

2005. október • II. évfolyam 3. szám

UROLOGIA ONKOLOGIA

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



Interdisciplinaris szakfolyóirat urológusok, onkológusok és a társszakmák orvosai számára

bicalutamide [®]
Calumid

kitartás, küzdelem, életerő



Hatékony, non-szteroid antiandrogént tartalmazó gyógyszer,
amely előnyös terápiás lehetőség a komplett androgén blokádnak
komponenseként a prosztatacarcinoma előrehaladott állapotában.



RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Urológiai Program: 431-4394, Fax: 431-4449
www.richter.hu

Calumid filmtabletta, minőségi és mennyiségi összetétel: 50,0 mg bicalutamid filmtablettánként. **Terápiás javaslatok:** Prostatacarcinoma előrehaladott, metastasisos, (D2 stádium) állapotának LH-RH analóg készítménnyel vagy műtéti kasztrációval kombinált kezelése. **Adagolás és az alkalmazás módja:** Felnőtt férfiak szokásos napi adagja 1x1 filmtabletta (50 mg), beleértve az időskorúakat is. A kezelést az LH-RH analóg adásával, ill. a műtéti kasztrációval egyidejűleg kell elkezdeni. Veseelégtelenségben szenvedő betegeknél adagmódosítás nem szükséges. Májkárosodásban szenvedő betegeknél adagmódosítás nem szükséges. Közepesen súlyos és súlyos májkárosodás esetén akkumuláció előfordulhat. **Ellenjavallatok:** Bármely komponens iránti túlérzékenység. A Calumid filmtabletta nőknek és gyermekeknek nem adható. A bicalutamid-együttadása terfenadinnal, astemizollal és cisapriddal ellenjavallt. **Mellékhatások:** A bicalutamid általában jól tolerálható. A farmakológiai hatás következtében számítani lehet bizonyos mellékhatások megjelenésére, mint pl. hőhullámok, viszketés, emiőérzékenység, gynecomastia, amely a kasztráció után mérséklődhet. A gyógyszer alkalmazása során hasmenés, émelygés, hányás, gyengeség, bőrszárazság előfordulhat. Az alkalmazáskor észleltek még májfunkció változást (transzamináz-szint emelkedés, cholestasis, sárgaság), melyek csak ritkán voltak súlyosak. Ritkán cardiovascularis hatások (angina, a PR és QT intervallum meghosszabbodása, aritmia, nem specifikus EKG változások) és thrombocytopenia fordulhatnak elő. **Figyelmeztetés:** A készítmény megfelelő körülményekkel alkalmazandó közepesen súlyos, ill. súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél. 2004. október 1.-től érvényes **fogyasztói ár:** 26621 Ft. **Eü. 100% 9/k SzJ TB támogatás:** 26621 Ft, **beteg által térítendő díj:** 0 Ft OGYI-engedélyszáma: 6610/40/2004. Az új közlőny megjelenésével az árak változhatnak. **További részletes információt az alkalmazási előirat tartalmaz!**

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, Józán 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

Rübben, 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 írásos és a kiadó által készített grafikai anyag közlési és sokszorosítási joga a kiadót illeti meg.

TARTALOM

Impresszum	59
Involvement of the prostate by transitional cell carcinoma of the bladder <i>Ziya Kirkali, A. Erdem Canda</i>	62
A radikális perinealis prostatectomiák eredményessége műtét előtti 20 ng/ml feletti PSA-szint esetén <i>Berczi Csaba dr., Varga Attila dr., Flaskó Tibor dr., Morshed Ali Salah dr., Szűcs Miklós dr., Tallai Béla dr., Tóth Csaba dr.</i>	67
Befolyásolja-e a radikális prostatectomia utáni kontinenciát a betegség patológiai stádiuma? <i>Majoros Attila dr., Bach Dietmar dr., Keszthelyi Attila dr., Hamvas Antal dr., Mayer, Peter dr., Seidl, Evelin dr., Riesz Péter dr., Romics Imre dr.</i>	71
Írjunk-e és hogyan esetismertetést? <i>Romics Imre dr.</i>	75
Jóindulatú daganat-e a vese-angiomyolipoma <i>Szendrői Attila dr., Hamvas Antal dr., Székely Eszter dr., Szűcs Miklós dr., Romics Imre dr.</i>	76
Tudományos ülés	81
Kontinens vizeletrezervoárban elhelyezkedő kő esete <i>Keszthelyi Attila dr., Romics Imre dr.</i>	82
Autoimmun betegség talaján fellépő colonperforáció – következményes mellkasfali subcutan emphysema <i>Pénzes Erzsébet dr., Szabó Krisztina dr., Joós Lajos dr., Romics Imre dr.</i>	84
Invertált papilloma a húgyhólyagban <i>Riesz Péter dr., Székely Eszter dr., Majoros Attila dr., Romics Imre dr.</i>	86
Prof. dr. Tóth Csaba 65 éves <i>Hamvas Antal dr.</i>	89
Hírek	88, 91

A címlapon Illyés Géza márványból készült jobb keze látható

Casodex[®] 150mg
bicalutamide

...és elég idő jut mindenre



Alkalmazható:

- A Casodex 150 mg önmagában vagy más kuratív kezelés mellett adjuváns terápiaként lokális vagy lokálisan előrehaladott prosztatarákban
- Monoterápiaként lokálisan előrehaladott, nem metasztatizáló prosztatarák kezelésére
- Metasztatizáló prosztatarák második vonalbeli kezelésére

Rövidített alkalmazási előírás:

Hatóanyag: 150 mg bicalutamid

Terápiás javallat: A Casodex 150 mg önmagában vagy más kuratív kezelés mellett adjuváns terápiaként lokális vagy lokálisan előrehaladott prosztata rákban szenvedő betegek mielőbbi kezelésére javallt. Monoterápiaként lokálisan előrehaladott, nem metasztatizáló prosztata rák kezelésére, amikor mihamarabb hormonális terápia megkezdése javasolt. Metasztatizáló prosztata rák kezelése olyan betegekben, akiknél sebészeti vagy gyógyszeres kasztráció nem vezet eredményre, vagy nem elfogadható. **Ellenjavallat:** A készítmény összetevőivel szembeni túlérzékenység. A Casodex 150 mg nőknél és gyermekeken történő alkalmazása ellenjavallt. **Gyakoribb mellékhatások:** Gynecomastia, emlőérzékenység (> 10%), hõhullámok, viszketés, gyengeség, hajhullás, szõrzet növekedés, bõrszárazság, csökkent libidó, impotencia és súlynövekedés (> 1%).

100%9kSzj (SZ) F.á.: 98 905 Ft. Tám.: 98 905 Ft.

Felírás előtt kérjük tanulmányozza át a részletes alkalmazási előíratot! (OGYI-eng. száma: 6724/40/2001)

A termék alkalmazásával kapcsolatos további információért hívja az AstraZeneca Kft. központi telefonszámát!

AstraZeneca
UROLOGY

Involvement of the prostate by transitional cell carcinoma of the bladder

Ziya Kirkali, A. Erdem Canda

Dokuz Eylul University School of Medicine Department of Urology, Izmir 35340 Turkey

A hólyag transitiocellularis daganatának prosztatára terjedése

A prostata transitiocellularis tumora (TCC) ritka.

Gyakrabban, 12-40%-ban fordul elő a hólyagrák prosztatára terjedése. A magas grade-ű multifokális hólyagtumor, az in situ carcinoma vagy a hólyagnyakon lévő tumor hajlamosít a prostata TCC-re. Bár a prosztatára terjedés meghatározásának technikája nem megszabott, a magas kockázatú esetekben prostaticus húgycsőbiopszia ajánlott.

A prostaticus TCC elhelyezkedése – az urethra-nyálkahártyában, a járatokban vagy a stromában befolyásolja a folyamat kimenetelét. Stromainvázio esetén az 5 éves túlélés 20%, acinus és/vagy ductalis terjedéskor 42%, a prostaticus urethra (PU) nyálkahártya-érintettsége esetén 100% lehet.

A PU TCC-je radikális cystoprostatectomia után a húgycsőben lévő recidiva kiindulási helye lehet.

A prostaticus TCC kezelése ellentmondásos.

Bár a prostaticus terjedés bármely formájában a cystoprostatectomia az ajánlott módszer, felszínes érintettség esetén egyre gyakoribbak a konzervatív terápiás irányzatok: az intravesicalis kezelések, különösen a Calmette-Guerin-bacillus alkalmazása eredményes és ajánlott. Szoros követés szükséges cystoscopiával és a prostaticus húgycső biopsziájával.

Kulcsszavak: transitiocellularis carcinoma, hólyag és prostaticus terjedés

Although primary transitional cell carcinoma (TCC) of the prostate is rare, more common is the involvement of the prostate secondary to bladder tumours which occurs in 12-40% of the patients. Patients with higher grade, multifocal bladder tumours, presence of CIS or cancer at the bladder neck are particularly at high risk in the occurrence of prostatic TCC. Although the optimal technique to identify prostatic involvement has not been clearly determined, prostatic urethral biopsies are recommended in patients at high risk in order to detect prostatic involvement. Prostatic TCC may occur in the urethral mucosa, ducts, acini and stroma of the gland which has been shown to affect the outcome.

The 5-year survival rates have been reported to be 20% in patients in patients with stromal invasion, 42 % in acinar and/or ductal involvement and 100% in mucosal involvement of the prostatic urethra (PU). TCC of the PU is considered as a risk factor for urethral recurrence after radical cystoprostatectomy. There is controversy in the management of prostatic TCC. Although cystoprostatectomy is considered as the treatment of choice in any degree of prostatic involvement by TCC, there is increasing recognition of the value of conservative treatment approaches when there is superficial involvement of the prostate by TCC. Intravesical therapy particularly with bacillus Calmette-Guerin has been found to be successful and recommended in the management of superficial prostatic urethral involvement with close follow-up by check cystoscopies and prostatic urethral biopsies.

Key-words: transitional cell carcinoma, bladder and prostatic involvement

Definition and incidence of prostatic TCC

Transitional cell carcinoma (TCC) is a multifocal disease that can develop in the entire urinary tract. The mucosal lining the prostatic urethra (PU) and the prostatic ducts have the same transitional cell lining as the bladder. Therefore, TCC can originate from or invade the prostate. Primary TCC of the prostate is rare, occurring in 1% to 4% of patients (1). More common is the involvement of the prostate secondary to bladder tumours. Bladder TCC may involve the prostate in 12-40% of the patients and the degree of involvement can include urethral mucosa, ducts, acini and stroma of the gland which has been shown to affect the outcome (2). Prostatic urethral involvement was detected in 7-43 % of the cystoprostatectomy specimens of the patients with bladder cancer (3-6).

Development and risk factors for prostatic TCC

Development of TCC in the prostate is not clearly understood. The tumor can extend from the bladder into the prostate. Carcinogens playing a role in the development of bladder TCC may cause the same process in the prostate because the mucosa lining the PU and the prostatic ducts have the same transitional cell lining as in the bladder. Alternatively TCC cells shed from the primary tumour in the bladder may implant on the PU. Although it was suggested that free floating tumour cells from the bladder tumours may implant at the traumatized sites particularly by instrumentation, in a prospective study it has recently been shown that simultaneous transurethral resection (TUR) of the bladder tumour and TUR of the prostate do not negatively affect tumour recurrence at the bladder neck and PU (7,8).

It has been reported that patients with bladder TCC having multiple, higher grade and stage disease with carcinoma in situ (CIS) constitute the high risk group in terms of recurrence, progression and mortality compared to the others (9). Involvement of the PU by TCC of the bladder has been detected to be more common in patients with higher grade, multifocal tumours with CIS and in patients with cancer at the bladder neck. Therefore, involvement of the PU by TCC of the bladder seems to be increased in the high risk bladder cancer patient group and prostatic urethral sampling is recommended in patients at high risk (10,11).

Significance of the route of involvement of prostate by TCC

Superficial or intraductal invasion of TCC of the prostate does not seem to be altering the survival although stromal invasion decreases survival significantly (2,12).

Bladder tumours having prostatic stromal invasion through the intraurethral route were suggested to have a better survival than those with extravascular tumor extension into the prostate (6). Pagano et al classified prostatic involvement by TCC due to the route of invasion as contiguous and noncontiguous. Contiguous involvement is defined as TCC of the bladder extends into the prostate through the bladder wall and noncontiguous involvement as simultaneous TCC of the prostate and bladder carcinoma that do not directly infiltrate into the prostate through the bladder wall in which the degree of prostate invasion is subclassified as urethral mucosal, ductal/acinar and stromal invasion and extracapsular extension. They found out that patients with invasive bladder cancer infiltrating into the prostate directly throughout the bladder wall had a statistically significant worse prognosis compared to that observed in patients with concurrent bladder cancer and noncontiguous involvement of the prostate by TCC (2). Donat et al suggested a third route of invasion in which the tumours at the bladder neck may directly invade the prostatic stroma without histological evidence of extravascular or intraurethral spread and they stated that this route of invasion of the prostate is difficult to detect clinically by current biopsy methods (13).

Diagnosis of prostatic TCC

Since PU biopsies have not been done routinely the incidence of PU involvement might be higher than expected (14). The optimal technique to identify prostatic involvement has not been clearly determined. Several authors have emphasized that a TUR biopsy or a cold-cup biopsy of the prostate should be performed as a staging procedure in patients with bladder carcinoma particularly those at high risk (15-17). Because PU involvement is more common in patients with high grade, multifocal tumors and CIS, deep TUR biopsies of the PU are recommended in order to evaluate possible ductal or stromal involvement at the time of the TUR of high risk bladder tumours (6,11). In a recent study it was stated that preoperative cystoscopy had a 83.3% sensitivity and 95.1% specificity for correctly diagnosing prostatic urethral TCC and cystoscopy is suggested to be a valuable method of detecting prostatic urethral involvement (10). Close follow-up of the PU in conservatively treated patients with such as intravesical BCG is important, because TCC in this site is a significant cause of relapse in patients with complete response in the bladder (18).

Presence of a positive urinary cytology following a complete response to intravesical therapy for bladder cancer might be suggestive of unrecognized prostatic urethral involvement as well as the presence of a upper urinary tract disease although the bladder is the most common site

of recurrence. Therefore, evaluation of intravesical and extravesical sites to detect the presence of persistent or progressive in situ or invasive disease is important (19). TUR prostate biopsy between the 5 and 7 o'clock positions along the entire length of the PU is recommended in order to detect TCC of the prostate in patients who have positive urinary cytology after complete TUR of bladder tumors or intravesical therapy. Other less invasive techniques might underestimate the extent of disease (20).

The cystoscopic appearance of CIS in the PU may be entirely normal or nondescript. Patchy, slightly raised, velvety lesions are considered to be classic endoscopic evidence of CIS and the incidence of CIS of the PU has been reported to be 8.6% to 36% which has the potential for progression (21). Although cystoscopic appearance of CIS has been defined to be erythematous, patchy and slightly raised lesions, it could be much more difficult to differentiate the presence of CIS in the PU particularly in patients with an enlarged, friable and vascular prostate. Therefore, PU sampling particularly in the high risk group of patients with superficial TCC of the bladder seems to be the only method of detecting prostatic CIS.

It was demonstrated that a TUR biopsy of the prostate accurately identified 9 out of 10 patients with prostatic involvement prior to cystectomy whereas fine needle aspiration and core needle biopsies were much less accurate (17,22). Sakamoto et al suggested that TUR biopsy at the 5 and/or 7 o'clock position of the verumontanum improves the detection of prostatic duct and acini involvement by TCC in bladder cancer patients (14).

Staging

Currently there is not any established staging system for TCC of the prostate but patients particularly with stromal invasion are considered as high risk and advanced disease. Although any invasion of the prostate was classified as D1 or P4a, Esrig et al demonstrated that P1 bladder tumors with prostatic stromal invasion arising intraurethrally have a higher survival rate than P4a tumors (prostate stromal invasion through the bladder wall) and they suggested that this group could be separately classified as P1str (12,23). They also demonstrated that P3b primary bladder transitional cell carcinoma with prostate stromal invasion arising intraurethrally has the same poor prognosis as P4a tumors (12). Pagano et al classified pathological stage pT4a (D1) cancer as contiguous stage pT4a (TCC of the bladder invading into the prostate through the bladder wall) and non-contiguous stage pT4a (simultaneous TCC of the prostate and bladder carcinoma that did not directly infiltrate into the prostate through the bladder wall) disease. They also suggested that prostate involvement also should be staged according to the degree of invasion (2).

Management of prostatic TCC

The management of prostatic TCC is controversial. Although cystoprostatectomy is recommended as the treatment of choice in any degree of prostatic involvement by TCC, there is increasing recognition of the value of conservative treatment approaches when there is superficial TCC of the prostate (15,18,24).

Treatment of mucosal and ductal/acinar prostatic urethral TCC

The PU has previously been considered as an extravesical site of tumor which would not respond to treatment with intravesical agents and surgical extirpation has been recommended as initial treatment (15). However, if TCC involves only the mucosa of the PU rather than the ducts or acinar structures, superficial tumour might respond to intravesical agents.

Currently, among the intravesical agents such as Mitomycin C, Adriamycin and Epirubicin, BCG seems to be the most effective conservative treatment option in the management of mucosal PU involvement by TCC and it was suggested that this therapy seems to have a prophylactic effect on tumor recurrence in the prostate (15,18,24-28). The mechanism of intravesical BCG therapy in treating mucosal prostatic urethral TCC is not clear. Although the contact time of the solution with the prostatic urothelium on instillation and voiding might be limited, the presence of granuloma formation in the prostate in the post-treatment biopsies and the clinical evidence of granulomatous prostatitis after intravesical BCG administration support the effective penetration of BCG to the prostate (15,29). Recently we demonstrated a 64.3% complete response (CR) to intravesical BCG in superficial TCC of the bladder associated with mucosal involvement of the PU and we recommend a trial of BCG before radical cystectomy and urinary diversion are considered (18). Similarly, others reported 48-86% CR in patients with mucosal PU involvement by TCC treated with intravesical BCG (24-27).

CIS of the PU has been reported to have an incidence of 8.6%-36% which has the potential for progression and studies reporting the success rates in treating CIS of the PU by BCG ranging from 70% to 100% in the prostate and from 47% to 72% considering bladder and prostate (15,21,24-26). Palou et al observed complete response in 14 of 18 patients with CIS of the PU who were treated with intravesical BCG and 3 patients progressed and suggested that CIS in the prostatic urethra can be managed with endovesical BCG as initial treatment with fairly good success (24). Similarly, others recommended intravesical therapy with BCG as a reasonable treatment in CIS of the prostate (15,26).

