcinosarcomával semmi összefüggést nem mutatott: pT1 G II-III stádiumú transiocioellularis carci-

noma volt. A beteget két hónappal a transurethralis resectiot követően kardiális ok miatt elvesztettük. A sectio során a húgyhólyag daganatmentes volt.

### Megbeszélés

A húgyhólyag diverticulumában előforduló carcinosarcoma legáltalánosabb tünete a haematuria. A tumor gyanúja esetén végzett kivizsgálás megegyezik a hólyagtumor esetén végzendő protokollal. A diverticulum miatt azonban a kivizsgálás során több alkalommal is álnegatív eredményt kaphatunk. A diverticulumban elhelyezkedő tumork esetében negatív cystoscopus lelet akkor fordulhat elő, ha a diverticulum nyaka zárt. Ebben az esetben az IVP és a kontrasztanyag CT-vizsgálat is kétes diagnózist adhat. MR-vizsgálattal a lezárt diverticulum nyaka és így a hólyaggal történő kapcsolata bizonyítható (3).

A carcinosarcoma kezelése, ellátása terápiás kihívást jelent. Tekintettel arra, hogy a betegség prognózisa rossz, egyértelmű terápiás ajánlás nincs.

Az irodalomban szereplő esetek közül történt izolált diverticulum-resectio, melyet követően a betegek 2 és 4 év eltelte után is daganatmentesek voltak, valamint cystectomy során is történt carcinosarcoma-eltávolítás (4, 6).

A carcinosarcoma szövettanilag mind mesenchymalis, mind epithelialis elemeket tartalmaz. A mesenchymalis elemek chondro- vagy osteosarcomából, az epithelialis elemek transiocioellularis – squamosus – vagy adenocarcinomából állnak (2). A pontos diagnózis érdekében végzendő immunhisztokémiai vizsgálatok közül a cytokeratin, a vimentin, a desmin S-100 és a HMB-45 adhat pozitív reakciót (1).

A carcinosarcoma nagy malignitású tumor, a diagnózis időpontjától számított átlagos túlélési idő 9,8-17,2 hónap. A tumor kemo- és immunterápia-rezisztens (5).

### Irodalom:

1. Bigotti G et al: Rare presentation of carcinosarcoma arising in bladder diverticulum. J. Exp. Cancer Res. 20:301-304, 2001
2. Campbell's Urology 6th Ed. WB Saunders Co., Philadelphia, 1992, pp. 1134-1135
3. Durfee SM et al: MR imaging of carcinoma within urinary bladder diverticulum. Clinical Imaging 21:290-292, 1997

4. Nuwahid F et al: Carcinosarcoma in a bladder diverticulum. Urology 44:775-778, 1994

5. Omeroglu A et al: A carcinosarcoma/sarcomatoid carcinoma arising in a urinary bladder diverticulum. Arch. Pathol. Lab. Med. 126:853-855, 2002
6. Sulaiman MN, Buchholz NP, Khan MA: Carcinoma in a bladder diverticulum: the place of diverticulectomy. Arch. Ital. Urol. Androl. 70:195-197, 1998



# Nagy kiterjedésű scrotalis Buschke-Loewenstein-tumor esete

Bánfi Gergely dr.<sup>1</sup>, Kelemen Zsolt dr.<sup>1</sup>, Illyés György dr.<sup>2</sup>, Keszthelyi Attila dr.<sup>1</sup>, Romics Imre dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Urológiai Klinika

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Budapest, ÁOK, II. Sz. Patológiai Intézet

Scrotalis tumorok ritkán fordulnak elő. Esetünket emiatt, illetve a szövettani lelet ellentmondása és a komplikált műtét miatt tartjuk közlésre alkalmasnak. Egy 53 éves férfi ulcerálódó scrotalis tumorából bőrgyógyász által vett biopszia eredménye: carcinoma spinocellulare. Kismencedei CT-vizsgálata negatív lett. A tumor radikális kimetszése sikerült: az urethra, a corpus cavernosusok és a mély gáti izomzat tumormentes lett. A posztoperatív szak eseménytelenül telt, a beteg gyógyultan távozott otthonába. A szövettani lelet óriás condyloma acuminatum volt (Buschke-Loewenstein tumor).

A metszeten észlelt koilocyták felvetik humán papillomavírus-infekció lehetőségét. Spinocellularis carcinoma esetén az irodalom stádiumtól függően inguinalis lymphadenectomiát ajánl.

Buschke-Loewenstein tumor esetén a radikális kimetszés elégséges. A beteg az utolsó, 1 éves posztoperatív kontroll adatai szerint tünetmentes.

**Kulcsszavak:** scrotalis tumor, Buschke-Loewenstein-tumor, Human Papilloma vírus

Az 1775-ben Pott által elsőként publikált foglalkozási malignoma a kéményseprőkön leírt scrotalis neoplasma. Ritkán előforduló betegség, előfordulása 1,3/1 millió férfi. Az 5. életévétized előtt szinte sosem alakul ki. Keletkezésében a koromnak, az ipari olajoknak és egyes humán papillomavírusoknak tulajdonítanak szerepet. Szövettanilag leggyakrabban elszarusodó laphámrák, ritkábban basalioma és melanoma formájában jelentkezik. Rendszerint a scrotum anterolaterális felszínén szoliter csomóként alakul ki, amely felhányt szélű, kemény fekélyé alakul. Esetünket a kórismezés látszólagos szövettani ellentmondása és a komplikált műtéti megoldás miatt tartjuk közlésre alkalmasnak.

## Case of extensive scrotal tumour (syndroma Buschke-Loewenstein)

Scrotal neoplasm is infrequent. We report our case for this reason and for apparent diagnostic contradiction of hystological and surgical finding. Dermatologist performed the biopsy from an ulcerating inguino-scrotal tumour in a 53 years old man. The result was carcinoma spinocellulare. CT-scan was negative. Radical excision of tumour was successfully performed in our institut. Urethra, corpora cavernosa and deep perineal muscle were free of tumour invasion Recovery was uneventfull, the patient returned home without complains. Our hystological result was condyloma acuminatum (syndroma Buschke-Loewenstein). Koilocyts were detected, proving the infection of Human Papilloma Virus. In spinocellular carcinoma, literature propose inguinal lymphadenectomy depend in stage. In tumour Buschke-Loewenstein, radical tumour excision is suffitient. Patient remained symptom-free in last controll one year after surgery.

**Key-words:** scrotal tumour, syndroma Buschke-Loewenstein, Human Papilloma Virus

## Esetismertetés

Az 53 éves férfi ambulanciánkon jelentkezett bőrgyógyászati beutalóval: „...néhány hónapja pontszerűen kialakuló, lokálisan kiterjedő inguino-scrotalis, ulcerálódó tumor és mindkét oldalon inguinalisan tapintható, mobilis nyirokcsomók. Az előbbi elváltozásból vett biopszia eredménye: cc. spinocellulare”.

Státusából kiemelendő: sovány, elhanyagolt állapotú férfibeteg, két harántujjal megnagyobbodott máj, mindkét oldali inguinalis régióban a lig. inguinale lefutásának megfelelően szilványi, mobilis, tömött, nem érzékeny terimék láncolata. A scrotum bal felén, a raphe-tól a combi áthaj-



lásig kb. tenyérynyi, mélyen ulcerálódott terület, alapján hyperaemiás, sarjadó szövettel, széli részein karfiolszerű egyenetlenséggel, kifejezett ödémával kísért elváltozás (1. ábra). Nyomásra a seb mélyéről serosus váladék ürült. Fel-



1. ábra  
Preoperatív  
makroszkópos kép

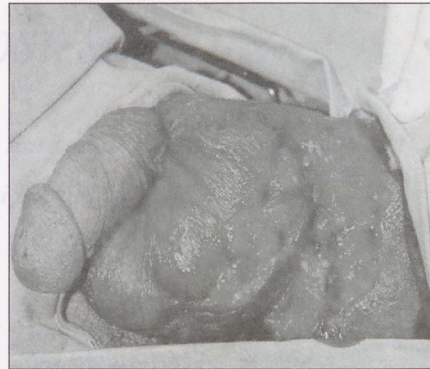
tárás során a sebalapon 3 öltéssel zárt excisio sebe volt látható. A tumor környezetében számos borsónyi, reakciómentes bőrrel borított, papillomatosus képlet. A rectalis digitális vizsgálat mogorónyi, nem érzékeny, izomtapintatú prosztatát mutatott, a perirectalis terület mobilisnak tűnt.

Családi anamnézisében daganatos betegségre nem emlékszik.

Körelőzménye negatív. Az elváltozás területét ért traumára, nemi betegség tüneteire nem emlékezett. Esetleges kémiai ártalomnak vagy radioterápiának nem volt kitéve. Megemlítette, hogy 10 éve ugyanitt jelentkezett egy babnyi növedék, melyet „kivakarva” a seb kevés véres váladékozás mellett gyógyult. Ezután panaszmentes volt 5 hónappal ezelőttig, amikor ugyanezen a területen „pattanásszerű”, borsszemnyiről egyre növekvő, végül babnyi terimék alakultak ki. Ezeket otthonában újfent megpróbálta önmagának kiüríteni, mígnem egy tenyérynyé összeálló, mélyen ulcerálódó, nem gyógyuló, érzékeny seb keletkezett. Ezzel bőrgyógyászatra ment. Laborleleteiből gyorsult süllyedés (64 mm/h) és 28 mg/l-es CRP emelhető ki.

Az első vizsgálat során, mivel az esetleges mélyre terjedés foka nem volt megítélhető, kismencedei és hasi CT-vizsgálat elvégzése mellett döntöttünk. Addig – tekintettel a tapintható inguinalis nyirokcsomólánc gyulladáshoz vezető elváltozásának az irodalomban 50% körülinek leírt lehetőségére – kombinált antibiotikum-kezelést (per os 2x500 mg cefuroximot és 3x250 mg metronidazol) adtunk két hétig. Az ezalatt elvégzett CT negatív lett. A beteg klinikánkra való felvételekor az inguinalisan tapintható terimék már nem voltak észlelhetőek.

