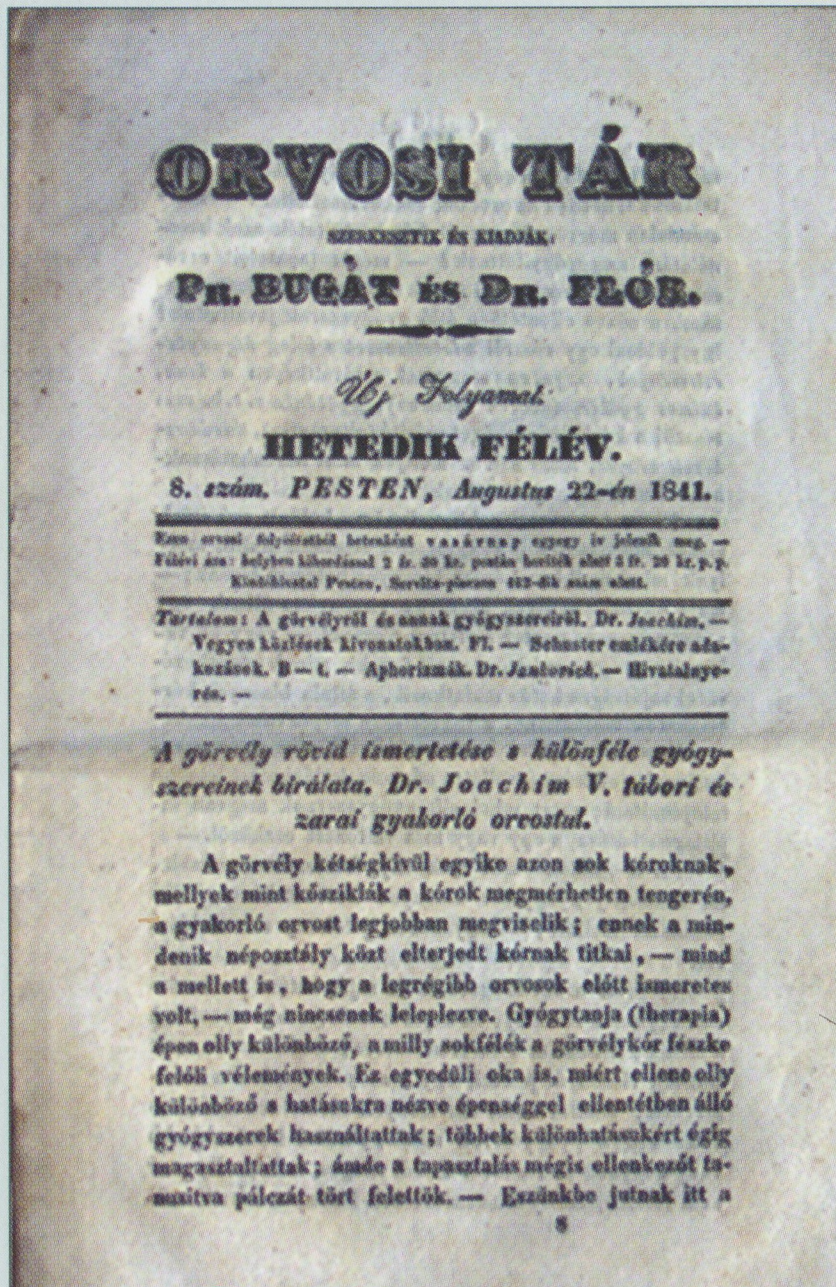
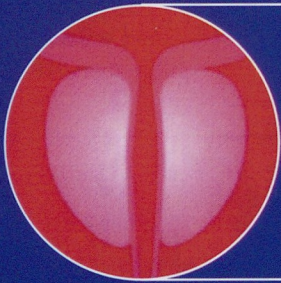


UROLOGIA

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



Prosztata tumoros csontmetasztázis esetén



Hatásos a prosztata daganat
csontszövődményeinek
megelőzésében

ZOMETÁ[®]
zoledronat

Megelőzi a szövődményt. Védi a beteget.