Several studies have reported that the PU is a common site of recurrence after the use of BCG for bladder TCC therefore, careful follow-up by cystoscopy and PU biopsy in patients who respond to intravesical BCG therapy can identify persistent tumor, recurrences or progression that identifies the patients for whom cystectomy is appropriate (30,31). Bretton et al reported a 87% complete response rate for superficial involvement of the prostatic urethra by TCC after intravesical BCG treatment in which 4 of 23 patients had ductal involvement and none had stromal invasion (26). Montie et al suggested a trial of BCG in patients with minimal ductal involvement by TCC but recommended a meticulous follow-up by prostate biopsies (32). Wishnow et al recommended radical cystoprostatectomy in the presence of prostatic ductal involvement by TCC because this lesion has the potential for progressing to invasion. They stated that when invasion occurs radical cystoprostatectomy alone may not be the sufficient treatment because of the high risk of metastatic disease and recommended adjuvant or neoadjuvant chemotherapy (33).

Treatment of stromal prostatic involvement by TCC

Schellhammer et al reported that the 5-year survival rate for prostatic mucosal involvement was 50% versus 22% for stromal invasion (3). Similarly, others reported a 49% versus 29% survival difference in patients with mucosal and ductal involvement versus stromal invasion (6). Cystoprostatectomy is currently considered to be the treatment of choice in patients with stromal invasion by TCC of the bladder. It was reported that apart from the presence of stromal invasion, the stage of the primary bladder cancer affects survival (6,12). Esrig et al demonstrated that a significant number of patients with prostatic TCC arising from within the bladder or prostatic urethra, including those with stromal invasion, can achieve long-term survival following radical cystoprostatectomy (12).

Prostatic urethral involvement was detected to be 7-43% in the cystoprostatectomy specimens of the patients for bladder cancer (3-5). It was stated that patients with high grade superficial disease at or around the bladder neck and trigone should be investigated for stromal involvement of the prostate and was suggested as an indication for early cystectomy to improve survival (6).

Management of urethral recurrence following cystectomy

Transitional cell carcinoma of the PU or prostate is considered as a risk factor for urethral recurrence after radical cystoprostatectomy (28). The extent of urethral involvement might have an impact in determining the type of urinary diversion and subsequent urethrectomy. It is stated that prostatic urethral disease alone does not

require complete urethrectomy and mucosal or ductal involvement of the PU alone does not exclude patients from orthotopic neobladder reconstruction (10). High tumour stage and grade, multifocal recurrent tumours, upper urinary tract involvement, CIS, trigonal or bladder neck invasion and involvement of the PU, particularly invasion of the stroma of the prostate are considered as factors which are suggested to increase the risk of urethral recurrence following cystectomy in the retained urethra (22). Urethral recurrence rate after cystectomy is higher as the depth of the prostatic urethral invasion increases. Involvement of the prostatic urethral mucosa, ducts and stroma were reported to have a risk of 0, 25 and 64% risk of urethral recurrence after cystectomy, respectively (22). Urethrectomy is recommended in male patients who are candidates for a cutaneous urinary diversion particularly in the presence of CIS or TCC in the PU, glands or stroma. Delayed urethrectomy is suggested in patients with positive urethral cytology washings or in patients with bloody discharge or with clinical signs of local recurrence in the perineum or penis (22).

Prognosis of prostatic TCC

Although mucosal or intraductal TCC of the PU does not seem to be altering the survival, stromal involvement decreases survival significantly (2,12). The 5-year survival rates have been reported to be 20% in patients in patients with stromal invasion, 42 % in acinar and/or ductal involvement and 100% in mucosal involvement of the PU (2). The 5-year disease specific survival rates for CIS of the PU and prostatic ducts and acini was 100%; TCC with stromal invasion was 45%; TCC with extraprostatic extension and seminal vesicle involvement was 0%; and lymph node metastases was 30% in patients with TCC of the prostate without invasive bladder carcinoma. These findings show that patients with prostatic TCC involving prostatic stroma, extraprostatic tissues, seminal vesicles, and lymph nodes have a significantly poorer prognosis than patients with CIS (34).

In conclusion, involvement of the prostate by TCC occurs more commonly secondary to bladder tumours particularly in patients with higher grade, multifocal bladder tumours with CIS and cancer at the bladder neck. TUR biopsies of the PU are recommended in these patients in order to sample the prostate. Prostatic involvement can include urethral mucosa, ducts, acini and stroma of the gland which has been shown to affect the outcome. Although cystoprostatectomy is considered as the treatment of choice in any degree of prostatic involvement by TCC, intravesical therapy particularly with BCG has been recommended in the management of superficial prostatic urethral involvement with meticulous follow-up by check cystoscopies and biopsies.

Irodalom:

1. Bates HR. Transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* 1969;101(2):206-7.
2. Pagano F, Bassi P, Ferrante GL, Piazza N, Abatangelo G, Pappagallo GL, Garboglio A. Is pt4a (D1) stage reliable in assessing transitional cell carcinoma involvement of the prostate in patients with concurrent bladder cancer? A necessary distinction for contiguous and noncontiguous involvement. *J Urol* 1996;155:244-7.
3. Schellhammer PF, Bean MA, Whitmore WF Jr. Prostatic involvement by transitional cell carcinoma: pathogenesis, patterns and prognosis. *J Urol* 1977;118(3):399-403.
4. Wolfe JH, Lloyd-Davies RW. The management of transitional cell carcinoma in the prostate. *Br J Urol* 1981;53(3):253-7.
5. Wood DP Jr, Montie JE, Pontes JE, VanderBrug Medendorp S, Levin HS. Transitional cell carcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens removed for bladder cancer. *J Urol* 1989;141(2):346-9.
6. Njinou Ngninkeu B, Lorge F, Moulin P, Jamart J, Van Cangh PJ. Transitional cell carcinoma involving the prostate: a clinicopathological retrospective study of 76 cases. *J Urol* 2003;169(1):149-52.
7. Pode D, Alon Y, Horowitz AT, Vlodansky I, Biran S. The mechanism of human bladder tumor implantation in an in vitro model. *J Urol* 1986;136(2):482-6.
8. Tsivian A, Shtricker A, Sidi AA. Simultaneous transurethral resection of bladder tumor and benign prostatic hyperplasia: hazardous or a safe timesaver? *J Urol* 2003;170(6 Pt 1):2241-3.
9. Millan-Rodriguez F, Chechile-Toniolo G, Salvador-Bayarri J, Palou J, Algaba F, Vicente-Rodriguez J. Primary superficial bladder cancer risk groups according to progression, mortality and recurrence. *J Urol* 2000;164(3 Pt 1):680-4.
10. Nixon RG, Chang SS, Lafleur BJ, Smith JA JA, Cookson MS. Carcinoma in situ and tumor multifocality predict the risk of prostatic urethral involvement at radical cystectomy in men with transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 2002;167(2 Pt 1):502-5.
11. Matzkin H, Soloway MS, Hardeman S. Transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* 1991;146(5):1207-12.
12. Esrig D, Freeman JA, Elmajian DA, Stein JP, Chen SC, Groshen S, Simoneau A, Skinner EC, Lieskovsky G, Boyd SD, Cote RJ, Skinner DG. Transitional cell carcinoma involving the prostate with a proposed staging classification for stromal invasion. *J Urol* 1996;156(3):1071-6.
13. Donat SM, Genega EM, Herr HW, Reuter VE. Mechanisms of prostatic stromal invasion in patients with bladder cancer: clinical significance. *J Urol* 2001;165(4):1117-20.
14. Sakamoto N, Tsuneyoshi M, Naito S, Kumazawa J. An adequate sampling of the prostate to identify prostatic involvement by urothelial carcinoma in bladder cancer patients. *J Urol* 1993;149:318-321.
15. Hillyard RW, Ladaga L, Schellhammer PF. Superficial transitional cell carcinoma of the bladder associated with mucosal involvement of the prostatic urethra: results of treatment with intravesical bacillus Calmette-Guerin. *J Urol* 1988;139:290-293.
16. Rikken CH, van Helsdingen PJRO, Kazzaz BA. Are biopsies from the prostatic urethra useful in patients with superficial bladder carcinoma? *Br J Urol* 1987;59:145-7.
17. Wood DP, Montie JE, Pontes JE, Levin HS. Identification of transitional cell carcinoma of the prostate in bladder cancer patients: A prospective study. *J Urol* 1989;141:83-85.
18. Canda AE, Tuzel E, Mungan MU, Yorukoglu K, Kirkali Z. Conservative management of mucosal prostatic urethral involvement in patients with superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *Eur Urol* 2004;45(4):465-70.
19. Schwalb MD, Herr HW, Sogani PC, Russo P, Sheinfeld J, Fair WR. Positive urinary cytology following a complete response to intravesical bacillus Calmette-Guerin therapy: pattern of recurrence. *J Urol* 1994;152(2 Pt 1):382-7.
20. Schwalb DM, Herr HW, Fair WR. The management of clinically unconfirmed positive urinary cytology. *J Urol* 1993;150(6):1751-6.
21. Seemayer TA, Knaack J, Thelmo WL, Wang NS, Ahmed NM. Further observations on carcinoma in situ of the urinary bladder: silent but extensive intraprostatic involvement. *Cancer* 1975;36:514-520.
22. Van Poppel H, Sorgeloose T. Radical cystectomy with or without urethrectomy? *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;47(2):141-5.
23. Jewett HJ, Strong GH. Infiltrating carcinoma of the bladder: relation of depth of penetration of the bladder wall to incidence of local extension and metastases. *J Urol* 1946;55:366.
24. Palou J, Xavier B, Laguna B, Montleó M, Vicente J. In situ transitional cell carcinoma involvement of prostatic urethra: bacillus Calmette-Guerin therapy without previous transurethral resection of the prostate. *Urology* 1996;57:482-4.
25. Schellhammer PF, Ladaga LE, Moriarty RP. Intravesical bacillus Calmette-Guerin for treatment of superficial transitional cell carcinoma of prostatic urethra in association with carcinoma of the bladder. *J Urol* 1995;153:53-6.
26. Bretton PR, Herr HW, Whitmore WF Jr, Badalament RA, Kimmel M, Provet J, Oettgen HF, Melamed MR, Fair WR. Intravesical bacillus Calmette-Guerin therapy for in situ transitional cell carcinoma involving the prostatic urethra. *J Urol* 1989;141:853-6.
27. Orihuela E, Herr HW, Whitmore WF. Conservative treatment of superficial transitional cell carcinoma of prostatic urethra with intravesical BCG. *Urology* 1989;34(5):231-237.
28. Solsona E, Iborra I, Ricos JV, Monros JL, Dumont R, Casanova J, Calabuig C. Recurrence of superficial tumors in prostatic urethra. *Eur Urol* 1991;19:89-92.
29. Lamm DL, Stogdill BJ, Crispin RG. Complications of bacillus Calmette-Guerin immunotherapy in 1278 patients with bladder cancer. *J Urol* 1986;135:272-4.
30. Herr HW, Pinsky CM, Whitmore WF Jr, Sogani PC, Oettgen HF, Melamed MR. Long term effect of intravesical bacillus Calmette-Guerin on flat carcinoma in situ of the bladder. *J Urol* 1986;135(2):265-7.
31. Hardeman SW, Perry A, Soloway MS. Transitional cell carcinoma of the prostate following intravesical therapy for transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 1988;140(2):289-92.
32. Montie JE, Wood DP, Medendorp SV, Levin HS and Pontes JE. The significance and management of transitional cell carcinoma of the prostate. *Semin Urol* 1990;8(4):262-8.
33. Wishnow KI, Ro JY. Importance of early treatment of transitional cell carcinoma of prostatic ducts. *Urology* 1988;32(1):11-2.
34. Cheville JC, Dundore PA, Bostwick DG, Lieber MM, Batts KP, Sebo TJ, Farrow GM. Transitional cell carcinoma of the prostate: clinicopathologic study of 50 cases. *Cancer* 1998;82(4):703-7.

A radikális perinealis prostatectomiák eredményessége műtét előtti 20 ng/ml feletti PSA-szint esetén

Berczi Csaba dr., Varga Attila dr., Flaskó Tibor dr., Morshed Ali Salah dr.,
Szűcs Miklós dr., Tállai Béla dr., Tóth Csaba dr.

DE OEC Urológiai Klinika

Szerzők a perinealis radikális prostatectomia eredményességét vizsgálták azokban a prosztata-tumoros betegekben, akiknek a műtét előtti prosztata-specifikus antigén (PSA) értéke 20 ng/ml-nél magasabb volt.

A vizsgálatba 41, radikális perinealis prostatectomián átesett beteget vontak be, akiknek a műtét előtti PSA-értéke > 20 ng/ml volt (1. csoport).

A kontroll csoportba (2. csoport) 59 prosztata-carcinomás beteg tartozott, akiknek műtét előtti PSA-értéke 10-20 ng/ml között változott.

A betegek átlagos életkora mindkét csoportban 64 év volt, a prosztatabiopszia Gleason-score értéke ≤ 7 volt, s a preoperatív CT-vizsgálat egy betegben sem mutatott prosztatán kívüli daganatos terjedést.

A radikális prostatectomiát követően vizsgált Gleason-score érték az 1. csoportban kilenc esetben, míg a 2. csoportban négy betegben volt > 7.

A prostatectomia utáni szövettani vizsgálat az 1. csoportban 19 betegben (46%),

míg a 2. csoportban 11 betegben (19%) mutatott periprostaticus daganatterjedést ($p = 0,001$).

A 20 ng/ml feletti PSA csoportban a preoperatív PSA-koncentráció korrelációja a tokon túli daganatos terjedéssel $r = -0,073$, a biopszia Gleason-score-jával $r = 0,121$, a végleges szövettan Gleason-score-jával $r = -0,088$ volt. Az 1. csoportban a tumor tokon túli terjedése miatt 15 esetben alkalmaztak teljes antiandrogén blokádot (TAB) kezelést és kilenc beteg sugárkezelést kapott. A 2. csoportban emiatt kilenc alkalommal indítottak TAB terápiát és két beteg részesült sugárkezelésben. A megfigyelési idő alatt PSA-szint-emelkedést az 1. csoportban egy betegben,

a 2. csoportban három esetben észleltek.

Az 1. csoportban a kontroll vizsgálatok során helyi recidívát vagy távoli áttéket nem észleltek,

amíg a 2. csoportban három esetben észleltek.

Results of radical perineal prostatectomy for prostate cancer patients with prostate-specific antigen > 20 ng/ml

The authors measured the results of radical prostatectomy in patients with prostate-specific antigen > 20 ng/ml.

In Group 1, were 41 patients with > 20 ng/ml preoperative prostate-specific antigen level, who underwent radical perineal prostatectomy.

In Group 2, were 59 patients with preoperative prostate-specific antigen level from 10 to 20 ng/ml, who also underwent radical perineal prostatectomy.

The mean age of the patients was 64 years in the two groups. The Gleason score value of the prostate biopsies was ≤ 7 , and the preoperative computed tomography showed organ confined disease in all cases in both groups.

The Gleason score value of the prostatectomy specimens was > 7 in 9 cases in Group 1, and in 4 patients in Group 2. Histology proved extraprostatic tumorous infiltration in 19 cases (46%) in Group 1, and in 11 patients (19%) in Group 2 ($p = 0.001$).

Total androgen blockade therapy was started in 15 patients in Group 1, and in 9 patients in Group 2, because of margin positive status.

Irradiation was performed after prostatectomy in 9 cases in Group 1, and in 2 cases in Group 2. Elevation of prostate-specific antigen level was detected in 1 patient in Group 1, and in 3 cases in Group 2 during the follow-up period. Local recurrence or distant metastases did occur in Group 1, while bone metastases was diagnosed in 3 patients in Group 2.

The authors conclude, that in patients with prostate-specific antigen > 20 ng/ml, the extraprostatic

míg a 2. csoportban három betegben csontáttétek alakultak ki.

Összegzésül a szerzők megállapítják, hogy bár a 20 ng/ml feletti PSA-értékeknél szignifikánsan gyakrabban figyelhető meg a prosztatacarcinoma tokon túli terjedése, a műtétet követően a PSA-koncentráció emelkedése, valamint a daganatos áttétek vagy recidívák száma nem gyakoribb a kontroll csoporthoz viszonyítva.

Így a megfelelő preoperatív staging vizsgálatok negativitása esetén 20 ng/ml feletti PSA-érték mellett is elvégezhető a radikális perinealis prostatectomia.

Kulcsszavak: prosztatacarcinoma, radikális prostatectomia, PSA

A prosztatacarcinómák korai diagnosztizálása szempontjából kiemelkedő jelentőségű volt a prostata-specifikus antigén (PSA) meghatározásának széles körű elterjedése. A PSA vizsgálatának köszönhetően nagymértékben nőtt a prosztatacarcinómák, különösen a nem tapintható daganatok felismerése (1-7). Ebben a folyamatban természetesen szerepet játszott még a hagyományos, ultrahangvezérelt prosztatabiopsziák Stamey szerinti módosítása is, mely a vizsgálatok alapján 14-15%-kal javította a mintavétel hatékonyságát. Mindezek miatt egyre gyakoribb a korai stádiumban felismert daganat, és így egyre több esetben kerülhet sor radikális prostatectomia elvégzésére (1, 6, 8).

Az eddigi vizsgálatok eredményei alapján azonban a különböző radiológiai módszerek – így pl. a transrectalis ultrahang (UH), a komputertomográfia (CT), a mágneses rezonancia vizsgálat (MRI) és az endorectalis fejjel végzett MRI-vizsgálat – bár alkalmasak a távoli áttétek kimutatására, nem tudják pontosan megítélni a daganat helyi kiterjedtségét (2, 9, 10). Emiatt a tumor szerve lokalizáltságának megítéléséhez elterjedten használják a preoperatív PSA-koncentrációt, valamint a prosztatabiopsziák Gleason-score értékét (5, 6, 11-16). Ebben nyújt jelentős segítséget a Partin-féle nomogramok használata, melyek nagy betegszámú, multicentrikus vizsgálatok tapasztalatai alapján készültek (16).

Jelen retrospektív elemzésünkben azt vizsgáltuk, hogy radikális prostatectomiát követően milyen gyakorisággal fordult elő a daganat prosztátán túli terjedése azokban az esetekben, amikor a preoperatív PSA 20 ng/ml felett volt. Ezekben a betegekben tanulmányoztuk a posztoperatív PSA-szint-emelkedés előfordulását, valamint a helyi recidíva és a távoli áttétek megjelenésének gyakoriságát.

tumorous infiltration is significantly higher. However, in this group the rate of elevation of postoperative prostate-specific antigen level and occurrence of metastases are not higher compared to the control group.