Spinalis anaesthesiában, kőmetsző helyzetben történő fektetést alkalmazva a tumort feltártuk, és sikerült makroszkóposan épnek tűnő szegéllyel eltávolítanunk (2., 3. ábra). Az excisio határai cranialisan a lig. inguinale medialis része, lateralisan a comb adductor izomzatának fasciája, medialisán és posterior helyzetben a húgycső és a bar-



2. ábra



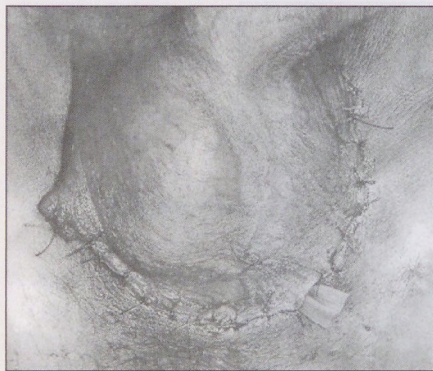
3. ábra  
A mobilizált  
bal here

langos testek, caudalisan a mély gáti izomzat. A tumor egy helyen tűnt a bulbussal összekapaszkodottnak, de sikerült innen is az épben leválasztani. A preparálás során a húgycső helyzetét jelölendő, abba 18 Ch-es Foley katétert fixáltunk. A rectumba betapintva azt épnek találtuk. Mindkét herét és ondósinórt megkíméltük, a bal oldalt a funiculussal együtt a lágycsatornáig felszabadítottuk, de ez sem tűnt érintettnek a tumoros folyamatban. A korábbi szövettan leletének dacára döntöttünk a testisek megkímélése mellett, miután makroszkóposan ép sebészi széleket sikerült kialakítanunk, a CT-lelet is negatív volt e tekintetben. Mindkét herét néhány öltéssel fixáltuk a scrotum hátsó részének subcutan fasciájához, majd a mobilizált jobb oldali herezacskóbőr-féllel sikerült a teljes sebfelületet beborítani és drenálás mellett két rétegben zárni.

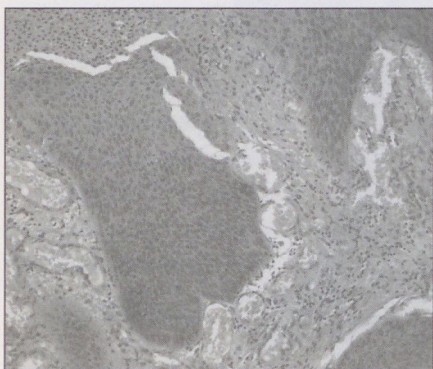
A posztoperatív 2. napon óvatos mobilizálást kezdtünk; hozama nem lévén, a drént négy nap után eltávolítottuk. Posztoperatív per os 2x625 mg amoxicillin + klavulánsavat adtunk profilaktikusan. A seb per primam gyógyult, a beteg klinikánkról panaszmentesen távozott.

**Szövettani eredmény:** A makroszkópos leírás szerint 9 cm átmérőben pigmentált bőrészlet, amelyben több kifehélyesedő, mély és papillaris alapú terime volt. A makroszkópos leírás szerint a növedék papillaris szerkezetű, az epidermishez hasonló laphámból áll, mely széles fronton beterjed a bőr kötőszövetébe. Erek körüli, illetve mélyebb infiltráció sehol sem látható (4. ábra). Az eltávolítás mindenhol az épben történt. A szövetszaporulatban általában





4. ábra  
A zárt műtéti seb



5. ábra  
A szövettani kép

megfigyelhető a sejtek polarizáltsága, néhol basalis réteg kivehető, és a felszín, illetve a sinusok felé eső felszíneken világosabb, szélesebb cytoplasmájú sejtek vannak, perinuclearis hálóval (koilocyták). Fekély nem bizonyítható. Gócosan sejtmag-atypia, illetve polymorphia látható. A középső és mélyebb rétegben gyakran láthatók oszló alakok, a kötőszövet felé a határ mindenhol éles, és enyhe, idült, lobsejtes reakció mutatkozik. *Diagnózis:* óriás condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein-szindróma). A patológus véleménye szerint: „A jelen szövetrészetek spinocellularis carcinomának nem felelhetnek meg, elsősorban a fenti diagnózist tartjuk a legvalószínűbbnek, de verrucosus carcinoma, vagy focalisan laphámrák átmenet nem zárható ki.”

## Megbeszélés

Noha az irodalom elválasztja a külső férfi genitálék daganatai közül az összes férfi daganat 1%-át adó penisneoplasmát és a scrotalis rákokat, leggyakoribb szövettani tí-

pusuk ugyanaz: spinocellularis carcinoma (más néven: squamosus sejtes vagy planocellularis carcinoma). A hímvessző epidermoid carcinomáit vizsgáló dolgozat (1) szerint ezek 80%-a alacsony, 16,7%-a közepes és 3,3%-a magas grádusú forma. Az alacsony malignitásúak közé sorolt, 15% körül előforduló verrucosus carcinoma kinézetre agresszív, biológiai viselkedésében kevésbé malignus forma. Alig mutat lokális rekurrencia-hajlamot és egyáltalán nem ad metasztázist. Kezelése sebészi, óvatos technikával szervmegtartó műtét javasolt. A scrotalis rákok leggyakrabban elszarusodó laphámrák, ritkábban basalioma és melanoma formájában figyelhetők meg.

Esetünkben két, főleg a követendő terápiában különböző szövettani diagnóziscsoport lehetősége merült fel: a bőrgyógyászati biopszia anyagából spinocellularis carcinoma, az épben eltávolított szövetből praecancerosus Buschke-Loewenstein-szindróma (óriás condyloma acuminatum), verrucosus carcinoma, esetleg focalis laphámrák átmenet. Míg az előző kórkép esetén stádiumtól függően az inguinális nyirokcsomók eltávolítását javasolják, az utóbbiaknál az épben történő kimetszés elégséges terápiának tűnik (2, 6). A patológus véleménye szerint – a két let látszólagos ellentmondását feloldandó – valószínűsíthető, hogy a bőrgyógyászati mintavétel excisioja egyben a laphámrák egészének eltávolítását is jelentette. A szájrügi spinocellularis carcinomák kapcsán leírták humán papillomavírusok etiológiai szerepét (3). A kimetszett anyag ilyen irányú vizsgálata folyamatban van, mivel mikroszkopos képen észlelt koilocyták (melyek vírusfertőzésre jellemző morfológiájú sejtek) jelenléte a mi esetünkben is felveti HPV-infekció lehetőségét.

A beteg szoros követése a praecancerosus állapotnak tartott Buschke-Loewenstein-tumor és a preoperatív nyirokcsomóstátus miatt mindenképpen szükséges (4). Más kérdés, hogy a fekélyes, váladékozó bőrelváltozással fél év együttélés után orvosnál jelentkező betegnél ez mennyire valósul meg. Az utolsó kontroll adatai szerint a beteg egészséges. Az irodalom említ egy, a miénkhez hasonló esetet, melyben évek óta a vulván fennálló lichen sclerosus et atrophicus kezdetben kis csomója nagy, kifehélyesedett tumorrá nőtt, azt eltávolították, és a 15 hónapos követés során sem észleltek lokális rekurálást vagy távoli áttétet a spinocellularis carcinomának bizonyult tumorból (5).

## Irodalom:

1. Fernandez Gomez JM et al: Epidermoid carcinoma of the penis. Review of 30 cases. Arch. Esp. Urol. 50:243-252, 1997
2. Crawford ED, Sakti D: Penile, urethral and scrotal cancer. Urol. Clin. N. Am. 1:20, 1993
3. Mignogna MD et al: The presence of human papilloma virus (HPV) in microinvasive in situ spinocellular carcinoma of the oral cavity. Preliminary report. Minerva Stomatol. 46:287-291, 1997

4. Kasmaoui E, Lezrak M, Ameur A, Jira H, Beddouch A, Abbar M: Genital Buschke Loewenstein tumors. Report of 4 cases. Ann. Urol. (Paris) 36:211-216, 2002
5. Hofmann U, Megahed M: Spinocellular cancer in lichen sclerosus et atrophicus of the vulva. Hautarzt 45:104-107, 1994
6. Regős I, Szentgyörgyi E: A penis óriás condylomája (Buschke-Löwenstein-tumor). Magy. Urol. 3:295-297, 1999



## A pénisz Kaposi-sarcomája

Nádas György dr.<sup>1</sup>, Bánfi Gergely dr.<sup>1</sup>, Borka Katalin dr.<sup>2</sup>, Romics Imre dr.<sup>1</sup>

Semmelweis Egyetem ÁOK Urológiai Klinika<sup>1</sup>, II. Sz. Patológiai Intézet<sup>2</sup>

A szerzők egy 93 éves betegről számolnak be, akit évekkorábban az alkar Kaposi-sarcomás bőrelváltozása miatt sikerrel kezeltek. Hat év elteltével a fitymán jelentkező, körülírt bőrdaganatát távolították el, mely szintén Kaposi-sarcomának bizonyult. A szerológiai vizsgálat a HIV-negatív betegben HHV-8 (humán herpesvírus 8) pozitívítást igazolt. Áttekintik és ismertetik a vonatkozó irodalmi hivatkozásokat. Extragenitalis Kaposi-sarcoma péniszáttétéről közlést nem találtak. Esetüket ritkasága és a beteg szokatlanul magas kora miatt tartják közlésre érdemesnek.

**Kulcsszavak:** Kaposi-sarcoma, HIV, HHV-8

The case of a 93-old-male is presented who, 6 years before, had undergone successful treatment for Kaposi's sarcoma of the forearm. Recently a skin lesion of the prepuce was excised. Histology revealed Kaposi's sarcoma again. The patient proved to be HIV negative and HHV-8 (human herpes virus 8) positive on serology. Literature is reviewed. No publication on extragenital Kaposi's sarcoma metastasizing into the penis has been found. Authors consider their case worth for publication for its rarity and for the unusual age of their patient.

**Key-words:** Kaposi's sarcoma, HIV, HHV-8

Kaposi Mór (1837–1902) a róla elnevezett kórképet 1872-ben írta le, mint a bőr idiopathiás, multiplex, vérzések sarcomáját (1). Ez az endothel daganat a végtagokon jelentkezik elsősorban, de a betegek nagy részében érintettek a nyirokcsomók, a máj, a tüdő és az emésztőrendszer is.

Négy klinikai formája vált ismertté (14):

- **Klasszikus forma**

**Jellemzők:** bőr- és visceralis manifesztáció  
idős férfibeteg  
leggyakoribb lokalizáció: lábfej, lábszár  
lassan terjed

- **Endémiás forma**

**Jellemzők:** afrikai gyermekek között főként, de minden korosztályban előfordul,  
férfi túlsúly, de nőkben is megjelenik  
bőr- és lymphadenopathiás manifesztáció

- **AIDS-hez kapcsolódó forma**

**Jellemző:** a leggyorsabban növekvő típus

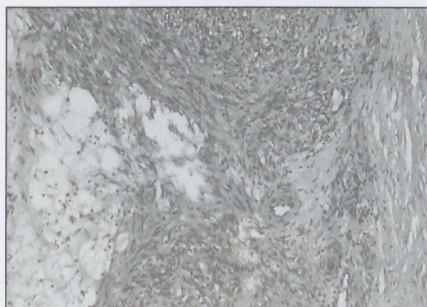
- **Immunszuppresszív kezeléshez társuló forma**

**Jellemzők:** transzplantáltak iatrogen immunhiányos állapotában fordul elő  
a szer csökkentése vagy elhagyása javuláshoz vezethet

Az utóbbi években kapcsolatot fedeztek fel a Kaposi-sarcoma (KS) és a 8-as típusú humán herpesvírus (HHV-8) között, melyet azóta Kaposi-sarcoma herpesvírusnak (KSHV) is neveznek (14). Ez a gamma-herpesvírusok potenciálisan onkogén családjába tartozik, melynek egy másik típusa az Epstein-Barr-vírus. A KSHV genomja a Kaposi-sarcomás HIV-pozitív betegek 90%-ában azonosítható, így módon a KS etiológiájában szerepet játszhat.