VÉD és MEGELŐZ

Zometa 4 mg/ 5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz

Rendelhetőség: 9/ d1. Malignus tumor következtében fellépő csontmetasztázisok, myeloma multiplex ossealis manifestációi, valamint tumoros hypercalcaemia kezelésére fekvőbeteggyógyintézeti háttérrel rendelkező onkológiai, sugárterápiás, haematológiai, tüdőgyógyászati vagy urológiai szakambulancia szakorvosa az alábbi gyógyszereket 100 % tb támogatással rendelheti. Térítési díj: 0 Ft:

Törzskönyvi szám	Gyógyszernév	Kiszerezés	ATC-kód	Fogy. ár bruttó
EU/1/01/176/004	Zometa 4 mg/5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz/műanyag fiola	1x	M05BA08	72 450 -

Zometa 4 mg/5 ml infúziós koncentrátum M05A08

NOVARTIS PHARMA

Hatóanyag: 4 mg acidum zoledronicum/poramp. Oldószer: 5 ml aqua dest. pro inj./amp. Javallat: Előrehaladott, csontot is involváló, rosszindulatú daganatos betegségekben szenvedő betegek csontrendszeret érintő eseményeinek (patológias törések, csigolyakompresszió, a csontok besugárzása vagy műtete, ill. tumor indukálta hypercalcaemia) megelőzésére, a tumor indukálta hypercalcaemia (TtH) 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 glükóz oldattal történő további hígítás után, (hígítás 100 ml 0,9 %-os (m/v) nátrium-klorid vagy 5 %-os (m/v) glükóz 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 glükóz oldattal történő további hígítás után (hígítás 100 ml 0,9 %-os (m/v) nátrium-klorid vagy 5 %-os (m/v) glükóz 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, hidrattság 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. Gyermkek 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/1/01/176/004

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

NOVARTIS
ONKOLÓGIA

1114 Budapest, Bartók B. út 43-47.
Tel.: 457-6500 • Fax: 457-6600

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

<i>Genetika, molekuláris biológia</i> Falus András, Oláh Edit, Csuka Orsolya	<i>Intenzív terápia</i> Pénzes István, Joós Lajos, Szabó Krisztina
<i>Epidemiológia, statisztika</i> Gundy Sarolta, Józán Péter	<i>Nukleáris medicina</i> Trón Lajos, Szilvási István
<i>Patológia</i> Kopper László, Schaff Zsuzsa, Szende Béla	<i>Nőgyógyászat</i> Papp Zoltán, Paulin Ferenc
<i>Kemoterápia</i> Kásler Miklós, Bodrogi István, Baki Márta, Géczy Lajos, Horti József, Mavrogenis Stelios	<i>Sebészet, ortopédia</i> Kupcsulik Péter, Szendrői Miklós, Harsányi László
<i>Urológia</i> Farkas László, Pajor László, Tóth Csaba, Szabó Zoltán	<i>Képpalkotó eljárások</i> Gődény Mária, Mester Ádám
<i>Sugárterápia</i> Németh György, Mayer Árpád	<i>Laboratórium</i> Ottó Szabolcs
	<i>Pszichológia</i> Pilling János

NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET – INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Rübben, H. (Essen, Németország)	Pummer, K. (Graz, Ausztria)
Marberger, M. (Wien, Ausztria)	Hoznek, A. (Paris, Franciaország)
Altwein, J. (München, Németország)	Kirkali, Z. (Izmir, Törökország)
Wirth, M. (Dresden, Németország)	Jacqmin, D. (Strassbourg, Franciaország)
Fitzpatrick, J. (Dublin, Írország)	Debruyne, F. M. J. (Nijmegen, Hollandia)
Haas, G. (Syracuse, N.Y., USA)	Kurth, K. H. (Amsterdam, Hollandia)
Heidenreich, A. (Köln, Németország)	Reijke, T. (Amsterdam, Hollandia)
Hammerer, P. (Braunschweig, Németország)	Zlotta, A. (Brussels, Belgium)
Trombetta, C. (Trieste, Olaszország)	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	1
The metastatic potential of primary mature teratoma of the testis <i>Axel Heidenreich, Carsten Ohlmann, Judd W. Moul</i>	4
Az ismételt transurethralis resectiók szerepe a felületes hólyagdaganatok kezelésében. 127 beteg követési adatai <i>Szűcs Miklós dr., Székely Eszter dr., Romics Imre dr.</i>	9
In memoriam dr. Rózsa László <i>Romics Imre dr.</i>	13
Szervmegtartó műtétek vesedaganat esetén <i>Kardos Péter dr., Holman Endre dr., Páczelt András dr., Határ András dr., Varga József dr.</i>	14
FUN 14. – Vesekövesség – új megoldások, régi problémák <i>Nyirády Péter dr.</i>	17
Tizenöt éve hunyt el prof. dr. Szendrői Zoltán	18
Beszámoló az Európai Urológus Társaság Onkológiai Kongresszusáról <i>Szűcs Miklós dr., Keszthelyi Attila dr.</i>	19
FUN 15. – Urofarsang • Program	20
FUN 15. – Urofarsang • Poszter és előadás absztraktok	21
Hírek	28