Key-words: prostate carcinoma, radical prostatectomy, PSA

Betegek és módszer

A retrospektív tanulmányba a DE OEC Urológiai Klinikáján 1995 és 2005 között radikális perinealis prostatectomián átesett 330 betegből 100 beteget vontunk be.

A vizsgálat során az 1. csoportba soroltuk azokat a betegeket, akikben a radikális perinealis prostatectomia előtti PSA-érték 20 ng/ml feletti ($n = 41$), míg a 2. csoportba azokat, akikben a műtét előtti PSA-érték 10 és 20 ng/ml között volt ($n = 59$) (1. táblázat). Mindkét csoportban va-

1. táblázat

A műtét előtti PSA-koncentráció az 1. csoportban

PSA (ng/ml)	n	%
20–30	18	44
30–40	8	19,5
> 40	15	36,5

lamennyi betegben a prosztatabiopszia Gleason-score értéke ≤ 7 volt. Az 1. csoportban a betegek átlag életkora 64 év (47-71 év), a 2. csoportban 64 év (48-73 év) volt. A kivizsgálás során minden esetben meghatároztuk a teljes PSA-szintet (normál érték: < 4 ng/ml), valamint a szabad és teljes PSA arányát.

A prosztatacarcinoma kimutatására transrectalis UH (Bruel and Kjel, Denmark) által vezérelt, sextans prosztatabiopsziákat végeztünk, azonban a prosztatacarcinoma diagnózist az 1. csoportban három, a 2. csoportban pedig öt betegben a korábban elvégzett transurethralis prostatectomy szövettani vizsgálata mutatta ki.

A tervezett prostatectomia előtt az esetleges periprostaticus terjedés kimutatására valamennyi esetben kismencei CT-vizsgálatot (Toshiba X Vision, Japan) végez-

tünk. Az esetleges távoli áttétek diagnosztizálása céljából a műtét előtt mellkasröntgent, hasi UH-vizsgálatot és csontizotóp-vizsgálatot készítettünk.

A preoperatív staging vizsgálatok egyik esetben sem mutattak periprostaticus terjedést vagy távoli áttétet.

A radikális prostatectomia előtt az 1. csoportban 9, a 2. csoportban 13 beteg részesült teljes antiandrogén blokád (TAB) kezelésben.

Az eredmények átlagértékei mellett a standard deviációt (\pm) adtuk meg. A statisztikai vizsgálatokat 2 mintás t próbával értékeltük. A $p < 0,05$ értékeket tekintettük szignifikánsnak. A korreláció vizsgálata során a Pearson-féle korrelációs koefficiens határoztuk meg.

Eredmények

A műtét előtt meghatározott PSA átlagértéke az 1. csoportban $36,8 \pm 16,3$ ng/ml, a szabad és teljes PSA rátája átlagosan 0,16 volt. A 2. csoportban a radikális prostatectomia előtt a PSA átlagértéke $13,6 \pm 2,9$ ng/ml, míg a szabad és teljes PSA rátája átlagosan 0,14 volt.

A prosztatacarcinoma miatt végzett radikális műtétet követően a szövettani vizsgálat az 1. csoportban 19 esetben (46%), míg a második csoportban 11 betegben (19%) mutatott periprostaticus terjedést ($p = 0,001$).

A prosztatabiopsziák Gleason-score-jának átlaga az 1. csoportban $3,83 \pm 1,75$, míg a 2. csoportban $2,80 \pm 1,24$ volt ($p = 0,0065$) (2. táblázat).

A radikális prostatectomiák szövettani vizsgálata során az 1. csoportba tartozó betegek átlagos Gleason-score értéke $4,75 \pm 2,60$, míg a 2. csoportban $3,96 \pm 2,05$ volt. A két csoport Gleason-score-ja közötti eltérés nem volt szignifikáns ($p = 0,12$).

A 20 ng/ml feletti PSA csoportban a preoperatív PSA-koncentráció korrelációja a tokon túli daganatos terjedés-

sel $r = -0,073$, a biopszia Gleason-score-jával $r = 0,121$, a végleges szövettan Gleason-score-jával $r = -0,088$.

Az 1. csoportban a prosztatán túlrá való daganatos terjedés miatt 15 esetben TAB kezelést indítottunk és közülük kilenc betegben sugárkezelést is végeztünk. A 2. csoportban az extraprostaticus daganatos infiltráció miatt kilenc alkalommal indítottunk TAB terápiát és közülük két beteg kapott sugárkezelést. Az 1. csoportban négy, a 2. csoportban két beteg esetében – bár a daganat túlterjedt a prosztatatokon –, koruk miatt sem gyógyszeres, sem sugárkezelést nem adtunk, csak monitoroztuk a betegek PSA-értékeit.

Az utánkövetés során az 1. csoportban tartósan emelkedett PSA-értékeket egy betegben észleltünk. Esetében a preoperatív PSA 42 ng/ml, a biopszia Gleason-score értéke 6, a szövettani stádium pedig T3 volt. A műtét után TAB kezelést kapott. A prostatectomiát követően PSA-értékei emelkedettek voltak ($6,32$ - $3,36$ ng/ml), de sem helyi recidívát, sem távoli áttétet nem tudtunk kimutatni. Sugárkezelésbe a beteg nem egyezett bele. Az 1. csoportban az utánkövetési idő alatt még három betegben észleltünk átmeneti PSA-emelkedést, ezek azonban azzal voltak magyarázhatók, hogy a betegek saját maguknak lecsökkentették, illetve kihagyták az antiandrogént.

A 2. csoportban a megfigyelési idő folyamán három betegben figyeltük meg a PSA-koncentráció emelkedését. A betegek műtét előtti PSA-, illetve Gleason-score értéke $14,1$ ng/l, score 2; $14,9$ ng/ml, score 5; és $16,8$ ng/ml volt (a score értéket nem határozták meg). A prostatectomia szövettana mindegyik esetben T2 stádiumú daganatot mutatott. A műtét utáni PSA-értékek $3,16$ - $6,0$ ng/ml között változtak. A csontszcintigráfia csontáttéteket mutatott. Mindhárom esetben TAB és biszfoszfonát-kezelést alkalmaztunk, ezen kívül két betegben az érintett csontok sugárkezelését is elvégeztük. A 2. csoportban átmeneti PSA-szint-emelkedést egy betegben mutattak ki, mely szintén az antiandrogén kihagyásával volt magyarázható.

Az utánkövetés során az 1. csoportban sem helyi recidívát, sem távoli áttéteket nem észleltünk, míg a 2. csoportban három betegben csontáttétek alakultak ki.

Megbeszélés

Több közlemény arról számolt be, hogy a műtét előtti alacsony PSA-koncentráció és/vagy a prosztatabiopszia alacsony Gleason-score értéke megbízhatóbban jelzi a daganat szervben belüli elhelyezkedését, mint az alkalmazott radiológiai eljárások. Az

2. táblázat

A prosztatabiopsziák és a radikálisan eltávolított prosztaták Gleason-score értéke

	1. csoport		2. csoport	
	Biopszia (n)	Prostatectomia (n)	Biopszia (n)	Prostatectomia (n)
G2	10	11	28	14
G3	6	5	7	17
G4	5	4	6	5
G5	1	3	3	6
G6	8	4	1	3
G7	2	1	1	4
G8	0	4	0	2
G9	0	5	0	1
G10	0	0	0	1
Gx	9	0	13	6

G = Gleason-score; Gx = Gleason-score ismeretlen

eddig vizsgálatok tapasztalatai alapján amennyiben a PSA 10 ng/ml alatt van és a prosztatapiopszia Gleason-score értéke < 7 , akkor a daganat általában a prosztatára lokalizált (5, 6, 11, 14, 16, 17). Természetesen itt csak az eddigi eredmények alapján megállapított valószínűségekről van szó, mert sem a preoperatív PSA-szint, sem a Gleason-score érték nem jósolhatja meg az egyes betegekben a carcinoma prosztátán túla való terjedését.

Azokban az esetekben, amikor a preoperatív PSA-szint 20 ng/ml felett van, a daganat csak az esetek 20-40%-ában szervre lokalizált (14, 16). Saját vizsgálatunk szerint a 20 ng/ml feletti PSA-szintű betegekben a carcinoma az esetek 54%-ában volt a prosztatára lokalizált, míg a 10-20 ng/ml közötti PSA csoportban a szövettani vizsgálat 81%-ban mutatott szervre lokalizált tumort.

Egyes szerzők véleménye szerint a műtét előtti PSA-koncentráció direkt korrelációt mutat a patológiai stádiummal, a daganat differenciáltságával és a tumor szervre lokalizáltságának valószínűségével (5, 16).

Irodalmi adatok alapján a műtét utáni PSA-koncentráció-emelkedés szempontjából a preoperatív PSA-szint és a

margin pozitív státus sokkal meghatározóbb tényezők, mint a patológiai stádium és a Gleason-score érték (12). Fontos azonban megjegyezni, hogy a PSA-emelkedésmentes túlélés nem azonos az általános túléléssel. Egyes szerzők eredményei alapján a prostatectomia utáni PSA-emelkedés szignifikánsan gyakoribb azokban az esetekben, amikor a műtét előtti PSA-szint > 50 ng/ml (14). Saját eredményeink alapján a műtét utáni PSA-koncentráció-emelkedés szempontjából nem találtunk különbséget azok között, akiknek 10-20 ng/ml között és akiknek 20 ng/ml felett volt a preoperatív PSA-szintjük.

Összegzésül megállapíthatjuk, hogy bár eredményeink szerint a 20 ng/ml feletti preoperatív PSA-értékeknél szignifikánsan gyakrabban figyelhető meg a prosztatacarcinoma token túli terjedése, de a műtétet követően a PSA-koncentráció emelkedése, valamint a daganatos áttétek vagy recidívák száma nem gyakoribb a kontroll csoporthoz viszonyítva. Így válogatott esetekben, amennyiben a megfelelő preoperatív staging vizsgálatok negatívak és a prosztatapiopszia Gleason-score-ja ≤ 7 , 20 ng/ml feletti PSA-értékek esetén is elvégezhető a radikális prostatectomia.

Irodalom:

1. Berzi Cs, Tóth Gy, Flaskó T és mtsai: A prostata specifikus antigén és a biopszia Gleason értékének jelentősége a prostatarék helyi kiterjedtségének megelőzésében. Magyar Urol. 16:137-142, 2004
2. Cornud F, Oyen R: Role of imaging in the diagnosis and staging of prostatic adenocarcinomas. J. Radiol. 83:863-880, 2002
3. Haese A, Graefen M, Palisaar J et al: Serum markers for early detection and staging of prostate cancer. Status report on current and future markers. Urologe A 42:1172-1187, 2003
4. Hull GW, Rabbani F, Abbas F et al: Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. J. Urol. 167:528-534, 2002
5. Lange PH, Ercole CJ, Lightner DJ et al: The value of serum prostate specific antigen determinations before and after radical prostatectomy. J. Urol. 141:873-879, 1989
6. Ou JC, Chen JT, Yang CR et al: Preoperative prediction of extracapsular tumor extension at radical retropubic prostatectomy in Taiwanese patients with T1c prostate cancer. Japan. J. Clin. Oncol. 32:172-176, 2002
7. Romics I, Schumann B, Ottó Sz et al: Preparation and establishment of program of early detection for prostate cancer in Hungary. J. Tumor Marker Oncol. 14:70-71, 1999
8. Romics I, Pánovics J, Reisz P és mtsai: Radikális prostatectomiával szerzett tapasztalatok. Orvostud. Értesítő 77:494-499, 2004
9. Berzi Cs, Tóth Gy, Varga A és mtsai: A kismencedei CT-vizsgálat jelentősége a prostatocarcinomák preoperatív stádiumának meghatározásában. Magyar Radiol. 78:230-235, 2004

10. el Gabry EA, Halpern EJ, Strup SE et al: Imaging prostate cancer: current and future applications. Oncology (Huntingt.) 15:325-336, 2001
11. Blute ML, Bergstralh EJ, Iocca A et al: Use of Gleason score, prostate specific antigen, seminal vesicle and margin status to predict biochemical failure after radical prostatectomy. J. Urol. 165:119-125, 2001
12. D'Amico AV, Chen MH, Malkowicz SB et al: Lower prostate specific antigen outcome than expected following radical prostatectomy in patients with high grade prostate and a prostatic specific antigen level of 4 ng/ml or less. Urol. 67:2025-2030, 2002
13. Humphrey PA, Keetch DW, Smith DS et al: Prospective characterization of pathological features of prostatic carcinomas detected via serum prostate specific antigen based screening. J. Urol. 155:816-820, 1996
14. Ou YC, Chen JT, Cheng CH et al: Radical prostatectomy for prostate cancer patients with prostate-specific antigen > 20 ng/ml. Japan. J. Clin. Oncol. 33:574-579, 2003
15. Pajor L, Kisbenedek L, Romics I: A prostatarék kezelése. Módszertani levél. Magyar Urol. 15:46-56, 2003
16. Partin AW, Kattan MW, Subong EN et al: Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. JAMA 277:1445-1451, 1997
17. Reckwitz T, Potter SR, Partin AW: Prediction of locoregional extension and metastatic disease in prostate cancer: a review. World J. Urol. 18:165-172, 2000

Befolyásolja-e a radikális prostatectomia utáni kontinenciát a betegség patológiai stádiuma?

Majoros Attila dr.¹, Bach Dietmar dr.², Keszthelyi Attila dr.¹, Hamvas Antal dr.¹, Mayer Peter dr.², Seidl Evelin dr.², Riesz Péter dr.¹, Romics Imre dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika, Budapest,

²St. Agnes Kórház, Urológiai Osztály, Bocholt

A szerzők radikális retropubicus prostatectomián átesett betegek kontinencia státusát hasonlították össze a tumor patológiai stádiumával (lokális kiterjedtség, sebészi szél pozitívitás, a tumor differenciáltsági foka, regionális nyirokcsomóáttét). A kontinens és inkontinens betegek között az előbbi paraméterek tekintetében nem találtak szignifikáns különbségeket. Eredményeik kiértékelése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a radikális prostatectomia utáni vizeletcsepelés elsődleges oka a sebészeti beavatkozás következménye, a lokálisan előrehaladott tumorstádium nem rontja a beteg jó vizelettartási képességének esélyét.

Kulcsszavak: prosztatarák, inkontinencia, patológiai stádium

Does the pathological stage influence on urinary continence after radical prostatectomy?

The authors compared the continence status with the pathological tumour stage (local disease appearance, positive margin, Gleason score, lymphnodes metastasis) in patients after radical retropubic prostatectomy. There was not significant difference regarding these parameters between the continent and incontinent patients.

After the evaluation of their results they came to the conclusion, that surgical intervention is the primary cause of the urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy.

The local progression of the disease does not harm the continence chance of patient's.

Key-words: prostate cancer, incontinence, pathological stage

Bevezetés

Radikális prostatectomia után az impotencia mellett az inkontinencia a leggyakoribb késői szövődmény. Gyakoriságát nemzetközi tanulmányok korábban 2,5-87% (1), az utóbbi időben 10-20% között adják meg (2, 3). Férfiakban a stabil detrusor-működés mellett a belső simaizom-sphincter, a prosztata és a külső, akaratlagosan irányítható harántcsíktolt záróizom felelős a normális vizelettartásért. Radikális prostatectomia után csupán a külső sphincter marad meg és játszik szerepet a kontinencia biztosításában. Urodinamikai tanulmányok az utóbbi időben elsősorban a záróizom-gyengeség szerepét hangsúlyozzák a postprostatectomiás vizelet-inkontinencia kiváltó okaként (3, 4). Vizsgálatunk célja az volt, hogy eldöntsük, vajon a műtétechnikai okokból bekövetkező sphincterkárosodás mellett a prosztatarák lokális progressiója is befolyásolhatja-e a posztoperatív vizelettartási képességet.

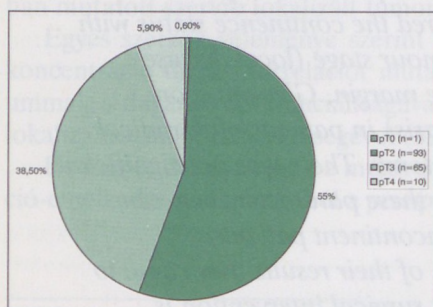
Betegek és módszer

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján és a németországi Bocholt város St. Agnes Kórház Urológiai Osztályán radikális retropubicus prostatectomián (RRP) átesett betegek posztoperatív vizelési zavarait vizsgáltuk kérdőív módszer segítségével. A vizsgálatba csak olyan betegeket vontunk be, akiknél legalább 12 hónap telt el a műtétet követően. A kérdőív kérdései a betegek vizelettartási (gyakoriság, éjszakai vizelések száma, inkontinencia) és vizeletürítési panaszaira (dysuria) vonatkoztak. Azon betegeknél, akik inkontinenciát, jelentős, urge jellegű panaszokat vagy dysuriát említettek, urodinamikai vizsgálatot is végeztünk. Összesen 169 beteget (ebből Bocholtban 94, Budapesten 75 beteg) vontunk be a vizsgálatba. A műtétet négy urológus végezte, azonos sebészeti gyakorlattal. Az átlagos utánkötési idő a német betegeknél 23,4 +/- 10,4 hónap, a magyar betegeknél 30,6 +/- 19,9 hónap volt. A betegek átlagos életkora 63,4 +/- 5,7 év volt. A statisztika-

kai értékelés során a folyamatos és ordinális változókat (tumorstádium, Gleason-score) Kruskal-Wallis-tesztel, a kategorikus változókat (margin pozitívitas, N status) Fischer-féle exact teszttel hasonlítottuk össze. Szignifikánsnak tekintettük az eltéréseket $p < 0,05$ esetén.

Eredményeink

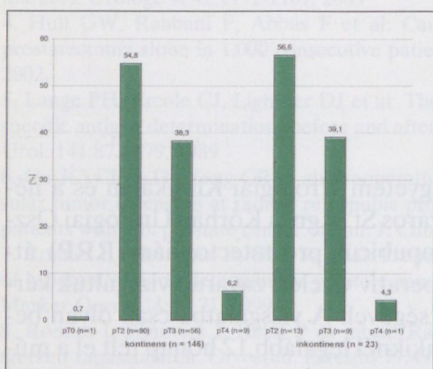
Egy évvel a műtét után a betegek 86,4%-a (146 beteg) számolt be teljes kontinenciáról. Közülük 34 beteg (20,1%) azonnal, 112 beteg (66,3%) pedig később, de egy éven belül lett „száraz”. A betegek 55%-ában (93 beteg) pT2 stádium, 38,5%-ában (65 beteg) pT3 stádium, 5,9%-ában (10 beteg) pT4 stádium igazolódott (1. ábra). Egy



1. ábra
A patológiai tumorstádiumok megoszlása (n = 169)

esetben (0,6%) a patológus nem talált tumort az eltávolított preparátumban, annak ellenére, hogy a korábbi prosztatabiopszia daganatot igazolt.