### Esetismertetés

V. E. férfibetegünk kórelőzményéből a bal alkar bőrelváltozásának 1996-ban történt kimetszése emelendő ki. A szövettani vizsgálat KS-t igazolt (1. ábra). HIV vizsgálat történt, negatív eredménnyel. A beteg besugárzásban részesült.



1. ábra  
Az alkar  
Kaposi-sarcomás  
elváltozása



Hat évvel később, 2002 májusában az akkor 93 éves beteget a fityma babnyi, körülírt elváltozása miatt kezeltük először. A kimetszett göb szövettani diagnózisa pyogen granuloma volt. A beavatkozás után a fityma ödémássá vált, reaktív phimosis alakult ki. Ismételt felvételekor, egy hónap múlva a fizikális vizsgálat alkalmával hyperaemiás, nem retraktilis fitymát találtunk, alóla gennyes váladék ürült. Circumcisiót végeztünk, melyet követően a beteg jól

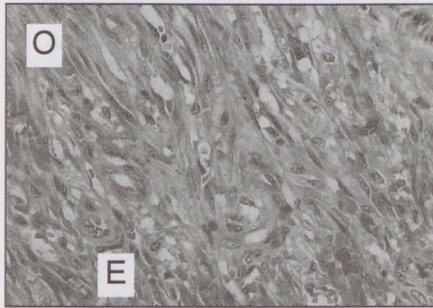
meg. A HHV-8 vizsgálat pozitívnak bizonyult. Az idős beteg a javasolt kontrollvizsgálaton nem jelent meg, utókezelésben nem részesült. Egy év múlva ismeretlen körülmények között elhunyt.

### Megbeszélés

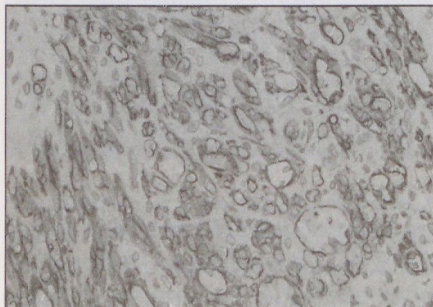
A Kaposi-sarcoma ritka kórkép, melyet a névadó, Kaposi Mór (1837, Kaposvár – 1902, Bécs) 1872-ben írt le. A férfi nemi szervek Kaposi-sarcomája még ritkább. A hímveszőn csak elvétve fordul elő (13). 1999-ig nem AIDS-hez társuló primer péniszelváltozást az irodalomban mindössze 43 esetben közöltek (10). Ugrásszerűen nőtt azonban az esetek száma az AIDS terjedésével, azzal összefüggésben (3, 17). Öröklött vagy szerzett immunhiányos állapot ugyanis a vírus-antigének elleni lecsökkent védekezés eredményeképpen megnöveli az esélyt vírus etiológiájú daganatok (hepatocellularis carcinoma, B-sejtes lymphoma, Kaposi-sarcoma) kialakulására. Az alábbiakban (1. táblázat) az áttekintett irodalom esetismertetéseiben leírt lokalizációkat és főbb jellemzőket foglaltuk össze. Megjegyzendő, hogy a HIV – érthető módon – a 80-as, a HHV-8 a 90-es évek óta ismert és számon tartott tényező.

### A Kaposi-sarcoma diagnózisa

A diagnózis az eltávolított vagy a biopsziára kimetszett elváltozás szövettani vizsgálatán alapszik. Mikroszkóp alatt orsósejtek látszanak, melyek között az érpályából kilépett erythrocyták szigetei helyezkednek el foltokban, hyalintestek és haemosiderin-tartalmú phagocyták mellett (2). Újabban elmaradhatatlan a HHV-8 kimutatása is. A képalkotók közül az MR alkalmazását írták le (8).



2. ábra  
A fityma  
Kaposi-sarcomája.  
O=orsósejtek  
E=extracellularis  
erythrocyták



3. ábra  
CD 34  
immunhisztó-  
kémiai vizsgálat

gyógyult. A szövettani vizsgálat ezúttal KS-t bizonyított (2. és 3. ábra). A lelet kitért az előző vizsgálati anyag revíziójára is, mely azonban a korábbi értékelést nem változtatta

1. táblázat  
Irodalmi adatok összehasonlítása

Szerző	Év	Primer lokalizáció	HIV	HHV-8	Életkor	Kezelés	Megjegyzés
Conger et al (2)	1985	glans	-	NA	67	NA	metastasis
Maiche et al (4)	1986	glans	NA	NA	70	NA	a lábujjon
Zambolin et al (5)	1989	praeputium	NA	NA	47	NA	
Lands et al (6)	1992	glans	-	NA	54 és 50	irradiáció	
Swierzewski et al (7)	1993	glans	+	NA	NA	NA	
Guy et al (8)	1994	glans	-	NA	69	NA	
Koyuncuoglu et al (9)	1996	glans	-	NA	52	NA	
Chun et al (10)	1999	pénisz	NA	NA	54	CO <sub>2</sub> -lézer	
Schwartz et al (11)	2000	pénisz	-	+	45	radioterápia	
Kavak et al (12)	2001	glans + sulcus coronarius	-	NA	NA	NA	
Chitale et al (13)	2002	glans	-	+	38	NA	
Morelli et al (14)	2003	glans	-	+	53	NA	
Micali et al (15)	2003	praeputium	-	+	45	NA	
		frenulum	NA	NA	55	NA	
Pacifico et al (16)	2003	glans	-	+	39	NA	

NA = nincs adat



**Kezelés**

A terápiában a sebészi kimetszés a leggyakoribb eljárás, többnyire utókezelés nélkül. A klasszikus típus sugárérzékeny: többen eredményesen kezelték irradiáció-

val (6, 11), kobalt-60-besugárzással (18), valamint CO<sub>2</sub>- (10), illetve Nd:YAG-lézerrel (19). Vapnek és mtsai (20) viszont a sugárkezelt Kaposi-sarcomás AIDS-betegeik közel felében észleltek recidívát, mely további kezelést igényelt.

**Irodalom:**

1. Kaposi M: Idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut. Arch. Dermatol. Syphilol. 4:265–273, 1872
2. Conger K, Sporer A: Kaposi sarcoma limited to glans penis. Urology 26:173–175, 1985
3. Bayne D, Wise GJ: Kaposi sarcoma of penis and genitalia: a disease of our times. Urology 31:22–25, 1988
4. Maiche AG, Holsti P, Gröhn P et al: Kaposi's sarcoma of the penis. Br. J. Urol. 58:557, 1986
5. Zambolin T, Simeone C, Baronchelli C et al: Kaposi's sarcoma of the penis. Br. J. Urol. 63:645–646, 1989
6. Lands RH, Ange D, Hartman DL: Radiation therapy for classic Kaposi's sarcoma presenting only on the glans penis. J. Urol. 47:468–470, 1992
7. Swierzewski SJ, Wan J, Boffini A et al: The management of meatal obstruction due to Kaposi's sarcoma of the glans penis. J. Urol. 150:193–195, 1993
8. Guy M, Singer D, Barzilai N et al: Primary classic Kaposi's sarcoma of glans penis – appearance on magnetic resonance imaging. Br. J. Urol. 74:521–522, 1994
9. Koyuncuoglu M, Yalcin N, Özkan S et al: Primary Kaposi's sarcoma of the glans penis. Br. J. Urol. 77:614–615, 1996
10. Chun YS, Chang SN, Park WH: A case of classical Kaposi's sarcoma of the penis showing a good response to high energy pulsed carbon dioxide laser therapy. J. Dermatol. 26:240–243, 1999
11. Schwartz RA, Cohen JB, Watson RA et al: Penile Kaposi's sarcoma preceded by chronic penile lymphoedema. Br. J. Dermatol. 142:153–156, 2000

12. Kavak A, Akman RY, Alper M et al: Penile Kaposi's sarcoma in a human immuno-deficiency virus-seronegative patient. Br. J. Dermatol. 144:207–208, 2001
13. Chitale SV, Peat D, Meaden JD et al: Kaposi's sarcoma of the glans penis in an HIV negative patient. Int. Urol. Nephrol. 34:251–253, 2002
14. Morelli L, Pusioli T, Pisciole F et al: Herpes virus 8-associated penile Kaposi's sarcoma in an HIV-negative patient: first report of a solitary lesion. Am. J. Dermatopathol. 25:28–31, 2003
15. Micali G, Nasca MR, De Pasquale R et al: Primary classic Kaposi's sarcoma of the penis: report of a case and review. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 17:320–323, 2003
16. Pacifico A, Piccolo D, Fargnoli MC et al: Kaposi's sarcoma of the glans penis in an immunocompetent patient. Eur. J. Dermatol. 13:582–583, 2003
17. Lowe FC, Lattimer DG, Metroka CE: Kaposi's sarcoma of the penis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. J. Urol. 142:1475–1477, 1989
18. Ruszczak Z, Stadler R, Schwartz RA: Kaposi's sarcoma limited to penis treated with cobalt-60 radiotherapy. J. Med. 27:211–220, 1996
19. Wishnow KI, Johnson DE: Effective outpatient treatment of Kaposi's sarcoma of the urethral meatus using the neodymium:YAG laser. Lasers Surg. Med. 8:428–432, 1988
20. Vapnek JM, Quivey JM, Carroll PR: Acquired immunodeficiency syndrome-related Kaposi's sarcoma of the male genitalia – management with radiation-therapy. J. Urol. 2:333–336, 1991

# HÁROMSZOROS védelem férfiaknak

Egyedülálló, komplex összetétel  
a benignus prostata-hyperplasia  
kezelésére

törpepálma termés  
(SABAL SERRULATA FRUCTUS)

aranyvesszőfű  
(SOLIDAGINIS VIRGAUREAE HERBA)

csalángyökér  
(URTICAE RADIX)

BÉRES  
Prostazyn®  
filmtabletták  
60db

Gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény.  
OGYI-861/2002

További információval készséggel állunk rendelkezésére:  
Béres Gyógyszergyár Rt. 1037 Budapest, Mikoviny u. 2-4.  
Tel.: (1)430-5500 Fax: (1)250-7251  
www.beres.hu

**BÉRES** Az egészséges emberért



# EBU Certifikáció

Beszélgetés Romics Imre professzorral

## 1. Hogyan fogalmazódott meg az ötlet a minősítés megszerzéséhez?

Külföldről kaptam az ötletet. Németországban, Jénában jártam Schubert professzornál. Az ő klinikájának a kapujára volt kiírva, hogy EBU certifikált klinika. Bár nekünk is voltak EBU képviselőink, a szokott magyar kishitűséggel bizonyára ők sem gondolták, hogy közép-európai klinika megkaphat egy ilyen certifikációt. Amikor az ötlet felmerült bennem, akkor valóban kaptam hazai képviselőktől információkat, amelyek alapján elindulhatott a procedúra.

## 2. Mit kellett tenni ezért, milyen tevékenységek előzték meg, milyen adminisztratív követelmények voltak?

A követelmények nem voltak egyszerűek, ki kellett tölteni egy sokoldalas kérdőívet. Ahhoz, hogy a kérdőívre adott válaszok az EBU certifikáció kritériumainak megfeleljenek, „csak” arra volt szükség, hogy előtte éveig keményen dolgozzunk és ennek következtében olyan körülményekről és eredményekről számolhassunk be, amelyek alkalmassá tehetik az intézményt e minősítést elnyerésére.

## 3. Mely intézmények rendelkeznek térségünkben hasonló minősítéssel?

Tudomásom szerint velem egyidőben két varsói – Borkovsky és Borówka professzorok vezette – osztály kapták meg ezt a minősítést rajtunk kívül Kelet-közép Európában.

## 4. Kik vettek részt a viziten, és mit vizsgáltak?

Elsőként Madesbacher professzor, az EBU akkori elnöke járt klinikánkon, a FUN-on tartott előadást és ő értő szemmel járta végig a klinikát, a műtöket, a vizsgáló helyiségeket, osztályokat, de határozott kívánsága volt, hogy megtekintse a külső klinikai telepen található CT és scintigráfias laboratóriumot is. Hivatalos küldöttként Mladenov professzor Szófiából, és Becopulos professzor Athénból érkezett a klinikára. Ők több órán keresztül érdeklődtek a klinika oktató, kutató, gyógyító tevékenységéről, szervezetéről, a mindennapi programokról. Majd pedig a klinika rezidenseivel négyszemközt félháromnegyed órán át beszélgettek és kérdezték őket. Tekintettel arra, hogy ez egy konfidenciális beszélgetés volt, én sem tudom, hogy pontosan mit kérdeztek, s a rezidenseket sem kértem, hogy mondják el, miről volt szó. A beszélgetések után mosolygó arccal érkeztek vissza a

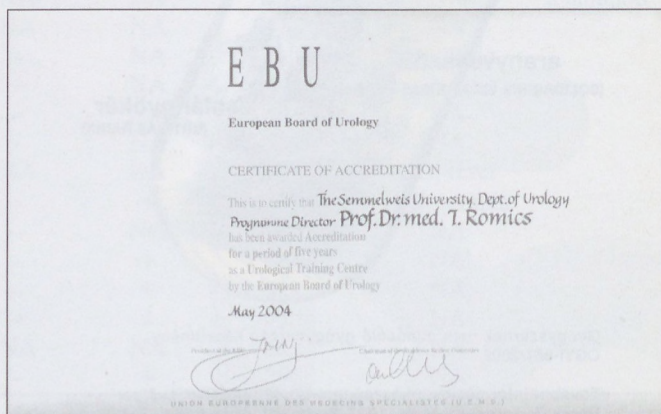
szobámba, s azt mondták, hogy ők befejezték a vizsgálatot. Jól esett az is, hogy azt mondták, hogy tulajdonképpen alaposan csak a mi rezidensképzési, és oktató programunkat kívánják tanulmányozni, hiszen a klinika egyéb tevékenységéről informáltak.

## 5. Milyen vélemény alakult ki a vizit kapcsán a klinikáról?

Azt már megtanultam, hogy minden dicséretet felelni kell, de mivel ők külföldiek, és semmi nem kötelezte őket arra, hogy bármi szépet és jót mondjanak a klinikáról, valóban jól esett, hogy teljes véleményükkel és akaratukkal támogatták az EBU vezetésénél, hogy klinikánk ezt a minősítést megkapja. Más hozadéka is volt ennek, Madesbacher professzorral a kapcsolatot szorosabbra fűztük és már meg is jelent egy publikációnk a bolgár urológus lapban.

## 6. Milyen kötelezettséggel jár ez a minősítés ezután?

A certifikáció írásban, szeptemberben érkezett meg, azóta egy újvidéki szerb fiatalember járt a klinikánkon, aki három hetet töltött itt. Rendszeresen foglalkoztunk vele, a műtétekben részt vett, kérdéseire válaszoltunk, tehát időigényes tevékenység ez. A második vendégünk Grúziából érkezett, aki transurethralis rezekció elvégzését tanulta a klinikán, és szintén részt vett radikális műtétek asszisztenciájában. A reggeli referálón elhangzottak a betegek kivizsgálásának módjai, a döntési mechanizmus számukra érthető volt, hiszen a szerb fiatalembernek Rusz András, míg a grúz kollégának mások németül fordították le az érdekesebb és fontosabb eseményeket –, mert ő a német nyelvben volt járatos.





# Az interleukin-2 szerepe az áttétes vesedaganatok kezelésében

Horti József dr.

Országos Onkológiai Intézet

A veserák a felnőttkori daganatok 2-3%-át teszi ki. A betegek jelentős részét már távoli áttéttel fedezik fel. A nem kezelt áttétes betegek túlélése kevesebb, mint 12 hónap, az 5 éves túlélés esélye kisebb, mint 10%. Magyarországon évente kb. 1500 új beteget diagnosztizálnak.

A vese daganatos megbetegedéséről régóta ismert, hogy immunreakciót válthat ki, és időnként az immunválasz jelentős spontán regressziót eredményez. Eredményes immunválasz kiváltásához számos nem-specifikus immunstimulátort, adoptív immunterápiát és különböző, részlegesen tisztított vagy rekombináns citokineket használtak. Több különböző citokin esetében igazoltak tumorelles aktivitást, azonban az utóbbi években leggyakrabban vizsgált vegyület az alfa-interferon és az interleukin-2 (IL-2) volt. Pontos hatásmechanizmusuk nem ismert. Állatmodellekben az antiangiogen hatásuk mellett a tumorsejtek direkt elpusztítása bizonyosodott be, amelyet az általuk aktivált T-sejtek és killersejtek révén valósítanak meg. Az elmúlt években több klinikai vizsgálat eredménye bizonyította, hogy az interleukin alapú kombinációs kezelések előnyösebbek az interferon-vinblastin kezelésnél. Jelenleg a Magyarországon is az évek óta elérhető, IL-2-t tartalmazó kemoimmunterápia tekinthető első vonalbeli kezelésnek a megfelelő általános állapotú veserákos betegek körében.

Klinikai vizsgálatok eredményeire támaszkodva 1992-ben az FDA elfogadta az IL-2-t az előrehaladott veserák kezelésére. Az elfogadott protokoll eredetileg a nagy dózisu, bolusban adott IL-2 kezelést részesítette előnyben. A betegek testsúlytól függően 40-70 MIU IL-2-t kaptak iv. 8 óránként öt napig. Objektív választ a betegek 15%-ánál figyeltek meg, ezek közül 7% komplett remisszió volt. E betegcsoportban a válasz medián tartama 4,5 év, míg az összes bevont betegre vetítve 1,5 év volt. Amennyiben az objektív válasz több mint 30 hónapig fennállt, a relapszus esélye minimális lett.

Az iv. alkalmazott IL-2 kezelés meglehetősen költséges, mivel szignifikáns toxikus mellékhatásai miatt csak intenzív osztályon alkalmazható. A mellékhatások csökkentése, a könnyebben kivitelezhető kezelés érdekében ígére-

tes vizsgálatokat végeztek ambulánsan, subcutan is adható IL-2 protokoll kifejlesztéséhez. Nemrég jelent meg egy tanulmány a Német Kemoimmunterápiás Munkacsoporttól, ahol három karon hasonlították össze az sc. adott IL-2 + alfa-interferon + iv. fluorouracil (A kar), az A kar + cisretinoic sav (B kar) és az sc. alfa-interferon + vinblastin (C kar) kezeléseket hatásosságát (1). Az A karon a betegek 5%-a mutatott komplett remissziót és 26%-uk részleges remissziót, szemben a B karon észlelt 8%-kal és 18%-kal, illetve a C karon megfigyelt 6%-kal és 14%-kal. A progressziómentes túlélésben szignifikánsan jobb eredményt mutatott az A és a B kar a C karral szemben. A medián túlélés hasonló eredményt hozott: 25 hó az A karon, 27 hó a B karon és mindössze 16 hónap a C karon.

Az amerikai Cytokin Munkacsoport 192 beteget vont be egy fázis III vizsgálatba (2). A betegek egy része 5 MIU/m<sup>2</sup> IL-2 kezelésben részesült 8 óránként öt napig, amit heti három alkalommal 8-10 MIU/m<sup>2</sup> alfa-interferonnal kombináltak, míg a másik csoport 50-70 MIU iv. IL-2 kezelést kapott 8 óránként szintén öt napig. A betegek életkora 21-75 év között volt (medián: 54 év), 70%-uk férfi volt. Mindkét karon egyformán kaptak kezelést máj- vagy csontáttétekkel diagnosztizált betegek, és összehasonlítható volt a betegek általános állapota (performance status) is. Egy-egy beteg halt meg a kezeléssel összefüggésben mindkét karon, progresszív betegséget kísérő respiratorikus distressz szindróma, illetve „capillary leak syndrome” miatt a nagy dózisu IL-2 kezelés során. Összesen hat beteg (öt a kombinált karon és egy a nagy dózisu IL-2 karon) utasította vissza a kezelést a vizsgálati periódusban, ezért a tumorválasz értékelésében őket nem vették figyelembe. A kezelésre adott válasz a nagy dózisu IL-2 karon 23%, míg a kombinált karon 9% volt. Nyolc betegnél regisztráltak komplett választ IL-2 kezelés esetén, míg hasonló eredmény három betegnél fordult elő az alacsony dózisu IL-2 interferonnal kombinált karon. A javulás medián tartama 14 hónap volt IL-2 kezelés mellett, míg a kombinált karon csak 7 hónap. A medián túlélési idő 17, illetve 13 hónap volt. A 96 betegből a nagy dózisu IL-2 karon 9, a kombinált karon 2 beteg volt progressziómentes három év obszerváció után. A betegek alcsoportjait ele-