Az egyes tumorstádiumok gyakoriságát tekintve nem észleltünk szignifikáns különbségeket a kontinens és az inkontinens betegek között (2. ábra). A kontinens betegek

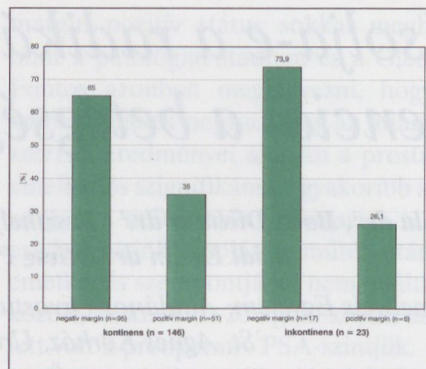


2. ábra
A patológiai tumorstádiumok megoszlása a kontinens és az inkontinens betegekben ($p > 0,05$)

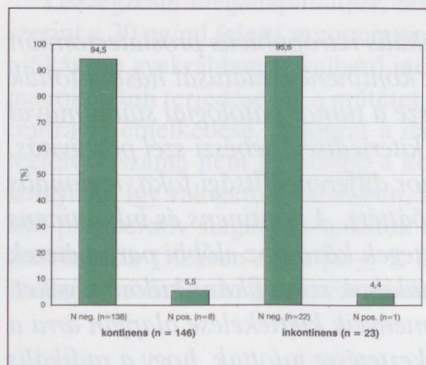
között a pT2 stádium előfordulása 54,8%, míg az inkontinens betegek között 56,6% volt, pT3 daganat a kontinens csoporton belül 38,3%-ban, az inkontinens betegek között 39,1%-ban fordult elő. Ez az arány a pT4 tumorok esetében 6,2%, illetve 4,3% volt.

A 3. ábrán a pozitív sebészeti szél előfordulásának csoportonkénti megoszlását mutatjuk be. A kontinens betegek 35%-ában, az inkontinens betegek 26,1%-ában észleltünk pozitív kimetszési szélt; a különbség nem szignifikáns.

A regionális nyirokcsomó-metastasis jelenlétében



3. ábra
A sebészeti szél pozitívitas gyakorisága a kontinens és az inkontinens betegekben ($p > 0,05$)



4. ábra
A regionális nyirokcsomó-metastasis előfordulása a kontinens és az inkontinens betegekben ($p > 0,05$)

ugyancsak nem tapasztaltunk szignifikáns eltéréseket (4. ábra). Az átlagos Gleason-score a kontinens betegekben 6,2 +/- 1,84, az inkontinens betegekben 6,4 +/- 1,94 volt; a különbség nem szignifikáns.

A kontinens betegek közül 16 beteg (9,5%) pollakisuriát, nycturiát, imperatív vizelési ingereket tapasztalt (urge panaszokkal rendelkező, de kontinens betegek). Ezen csoporton belül a tumorstádium megoszlása a következő volt: pT2: 6 beteg (37,5%), pT3: 7 beteg (43,8%), pT4: 3 beteg (18,7%). Hét betegnél (43,7%) találtunk pozitív resectió szélt. A 16 beteg között a pT4 tumorok aránya a többi beteghez képest szignifikánsan gyakoribb volt [3/16 beteg (18,7%) vs. 7/153 beteg (4,5%); $p < 0,05$].

Az inkontinens betegek között csupán egy esetben észleltünk az urodinamikai vizsgálat során tiszta detrusor-hiperaktivitást, egy esetben pedig kevert inkontinenciát. A többi betegben a záróizom-gyengeség volt az inkontinencia elsődleges oka, mely négy esetben (17%) húgyúti obstrukció talaján kialakult szekunder hiperaktivitással társult. Az inkontinens és az „urge” panaszokkal rendelkező kontinens betegek között az összes T4 tumorstádiumú beteg sugárterápiában részesült, szemben a panaszmentes kontinens betegekkel, ahol az öt T4-es beteg közül csupán egy kapott sugárkezelést, négy beteg pedig hormonális kezelés alatt állt.

Megbeszélés

Sokan vizsgálták a radikális prostatectomiák utáni vizeletcseppegés lehetséges rizikófaktorait. A közlemények egy része a tumor patológiai stádiuma és a kontinencia között

semmilyen összefüggést nem mutat ki (2, 5). *Kerr* és munkatársai idős (75 év feletti) és fiatal (50 év alatti), RRP-n átesett betegek adatait hasonlították össze. Az idős betegek között 16%-ban, míg a fiatalabbak 3%-ában észleltek inkontinenciát. Bár egyértelmű különbséget találtak a szerven kívüli (pT3 vagy rosszabb) tumorok gyakoribb előfordulását illetően a csoportok között (idős betegek: 71% vs. fiatal betegek: 45%), látnunk kell, hogy ilyen mértékű korkülönbség önmagában is – patológiai stádiumtól függetlenül – a kontinencia egyik meghatározó tényezője (6). *Ramon* és munkatársai a fiatalabb életkornak csak a kontinencia gyorsabb elérésében látták szerepét, a vizelettartási arányon a fiatalabb életkor nem javít. A patológiai stádiumot és az idegkímélő technikát ugyancsak nem tartották kontinenciát befolyásoló faktornak (5). *Foley* radikális prostatectomián átesett betegek posztoperatív vizelettartási képességét hasonlította össze az operált prosztaták térfogatával. Nagyobb (75 ml feletti) prosztaták esetén szignifikánsan alacsonyabb tumorstádiumot és grade-et észlelt. Ugyanakkor a kontinencia és a margin pozitivitás tekintetében semmilyen különbség nem mutatkozott a csoportok között (7). Ez is azt igazolja, hogy az előrehaladottabb tumorstádium önmagában nem rontja a posztoperatív jó vizelettartási képesség esélyét. *Hsu* és munkatársai többek között a testtömegindex és a prostatavolumen posztoperatív kontinenciára gyakorolt hatását vizsgálták. Nem találtak szignifikáns összefüggést a kontinencia és az említett paraméterek között. Azonban nagyobb prosztatata esetén a pozitív margin szignifikánsan gyakoribb előfordulását észlelték ($p = 0,03$) (8).

Betegeinkben a nemzetközi irodalomban közölt adatoknak megfelelő kontinencia arányokat, illetve tumorstádium-megoszlást tapasztaltunk. Műtét után egy évvel *Steiner* 92%-os, *Hammerer* 91,6%-os, *Kleinhans* 88%-os, *Moinzadeh* 98,5%-os kontinencia arányt tapasztalt (2-4, 9). *Maffezzini* 29 hónapos átlagos utánkövetési idő során 88,8%-ban, *Selli* 21,7 hónapos utánkövetés mellett 87%-ban észlelt teljes „szárazságot” (10, 11). *Maffezzini* betegeinek 66,4%-ában pT2, 29,9%-ában pT3, 2,4%-ában pT4 tumor igazolódott (10). Saját betegeink 86,4%-ában észleltünk egy évvel a műtét után teljes kontinenciát. A tumorstádium megoszlásában észlelt minimális, nem szignifikáns különbségek (más szerzők adataihoz képest) elsősorban a PSA kevésbé széles körű alkalmazásának és így a szervre lokalizált prosztatatumorok nehezebb kiszűrésének köszönhetők. *Eastham* és munkatársai szerint a betegek idősebb kora, a nem idegkímélő technika alkalmazása és az anastomosis-strictura előfordulása tekinthető a postprostatectomiás vizelet-inkontinencia független rizikófaktorainak (12). Saját vizsgálatunkban sem a tumor lokális kiterjedtsége, sem a sebészi szél pozitivitása, sem a tumor differenciáltsági foka tekintetében nem észleltünk szignifikáns különbségeket a kontinens és az inkontinens

betegek között. A műtéttechnikai lépéseket ismerve érthető, hogy a patológiai tumorstádium kontinenciára vonatkozó legfontosabb eleme a resectió felszín érintettsége. A daganat lokális progressziója csak akkor befolyásolhatja a kontinenciát, ha a daganatsejtek a záróizomműködést akadályozzák. Bár egyes szerzők a margin pozitivitás kontinenciára gyakorolt káros hatását hangsúlyozzák (13, 14), a közlemények nagy része nem mutat összefüggést a kontinencia és a pozitív resectió vonal előfordulása között (1, 2, 15, 16). Ez érthető, hiszen a resectió felszínben többnyire kis kiterjedésben található a daganat (szemben pl. az anastomosis-stricturával, ahol körkörös, vastag, a záróizomba terjedő hegesedést látunk), a posztoperatív PSA-vizsgálat a korai lokális progresszió lehetőségét idejében mutatja, és így a betegek gyors, adekvát terápiaiban részülhetnek, mely ugyancsak ellene hat a sphincter-környéki daganatos infiltráció kialakulásának.

Szintén fontos tény, hogy RRP után csökken a membranosus urethra mikrocirkulációja, mely a daganat növekedését ugyancsak gátolja. *John* és munkatársai vizsgálatai alapján úgy tűnik, az észlelt mikrocirkuláció-csökkenés a kontinenciára nincs káros hatással (17). *Srongi* és munkatársai a hólyagnyaki praeservatio és resectio kontinenciára gyakorolt hatását hasonlították össze. A két csoport között a kontinencia tekintetében nem észleltek szignifikáns különbséget, ugyanakkor a hólyagnyaki praeservatio során a margin pozitivitás 10%-os volt, így tehát a lokális tumorprogresszió esélyét lényegesen nagyobbak találták (18). A szerven kívüli tumoros infiltráció vagy a nem idegkímélő technikával végzett műtét a neurovascularis ligamentumok sérülésével járhat. Bár egyes szerzők az idegmegtartás kontinenciára vonatkozó kedvező hatását említik (15), ismervén a külső húgycsőzáróizom ér- és idegellátását, nem valószínű, hogy a neurovascularis ligamentumok tumoros infiltrációja vagy intraoperatív léziója a kontinencia szempontjából döntő tényező lenne. Mi hat esetben végeztünk egyoldali idegkímélő műtétet, négy betegünk kontinens, két betegünk inkontinens lett. Bár a tumor stádiuma és a posztoperatív vizelettartási képesség között nem észleltünk egyértelmű összefüggést, az urge tünetekkel rendelkező kontinens betegcsoporton belül a T4 stádium aránya szignifikánsan gyakoribb volt [3/16 beteg (18,7%) vs. 7/156 beteg (4,5%)].

A posztoperatív hiperaktív hólyagműködésnek valószínűleg a műtét utáni adjuváns sugárkezelés lehetett az oka, mert az említett három beteg mindegyike posztoperatív irradiációban részesült, ellentétben a többi hét pT4 stádiumú beteggel, ahol csupán egy beteg kapott besugárzást. *Van Cangh*-hoz hasonlóan (19) mi sem tapasztaltuk tehát az adjuváns irradiáció inkontinenciát okozó hatását, csupán a hiperaktív hólyagra jellemző tünettannal gyakoribb előfordulását észleltük (sugárcystitis) ezen betegekben.

Összefoglalás

Vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy a radikális retropubic prostatectomia utáni vizeletsepegés nincs összefüggésben a tumor patológiai stádiumával, a pozitív resectió széllel, a tumor differenciáltsági fokával és a regio-

nális nyirokcsomó-metastasis gyakoriságával. Tehát a kontinenciának elsősorban anatómiai, műtétechnikai feltételei vannak, és az előrehaladott tumorstádium nem rontja a beteg posztoperatív kontinenciájának esélyét. Az előbbiekből következik, hogy a patológiai stádiumból a posztoperatív kontinencia esélyére következtetni nem lehet.

Irodalom:

- Catalona WJ, Basler JW: Return of erections and urinary continence following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.* 150:905-909, 1993
- Steiner MS, Morton RA, Walsh PC: Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. *J. Urol.* 145:512-514, 1991
- Hammerer P, Huland H: Urodynamic evaluation of changes in urinary control after radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.* 157:233-236, 1997
- Kleinhans B, Gerharz E, Melekos M, Weingärtner K, Kälbe T, Riedmiller H: Changes of urodynamic findings after radical retropubic prostatectomy. *Eur. Urol.* 35:217-222, 1999
- Ramon J, Leandri P, Rossignol G, Gautier JR: Urinary continence following radical retropubic prostatectomy. *Br. J. Urol.* 72:130-132, 1993
- Kerr LA, Zincke H: Radical retropubic prostatectomy for prostate cancer in the elderly and the young: complications and prognosis. *Eur. Urol.* 25:305-311, 1994
- Foley CL, Bott SR, Thomas K, Parkinson MC, Kirby RS: A large prostate at radical retropubic prostatectomy does not adversely affect cancer control, continence or potency rates. *BJU Int.* 92:370-374, 2003
- Hsu EI, Hong EK, Lepor H: Influence of body weight and prostate volume on intraoperative, perioperative and postoperative outcomes after radical retropubic prostatectomy. *Urology* 61:601-606, 2003
- Moinzadeh A, Shunaigat AN, Libertino JA: Urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy: the outcome of a surgical technique. *BJU Int.* 92:355-359, 2003
- Maffezzini M, Seveso M, Taverna G, Giusti G, Benetti A, Graziotti P: Evaluation of complications and results in a contemporary series of 300 consecutive radical retropubic prostatectomies with the anatomic approach at a single institution. *Urology* 61:982-986, 2003
- Selli C, De Antoni P, Moro U, Macchiarella A, Giannarini G, Crisci A: Role of bladder neck preservation in urinary continence following radical retropubic prostatectomy. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 38:32-37, 2004
- Eastham JA, Kattan MW, Rogers E, Goad JR, Ohori M, Boone TB, Scardino PT: Risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. *J. Urol.* 156:1707-1713, 1996
- O'Donnell PD, Finan BF: Continence following nervesparing radical prostatectomy. *J. Urol.* 142:1227-1230, 1989
- Klein EA: Early continence after radical prostatectomy. *J. Urol.* 148:92-102, 1992
- Rudy DC, Woodside JR, Crawford ED: Urodynamic evaluation of incontinence in patients undergoing modified Campbell radical retropubic prostatectomy: a prospective study. *J. Urol.* 117:83-86, 1984
- Nichols RT, Barry JM, Hodges CV: The morbidity of radical prostatectomy for multifocal stage I prostatic adenocarcinoma. *J. Urol.* 117:83-89, 1977
- John H, Suter S, Hauri D: Effect of radical prostatectomy on urethral blood flow. *Urology* 59:566-569, 2002
- Srongi M, Nesrallah LJ, Kauffmann JR, Nesrallah A, Leite KR: Urinary continence and pathological outcome after bladder neck preservation during radical retropubic prostatectomy. *J. Urol.* 166:1838-1839, 2001
- Van Cangh PJ, Richard F, Lorge F, Castille Y, Moxhon A, Opsomer De Visscher L, Wese FX, Scaillet P: Adjuvant radiation therapy does not cause urinary incontinence after radical prostatectomy: results of a prospective randomised study. *J. Urol.* 159:164-166, 1998

Írjunk-e és hogyan esetismertetést?

Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika, Budapest

Hüttl Hümmér, a neves sebész, sok évtizeddel ezelőtt tartott egy előadást „Szokatlanul nagy epehólyagkő esete” címmel. Mielőtt elkezdte volna előadását, az elnöki asztalon le volt takarva valami nagyobb formájú test.

– Hölgyeim és Uraim – mondta, miközben a gyerekfejnyi epekőről lerántotta a takarót, és egy szóval elmondta előadását, ami így hangzott: – Íme! – majd meghajolt és távozott...

Tarthatott volna 10 perces előadást is: hogy már a régi rómaiak..., gyakran előfordul..., tünete...

Nem, nem ezt mondta, mert ezt minden sebész tudja, felesleges időpocsékolás.

Írjunk-e esetismertetést?

Igen,

- mert a jól megírt kazuisztika növeli az ismereteket,
- mert a kivételek, ritkaságok ismerete csökkenti a sémákban való gondolkodást,
- mert rávilágít olyan anatómiai, patofiziológiai vagy patológiai variációkra, melyek a szokásos tankönyvi ismereteken kívül esnek,
- mert számos ritkaság felismeréséhez ad olyan információkat, melyek az olvasó praxisában is előfordulhatnak, így az emlékképek könnyebben helyes diagnózishoz vezetnek.

Tehát a ritka esetekből leszűrt, akár jó, akár rossz tapasztalatok az olvasó betegeinél kórismézési és gyógyítási segítséget jelenthetnek.

Milyen legyen az esetismertetés?

- Rövid! A 10 oldalas esetismertetés életrajz vagy novella.
- Kerüljük a hitelesség látszatát keltő, de a mondani-valóhoz nem tartozó adatok ismertetését (kórlapszám, boncjegyzőkönyv-szám, a beteg kezdőbetűje stb.).
- A kórelőzményben az esettel biztosan nem összefüggő történések kihagyhatók (lábtörés, tonsillektomia stb.).

- Normál laborleletek ismertetése felesleges.
- Képzalkodó eljárások esetén csak a szokásostól jelentősen eltérő oki bizonyítékok közlése érdekes. Például hogy a vese pang, a szájadékon ülő, ritka szövettani szerkezetű hólyagtumor ábrázolása csak az izominfiltrációt támasztja alá, de nem a különleges szöveti szerkezetet.
- Műtétet részletesen leírni felesleges, a leghelyesebb csak azt, ami a szokásostól eltér, illetve intraoperatív diagnózis esetén azt a körülményt kell ismertetni, ami alapján a diagnosztikus tévedés vagy a műtéti indikáció létrejött.
- A műtétet végző orvos nevét csak akkor kell feltüntetni, ha a szerzők között nem szerepel.
- Felesleges mindenki által ismert, az átlagtól nem eltérő szövettani ábrát ismertetni (hypernephroma, felületes hólyagrák stb.). Ugyanabból két egyformát – ha a betegségnek recidívája lép fel, vagy például az ellenoldali vesében is vesesejtes carcinomát operáltak – közölni még inkább felesleges, sőt durva visszaélés az olvasó türelmével.
- Nem kell a szokásos bevezetés – betegismertetés – megbeszélés – összefoglalás beosztást követni. Néhány soros bevezetésben a közlés indokát, célját kell feltüntetni. Ezt kövesse az esetismertetés, majd Megbeszélés címszó alatt vonjuk le a tanulságot. Elég két-három gépelt oldalban összefoglalni a leírtakat. Irodalom is kevés legyen.

Jóindulatú daganat-e a vese-angiomyolipoma?

Szendrői Attila dr.¹, Hamvas Antal dr.¹, Székely Eszter dr.², Szűcs Miklós dr.¹, Romics Imre dr.¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Urológiai Klinika; ²II. Sz. Patológiai Intézet²

A szerzők feldolgozták az elmúlt tíz évben vese-angiomyolipoma miatt műtétre került betegek adatait, és ezt a betegek ellenőrző vizsgálatával egészítették ki. A fenti időszakban 19 beteget (17 nőt és 2 férfit) operáltak angiomyolipoma miatt, a legfiatalabb 31, a legidősebb 71 éves volt a műtét időpontjában, az átlagéletkor 54 év volt.

Sclerosis tuberosa nem fordult elő.

Tizenhat beteg azért került műtétre, mert CT- és UH-vizsgálatokkal teljes biztonsággal nem lehetett kizárni a rosszindulatú daganat lehetőségét, míg két beteget tumoruk növekedése, egyet pedig annak megrepedése miatt operáltak. Az eltávolított daganatok mérete 1,5-10 cm között volt (átlag: 3,5 cm). Tíz veseeltávolításra és kilenc szervmegtartó műtétre került sor. Valamennyi beteg jelenleg is tünet- és panaszmentes. A szerzők végül három eset ismertetésével bemutatják az angiomyolipoma kórismézésének és kezelésének nehézségeit.

Felmérésük szerint bár az angiomyolipoma szövettanilag jóindulatú daganat, a betegek rendszeres utánkövetése kötelező. Az ultrahang vagy egyéb képalkotó vizsgálatok által leírt kép változása esetén a diagnózis felülbírálása, valamint ennek megfelelően a terápia módosítása feltétlenül szükséges. A vese térfoglaló folyamatainak elkülönítésében még a modern képalkotó vizsgálatok birtokában is számtalan nehézség adódik. Az ebből eredő bizonytalanság miatt gyakrabban merül fel a rosszindulatúság gyanúja, és ezért a betegek többször kerülnek – alkalmanként felesleges – műtétre.

Kulcsszavak: vese-angiomyolipoma, kezelés

Is angiomyolipoma a benign tumour?

Methods: Clinical data of 19 patients (2 male and 17 female, from 34 to 71, average 54 years old) undergoing surgery for renal angiomyolipoma in the past ten years at our department are reviewed. Non of them had tuberous sclerosis. All of the patients were followed up with blood tests and ultrasound examinations.

Results: Indication for surgical intervention in 16 cases was the doubtfulness about the diagnosis gained by the ultrasound examination and CT scan, in two cases the growth of the tumour and in one patient spontan rupture of the tumour. Diameters of the tumours were between 1,5 and 10 centimeters (average: 3,5). Ten nephrectomies and 9 nephron sparing surgical interventions were performed. At the present time all the patients are symptomless with normal blood creatinin level.

Finally 3 case reports are presented to demonstrate the typical problems of management of angiomyolipoma. **Conclusions:** Although angiomyolipoma is a benign tumour, the regular follow up of patients is necessary, and in case of changing ultrasound or CT findings, the diagnosis and a consecutive modification of the therapy may be evaluated. Even in the era of sophisticated diagnostic procedures we may face difficulties in the differential diagnosis of renal tumours. Because of this uncertainty the suspicion of malignancy may increase leading to – sometimes unnecessary – surgical interventions.

Key-words: renal angiomyolipoma, management

Bevezetés

Az angiomyolipoma erekből, simaizomsejtekből és zsírszövetből felépülő tumor, a vese daganatainak alig 4%-át teszi ki. A sugar tumorról, a lymphangiomyomatosis és a rhabdomyomával együtt a perivascularis (P) epitheloid (E) sejtekből (C) indul ki. Ezen daganatok (ún. PEC-omák) gyakran társulnak sclerosis tuberosával, és immunhisztokémiai tulajdonságaikra jellemző, hogy egyszerre mutatnak pozitívítást simaizom markerrel (SMA) és melanocyt markerrel (HMB45).

Az angiomyolipoma szövettani jellemzőit 1911-ben Fisher írta le, az angiomyolipoma elnevezést 1951-ben Morgan használta először (1, 2). Többben hamartomának, nem valódi daganatnak tartják. Nőkben gyakoribb; 50 éves kor körül, mindkét oldalon egyforma gyakorisággal jelentkezik, 25%-ban kétoldali. Jóindulatú elváltozás, általában nem mutat helyileg invazív növekedést, tiszteli a szövethatárokat, távoli áttéteket sem ad, malignizálódását igen ritkán figyelték meg (3). Angiomyolipomához társult többször leírtak angiomyolipomára jellemző szövetet a retroperitonealis nyirokcsomókban, illetve a májban, ezeket azonban nem áttétekeknek, hanem többgócú daganatnak vélik (4). Elasztikus rosttartalma csekély, ezért a nagyméretű daganatok kis traumára is könnyen megrepedhetnek, ezzel akár fatális retroperitonealis vérzést okozva (5, 6). Az izolált forma (80%) mellett előfordulhat még sclerosis tuberosa (Bourneville) részjelenségeként (20%).

A Bourneville-kór klasszikus triászát, a mentális retardációt, az epilepsziát és az adenoma sebaceumot 1880-ban írták le először (7). A Bourneville-kórra jellemző még a többgócú gliomák, retina-hamartoma, adenoma sebaceum, szív-rhabdomyoma, tüdő-lymphangiomyomatosis, fogínyfibrosis és köröm alatti fibromák együttes előfordulása. A sclerosis tuberosa részjelenségeként 80%-ban előforduló vese-angiomyolipoma klinikai megjelenése eltér az izolált formától: korábban (30 éves kor körül) jelentkezik, gyakran kétoldali, multiplex, gyorsabban növekszik, többször okoz tüneteket és sebészi beavatkozást is gyakrabban követel (8). A többgócú, nagy daganatok esetén előfordulhat veseelégtelenséghez vezető forma is (9).

Beteganyag és módszer

Visszatekintő klinikai vizsgálatunk során 1993 és 2003 között 19 betegnél találtunk angiomyolipomát szövettani vizsgálattal. Felmértük a betegek korát, nemét, kísérőbetegségeit, tüneteit, az elvégzett diagnosztikus eljárásokat, a műtét indikációját, a daganatok méretét, elhelyezkedését, oldaliságát, egy-, illetve többgócúságát, a sebészi beavatkozás típusát. A kisméretű (4 cm-nél kisebb) tumorok esetén inkább szervmegtartó műtétre törekedtünk, míg ennél na-

gyobb daganatok esetén inkább veseeltávolítás történt. Minden betegünkkel ismét felvettük a kapcsolatot és ellenőrző vizsgálatokat végeztünk (fizikális vizsgálat, ultrahang, labor). A legfiatalabb beteg 37, a legidősebb 71 éves volt a műtét időpontjában (átlagéletkor: 54 év), 2 angiomyolipomás férfi és 17 nő került a fenti tíz év alatt műtétre.

Eredmények

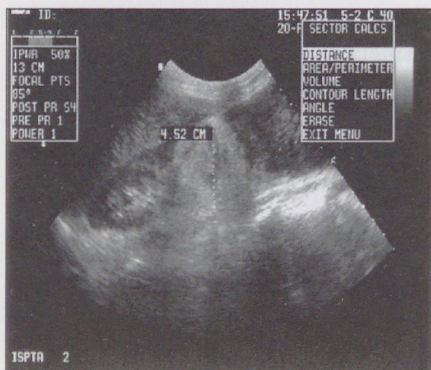
Diagnosztika: adataink feldolgozása közben figyeltünk fel arra a tényre, hogy mindössze három beteg számolt be deréktáji fájdalomról, egyéb panasz nem volt. A diagnózis felállítása során minden esetben történt UH-, 17 alkalommal CT- és kétszer MR-vizsgálat. A képalkotók háromszor multiplex, kétoldali elváltozást írtak le, bár később sclerosis tuberosa ezekben az esetekben sem igazolódott. Tizenhat betegnél a fenti vizsgálatok nem tudták kizárni a rosszindulatú daganat lehetőségét, csak három alkalommal volt biztosan angiomyolipoma a diagnózis. Ez utóbbi három műtétre azért került sor, mert két betegben az elváltozás növekedett, egy esetben pedig megrepedt. Egyszer történt a műtét előtt túbiopszia (amelynek eredménye technikai okok miatt nem volt értékelhető), egyszer pedig az operáció során kértünk fagyasztott metszetet. A többi esetben biopsziát – annak korlátozott értékelhetősége miatt – nem végeztünk.

Terápia: az eltávolított daganatok mérete 1,5-10 cm között volt (átlagosan 3,7 cm). Tíz esetben a tumor legnagyobb átmérője 4 cm alatt volt, ekkor szervmegtartó műtétet végeztünk, míg kilenc alkalommal ennél nagyobb daganatot találtunk, ezért a teljes vese eltávolítására kényszerültünk. Két beteg esetén resectiót terveztünk, de a műtét során végül eltávolítottuk a vesét. Összesen tíz nephrectomia és kilenc szervmegtartó műtét történt. Valamennyi esetben a patológus igazolta az angiomyolipoma diagnózist.

Jelenleg mind a 19 beteg jól van, panaszmentes, korábbi veseműtétükkel összefüggésbe hozható laboreltérésük (pl. azotaemia) nincs.

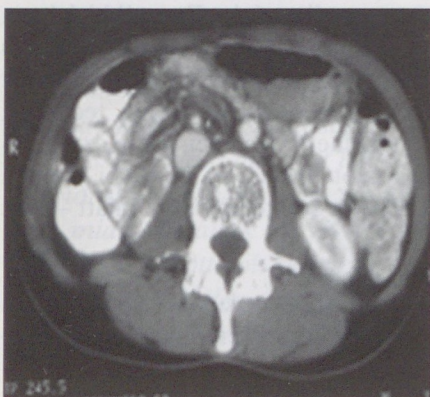
Esetismertetés I.

Az 55 éves nőnek 1996 óta ismert és ultrahanggal fél-évente kontrollált, a jobb vese alsó pólusán elhelyezkedő, 4 cm-es angiomyolipomája volt. 2002-ben sürgősséggel került felvételre klinikánkra makroszkópos vérvelés, jobb oldali éles vesetáji fájdalom, láz miatt. Laborleletei közül 115 mm/h-s vörösvértest-süllyedés, 69 g/l-es haemoglobin, 21%-os haematocrit, 12 G/l-es fehérvérsejtszám emelkedő ki. Az ultrahang a jobb vese alsó pólusán 4,5 cm-es, echoszegény terimét, valamint ezzel összefüggő, 12,5 cm legnagyobb átmérőjű, vegyes szerkezetű képletet írt le (1. ábra). Az akut hasi CT-n a jobb vese alsó harmadában



1. ábra
A vese alsó pólusán látható a megrepedt daganat, valamint az ebből kiinduló vérömleny

5x5x6 cm-es, tokkal rendelkező térfoglalás, valamint egy ehhez caudalisan kapcsolódó, jól határolt, 11 cm-es retroperitonealis folyamat volt látható (2. ábra). A klinikai kép és a képalkotó vizsgálatok alapján vesefeltárást végez-



2. ábra
A CT képen a jobb oldali vese alsó pólusának megfelelően vérömleny látható

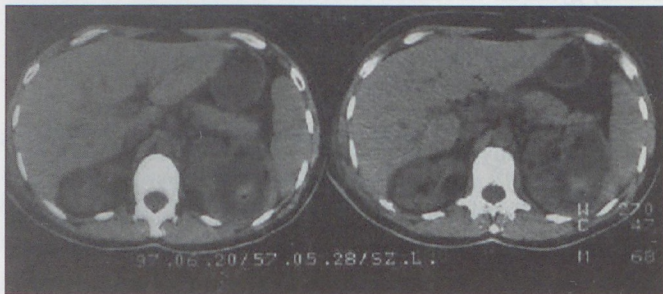
tünk, amelynek során láthatóvá vált a jobb vese alsó pólusán megrepedt angiomyolipoma, és az ebből kiinduló kiterjedt retroperitonealis haematoma. A műtét során szervmegtartás az intenzív vérzés miatt nem volt kivitelezhető, a vesét és a vérömlényt eltávolítottuk. A beteg állapota 4 egység vörösvérsejtmassza transzfúzióját követően rendeződött, jelenleg is tünet- és panaszmentes. A szövettan igazolta a korábbi ultrahangos angiomyolipoma diagnózist (3. ábra).



3. ábra
A daganat szövettani képe (HE)

Esetismertetés II.

1996-ban deréktáji fájdalmak miatt vizsgáltak ki egy 40 éves férfibeteget, az ekkor elvégzett UH-, illetve CT-vizsgálat során fedezték fel veséből kiinduló daganatát, amelyet más intézetben feltártak, a folyamatot inoperábilisnak tartva csak biopsziát vettek (4. ábra). A szövettan eredmé-



4. ábra
A kiterjedt retroperitonealis daganat CT képe

nye sarcoma lett, a beteget doxorubicin- és ifosfamidkezelésben részesítették. Klinikánkon 2001-ben, öt évvel később jelentkezett, kitűnő általános állapotban. A kontroll CT az öt évvel korábbihoz képest érdemi változást nem talált. A szokatlan klinikai kép miatt a korábbi szövettani anyagok újraértékelését kértük, melynek során angiomyolipoma diagnózis született. A beteg azóta is jól van, ultrahangos kontrollvizsgálatra rendszeresen visszajár.

Esetismertetés III.

A 64 éves férfibetegnél egyéb okból végzett hasi ultrahangvizsgálat során derült ki jobb oldali vesedaganata, amelyet az UH- és a CT-vizsgálat egyaránt angiomyolipomának vélt (5. ábra). A kontroll UH során egy év múl-



5. ábra
Az angiomyolipomának vélt vesesejtes carcinoma CT képe

va a tumor növekedését tapasztaltuk, felmerült malignitás gyanúja, ezért radikális nephrectomiát végeztünk. A daganatos vesét eltávolítva a szövettani vizsgálat alapján végül T2G2 közönséges vesesejtes carcinoma diagnózis szüle-

tett. Ezt követően a beteg immun-kemoterápiában részesült, amelynek mellékhatásai miatt a kezelés felfüggesztésére kényszerültünk. A beteg jelenleg is szoros kontroll alatt áll.

Megbeszélés

Az angiomyolipoma szövettanilag jóindulatú daganat, ennek ellenére mind a diagnózis felállításakor, mind a kezelés során számos nehézséget okozhat.

Általában tünetmentes, a ritka, tüneteket okozó esetekben vérvizelés, vesetáji fájdalom, magas vérnyomás képében jelentkeznek. A daganat megrepedése esetén vérzéses sokk 10%-ban fordul elő (9). Az irodalmi adatok alapján UH- és CT-vizsgálattal 95%-ban biztos diagnózishoz juthatunk, de mint saját eseteink is bizonyítják, néha az ultrahanglelet nem egyértelmű, és a CT, valamint az MR sem foglal mindig egyértelműen állást (4, 10). Ezt támasztja alá az, hogy a 19, angiomyolipoma miatt műtetre kerülő betegünk közül mindössze három alkalommal volt biztos az angiomyolipoma diagnózis, tehát tíz év alatt 16 esetben nem lehetett ezen képalkotó vizsgálatokkal kizárni a rosszindulatú daganat lehetőségét. Ezekben az esetekben kiemelendő a vesediagnosztikában járatos, gyakorlott ultrahangos, illetve radiológus szerepe. A diagnózis nehéz a 2 cm-nél kisebb tumorokban, alacsony zsírtartalom esetén, meszesedés, necrosisok, bevérzések jelenlétében, ekkor segít a kontrasztanyag, illetve anélkül készített CT-felvételek, valamint a különböző súlyozású MR-felvételek összevetése (11, 12). Hasonló képet adhatnak a lipoma, a liposarcoma, a teratoma és az egyéb, ritkán előforduló, zsírszövetet is tartalmazó daganatok. *Yip* megfigyelése szerint az angiomyolipomás esetekben végzett műtét legfőbb indikációja a malignitás gyanúja (3). A további diagnosztikus lehetőségek közül a vesebiopszia és a műtét során végzett fagyasztásos hisztológia vagy aspirációs citológia invazív módszerek, értékelésük nagy tapasztalatot igényel, a vizsgálatra kerülő anyag technikai okok miatt gyakran értékelhetetlen, negatív eredmény esetén sem zárhatjuk ki a rosszindulatú daganat lehetőségét, ezért csak korlátozottan alkalmazhatók a vese térfoglaló folyamatainak megítélésében. Differenciáldiagnosztikai szempontból az angiomyolipoma szövettanilag a leiomyosarcomával téveszthető össze, a diagnózis csak mindhárom összetevő (simaizom, erek és zsírszövet) egyidejű jelenlétekor mondható ki biztonsággal (4). Az ismert esetek között szerepel olyan, ahol az angiomyolipomát rosszindulatú daganatnak (vesesejtes ráknak, illetve sarcomának) vélték, és a beteget ennek megfelelően kezelték, és olyan is, ahol az angiomyolipomának vélt daganatról derült ki, hogy papillaris carcinoma.

A műtéti indikáció felállításában és az utánkötési mód meghatározásában hasznos az *Osterling* által felállít

tott szabályrendszer, amelyben fontos szempont a daganat által okozott tünetek és a daganat méretének (4 cm-nél nagyobb, illetve kisebb) egyidejű figyelembevétele. Az ultrahangos utánkötés általában félévente indokolt (13).

Műtetre általában téraránytalanság, nyomásos tünetek, gyors növekedés, ruptura, diagnosztikus nehézség esetén kerül sor.

Az intraarterialis embolizáció nagy, nehezen operálható, kétoldali, jól kanülálható daganatok esetén választandó (az elsőt *Moorhead* végezte 1976-ban) (14). Előnye, hogy kevésbé invazív, kevesebb szövődménnyel jár, mint a részleges vagy teljes veseeltávolítás, a betegek kevesebb időt töltenek el a beavatkozást követően a kórházban. Hátránya viszont, hogy nem jutunk szövettani diagnózishoz, ezért diagnosztikus bizonytalanság esetén feltétlenül sebészi feltárást kell végezni (15).