# PROLEUKIN®

(ALDESLEUKIN)

## Terápiás lehetőség metasztatikus vesekeletében\*

### Beválasztási kritériumok Interleukin-2, Interferon, 5-Fluorouracil immuno-kemoterápiára:

- » Klinikailag igazolt metastatikus vesedaganat
- » Életkor 18-75 év között
- » Általános állapot / ECOG 0-2/

### Kizáró okok:

- » Bizonyított agyi metastázis
- » Operálható szoliter metastázis (pl. tüdő, mellékvese)
- » Terhesség, szoptatás vagy fogamzásgátlást nem vállaló reprodukív korban lévő nőbeteg
- » Kongesztív szívelégtelenség, ritmuszavar, szárblokk
- » Gyógyszeres kezeléssel nem kontrollálható gyulladás
- » Ismert autoimmun betegség
- » Második tumor az anamnézisben (kivételt képeznek a megfelelően kezelt bazaliomák és a cervix karcinómák)
- » A beteg együttműködésének a hiánya

Proleukin terápiás bizottság / Országos Onkológiai Intézet

### \*Csak a kijelölt centrumokban:

**Budapest:** Országos Onkológiai Intézet C Belosztály, Szent Margit Kórház Onkológiai Osztály /V. Belosztály/, Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb, Semmelweis Egyetem Okatató Kórház, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórháza Onkoradiológiai Osztály

**Debrecen:** DEOE Onkológiai Tanszék

**Győr:** Petz Aladát Kórház Onkoradiológiai Osztály

**Gyula:** Pándy Kálmán Megyei Kórház Onkoradiológiai Osztály

**Kecskemét:** Megyei Kórház Onkoradiológiai Központ

**Kaposvár:** Kaposi Mór Megyei Kórház és Rendelőintézet Onkológiai Osztály

**Nyíregyháza:** Jóna András Kórház Onkológiai osztály

**Pécs:** POTE Urológiai Klinika

**Szeged:** Szegedi Egyetem Onkoradiológiai Klinika

**Veszprém:** Csolnoky Ferenc Kórház Rendelőintézet Onkológiai Osztály

### Teljeskörű információval készségesen állunk rendelkezésére:

1023 Budapest, Vérhalom u. 12-16., Tel: 06 1 336-16-14, Fax: 06 1 326-22-00

Részletes alkalmazási előírat: Gyógyszer Kompendium 2004 / ATC: L03A A01  
OGYI eng.szám: 5941/41/2001

**CS**  
PHARMACEUTICALS



mezve kiderült, hogy az IL-2 hatásosságát nem befolyásolta az áttétek elhelyezkedése. Az interferon + interleukin karon jobb eredményt észleltek a csont- és/vagy májáttétekkel nem rendelkező betegcsoportnál, és azon betegek-nél, akiknek a primer tumora nephrectomiával eltávolítható volt.

A vizsgálat során adatokat gyűjtöttek az életminőségben bekövetkezett változásokról. A betegek a kezelés során összesen hét alkalommal töltötték ki az EORTC által kifejlesztett QOL C30 kérdőívet. A nagydózisú IL-2 csoportban a kezelés korai fázisában több mért tényező vonatkozásában romlást észleltek, azonban hosszabb távon en-

nél a csoportnál jelentkezett nagyobb mérvű javulás mind funkcionálisan, mind a betegség tüneteiben.

Magyarországon évente kb. 80 beteg jut el az interleukin-2 kezeléssel jelentős tapasztalatokkal rendelkező urológiai és onkológiai centrumokba. Az ismert morbiditási adatokkal kalkulálva elmondható, hogy az áttétes vesebetegek számottevő hányada feltételezhetően nem a jelenleg ismert legjobb kezelést kapja.

(A dolgozat megjelenését a CSC Magyarországi Kereskedelmi Képviselő támogatta.)

#### Irodalom:

1. Atzpodien J, Kirchner H, Jonas U, Bergmann L, Schott et al: Interleukin-2 and interferon alfa-2a-based immunochemotherapy in advanced renal cell carcinoma: A prospectively randomized trial of the

German Cooperative Renal Carcinoma Chemoimmunotherapy Group (DGCIN). J. Clin. Oncol. 22:1188-1194, 2004

2. Atkins MB, Regan M, McDermott D: Update on the role of interleukin 2 and other cytokines in the treatment of patients with stage IV renal carcinoma. Clin. Cancer Res. 10:6342s-6346s, 2004

## Hírek

### Beszámoló a 4. Közép-Európai Urológiai Kongresszusról

2004 október 21-22. között került megrendezésre Bukarestben az EAU 4. Középeurópai Urológus Találkozója. A felkért orvosok kiváló előadásokat tartottak, emellett közel 100 poszter bemutatására is lehetőség volt. A román házigazdákon kívül legnagyobb számban a lengyelek képviselték magukat. Magyarországról összesen tizenegyen voltak jelen és hat poszterrel képviselték hazánkat, melyből négyet a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának munkatársai készítettek. A kongresszus fő témái: a hólyagtumor sebészet (prof. Teillac, prof. Marberger) és kemoterápia (prof. Muldres), a vesetumor sebészet (prof. Marberger, prof. Teillac, prof. Mulders), az alsó húgyúti rekonstrukció sebészet és a hólyagdiszfunkció, illetve az urodinámia (prof.

Artibani, prof. Chapple, prof. Haab) voltak. A poszterszekció első díját, amelyet az MSD és Yamanouchi ajánlott fel, Martha Orsolya (Marosvásárhely): Az urodinamiás vizsgálat szerepe a gyermekekben észlelt nem neurogén eredetű hólyag-szfinkter diszfunkció vizsgálatában című és Majoros Attila (Budapest, Urológiai Klinika, Semmelweis Egyetem): Radicalis prostatectomiát követő urodinamikai változások (prospektív vizsgálat) című posztere nyerte.

### Összegzés a kínai útról

Az ír ROWA cég felkérésére utaztam Pekingbe. Az első nagy betegszámot magába foglaló Rowatinex-szel végzett prospektív, kettős vak kontrollált vizsgálatot klinikánkon végezzük más osztályokkal karöltve. Tekintettel arra, hogy Kínában is regisztrál-

ni kívánják a Rowatinexet, a gyógyszer hatásáról, korábbi vizsgálatokról – jelenleg folyó vizsgálat menetéről, kritériumairól és a jelenlegi eredményekről számoltam be Chai doktor előtt, aki a legnagyobb kínai katonai kórház ESWL osztályának a vezetője. Egy másik alkalommal módom volt találkozni Li professzorral, aki a pekingi egyetem urológiai klinikájának az igazgatója és munkatársával. Ő előttük is prezentáltam a fent említett témakört. A két beszélgetés után úgy döntöttek, hogy Kínában is elkezdnek egy kettős vak vizsgálatot, amely szükséges a regisztráláshoz.

A két és fél nap alatt alkalmam volt mindazon fontos létesítményeket meglátogatni, amelyek fő turista célpontok, így jártam a Nagy Falon, a Mingh-síroknál, a Nyári Palotában, a Tiltott Városban, a Mennyei Templomban.

Romics Imre



## SIU Kongresszus 2004.

Idén is nagy érdeklődés övezte a SIU (Société Internationale d'Urologie) kongresszusát, amelyet október 3-7 között, 27. alkalommal, Honolulu-ban (Hawaii) rendeztek meg.

A kongresszust megelőző két napon mintegy bevezetőként – Global GU Oncology Conference – elnevezéssel egyedül onkológiai témákkal foglalkozó rendezvény zajlott.

Az első részben a prosztaták volt a téma.

Ismételten kiemelték a szűrés jelentőségét, amelyben újabb irányzat szerint az egyre alacsonyabb köszöbérték miatt, kevesebb szerep jutna a PSA vizsgálatnak, bár ezt a nézetet viharos vita övezte. Nagy publicitást kapott az új marker, a nagyszámban még nem alkalmazott UpM3.

Az USA-ban évente 1,4 millió prostata biopsziát végeznek, ezért ennek technikájáról többen beszéltek. PIN esetén igen szoros követést ajánlottak, hiszen 5 éven belül ezek jórésze daganatos lesz. A transrectalis célzás a post-erolateralis és az apicalis részre terjedjen ki, Doppler helyett már a kontrasztanyag ultrahang célzást javasolják.

Humán vonatkozásban is részletesen elemzett genetikai vizsgálatok alapján a gén polimorfizmus és az androgén receptor gén jelentőségének szerepéről több említés történt, ugyanígy a COX-2 gátlók és a NSAID, valamint a nyomelemek, így a szelénium esetleges daganatgátló tulajdonságáról is.

Nagy a tét, hiszen végletekig leegyszerűsítve kétfajta agresszivitású prosztaták van. A „Tigers, versus pussycats?” volt Kirby professzor előadásának egyik mottója.

A sebészi kezelés mellett vagy ennek kiegészítéseként világszerte egyre nagyobb szerep jut az irradiáció különböző módjainak és ezek kombinációinak. Szó esett a lymphadenectomiáról és arról is, hogy elvégzése nem befolyásolja a túlélést, viszont jelentős prognosztikai szerepe van a kimutatott N+ stádiumnak. 10 alatti PSA esetén is 11%-ban előfordul nyirokcsomó áttét.

Műtéttechnikai ajánlásban radicalis prostatectomiánál óvtak a klippek behelyezésétől és a koagulástól, a szűkületek megelőzésére a lekötéseket ajánlották.

Külön előadás volt a hormonkezelések utáni osteoporosis terápiájáról, a TAB kezeléssel elért esetleges túlélési előnyről a monoterápiával szemben.

A prosztaták kemoterápiájánál a taxánok a vezető szerep, de, mint egy előadásban elhangzott az uroonkológusoknak is fel kell készülni a további biológiai kezelésekre is.

A penistumorok kizárására a 3 héten túl nem gyógyuló sebek esetén mindenképpen biopsziát ajánlottak. Továbbra is kiemelt szerep jut a szervmegőrző törekvéseknek, amikor mégis amputáció a döntés, a 2 cm-es resectiók alkal-

manként módosítható. Követendő eljárásnak minősül a stádiumtól függően kiterjesztett preventív lymphadenectomia, hiszen a túlélést egyértelműen a nyirokátét megléte határozza meg. A felszínes, módosított bilaterális lymphadenectomia „gold standard”-nak tekinthető akkor is, ha 20% a fals negativitás és 50% a fals pozitivitás aránya. Nincs létjogosultsága az egyoldali lymphadenectomiának, hiszen a kétoldali nyirokátét aránya 25%-os. Adjuváns kemoterápiának az ifoszfamid+taxan+cisplatin kombinációt ajánlották, esetleges granulocita stimuláló faktor alkalmazásával.

A 4 cikusból álló kezelést adjuváns módon alkalmazzák pozitív nyirokcsomó, extranodalis terjedés esetén. Neoadjuváns kemoterápia indokolt 4 cm-nél nagyobb, vagy több nyirokcsomó esetén, illetve ha a tumor érbetőrést mutatott, vagy extralymphaticus áttét is van.

A heretumrok tárgyalásánál külön szekció szólt az I. stádiumú magas és alacsony kockázatú nonseminomák kezeléséről. Alacsony kockázatú esetekben 70%-ban a surveillance megoldást jelent, hátránya a nagyobb diagnosztikus sugárterhelés, és a 6-8%-os késői relapsus ráta. Magas kockázatú daganat esetén a relapsus 30%-os. Itt a 2 ciklus kemoterápia nem elengedhető. A kemoterápiás protokollok tárgyalásánál az etoposid leukémiát kiváltó hatását minimális veszélynek minősítették. A lymphadenectomiák tárgyalásánál kiemelt szerepet tulajdonítottak ennek behatárolásának, így a különböző technikájú (pulzációs generátorral ellenőrzött) nerve sparing, illetve műtétnek, de a laparoscopiás beavatkozások is egyre nagyobb tért hódítanak. A seminomák sugárkezelésénél ismét említés történt a másodlagos malignitások megjelenéséről, amely már 10-szeres kockázatot jelent.

A vesedaganatok tárgyalásánál ismét a tumor resectio váltotta ki a legtöbb vitát, jelenleg csak ebben a tárgykörben 30 vizsgálat folyik, 2700 betegen. A 7,5-22%-os multilocularis megjelenés ellenére a local recidiva 0-2,3%-os, 4 cm-es tumor nagyságig az eljárást legtöbbször előnyben részesítik. A sebészi behatolás módjában nincs kifejezett ajánlás, a laparoscopia itt is egyre nagyobb számban történik. Talán a jövőbe mutató, de többünknek szokatlan technikai lehetőségeket vetett fel újra Marberger professzor már a FUN-on is elhangzott összefoglalója a radiofrekvenciás, HIFU és cryokezelésekkel kapcsolatban.

A citokinokkal történő adjuváns kezelés földrészenként különbözik, Európában az interleukin subcutan adagolása, míg az USA-ban a high dose iv. kezelés nyert teret. Abban, hogy kiterjedt daganatoknál alkalmazni kell, nem volt nézetkülönbség, hiszen a mono-kemoterápiával szemben 6



hónapos túlélési előnyt jelent. A vesedaganatoknál terjedt el leginkább az új kemoterápiás szerekkel (növekedési faktorok, angiogenesisre ható anyagok, tirozin kináz inhibitorok, Avastinâ) kísérletes alkalmazása humán vonalon is. Hasonló kísérletek világszerte közel 500 betegen folynak.

A következő napon tartott kongresszuson *Romics Imre* professzor felkért előadóként tartott átfogó előadást „Complications (early and late) long-term outcome and retreatment rate” címmel, amelyet a korai időpont ellenére is nagy érdeklődés fogadott.

Szakorvosi felkészítő továbbképző program (SZFTP)

Elméleti és gyakorlati rész 16.

## Urotraumatológia. Urodinamikai alapismeretek, alsó- és felső húgyúti urodinamiás vizsgálatok, inkontinencia

Semmelweis Egyetem, ÁOK Urológiai Klinika  
2005. január 19-21.

### Január 19. szerda

- 10.00–10.40 **Megnyitó** Prof. dr. Romics Imre SE, Urol. Klinika  
**Előző teszt értékelése, elért pontszámok ismertetése.** dr. Buzogány István PTE, Urol. Klinika
- 10.50–11.30 **Érdekes esetek fóruma I.**  
Moderátor: dr. Pánovics József SE, Urol. Klinika
- 11.40–12.20 **Az uréter sérülései**  
dr. Hamvas Antal Szt. János Kh. Urol.
- 12.30–13.10 **A hólyag sérülései**  
dr. Pánovics József SE, Urol. Klinika
- 14.10–14.50 **A húgycső sérülései, elsődleges ellátása, késleltetett megoldás**  
Prof. dr. Kelemen Zsolt SE, Urol. Klinika
- 15.00–15.40 **A vese sérülései**  
dr. Hamvas Antal SE, Urol. Klinika
- 15.50–16.20 **Latrogen sérülések endourológiai beavatkozások során** dr. Nádás György SE, Urol. Klinika
- 16.30–17.00 **Folyóirat referátum – rezidensek**  
Moderátor: dr. Buzogány István PTE, Urol. Klinika

### Január 20. csütörtök

- 8.00–8.40 **EBU – Naprakész Urológia – referálás.**  
Rezidens/Prof. dr. Kelemen Zs. SE, Urol. Klinika
- 8.50–9.30 **A hátsó húgycső szűkülete, invaginációs húgycsőplasztikák**  
Prof. dr. Kelemen Zsolt SE, Urol. Klinika
- 9.40–10.20 **A külső genitáliák traumatológiája**  
dr. Nyirády Péter SE, Urol. Klinika
- 10.30–11.10 **Urológiai konzilium traumatológiai esetekben**  
dr. Lengyel István Uzsoki Kh. Urol.
- 11.30–12.10 **A iatrogén férfi inkontinencia kezelésének lehetőségei** dr. Majoros A. – Prof. dr. Kelemen Zsolt SE, Urol. Klinika
- 12.20–12.50 **Harántléziós betegek urológiai problémaköre**  
dr. Majoros Attila SE, Urol. Klinika
- 13.50–14.20 **A kismencede anatómiája, a vizeletürítés és vizelettartás pathofiziológiája**  
dr. Simon Zsolt OGYK, Urol. Klinika

### 14.30–14.50 **Az alsó húgyutak urodinamiás vizsgálatainak műszeres feltételei**

dr. Szüle Endre

Kerepestarcsei Kórház. Urol.

### 15.00–15.20 **A felső húgyutak urodinamiás vizsgálatainak műszeres feltételei**

dr. Lovász Sándor SE, Urol. Klinika

### 15.40–16.20 **A hólyag-húgycsőműködés, a vizelettartás neurofiziológiája**

dr. Banyó Tamás Gróf Esterházy Kh. Urol.

### Január 21. péntek

- 8.00–8.40 **Érdekes esetek fóruma – Rezidensek**  
Moderátor: dr. Hamvas Antal SE Urol. Klinika
- 8.50–9.30 **Az inkontinenciák klasszifikációja, kezelésének algoritmus**  
dr. Hamvas Antal SE Urol. Klinika
- 9.30–9.50 **A vizeletelvezetés segédesszközei, alkalmazásuk aktuális kérdései**  
dr. Lovász Sándor SE Urol. Klinika
- 10.10–10.50 **Az urge inkontinencia diagnosztikája és terápiája**  
dr. Majoros Attila SE Urol. Klinika
- 11.00–11.30 **A női vizelettartási zavarok a nőgyógyász szemével** dr. Demeter János Szt. Rókus Kh. Nőgy.
- 11.40–12.20 **EBU Naprakész urológia és az AUA Update Series tananyagának ismertetése – rezidensek**  
Moderátor: dr. Tenke Péter Délpesti Kh. Urol.
- 13.20–14.20 **A stressz inkontinencia diagnosztikája és terápiája**  
dr. Hamvas Antal SE Urol. Klinika
- 14.30–15.00 **A gáti torna lehetőségei és jelentősége a stressz inkontinencia kezelésében**  
Tápainé Bajnai Márta SE I. Nőgyógy. Klinika
- 15.10–16.00 **Folyóirat referáló előre kiküldött cikkek alapján**  
Moderátor: dr. Buzogány István PTE Urol. Klinika

**Tanfolyam szervezője:** dr. Lovász Sándor egy. adjunktus



## Hírek

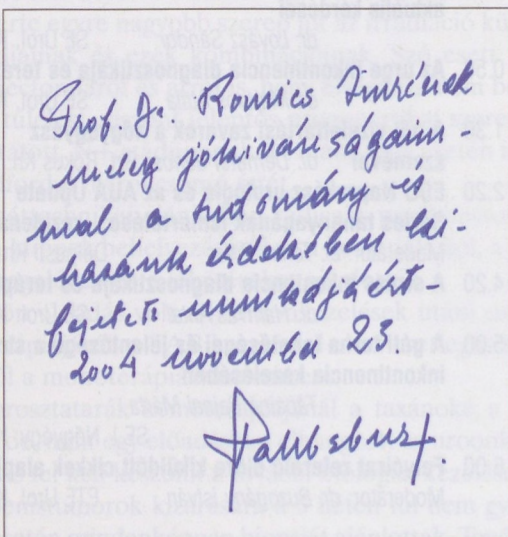
### Habsburg Ottó látogatása a SE Urológiai Klinikáján

2004. november 23-án Habsburg Ottó a Páneurópai Parlament elnöke látogatást tett klinikánkon.



Romics Imre professzor az intézet igazgatója fogadta a feleségével érkező méltóságot, majd röviden ismertette a klinika történetét és bemutatta a létesítményt. A kétnyelvű, történelmi témákat érintő beszélgetés után a kiváló egészségi állapotnak örvendő történelmi személyiség egyenként ismerkedett meg a klinika orvosaival.

Meleg szavú köszöntőjében elismeréssel beszélt a klinika tevékenységéről, amelyet a professzori dolgozószobában írásban is megerősített.



Egyben elfogadta Romics professzor meghívását egy klinika által szervezett, nemcsak tudományos témájú rendezvényre.



Lehet, hogy királyi személyiség lesz a következő Urofarsang meglepetés-vendége?

### Megjelent: Romics Imre (szerk.)

#### Az urológia tankönyve

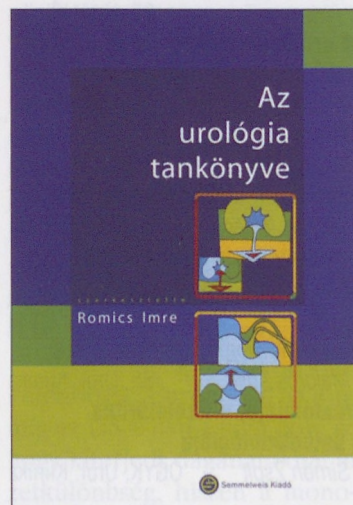
Semmelweis Kiadó, 2004.

Az ötödik urológiai egyetemi tankönyv a napokban készült el. Illyés Géza (1931), Babics Antal (1952), Balogh Ferenc (1978), és Frang Dezső (1997) urológiai tankönyve után a Romics Imre professzor által szerkesztett könyv már kapható a könyvesboltokban.