A sebészi beavatkozások közül az enucleatio, az ékrectio, a parciális nephrectomia és a teljes veseeltávolítás egyaránt lehetséges, jóindulatú daganat révén szervmegtartásra célszerű törekedni (16).

Balogh és *Szendrői* 1960-ban megjelent könyvükben már leírták a jóindulatú vesedaganatok, illetve a kisméretű malignomák esetén a szervmegtartás (ékrectio, pólusrectio) lehetőségét, részletezték ezek indikációit (növekedő, helyi tüneteket okozó, jól eltávolítható, a parenchymából kiemelkedő tumorok), de természetesen ebben az időben még – a modern képalkotó eljárások hiányában – a preoperatív diagnosztika nehézségei miatt ilyen beavatkozásokra csak ritkán volt lehetőség. Szükségesnek tartották a műtétet megelőzően a renovasographiát és a műtét alatt a fagyasztott szövettani vizsgálatot (17, 18).

Napjainkban a széles körben elterjedt ultrahangos vizsgálatok miatt a véletlenszerűen felismert jó- és rosszindulatú vesedaganatok, valamint az ezek miatt végzett szervmegtartó műtétek száma ugrásszerűen megnőtt (19, 20). Ezzel együtt több lett az ismert angiomyolipomás eset is, amelyek a rendszeres utánkötésen, gondozáson kívül egyéb feladatot is adhatnak az urológusnak. A differenciáldiagnosztikai problémák miatt a műtét, illetve a további megfigyelés közötti döntés meghozatala sem mindig könnyű.

Következtetés

Bár az angiomyolipoma szövettanilag jóindulatú daganat, a betegek rendszeres utánkötése kötelező, az ultrahang vagy egyéb képalkotó vizsgálatok által leírt kép változása esetén a diagnózis felülbírálnak, valamint ennek megfelelően a terápia módosítása feltétlenül szükséges.

A vese térfoglaló folyamatainak elkülönítésében még a modern képalkotó vizsgálatok birtokában is számtalan

nehézség adódik. Az ebből eredő bizonytalanság miatt gyakrabban merül fel a rosszindulatúság gyanúja, és ezért betegeink többször kerülnek – alkalmanként felesleges – műtétre.

Irodalom:

1. Fisher W: Die Nierentumoren bei der Tuberosen Hirnsclerose. Zeigler Beitr. Path. Anat. Allg. Path. 50:235, 1911
2. Morgan GS, Straumford JV, Hall EJ: Angiomyolipoma of the kidney. J. Urol. 65:525, 1951
3. Yip SKH, Sim CS, Tan BS: Liver metastasis and local recurrence after radical nephrectomy for an atypical angiomyolipoma. J. Urol. 165:898-899, 2001
4. Tschapraasian Z, Mognato G, Paradiás G et al: Renal angiomyolipoma in children: diagnostic difficulty in 3 patients. J. Urol. 159:1654-1656, 1998
5. Yenyol CÖ, Zeyrek N, Parildar M et al: Life threatening haematuria in a patient with renal angiomyolipoma and selective renal embolisation prior to nephrectomy. Int. Urol. Nephrol. 34:185-188, 2002
6. Alföldy F: A halogatott műtét kockázata (angiomyolipoma renis). In: Szende B, Schaff Zs, Zalatnai A (szerk): Klinikopathológiai esettanulmányok. Medicina Kiadó, Budapest, 2003, pp. 192-198
7. Bourneville DM: Contribution à l'étude de l'idiotic, sclerose tubereuse des circonvolutions cerebrales; idiotic et epilepsie hemiplegique. Arch. Neurol. 1:69, 1880
8. Steiner M, Goldman SM, Fishman EK et al: The natural history of renal angiomyolipoma. J. Urol. 150:1782-1786, 1993
9. Baal JG, Smits NJ, Keeman JN et al: The evolution of renal angiomyolipomas in patients with tuberous sclerosis. J. Urol. 152:35-38, 1994
10. Romics I: Angiomyolipoma renis, világosfejtes veserák. In: Szende B,

Törekedni kell a korrekt diagnózisra a műtétet megelőzően, hiszen az angiomyolipomát csak annak megprepedése, növekedése, nyomásos tünetek esetén kell megoperálni.

- Schaff Zs, Zalatnai A (szerk): Klinikopathológiai esettanulmányok. Medicina Kiadó, Budapest, 2003, pp. 199-202
11. Heidenreich A, Hegele A, Varga Z et al: Nephron sparing surgery for renal angiomyolipoma. Eur. Urol. 41:267-273, 2002
12. Fornet B: A vesedaganatok CT vizsgálata. In: Romics I, Goepel M (szerk): A here és vesedaganatok diagnosztikája és terápiája. Akadémiai Kiadó; Budapest, 1998, pp. 181-209
13. Osterling JE, Fishman EK, Goldman SM, Marshall FF: The management of renal angiomyolipoma. J. Urol. 135: 1121-1124, 1986
14. Moorhead JD, Fritsche P, Hadley HL: Management of haemorrhage secondary to renal angiomyolipoma with selective arterial embolisation J. Urol. 117:122, 1977
15. Kessler OJ, Gillon G, Neuman M et al: Management of renal angiomyolipoma: analysis of 15 cases. Eur. Urol. 33: 572-575, 1998
16. Kennely MJ, Grossman HB, Cho KJ: Outcome analysis of 42 cases of renal angiomyolipoma. J. Urol. 152: 1988-1991, 1994
17. Szendrői Z: Konservatív Chirurgia. In: Balogh F, Szendrői Z (szerk): Pathologie und Klinik der Nierengeschwülste. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1960
18. Balogh F, Pánovics J: Vesedaganatos betegeken végzett rezekciós műtéteink. Urol. Nephrol. Szele 14: 59-62, 1987
19. Pantuck AJ, Zisman A, Rauch M et al: Incidental renal tumors. Urology 56:190-196, 2000
20. Lightfoot N, Conlon M, Kreiger N et al: Impact of noninvasive imaging on increased incidental detection of renal cell carcinoma. Eur. Urol. 37:521-527, 2000

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
Urológiai Klinika

VESEKÖVESSÉG – ÚJ MEGOLDÁSOK, RÉGI PROBLÉMÁK?

címmel tudományos ülést rendez.

A tudományos ülés időpontja:
2005. november 19. 10 óra

A tudományos ülés helye:
Semmelweis Egyetem
Neurológiai Klinikájának tanterme.
(1082 Budapest, Balassa u. 6.)

A rendezvényt a Novartis Hungária Kft. és az Illyés Géza Alapítvány támogatja.

PROGRAM

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 10.00 | Bevezető
Prof. dr. Romics Imre | 11.40 | Vesekövesség gyermekkorban
dr. Villányi Kinga, Pécsi Tudomány Egyetem, Urológiai Klinika, Pécs |
| 10.10 | Periurethral device in the treatment of incontinence
Prof. Wilhelm A. Hübner, Urologie, Krankenhaus Korneuburg | 12.00 | Impaktált uréterkő – ESWL – URS – laparoszkópia – nyílt műtét?
dr. Kovács András, Szent János Kórház, Urológiai Osztály, Budapest |
| 10.40 | Az ESWL szerepe ma Magyarországon a köves betegek ellátásában
dr. Böszörményi-Nagy Géza, Korányi Sándor Kórház, Urológiai Osztály, Budapest | 12.20 | Befejeződik-e a beteg kezelése az ESWL-lel?
dr. Hamvas Antal, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest |
| 11.00 | A vesekövek ESWL kezelésének indikációja – mindig a legrövidebb utat választjuk-e? ESWL – PCNL?
Prof. dr. Tóth Csaba, DE OEC Urológiai Klinika, Debrecen | 12.30 | Aktualitások a Zometa® urológiai alkalmazásával kapcsolatban
dr. Szűcs Miklós, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest |
| 11.20 | A különböző működési elvű ESWL készülékek – előnyök, hátrányok
dr. Karsza Attila, Országos Gyógyintézeti Központ, Urológiai és Andrológiai Osztály, Budapest | 12.45 | Tesztvizsga |
| | | 13.00 | Zárszó |
- Büfé az Urológiai Klinika tantermében
Zene: Szélnótás Zenekar

Kontinens vizeletrezervoárban elhelyezkedő kő esete

Keszthelyi Attila dr., Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika

A szerzők kontinens vizeletrezervoárban elhelyezkedő, 6 cm átmérőjű kő sikeresen operált esetéről számolnak be. Irodalmi összefoglalás alapján a pouchban kialakuló kövek keletkezésének okait, a kezelés lehetséges lépéseit dolgozzák fel.

Kulcsszavak: pouch, kő

Stone of the continent pouch

Authors report a successful operation of a 6 cm large stone in a continent reservoir. They also review the literature about reason of stones in pouch and steps of therapy.

Key-words: pouch, stone

Esetismertetés

A 48 éves nőbetegnél II/b stádiumú uteruscarcinoma miatt preoperatív irradiáció, majd kismencedei eventeratio, anus prae- és Indiana-pouch-képzés történt. Öt évvel a műtétet követően mindkét oldali üregrendszeri tágulat miatt végzett kivizsgálás során a pouchban 6 cm átmérőjű, röntgenpozitív árnyékot adó követ diagnosztizáltunk.

Vizsgálati leleteiből:

Kóros laboratóriumi leletek: vizelet pH: 8,0, üledék: zsúfolva fehérvérsejttel, süllyedés: 88 mm/h, fehérvérsejtszám: 12,3 G/l.

Hasi UH-vizsgálat: A jobb oldali vese 12,9 cm legnagyobb átmérőjű, megtartott echoszerkezetű. Az üregrendszerben közepes fokú tágulat látható. A bal oldali vese 13,1 cm legnagyobb átmérőjű, a parenchyma echoszegény. A jobb hasfélben 8 cm legnagyobb átmérőjű, folyadéktartalmú tömlő látható, melynek ürterében 6 cm legnagyobb átmérőjű, hangárnyékot adó, echodús képlet látható. A kismencede szabad.

Tekintettel a kő méretére, valamint a pouchban lévő 400 ml vizeletretencióra, nyílt feltárást végeztünk, melynek során a pouch distalis gyulladt végét – egy 3 cm hosszú adhéziót, mely a pouchot leszorította – resecáltuk. Zavartalan posztoperatív szak után láztalanul, normál vesefunkciókkal, feltisztult vizelettel, jól katéterezhető urostomával emittáltuk a beteget.

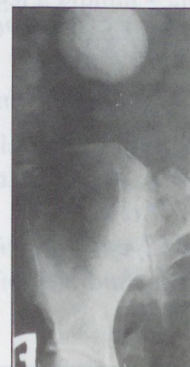
Megbeszélés

Cystectomiát követő hólyagpótlások során mindig cél a beteg számára jobb életminőséget biztosító kontinens hó-

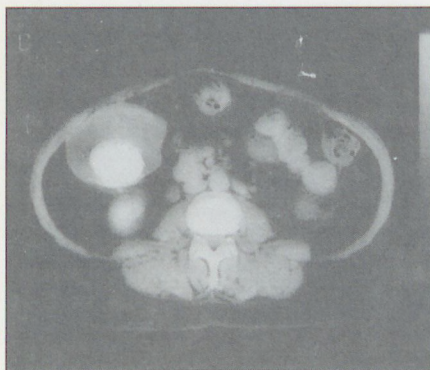
lyagpótlás kialakítása. Az első hólyagpótlás leírása közel 150 éves (8), míg az első kontinens vizeletdeviációt 1950-ben publikálta Gilchrist (2). Azóta a számos módosításon átesett hólyagpótlási technikák csak megközelítik az ideálisnak gondolt bélhólyagot, ugyanis számos korai és késői szövődésménnyel rendelkeznek.

A bélhólyagban kialakuló kő – a késői komplikációk egyike – viszonylag ritkán, 2-17%-ban fordul elő (9). Jelenlétége mégis nagy, hiszen vizeletfolyási akadályt képezhet, kétoldali üregrendszeri tágulatot, így a vesefunkció romlását, perzisztáló pyuriát, akár szeptikus állapotot, a pouch perforációját is okozhatja (3). A kövek veszélyessége abban is áll, hogy az esetek nagy részében gyakran számottevő panaszokat nem okozva igen nagyra nőhetnek, így maradéktalan eltávolításuk is komplikáltabb (4).

A vizeletrezervoárral rendelkező betegek az átlag populációhoz képest egyébként is hajlamosabbak a kőképződésre. Ginsberg (1) számolt be a kőképződés gyakoriságáról: Koch-pouchot kapott betegek esetében a húgyúti kövek előfordulási gyakorisága 17%, míg a kőképződés recidívájának gyakorisága 22%. A gyakoribb köveség okaként a húgyúti infekciók gyakoribb előfordulása, az anyagcsere és a vizeletpassage megváltozása okolható (9, 10). A kontinens stomák ese-



1. ábra
A pouchban lévő
kő natív
röntgenképe



2. ábra
A pouchban lévő
kő CT-felvétele

tében a beteg vizeletét intermittáló önkátéterezéssel üríti ki. A katéterezés következtében kialakuló krónikus bakteriuria, különösen akkor, ha ureázt is termelő *Proteus*, *Pseudomonas* törzs jut be a pouchba, biztos talaja a kövek keletkezésének.

A bakteriális infekción kívül legalább ilyen jelentősége van a pouchban lévő vizelet retenciójának. A vizelet retencióját okozhatja a pouch megtörtetése, a béladhézió okozta felüzdődés vagy a pouch aránytalanul nagy mérete (6).

Haddad publikációja alapján a kövek keletkezésének hátterében legnagyobb százalékban valamely heterogén nucleatióra alkalmas idegentest áll. A leggyakoribb kőmag a fém bélvarrókapocs, mely a kövek 90%-áért felelős (4).

Irodalom:

1. Body S et al: Treatment of unusual Koch pouch urinary calculi with extracorporeal shock wave lithotripsy. *J. Urol.* 139:805, 1998
2. Gilchris RK et al: Construction of a substitute bladder and urethra. *Surg. Gynec. Obstet.* 90:752, 1950
3. Ginsberg D et al: Urinary tract stones. A complication of the Koch pouch continent urinary diversion. *J. Urol.* 145:956, 1991
4. Haddad FS, Campbell OP: Lithiasis in the ileal conduit and the continent urinary pouch: two cases and a review. *Urol. Int.* 49:114-118, 1992
5. Huffman JL: Endoscopic management of complications of continent urinary diversion. *Urology* 39:145-149, 1992
6. Navini S et al: A giant calculus in an ileal conduit. *J. Urol.* 104:269-271, 1970

Az irodalmi adatok kiemelik a minél hamarabb felszívódó fonalak alkalmazásának fontosságát a vizeletrezervoárnak készülő bél varratának készítése során. A fémkapcsok, a nem vagy lassan felszívódó fonalak a heterogén nucleatio alapját képezve a kő magját alkotják.

Tekintve, hogy ezek a kövek igen szorosan tapadnak a bél falához, eltávolításuk körülményes, a pouch perforációjának veszélye is fennáll (5).

Amennyiben a pouchban követ sikerül diagnosztizálni, a kőeltávolítás során használható valamennyi módszer alkalmazható. Ismert a kezelés során a pouchból spontán történő kőtávozás. A kis, 2 cm-t meg nem haladó kövek esetében ESWL kezelést érdemes megkísérelni. Amennyiben a pouchban retenció nincs, a fragmentumok kiürülnek (4).

Ha a kő mérete a 2 cm-t meghaladja vagy multiplex kövességről van szó, endoszkópos műtét választandó, mely során a kő fragmentálása és a kődarabkák eltávolítása a cél (5). Az endoszkópos megoldás történhet a pouch lumenén át, valamint Raju közleménye alapján direkt percutan pouch cystostomia során (9). Fonalon lévő kövek esetében a fonal átvágásával és eltávolításával a későbbi kőképződés oki tényezőjét kell megoldani.

Nyílt műtéti megoldással a pouch alakja, nagysága módosítható, így a vizeletretenció korrigálható, az esetleges külső kompresszió, adhéziók oldhatók, és így mint oki kőképző tényező szüntethető meg, ezzel a kőrecidíva megelőzhető (10, 11).

7. Seaman EK et al: Percutaneous approach to treatment of Indiana pouch stones. *J. Urol.* 151:690-692, 1994
8. Simon J: Ectopia vesical (absence of the anterior walls of the bladder and pubic abdominal parieties), operation for directing the orifices of the ureters into rectum, temporary success, subsequent death, autopsy. *Lancet* 2:568, 1852
9. Raju T et al: Direct percutaneous pouch cystostomy with endoscopic lithotripsy for calculus in a continent urinary reservoir. *J. Urol.* 150:1235-1237, 1993
10. Khatri VP et al: Multiple large calculi in a continent urinary reservoir: a case report. *J. Urol.* 148:1129-1130, 1992
11. Wiedermann A: Pouch-Ausguss-Stein. *Urologe B* 42:515-517, 2002

Autoimmun betegség talaján fellépő colonperforáció – következményes mellkasfali subcutan emphysema

Pénzes Erzsébet dr., Szabó Krisztina dr., Joós Lajos dr., Romics Imre dr.
Simmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika

Negyven éve autoimmun betegség miatt szteroidkezelésben részesített 70 éves nőbetegnek 1996 óta több alkalommal volt húgyhólyagrák miatt TUR műtétje, majd felmerült a cystectomy lehetősége. A hólyagot eltávolítani a daganat kiterjedtsége miatt nem tudtuk, ezért csak ureterocutaneostomiát végeztünk. A műtétet követő harmadik napon elsősorban a jobb mellkasfélre terjedő nagyfokú subcutan emphysema alakult ki, melynek háttérben colon transversum perforációra derült fény.

Kulcsszavak: autoimmun betegség, húgyhólyagrák, subcutan emphysema

A case of subcutan emphysema which was caused by colon perforation during autoimmune disease
A 70 year old female patient was treated with glucocorticoid for forty years. Her bladder tumor was controlled by TUR since 1996. The plan was cystectomy because of histological result. It was not performed, because of the advanced disease, uretherocutaneostomia was prepared. Subcutan emphysema of the right chest wall appeared in three days after the operation. The reason for this was the colon transversum perforation.

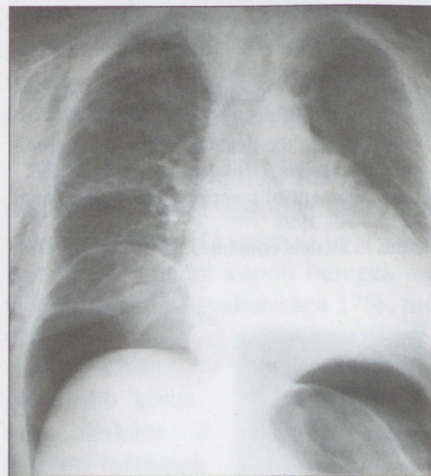
Key-words: autoimmune disease, bladder tumor, subcutan emphysema

Esetismertetés

A 70 éves, dohányzó, két myocardialis infarktuson át-
esett nőbeteg 1964 óta autoimmun betegségben szenved.
Rheumatoid arthritis miatt ez idő óta szisztémás kor-
tikoszteroid és citosztatikus kezelésben részesült.