A könyv 17 fejezetet tartalmaz, szerzői a szakma elismert szakemberei, akik az egyes fejezetekben a legújabb ismeretek alapján, oktató jelleggel foglalták össze az ismereteket. A 330 oldalas, színes fotókat is tartalmazó fejezeteket Böszörményi-Nagy Géza, Corradi Gyula, Farkas László, Fazakas László, Hamvas Antal, Karsza Attila, Kelemen Zsolt, Kondás József, Lovász Sándor,

Merksz Miklós Pajor László, Pánovics József, Romics Imre, Rusz András, Szűcs Miklós, Tenke Péter és Urbancsek János írták.

„A tankönyv a medikus oktatásban ésszerű részletekig logikailag megfelelő algoritmusban tárgyalja mindazokat az ismereteket, melyek a sikeres vizsgálóhoz és még fontosabb: a sikeres orvosi tevékenységhez segítenek hozzá. Ebben a reményben bocsátjuk útjára a könyvet.” – írja előszavában a szerkesztő.





## Hírek

A Magyar Klinikai Onkológiai Társaság (MKOT) III. kongresszusát 2004. november 17-20 között Budapesten szervezte. A 400 regisztrált résztvevő színvonalas rendezvény részese lehetett.

Az első napon háziiorvosi alaptanfolyam zajlott, ahol a különböző daganatok felismerése, diagnosztikája és kezelése mellett a szakma elismert művelőinek előadásaiból megismerkedhettek az onkológiai ellátás struktúrájával, a kemoterápia általános alapjaival valamint a sürgősségi ellátással és a fájdalomcsillapítással. Külön fejezetet érdemelt a jogi kérdések ismertetése a hospice ellátás és az alternatív gyógymódok is.

Nagy sikerrel zajlott ugyanekkor a betegnap megrendezése, amely kiscsoportos foglalkozásokkal zárult.

A második napon a gyógyszer szimpoziumok mellett Nővér Szakmai Fórum is volt. A nap végére került a hivatalos megnyitó, amikor prof. P. Kleihures (Zürich) tartott részletes tájékoztatást a daganatos betegségek előfordulásáról. A sok oldalról megvilágított téma elgondoztató adatokat tárt fel, kiemelve a daganatos betegségek szűrésének szükségességét és a különböző civilizációs ártalmak szerepét az eltérő eredetű daganatok keletkezésében. Többször említették meg hazánkat a daganatok előfordulási arányát tekintve vezető helyen, különösen a szájüregi tumorok esetén.

A kongresszus további két napján a különböző lokalizációjú daganatok tárgyalása zajlott külön szekciókban, előadások és poszterek formájában.

Az urológiai eredetű daganatok komplex kezeléséről Gabriel Haas professzor (New York, Syracuse) tartott összefoglalót. A magyarul tartott előadás kitért az összes urológiai eredetű daganat sebészi és gyógyszeres kezelésére, előre vetítve a jövő lehetőségeit is. A gyermek onkológiai és a Wilms tumor kezeléséről szóló előadásokat (G. J. D. Angio, Philadelphia, Kajtár P., Pécs) követően az előrehaladott vese-daganatok kezelése volt a téma (Szántó J., Debrecen, Fazekas O. Szeged). Az urológiai szekciót a rossz prognózisú

heredaganatok kezeléséről (Rubovszky G. Bp.) és a biszfoszfonátok urológiai alkalmazásáról szóló előadás zárta (Szűcs M. Bp.)

A magasintézi előadások és a kiváló szervezés hasznossá és élvezetessé tette a kongresszust.

A magyar származású Schick Erik montreali professzor és J. Corcos szerkesztésében megjelent kézikönyv „Neurogenic bladder”, melyben Romics I., Hamvas A., Majoros A.: Complications related to neurogenic bladder dysfunction. II: Reflux and renal insufficiency. címmel írt egy fejezetet a „BMA Medical Book Competition” első díját kapta. A kiadó szerint ez az orvosi könyvdíj az újságírók Purlitzer díjával egyenértékű. A szerkesztők a kézi nagykönyvből egy kisebb, a gyakorlati fejezeteket tartalmazó könyvet szándékoznak kiadni –, fejezetünk ebben is szerepel. Még egy harmadik változat is készül rezidensek számára.

A XII. FUN címe az „újabb képalakító eljárások az urológiában” volt.

A téma sokak érdeklődését felkeltette, a tanterem zsúfolásig megtelt, a később érkezők már csak a lépcsőkön kaptak helyet.

Romics professzor üdvözlő bevezető gondolatai után J.E. Altwein müncheni professzor tartott átfogó előadást „Assesment of current ingaing diagnosis” címmel. A tömör, de mégis minden lényeges változást felsoroló összefoglalót Baranyai Tibornak a soproni Erzsébet Kórház főorvosának előadása követte. A részletes, az összes urológiai szervre kiterjedő, jól dokumentált előadásából sokat tanulhattak a praktizáló urológusok. A következő két előadó Doros Attila és Balázs György (SE, Transplantációs, illetve Szívsebészeti Klinika) voltak, akik elkápráztató képességgel mutatták be az új radiológiai vizsgálatokat, a 3D CT angiographiát és az MR angiographiát, és ezek urológiai alkalmazását.

Speciális témát foglalt össze Gódy Mária Főorvos Asszony (Országos Onkológiai Intézet) amikor a prostata MR vizsgálatáról beszélt. Az urológusok által kétségekkel övezett témában sokunkat meggyőző eredményekről számolt be, különösen a betegség követésében és a sugárterápia alkalmazásában.

A prostata PET vizsgálata ritka indikáció, ezeket és a néhány vizsgálattal elért eredményeket foglalta össze Tóth György a DEOEC Urológiai Klinikájáról.

A záró előadás az urológiai eredetű csonttátek terápiajáról szólt, kiemelve a biszfoszfonátok szerepét, az előadó Szűcs Miklós (SE, Urológiai Klinika) volt.

Az összejevetelt állófogadás zárta az Urológiai Klinika tantermében.

A XIII. FUN idén is Urofarsang keretén belül zajlik le.

### XIII. FUN (Urofarsang) tervezett programja Budapest, 2005. február 18-19.

#### Szakmai előadások

W. Horninger (Innsbruck): A tiroli prosztatarák szűrés tapasztalatai

T. Hanuš (Prága): Az inkontinencia diagnosztikája és kezelése

Glück G. (Bukarest): A Mainz-Pouch II. műtét szerzett tapasztalataink

Pajor L. (Szeged): A radikális prostatectomia után impotencia kezelése

Romics I. (Budapest): A Tadalafil hatékonysága ED-ban. Klinikai tapasztalatok

Hamvas A. (Budapest): Új típusú inkontinencia műtétek, a szalagműtét eredményessége

#### Egyéb témák

- Egészségügyi gazdasági kérdések és a magánpraxis
- Meglepetés-előadás  
A legújabb kori történelmünk eseményeiről, az urológia történelme



## Az Uroonkológia című folyóirat szerzőinek

Az Uroonkológia az urológiai daganatok etiológiájával, epidemiológiájával, patológiájával, a képalkotó és egyéb diagnosztikai eljárásokkal foglalkozik.

Olyan orvosok érdeklődésére is számít, akik az onkológiai daganatok sebészeti, gyógyszeres és sugárterápiájában részt vesznek.

Fontosnak tartja továbbá a témakörhöz tartozó határterületek szakmai információinak közlését.

A folyóirat a fenti célokat összefoglaló közlemények, eredeti tudományos munkák, esetiismertetések közlésén keresztül kívánja teljesíteni.

### A kéziratok tartalma

Felkérésre készült dolgozatok esetében elvárás, hogy azok tartalma a felkérésnek megfelelő legyen, annak érdekében, hogy az egyes felkért szerzők dolgozatai közt ne legyenek átfedések, és ne kelljen húzni a lap kötött terjedelme miatt.

Felkérés nélkül is elfogadunk cikkeket publikálásra, ezek közléséről a lektori vélemény alapján döntünk. A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg.

### Formai elvárások

A szöveget Word dokumentum formátumban, míg az ábrákat ppt formátumban, a táblázatokat xls formátumban egy-egy fájlba szerkesztve kérjük leadni.

A közlésre beküldött kézirat tartalmazza:

1. A dolgozat címe, szerző(i), szerző(k) munkahelye

2. Magyar és angol nyelvű összefoglalás (megfogalmazása rövid, lényegre törő legyen, elolvasása után az olvasó értse az anyag lényegét). Az összefoglalás végén kulcsszavakat kérünk megadni.

3. Rövidítések jegyzéke (abban az esetben, ha a dolgozat nem szokásos, ismert rövidítéseket tartalmaz)

4. Szöveg:

- Szerkesztése világos és következetes legyen!
- A könnyebb áttekinthetőség érdekében használjon alcímeket!
- Jelölje egyértelműen a képek, ábrák és táblázatok helyét!
- Ne használjon „Bevezetés” alcímet!

5. Irodalmi hivatkozások:

- Olyan irodalmi hivatkozásokat soroljon fel, melyekre a szövegben utalás történt!
- A hivatkozásokat sorrendben kell megadni és számozással kell ellátni, minden hivatkozás új sorba kerüljön!
- A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék!
- Ne adjon meg 40-nél több hivatkozást!
- Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai” vagy „és mtsa” szavak kerüljenek!

6. Táblázatok, ábrák külön fájlba legyenek szerkesztve (tartalmazza valamennyi táblázat és ábra címét, az alkalmazott rövidítések magyarázatát)!

7. Fotót lehetőleg jó minőségű papírképen vagy 1000 pixel széles digitális fotón kérünk leadni, egyúttal kérünk nyilatkozatot arról, hogy a kép nem jogvédett!

### A közlemény terjedelme

A konkrét szöveges rész az összefoglaló dolgozatoknál a 25 000 karakter (szóközökkel), rövid közlemények és esetiismertetések esetében a 10 000 karakter (szóközökkel) terjedelmet nem haladhatja meg.

### Egyéb információk

1. A szerkesztőség fenntartja a stílárjavítás és a terjedelmi korrekció jogát, valamint hogy a tartalmi elvárásoknak és a témának nem megfelelő dolgozatokat – a lektori véleményt is figyelembe véve – nem közli.

2. Az orvosi szavak helyesírása az Akadémia által közzétett orvosi helyesírás alapján kiadott Orvosi Helyesírási Szótárnak feleljen meg!

3. A cikkeket **kinyomtatott formában és számítógépes lemezen** is kérjük az Illyés Géza Alapítvány címére elküldeni.

4. A szerkesztőség az utolsó korrektúrafordulóval egyidejűleg felkéri a szerzőket, hogy dolgozatuk közlését véglegesen hagyják jóvá a szerkesztett formában (erre 48 órát tudunk biztosítani).