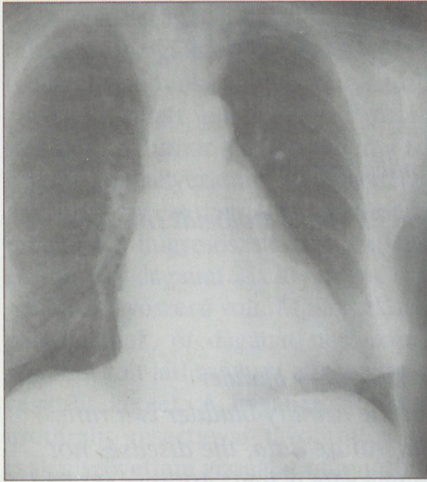
1994-ben bal oldali pyelontumor miatt ureteronephrec-
tomiára került sor. 1996 óta 16 alkalommal történt tran-
surethralis hólyagresectio (a legutóbbi néhány szövettani
eredmény pT2G2 volt). A beteg a több alkalommal is fel-
ajánlott cystectomiába nem egyezett bele. 1999-ben sigma-
tumor miatt Hartmann-műtétet végeztek.

2004-ben percutan nephrostomia történt az ureterre is
ráterjedő tumoros infiltráció okozta occlusio miatt. Súlyos-
bodó panaszai, vérvizelés, pollakisuria miatt végül bele-
egyezett a nyílt műtétbe, azonban a cystectomy nem volt
kivitelezhető, jobb oldali ureterocutaneostomia történt.
Intraoperatív aneszteziológiai és sebészi szövődemény nem
volt. A beteget a narkózis végén extubálni lehetett. Jó
spontán légzéssel posztoperatív őrzőbe került, ahol két na-



1. ábra
Nagymennyiségű
szabad levegő
a rekesz alatt.
Kiterjedt subcutan
emphysema,
főleg a mellkas
jobb oldalán

pot kielégítő általános állapotban töltött. A műtétet köve-
tő harmadik napon jobb mellkasfélre, felkarra terjedő sub-
cutan emphysema alakult ki. Az elvégzett mellkasröntgen-
felvétel pneumothoraxot nem, de nagymennyiségű szabad
levegőt igazolt a rekesz alatt és a bőr alatti szövetekben (1.
ábra). Másnap a műtési sebzés vonalában széklet jelent



2. ábra
Kontroll
mellkasfelvétel
a reoperáció után
7 nappal

meg. Az ismételt feltárás során a colon transversum perforációja derült ki és transversostomia készült. Néhány nap múlva a subcutan emphysema felszívódott (2. ábra) és a beteg a 10. posztoperatív napon hazament.

Irodalom:

1. Matsuda M, Nishikawa N, Okano T et al: Spontaneous pneumoperitoneum: an unusual complication systemic reactive AA amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis. *Amyloid* 10:42-46, 2003
2. Takeuchi K, Kuroda Y: Rheumatoid vasculitis with multiple intestinal ulcerations: report of a case. *Ryumachi* 40:639-643, 2000

Megbeszélés

A mellkasfali subcutan emphysema leggyakoribb oka a pneumothorax. Előfordulhat gastrointestinalis perforáció következményeként kialakuló pneumoperitoneum. Az enterális immunvasculitis és az amyloid depozitumok multiplex intestinalis necrosist okozhatnak (1). Ez a citoprotektív prosztaglandin szintézisét gátló NSAID- és szteroidkezeléssel együtt gastrointestinalis perforációhoz vezethet (2). A rheumatoid arthritises betegek mortalitása jóval magasabb a kontroll populációénál, elsősorban a gastrointestinalis és urogenitalis tumorok, cardiovascularis betegségek, infekciók miatt (3).

Az autoimmun betegségek és szteroidterápiájuk esetén szövődmények lehetőségére mindig gondolni kell (4). A műtéti kockázat ilyenkor extrém mértékben fokozott. Gyakori a gastrointestinalis ulcerációból eredő posztoperatív vérzés (2-6%). Vastagbéldiverticulum-perforáció igen ritka (0,1%). A perioperatív szteroidkezelés a gastrointestinalis perforáció tüneteit elfedheti, az elkésett feltárás miatt a mortalitás 50% körüli. Az időben felfedezett perforáció és az időben elvégzett műtét életmentő lehet.

3. Hazleman B: Incidence of neoplasms in patients with rheumatoid arthritis exposed to different treatment regimens. *Am. J. Med.* 78(1A):39-43, 1985
4. Klein FA, Smith MJ: Urinary complications of cyclophosphamide therapy: etiology, prevention and management. *South Med. J.* 76:1413-1416, 1983

Invertált papilloma a húgyhólyagban

Riesz Péter dr.¹, Székely Eszter dr.², Majoros Attila dr.¹, Romics Imre dr.¹

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika, ²II. Sz. Patológiai Intézet

Invertált papilloma előfordulása a húgyhólyagban igen ritka. Irodalmi adatok szerint a betegség nem malignus, kiújulási hajlama alacsony.

A szerzők a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika elmúlt hét év alatt felfedezett invertált papillomás eseteit vizsgálták. Tizenkét beteget követtek, akiknél a húgyhólyagdaganat transzurethralis resectiojának szövettani eredménye invertált papilloma volt.

Egy betegüknél alakult ki a követési idő alatt transitiocellularis carcinoma (pT1G2). Egy másik esetben 15 hónappal a felületes hólyagrák (pT1G2) miatt végzett műtét és lokális kemoterápia után a kontroll cystoscopia során találtak invertált papillomát.

A szerzők vizsgálatai alapján az invertált papilloma jóindulatú betegség, de követése javasolt, mert előfordulhat malignizálódása, vagy átmeneti sejtes hólyagrák kísérelheti.

Kulcsszavak: invertált papilloma, húgyhólyag, húgyutak

Bevezetés

Invertált papilloma megjelenése a vizeletelvezető rendszerben ritkán fordul elő. A húgyhólyagban diagnosztizált összes daganat, beleértve a benignus és malignus elváltozásokat, 2,2%-át teszik ki az invertált papillomák (1). A mai napig 285 invertált húgyhólyag-papillomáról számolt be az irodalom, de ezek többsége esettanulmány, és csak öt olyan publikáció olvasható, amely tíz esetnél többet vizsgál (2, 3).

Szervezetünkben leggyakrabban az arcüregben és a felső légutakban találkozhatunk invertált papillomával, de természetesen az itt észlelt daganatok felszínét nem urothelialis hám borítja.

A papilloma elnevezés jelezheti a vizsgáló számára, hogy jóindulatú elváltozásról van szó, de nagy betegsége

Papilloma invertans in urinary bladder

Inverted papilloma of the urinary bladder is a rare entity. According to literature data, the diseases not malignant, its recurrence rate is low. Authors studied the cases detected at the Urology Department at Semmelweis University in last 7 years. 12 patients were followed with histologically proven inverted papilloma after transurethral resection of bladder.

One patient presented transitiocellular carcinoma (pT1 G2) during this period. In one case was detected inverted papilloma after transurethral resection of superficial bladder cancer. Based on authors' experience, inverted papilloma of the urinary bladder is a benign lesion but malignant changes or concomitant transitiocellular tumour may occur, thus follow up is needed.

Key-words: inverted papilloma, bladder, urinary tract

got elemző közlemény, amely ebben határozottan állást foglal, kevés létezik.

Célunk az volt, hogy a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján invertált papillomával diagnosztizált betegeket prospektív vizsgálattal kövessük, és választ kapjunk arra, hogy a betegség kiújulása vagy malignizálódása milyen gyakorisággal fordul elő.

Betegek és módszerek

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján 1998. március 1-jétől 2005. február 28-ig tizenkét olyan betegnél végeztünk transzurethralis hólyagtumor-eltávolítást, akiknél a szövettani vizsgálat invertált papillomát mutatott. Az operáció időpontjában az átlagos életkor 62,1 év (41-91 év) volt. A betegek közül hét férfi és öt nő volt. A vizsgálat átlagos követési ideje 52,1 hónap (4-84 hónap) volt.

A műtétet megelőzően vizelet- és vérvizsgálatokat, ultrahangos vizsgálatot és cystoscopiát végeztünk. Hét betegünkönél találtunk haematuriát, közülük öt makroszkópos vérvizelés miatt jelentkezett. Pyuriája egyik betegünknek sem volt. A tumor nyolc esetben a trigonumon vagy a hólyagnyakon helyezkedett el, három betegünkönél az oldalfalon, míg egy esetben – teljes vizeletelakadást okozva – a prostaticus húgycsőszakaszon. A legkisebb mérete 3 mm-es, míg egy daganat 25x20 mm-es, egy pedig 3 cm-es, hosszúságú, kigyóyszerű volt. Makroszkóposan hét daganat tűnt papillarisnak, öt daganat nem-papillarisnak. Négy betegünkönél volt látható hasi ultrahangvizsgálat során az intravesicalis képlet. A daganatot minden alkalommal transurethralis resectioval távolítottuk el, és a diagnózishoz csak a szövettani vizsgálat után jutottunk.

A betegek szoros követését a háromhavonta esedékes vizeletvizsgálat, hasi ultrahangvizsgálat és hólyagtükrözés alkotta. Két év után a fenti vizsgálatokat félévente végeztük el.

Eredmények

Betegeink műtét utáni követése során az invertált papilloma kiújulását vagy távoli metastasisát nem tudtuk kimutatni. Egy 64 éves férfinél az operáció után 13 hónappal makroszkópos vérvizelés jelentkezett. A beteg kórelőzményében a jobb oldali vese eltávolítása szerepelt veseköveség okozta krónikus pyelonephritis, zsgorvесе miatt. A cystoscopos vizsgálat során vérzésforrást a húgyhólyagban nem találtunk. Négy hónappal később ismételt jelentkezett a vérvizelés, és az ekkor végzett hólyagtükrözés során a jobb oldali ureterszájadékban tudtunk haematuriát kórismézni. Az uretercsont distalis végének transurethralis resectioja után feldolgozott szövettani anyag urothelialis carcinomát mutatott. Ezután az uretercsontot nyílt műtéttel eltávolítottuk, és felületes (pT1G2) transitiocellularis carcinomát találtunk. A beteg három éve recidíva- és tünetmentes. Egy másik férfitbetegünket felületes (pT1G2) átmeneti sejtes carcinomával operáltuk, majd lokális kemoterápiában részesült. 15 hónappal a resectio után kontroll hólyagtükrözés során az előző daganattól távol fedeztünk fel egy 3 mm-es, solid elváltozást az oldalfalon. Az eltávolított daganat szövettani vizsgálatának eredménye invertált papilloma volt.

A többi tíz betegünkönél végzett vizelet-, hasi ultrahangos vizsgálat és cystoscopy az invertált papilloma kiújulásának vagy malignizálásának gyanúját nem vetette fel.

Megbeszélés

Az első invertált húgyhólyag-papillomát *Paschkis* publikálta 1927-ben, miután négy betegben talált „adenomaszerű polipust” (4). Az invertált papillomát, mint

hisztopatológiai fogalmat, először *Potts* és *Hirst* használta 1963-ban (5). Az invertált papilloma (átmeneti sejtes papilloma, invertált típus) a húgyhólyag egy ritka, jóindulatú daganata. A daganatot szabályos, transitiocellularis sejtek alkotják, kis fészkekbe rendeződve, minimális sejttípiával. Az elváltozást általában normál urothelium fedi (6). A két legfontosabb kérdés az invertált papillomával kapcsolatban a daganat kiújulása és malignizálódása. Nagy beteganyagot átfogó vizsgálat, amelyből korrekt választ kaphatnánk, kevés található az irodalomban. A másik probléma a pontos, minden kétséget kizáró szövettani diagnózis meghatározása. A legnagyobb betegszám *Asano* és *mtsai* munkájában található. 26 év alatt gyűjtött betegek közül 48 invertált papillomát követtek, erős férfi dominanciával (42:6) (2). Két betegünkönél egy időben húgyhólyagrakot is diagnosztizáltak, és másik három betegünkönél 5, 16, illetve 30 hónap múlva az invertált papilloma kiújulását észlelték. Konklúziójuk alapján a kiújulásra és malignizálódásra hajlamos invertált papillomát minimum két évig úgy kell követni, mint egy alacsony differenciáltságú transitiocellularis carcinomát. Holland szerzők 37 beteget követtek átlagosan 34 hónappig. Egy betegnél találtak 49 hónappal az invertált papilloma műtete után pTaG1 hólyagtumort (3). Tanulmányukban a férfi:nő arány 5,2:1 (31:6), az átlagos életkor 60,3 év volt. A két leggyakoribb tünet a haematuria (43%) és a nehézvizelés (23%) volt. A daganat, melynek mérete néhány mm-től 3 cm-ig terjedt, 67%-ban a hólyagnyakon vagy a trigonumon, 13%-ban az oldalfalon és 13%-ban a prostaticus húgycsőben helyezkedett el. Miután az invertált papillomát normál urothelium fedi, a citológiai vizsgálatot bár elvégezték, minden esetben normál eredményt hozott. *Witjes* és *mtsai* végkövetkeztetése szerint amennyiben biztos a szövettani diagnózis, felesleges a betegek hosszú távú, szoros ellenőrzése (3). *Kobayashi* és *mtsai* kilenc beteget követtek, és nem találtak recidívát vagy hólyagrakot (7). Nyolc esetben a hólyagnyakon volt a tumor, egy alkalommal a hólyagfalon. A makroszkópos kép alapján egy daganatot írtak csak le papillaris típusúnak. Szövettani feldolgozás során megkülönböztettek glandularis, trabecularis és egy kevert csoportot. *Marquez Moreno* és *mtsai* a húgyhólyag multiplex invertált papillomatosisának egy esetét publikálták (8). Néhány esetben leírták az invertált papillomát a felső húgyúti traktusban és a distalis húgycsőszakaszban is (3, 2, 10). Hazai publikáció *Kisbenedek* és *mtsai* munkájaként jelent meg, mely dolgozat legnagyobb értékét az adja, hogy a hat eset között egy invertált vesemedence-papilloma is volt (11).

Eredményeink alapján, bár ebben az irodalom nem foglal teljesen egyformán állást, az invertált papillomával kezelt betegek követését a primer pTaG1 hólyagrakoknak megfelelően ajánljuk.

Irodalom:

1. Kunze E, Schauer A, Schmitt M: Histology and histogenesis of two different types of inverted urothelial papillomas. *Cancer* 51:348-351, 1983
2. Asano K, Miki J, Maeda S, Naruoka T, Takahashi H, Oishi Y: Clinical studies on inverted papilloma of the urinary tract: report of 48 cases and review of the literature. *J. Urol.* 170:1209-1212, 2003
3. Witjes JA, van Balken MR et al: The prognostic value of a primary inverted papilloma of the urinary tract. *J. Urol.* 158:1500-1505, 1997
4. Paschkis R: Über Adenome der Harnblase. *Z. Urol. Chir.* 21:315-317, 1927
5. Potts IF, Hirst E: Inverted papilloma of the bladder. *J. Urol.* 90:175-178, 1963
6. Cambell's Urology. Philadelphia, Saunders, 1998, Vol. 1, pp. 1131-1132
7. Kobayashi Y, Hashimoto S et al: A clinico-pathological study of inverted papilloma of the urinary bladder. Analysis of histogenesis. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 83:2037-2043, 1992
8. Marquez Moreno AJ, Julve Villalta E et al: Multiple bladder inverted papillomas. *Arch. Esp. Urol.* 54:692-694, 2001
9. Anderström C, Johansson S, Pettersson S: Inverted papilloma of the urinary tract. *J. Urol.* 127:1132-1135, 1982
10. Geisler CH, Mori K, Leiter E: Lobulated inverted papilloma of the ureter. *J. Urol.* 123:270, 1980
11. Kisbenedek L, Hidvégi J, Romics I: A húgyúrendszer inverz papillomáiról. *Urol. Nephrol. Szle* 11:133-134, 1984

Hírek

Az Európai Urológus Társaság által szervezett „V. Central European Meeting” 2005. október 7-8. között került megrendezésre. Romics Imre kezdeményezésére az első és most az ötödik rendezvényt is Budapesten tartottuk. Az ünnepélyes megnyitón magyar részről részt vett Romics László, a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztályának elnöke, Répássy Dénes, a Magyar Urológus Társaság főtákará és Romics Imre, a kongresszus elnöke.

Az első szekció témája az urológiai laparoscopia volt.

Prof. G. Janetschek (Ausztria) a vese és mellékvese laparoscopos sebészetéről, prof. N. Vodopia (Szlovénia) a laparoscopos radikális prostatectomiákról tartott érdekes előadást, amely után nem maradhatott kétségünk afelől, hogy a jövő útja ennek a módszernek a térhódítása lehet. Debruyne professzor a tőle megszokott lebilincselő stílusban oktatott minket arról, hogyan tartunk előadást, készítsünk posztereket a kongresszusokon.

A délutáni szekció a prosztatatarákról szólt.

Debruyne professzor a hormonrezisztens prosztatatarák kemoterápiájának mai helyzetéről beszélt, kiemelve a taxánok és a biszfoszfoná-

tok szerepét. Érdekes volt eszmefuttatása az urológus és a klinikai onkológus egymást kiegészítő szerepéről, az alkalmazott kezelések eredményének és a betegek életminőségének összefüggéséről. Marberger professzor a különböző stádiumú prosztatatarákok kezelési stratégiáját foglalta össze nagyszámú klinikai tanulmány alapján, kiemelve az általuk kifejlesztett „bécsi monogram” szerepét. Romics Imre professzor a lokálisan előrehaladott prosztatatarák kezelési módjairól és ezek eredményességéről tartott át-fogó előadást.

A második nap első részének előadásai a hólyagdaganatról szóltak.

Prof. O. Kraus (Horvátország) a kiterjesztett lymphadenectomia előnyeiről, értékeléséről, prognosztikus szerepéről tartott előadást, prof. M. Wirth (Németország) a radikális cystectomy morbiditási és mortalitási arányait elemezte. Úgy tűnik, a korszerű anesztézia és a korán felismert szövődmények kezelése a nagy megterhelést jelentő műtét korhatárának kiszélesítését teszik lehetővé. A műtétek kiterjesztéséről – Sinescu professzor kényszerű távollétében – Bukarestből prof. Glück Gábor tartott összefoglalót. Az infiltratív hólyagdaganat kemoterápiájának mai

állását prof. J. Kliment (Szlovákia) ismertette.

Az utolsó szekció a gyermekurologiáról szólt: a felső húgyúti obstrukció diagnosztikája és terápiája prof. R. Ringert (Németország), a gyermekkori vizeleti rendellenességek L. Skopejkó (Lengyelország) témája volt.

A szekciók között a két nap alatt 130 poszter megtekintése és rövid bemutatása zajlott, amelyet kérdések és hozzászólások tarkítottak.

A legjobb posztereket díjazták is, magyar részről Lovász Sándor kapott elismerést a felső húgyúti urodinamikai vizsgálatait bemutató munkájáért.

Kiemelendő, hogy az előadók túlnyomó többsége Közép-Európából – minden országból egy-egy előadó, kivéve Ausztriát, ahonnan két előadó – érkezett. Régiókon kívül csak három meghívott vendég tartott előadást.

A csaknem 300 regisztrált résztvevő színvonalas kongresszuson vehetett részt, ahol földrajzi régióinkban bemutathattuk tudásunkat, ismerethettük eredményeinket.

Jövőre Prágában tartják ezt az összejövetelt, remélhetőleg még több magyar résztvevővel.

Szűcs Miklós dr.

Prof. dr. Tóth Csaba 65 éves

A Debreceni Egyetem Orvos és Egészségügyi Centrum Urológiai Klinikájának tanszékvezetőjét 2005. szeptember 9-én bensőséges ünnepségen köszöntötték 65. születésnapja és 10 éves egyetemi tanársága, intézetvezetői tevékenysége alkalmából.

Az egyetem részéről Édes István professzor méltatta azt a kitartó munkát, amellyel az ünnepelt az elmúlt tíz évben az Urológiai Klinika élén kifejtett, s amelynek eredményeként megújult a Klinika épülete, új, országosan is egyedülálló, illetve elsőként végzett beavatkozások kerültek bevezetésre. Az orvosképzésben új előadói és vizsgamódszerek tették élvezetessé és eredményessé az urológia oktatását. A továbbképzésben pedig több országos részvétellel végzett továbbképző előadás, műtéti bemutató, illetve számos szakkönyv jelezte, hogy az intézetben eredményes munka folyik. Az elmúlt években négy kolléga szerzett Ph.D. fokozatot a Klinikán.

Ezután a MUT elnöke köszöntötte az ünnepeltet, méltatva a Magyar Urológusok Társasága elnöki székében korábban folytatott eredményes tevékenységét, illetve integráló személyiségét. A továbbiakban az ország másik három egyetemének tanszékvezetői személyes hangú laudációt mondtak, dicsérve a nagyívű klinikai és tudományos munkásságot, amelyből mindegyikük merített, ha nem is közvetlenül, de a közismert tevékenység révén. Többen személyes ajándékkal köszöntötték az ünnepeltet, így jóféle pálinkakülönlegesség, Zsolnay kerámia, több csokor virág került az asztalra. Romics professzor a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája nevében Antal Géza Emlékérmeket adott át az ünnepeltnek.

Az ülés további részében a közvetlen munkatársak emlékeztek az együtt töltött évekre. Elsőként a Klinika

vezető ápolónője beszélt a szigorú, sokat követelő, új szellemet megteremtő, a beteg érdekeit mindenekelőtt figyelembe vevő igazgatóról. Hódi Imre, az egyik első munkatárs a kezdeti szentesi évekről, a percutan kőeltávolítás bevezetésének nehézségeiről és a sok hálás betegről emlékezett. Holman Endre, aki a legkorábban – még gyermekkorában – került kapcsolatba az ünnepelttel, sok, eddig nyilvánosan még nem elhangzott személyes élményről, közös szakmai sikerről számolt be. Pásztor Imre a kecskeméti évekről beszélt, ahol a percutan kőeltávolítás már minden munkatárs kezébe került, és az első hazai laparoscopos nephrectomia történt egy osztrák kolléga segítségével. A jelenlegi debreceni munkatársak a legújabb eredményeket ismertették, amelyek közül kiemelkedik a gyermekek endourológiai beavatkozásainak, illetve a laparoscopos műtétek úttörő végzése.

Az ünnepelt frappáns választ adott, miután korábbi fotók segítségével idézte fel mindegyik őt köszöntővel való korábbi kapcsolatát. Kongresszusi részvétel, tenisz, tengeri fürdőzés közben láthattuk együtt az ünnepeltet és a köszöntőket. Az ünnepség fogadással folytatódott, ahol mindenki személyesen fejezhette ki jókívánságait, s átvehette azt a kitűnő természetfotókat tartalmazó könyvet, amelyben Tóth professzor képeit élvezhetjük, valamint azt az összeállítást, amely mindazon műtéti eljárásokat és az azokról megjelent közleményeket tartalmazza, amelyeket munkatársaival az évek során végzett.

Tartalmas, küzdelmes, sikerekben gazdag és kudarcoktól sem mentes életút. Irigylésre méltó. Kiváló példa a fiatal nemzedéknek, melyet követni kell. Felülmúltni lehet, s ezt az ünnepelt sem fogja irigyelni.

Hamvas Antal dr.

Hírek

Június 23-24-én rendezték a Lengyel Urológus Társaság éves kongresszusát Lublin városában.

A rendezvényen Romics Imre professzort a Lengyel Urológus Társaság tiszteletbeli tagjává választották, ugyanakkor az „Urologia Polska” című szaklap szerkesztőbizottsági tagja is lett.

Rác Jenő egészségügyi miniszter június 30-án a Semmelweis nap alkalmából prof. dr. Romics Imrének Batthyány-Strattmann Emlékéremet adományozott.

Az Európai Urológus Társaság úgy döntött, hogy a téma iránti figyelem felkeltésére Európai Proszтата Napot hoz létre. A programot, a szervezés módját a különböző or-

szágokban az urológusokra bízta. Ennek keretében 2005. szeptember 15-én a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján „nyílt prosztata napot” tartottunk. A hat ambuláns vizsgálóhelyiségben tartott szűrés kapcsán a gyors PSA teszt mellett rectalis digitális vizsgálat történt, IPSS kérdőív kitöltésére, igény esetén rövid beszélgetésre is volt lehetőség. Ezzel párhuzamosan tanterünkben rövid előadásorozatot tartottunk a dűlmirigy betegségeiről, amelynek célja a közérthető figyelemfelkeltés volt. Összességében csaknem 300 beteg szűrését végeztük így el. A nap végén a Rákbetegek Országos Szövetsége részéről Bodor Mária tájékoztatta a betegeket a szervezet munkájáról, Bánfi József pedig a klinikánk által kezdeményezett Prosztatabetegyek Egye-

sületének megalakulásáról, tervezett programjáról adott ismertetőt. Összességében, úgy hiszem, joggal mondhatjuk, hogy a média által is támogatott első „nyílt prosztata nap” eredményes volt, folytatásának létjogosultsága van.

Az Egészségügyi Minisztériumban az Európai Proszтата Nap keretén belül, a Miniszter Úr jelenlétében, újságírók előtt Romics Imre professzor a prosztatarákról, Répássy Dénes főorvos a benignus prosztata-megnagyobbodásról, Tenke Péter főorvos a prosztata-gyulladásokról tartott előadást.

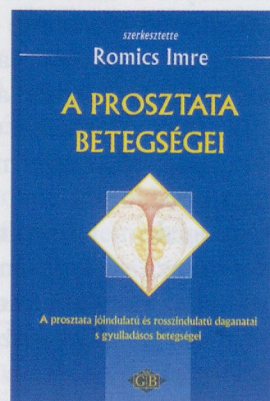
2005. szeptember 12-14. között Prágában került megrendezésre a Cseh Urológus Társaság éves Kongresszusa, ahol Romics Imre professzort tiszteletbeli taggá választották.

Régi hiányt pótol a szeptemberi Európai Proszтата Napon megjelent

„A prosztata betegségei”

című könyv.

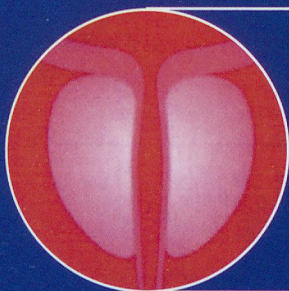
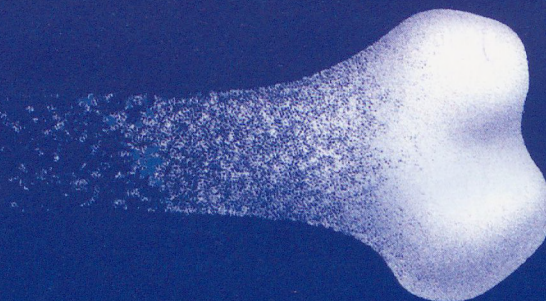
A White Golden Book kiadványában több mint kétszáz oldalon a budapesti Urológiai Klinika orvosai foglalták össze Romics Imre szerkesztésében a dűlmirigy különböző eredetű betegségeinek diagnosztikáját és terápiáját. A Prosztatarák részben külön fejezet szól a patogenezisről, indicenciáról és epidemiológiáról, valamint a szűrésről. Részletes rész foglalkozik a prosztatarák diagnosztikájával, gyógyszeres, valamint műtéti kezelésével. A prosztata-daganat sugárkezeléséről kivé-



telként nem klinikai dolgozó, hanem Ágoston Péter (OOI) írt fejezetet. Sokak érdeklődést válthatja ki a prosztatabetegek merevedési zavarairól szóló rész, de hasonlóan érdekes a prosztatarák fájdalomcsillapításáról írt összefoglalás is.

A prosztata jóindulatú megnagyobbodása, BPH és A prosztata gyulladásos betegségei című részek hasonló didaktikával fogják össze az ismereteket. A könyvet elsősorban a téma iránt érdeklődő társszakmák képviselőinek írtuk.

Prosztata tumoros csontmetasztázis esetén



Hatásos a prosztatadaganat
csontszövődményeinek
megelőzésében

ZOMETA®
zoledronat



Megelőzi a szövődményt. Védi a beteget.

VÉD és MEGELŐZ

Zometa 4 mg/ 5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz

Zometa 4 mg/5 ml infúziós koncentrátum M05A08

NOVARTIS PHARMA

Hatóanyag: 4 mg acidum zoledronicum/poram. Oldószer: 5 ml aqua dest. pro inj/amp. **Javallat:** Előrehaladott, csontot is involváló, rosszindulatú daganatos betegségekben szenvedő betegek csontrendszer érintő eseményeinek (patológias törések, csigolyakompresszió, a csontok besugárzása vagy műtete, ill. tumor indukálta hypercalcaemia) megelőzésére, a tumor indukálta hypercalcaemia (TH) kezelésére.

Ellenjavallat: A Zometa por oldatos infúzióhoz ellenjavallt terhességben, szoptató anyáknak, valamint olyan betegeknek, akik zoledronsavra, más biszfoszfonátra vagy a Zometa készítmény bármely segédanyagára - klinikailag jelentősen - túlérzékenyek.

Adagolás: Csontvázrendszeri szövődmények megelőzésére az ajánlott adag 4 mg zoledronsav, melyet feloldás és 50 ml 0,9%-os NaCl vagy 5%-os glukóz oldattal történő további hígítás után. (hígítás 100 ml 0,9 %-os (m/v) nátrium-klorid vagy 5 %-os (m/v) glukóz oldattal) 3-4 hetenként, legalább 15 perces intravénás infúzióként kell beadni.

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 (hígítás 100 ml 0,9 %-os (m/v) nátrium-klorid vagy 5 %-os (m/v) glukóz oldattal) egyetlen 15 perces intravénás infúzióként kell beadni.

Mellékhatás: Láz (72%) és influenza-szerű tünetek (9%), csontfájdalom (9,1%), ízületi fájdalom (3%), fáradtságérzés (4,1 %) és hidegrázás (2,9 %), az infúziót követően hányinger (5,8 %-ban) és hányás (2,6 %-ban). Néhány esetben vesefunkció károsodás (2,3%). Bőrkiütés, viszketés, a beadás helyén bőrpír, duzzanat, fájdalom (<1%) jelentkezhet. Előfordulhat még hypocalcaemia, anaemia, fejfájás, conjunctivitis, anorexia.

Figyelmeztetés: se-elektrolit szintek, vesefunkciók, hidrátság obs.! Veseműködés romlása esetén a haszon-kockázat arányt mérlegelni kell, súlyos vesekárosodásban a kezelés nem javasolt. A kezelés hatása 2-3 hónappal a kezelés megkezdése után érvényesül. Gyermekek kezelésében még nincs kellő tapasztalat. Járművezetésre gyakorolt hatását nem vizsgálták. A Zometa-t kizárólag intravénás biszfoszfonát kezelésben jártas orvos alkalmazhatja.

Alkalmazási előírás OGYI eng. szám: EU/1/01/176/001-003

Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a részletes alkalmazási előíratot!

Irodalom: Long-Term Efficacy of Zoledronic Acid for the Prevention of Skeletal Complications in Patients With Metastatic Hormone-Refractory Prostate Cancer Fred Saad, Donald M. Gleason, Robin Murray, Simon Tchekmedjian, Peter Venner, Louis Lacombe, Joseph L. Chin, Jeferson J. Vinholes, J. Allen Goas, Ming Zheng, Journal of the National Cancer Institute, Vol. 96, No. 11, June 2, 2004

Ideje változtatni a terápiás szokásokon...

Hormonrefrakter metasztatikus prosztatarák

Dokumentált
PSA-emelkedés vagy
progresszió két ciklus
hormonterápia után

Szimptómás vagy
aszimptómás

A túlélési eredmények ehhez hasonló pillanatok sorával ajándékozhatják meg a betegeket...

PSA

TAXOTERE[®]
(docetaxel)
az adatok életre kelnek

TÚLÉLÉS

Fájdalom



TAXOTERE (docetaxel)

ATC kód: L01CD02

HATÓANYAG: A TAXOTERE 20 mg koncentrátum infúzióhoz egyadagos injekciós üvege 20 mg vízmentes docetaxelnek megfelelő docetaxel tartalmaz trihidrát formájában. A vízközös oldat 40 mg/ml vízmentes docetaxel tartalmaz. **JAVALLATOK: Emlődaganatok:** A TAXOTERE doxorubicinnel és ciklofoszfamiddal kombinálva operábilis, nyirokcsomó-positív emlődaganatok adjuváns kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) doxorubicinnel kombinálva helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emlődaganatok kezelésére javasolt olyan betegeknél, akik korábban ezen betegségről miatt még nem részesültek citotoxikus kezelésben. TAXOTERE (docetaxel) monoterápia citotoxikus kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emlődaganatok kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthracin származékot vagy alkiláló ágenszt kellett alkalmazni. TAXOTERE (docetaxel) traszuzumabmal kombinálva olyan betegek metasztatikus emlődaganatjainak kezelésére javasolt, ahol a daganatban HER2 overexpresszió van jelen, és akik korábban nem részesültek metasztatikus betegség miatt alkalmazott kemoterápiában. TAXOTERE (docetaxel) kombinációban capecitabinnal citotoxikus kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emlődaganatok kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthracin származékot kellett alkalmazni. **Nem-kissejtes tüdődaganatok:** TAXOTERE (docetaxel) előzetes kemoterápiás kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus nem-kissejtes tüdődaganatok kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) ciszplattinnal kombinációban inoperábilis, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus nem-kissejtes tüdődaganatok kezelésére javasolt olyan betegeknél, akik korábban ezen betegségről miatt még nem részesültek kemoterápiás kezelésben. **Prosztata carcinoma:** A TAXOTERE (docetaxel) prednizonnal vagy prednizonnal kombinációban hormon rezisztens metasztatikus prosztata carcinoma kezelésére javasolt. A docetaxel kezelés csak kemoterápiás kezelésre alkalmas szakambulancián, a daganatellenes kemoterápiában járatos szakorvos felügyelete alatt végezhető. **ELLENJAVALLATOK:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A docetaxel nem alkalmazható olyan betegeknél, akiknél a kiindulási neutrophil granulocita szám 1500 sejt/mm³ alatt van. A docetaxel terhes vagy szoptató nőknél nem szabad alkalmazni. A docetaxel nem alkalmazható olyan betegeknél, akiknek a májműködése súlyosan károsodott, mivel nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok. A docetaxel kombinációban alkalmazott más gyógyszerek ellenjavallatait is figyelembe kell venni. **ADAGOLÁS:** Emlődaganatok és nem-kissejtes tüdődaganatok esetén, ha nem ellenjavallt, orális kortikoszteroidot tartalmazó premedikáció alkalmazható, így például 16 mg dexametazon naponta (pl. naponta kétszer 8 mg) 3 nappal a docetaxel adagolás előtt 1 nappal elkezdve (lásd a 4.4 pontot). Profilaktikus céljal G-CSF adható a haematológiai toxicitás csökkentésére. Prosztata carcinoma prednizonnal vagy prednizonnal kombinált kezelésénél a javasolt premedikáció 8 mg orális dexametazon 12 órával, 3 órával és 1 órával a docetaxel infúzió előtt. A docetaxel egy drás infúzióban kell beadni három hetente. Általánosságban: a docetaxel ajánlott adagja kombinációs terápiában 75 mg/m² (monoterápiában 100 mg/m²) (részletesen: lsd. Teljes alk. E.) **MELLÉKHATÁSOK:** A legfontosabb mellékhatáscsoportok: Lőndulatú és rosszindulatú daganatok (beleértve a cystákat és polypokat), véréképzőszervi és nyirokrendszeri betegségek, immunrendszeri betegségek, a bőr és a bőr alatti szövetek betegségei, lyadékvisszatartás, emésztőrendszeri betegségek, idegrendszeri betegségek, szívbetegségek, érbetegségek, máj-, epebetegségek, anyagcsere- és táplálkozási betegségek, szembetegségek, pszichiatriai rendellenességek, vázizom-, kötőszöveti, és csontrendszeri betegségek, légzőrendszeri, mellkasi és mediastinalis betegségek, reproduktív rendszer és emlő rendellenességek. EU/1/95/002/001; Kérjük, alkalmazás előtt feltétlenül olvassa el a teljes alkalmazási előírást!

sanofi aventis

1045 Budapest • Tó u. 1-5. • Tel: (06 1) 505 0050 • Fax: (06 1) 505 0060 • www.sanofi-aventis.hu

HTA025401