5. Késedelmes beérkezés esetén a dolgozat akkor áll módunkban publikálni, ha a téma a következő lapszámok egyikéhez illeszthető, illetve a lap terjedelme lehetővé teszi.



- gyulladáscsökkentő
- mérsékli a congestiót
- csillapítja a prostatitis tüneteit

## Pollstimol – rozspollen a prostatagyulladás terápiájára

# Pollstimol

Roggenpollen für die Prostata

Strathmann

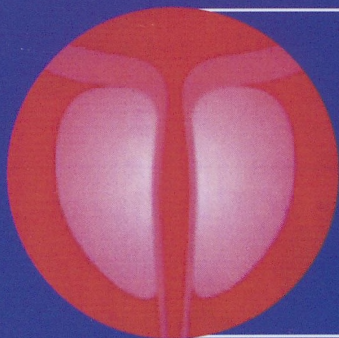


Urologica

**Javallatok:** Akut és krónikus, nem bakteriális eredetű prostatitis, prostatovesiculitis, urethritis. Benignus prostata hyperplasia esetén fellépő vizeletürítési zavarok. **Adagolás:** a kezelés első hetében napi 3x2 tableta, a második héttől kezdve naponta 3x1 tablettát étkezés után, kevés vízzel bevenni. Az urogenitális terület krónikus gyulladásának hosszan tartó kezelésére napi 3x1 tableta. A panaszok átmeneti erősödésénél az adag 3x2 tablettára emelhető. **Szakmai információ:** Strathmann Képviselet, 1133 Budapest, Ipoly u. 5/F. Telefon: 320-2865 Fax: 320-2867



# Prosztata tumoros csontmetasztázis esetén



Bizonyított hatékonyság  
a prosztata tumor  
csontszövődményeinek  
kezelésében

**ZOMETATA<sup>®</sup>**  
zoledronat 

**Zometa 4 mg/5 ml infúziós koncentrátum MO5A08  
NOVARTIS PHARMA**

**Hatóanyag:** 4 mg acidum zoledronicum/poramp. Oldószer: 5 ml aqua dest. pro inj/amp. **Javallat:** Előrehaladott, a csontot is involváló daganatos betegségben - beleértve a csont daganatait is - szenvedő betegek csontokkal kapcsolatos eseményeinek (patológias törések, csigolyakompresszió, a csontok besugárzása és műtete vagy tumor-indukálta hypercalcaemia) meggátlására. Tumor indukálta hiperkalcémia kezelése. **Ellenjavallat:** terhesség, szoptatás, a zoledronsavval vagy más biszfosfonáttal szembeni, illetve a segédanyagaival szembeni, klinikailag jelentős túlérzékenység. **Adagolás:** Csontvázrendszeri szövődmények meggátlására az ajánlott adag 4 mg zoledronsav. A koncentrátumot tovább kell hígítani 100 ml steril 0,9%-os (w/v) NaCl vagy 5%-os (w/v) glukóz oldattal, és legalább 15 perces intravénás infúzióval kell beadni 3-4 hetenként. Hypercalcaemiában az ajánlott adag 4 mg Zometa, melyet feloldás és 50 ml 0,9%-os NaCl vagy 5%-os glukóz oldattal történő további hígítás után egyetlen 15 perces intravénás infúzióval kell beadni.

**Mellékhatás:** Láz és influenza-szerű tünetek, átmeneti csontfájdalom, ízületi fájdalom, gyengeség, zavartság, pancytopenia, bradycardia, tünetmentes hypocalcaemia, GI tünetek. A beadás helyén bőrpír, duzzanat. Néhány esetben bőrkiütés, viszketés, valamint mellkasi fájdalom is előfordult. Conjunctivitis, hypomagnesaemia, néhány esetben csökkent veseműködés. **Figyelmeztetés:** se-elektrolit szintek, vesefunkciók obs.! Veseműködés romlása esetén a haszon-kockázat arányt mérlegelni kell. Gyermekek kezelésében még nincs kellő tapasztalat. Járművezetésre gyakorolt hatását nem vizsgálták. Fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező szakambulancián alkalmazható. Alkalmazási előírás OGYI eng. szám: 8106/01-02.

Fred Saad et al: Zometa a hormonrefrakter prostata daganat csontátteiteinek kezelésében, multicentrikus, fázis III randomizált, placebo kontrollos vizsgálat. Zoledronic Acid Prostate Cancer Study Group Journal of the National Cancer Institute, Vol 94, No. 19, Oct 2, 2002. 1458-1468

ZOM01/04FEB

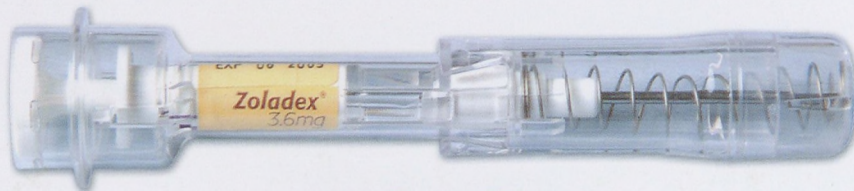
 **NOVARTIS**  
ONKOLÓGIA

1027 Budapest Horvát u. 14-24.  
Tel.: 457-6500 • Fax: 457-6600





# Amikor az élet a védelmi rendszeren múlik



**Zoladex**  
goserelin  
**SafeSystem™**

## Implantátum adagoló biztonsági injekcióstű rendszerrel

Rövidített alkalmazási előírás

ATC: L02A E03

### Zoladex depot 3,6 mg implantátum

**Hatóanyag:** 3,6 mg goserelin (goserelin acetát formájában)  
**Terápiás javallatok:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarcinoma. Emelőrákban a pre- és perimenopausa idején jelentkező hormonérzékeny emlőrák kezelése. Pre- és perimenopausa idején jelentkező, korai stádiumú, hormonérzékeny emlőrák adjuváns kezelése. Endometrioszban a tünetek (fájdalmas is beleértve) enyhítése; az endometriosz-lasiók számának és méretének csökkentése. Uterus leiomyomák kezelése, a lasiók méretének csökkentése, a beteg hematológiai státuszának javítása, és a tünetek (fájdalmat is beleértve) enyhítése. Műtét előkészítésében megkönnyíti annak technikai kivitelezését és csökkenti a vérvesztéséget. Az endometrium elvékonyítása hysteroscopia ablatio vagy resectio előtt. Asszisztált reprodukció: A hipofízis működésének "down-regulációja" a szuperovuláció előkészítésére.  
**Adagolás és alkalmazás:** 28 naponként egy Zoladex 3,6 mg depot alkalmazandó subcutan az elülső hasfalba.

**Ellenjavallatok:** A készítménnyel vagy más LHRH-analóggal szembeni túlérzékenység. Terhesség és szoptatás időszaka. Gyermeknek történő alkalmazás. (ld. Figyelmeztetés).

**Figyelmeztetések:** A Zoladex alkalmazása megfontolandó olyan férfibetegek esetén, akiknél ürítérelzáródás vagy gerincvelő-compressio fokozott kockázata áll fenn. E betegek a terápia első hónapjában fokozott megfigyelést igényelnek. Ha gerincvelő-compressio vagy az ureter elzáródása következtében veseműködési zavar lépne fel, ezen szövődmények specifikus kezelése szükséges. Ismert metabolikus csontbetegségben szenvedő nők esetén a Zoladexet fokozott körültekintéssel kell alkalmazni. Jövedelmezési elváltozások hat hónapot meghaladó kezelésére vonatkozólag jelenleg nem áll rendelkezésre elegendő klinikai adat.  
**Mellékhatások:** Ritkán hyperszenszitivitás, ill. anaphylaxia egyes tünettel, arthralgia. Nem-specifikus paraesthesia, bőrpír, vérnyomásváltozás, hipofízis eredetű apoplexia, hőhullám, verejtékezés, potencia ill. libido csökkenése, mellduzzanat, nyomás-

érzékenység, fejfájás, hangulatváltozás, hüvelyszárazság, csontdenzitás csökkenése. Kivételesen ureterobstrukció és spinális compressio fordult elő. Asszisztált reprodukcióban leírják az ovarium hyperstimulációs szindróma (OHSS) előfordulását, valamint ovarialis cysta keletkezését.

**Csomagolás:** Az implantátum egy egyszer használatos biztonsági tűvédelemmel (SafeSystem) ellátott fecskendő tartalmaz. Lezárt csomagolásban, 25 °C alatt tárolandó.

**Megjegyzés:** ✗ Kizárólag orvosi rendelvényre, a szakorvosi /kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmény (SZ). OGYI-T-1976/01 Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást! (OGYI-eng. száma: 4360/41/2004)

Rövidített alkalmazási előírás

ATC: L02A E03

### ZOLADEX LA depot 10,8 mg implantátum

**Hatóanyag:** 10,8 mg goserelin (goserelin acetát formájában).  
**Javallat:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarcinoma. A kezelés mindaddig folytatható, amíg az a beteg állapotát kedvezően befolyásolja.

**Ellenjavallatok:** A készítménnyel vagy más LHRH analóggal szembeni túlérzékenység. Gyermek és nő részére történő alkalmazás (ld. Figyelmeztetés).  
**Adagolás:** Felöltött férfiaknak 3 havonta egy depot injekció adandó subcutan az elülső hasfalba.

**Figyelmeztetések:** A Zoladex alkalmazása megfontolandó olyan férfibetegek esetén, akiknél ürítérelzáródás vagy gerincvelő-compressio fokozott kockázata áll fenn. E betegek a terápia első hónapjában fokozott megfigyelést igényelnek. Ha gerincvelő-compressio vagy az ureter elzáródása következtében veseműködési zavar lépne fel, ezen szövődmények specifikus kezelése szükséges.

**Mellékhatások:** Ritkán túlérzékenységi reakciók, az anaphylaxia egyes tüneteit is beleértve. Esetenként arthralgia, nem-specifikus paraesthesia, bőrpír. Ritkán hipofízis eredetű apoplexia. Hőhullámok, verejtékezés és a potencia csökkenése.

mellduzzanat, nyomásérzékenység, vérnyomás-változások. Kezdetben a csontfájdalmak átmeneti fokozódását észlelhetik, kivételes esetekben ureter obstrukcióról és gerincvelő kompresszióról számoltak be. Az LHRH agonisták csontdenzitás csökkenést válthatnak ki férfiakban.

**Eltartás:** 25 °C alatt.  
**Megjegyzés:** ✗ Kizárólag orvosi rendelvényre, a szakorvosi /kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmény (SZ).

**Csomagolás:** 1 adag (10,8 mg) implantatum fecskendő applikátorban. (AstraZeneca)  
OGYI-T: 5624/01  
Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!  
(OGYI-eng. száma: 4360/41/2004)

**AstraZeneca**

**UROLOGY**

Társ a sikeres mindennapokban