Casodex[®] 150mg
bicalutamide


150mg

...és elég idő jut mindenre



A Casodex 150 mg alkalmazható:

- önmagában, vagy más kuratív kezelés mellett adjuváns terápiaként, lokálisan előrehaladott prosztatatarákban
- monoterápiaként lokálisan előrehaladott, nem metasztatizáló prosztatatarák kezelésére
- metasztatizáló prosztatatarák második vonalbeli kezelésére

AstraZeneca 
UROLOGY

AstraZeneca Kft. H-2045 Törökbálint, Park u. 3. Tel.: (06-23) 517-300, Fax: (06-23) 517-457 www.astrazeneca.hu

Rövidített alkalmazási előirat: Casodex 150 mg filmtableta

Hatóanyag: 150 mg bicalutamid. **Terápiás javallat:** A Casodex 150 mg önmagában vagy más kuratív kezelés mellett adjuváns terápiaként lokálisan előrehaladott prosztatatarákban szenvedő betegek mielőbbi kezelésére javallt. Monoterápiaként lokálisan előrehaladott, nem metasztatizáló prosztatatarák kezelésére, amikor mihamarabb hormonális terápia megkezdése javasolt. Metasztatizáló prosztatatarák kezelése olyan betegekben, akiknél sebészeti vagy gyógyszeres kasztráció nem vezet eredményre, vagy nem elfogadható. **Ellenjavallatok:** A készítmény összetevőivel szembeni túlérzékenység. A Casodex 150 mg nőkön és gyermekeken történő alkalmazása ellenjavallt. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** A bicalutamid farmakológiai hatása következtében számítani lehet bizonyos mellékhatások megjelenésére. Ezek lehetnek: Gynecomastia, emlőérzékenység, hűhüllámok, viszketés, gyengeség, hajhullás, szőrzet növekedés, bőrszárazság, csökkent libidó, impotencia és súlynövekedés, émelygés, hasi fájdalom, depresszió, dyspepsia, haematuria, intersticiális tüdő megbetegedés. Túlérzékenységi reakciók, beleértve az angioneurotikus odemát és urticariát, májfunkció változások (transzaminázszint emelkedés, sárgaság). **⚠ Kiadhatóság:** II./3.b csoport. Kizárólag orvosi rendelvényre, a szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmények (Sz). Fogy. ár: 98 905 Ft; 100% 9k Sz; Tb tám.: 98 905 Ft (Eu. Közlöny Segédlet 2005/2)

Kérjük, olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előiratát! (OGYI-eng. száma: 18474/41/2005, 2005. november 30.)

The metastatic potential of primary mature teratoma of the testis

Axel Heidenreich, Carsten Ohlmann, Judd W. Moul¹

Division of Oncological Urology, Department of Urology, University of Köln, Germany

¹Department of Hematology/Oncology, Philipps – University, Marburg, Germany

A here primer érett teratoma metasztatikus potenciálja

A tiszta érett teratoma felnőttkorban ritka, előfordulási gyakorisága 5%-os. A tiszta teratoma kevésbé agresszív daganat, amely ritkábban metasztatizál, mint az egyéb nonseminomatosus tumorok. Ezért az érett teratoma miatt kezelt betegek a követéses protokoll jelöltjei. 69 esetünkkel szerzett tapasztalatunkról számolunk be.

Anyag és módszer: 69, tiszta érett teratomás betegünk retrospektív vizsgálatát végeztük. A szövettani felülvizsgálathoz rendelkezésre álltak a blokkok, és a sorozatmetszetekhez is hozzájutottunk. Az összes beteg közül 55 (80%) alacsony klinikai stádiumú volt (44 beteg I. stádium, 11 beteg IIA/B stádium), ezek magas castratio után primer idegkímélő RLA-n estek át. 14 beteg (20%) előrehaladott stádiumú volt, itt indukzív kemoterápiát követően reziduális tumor-eltávolítás történt.

Eredmények: A nyirokcsomóáttétek száma retrospektíven 14%, illetve 73% volt az I., illetve IIA/B stádiumban.

A szövettani eredmény minden esetben érett teratoma volt.

A 28 metasztatikus beteg közül 22-nél (79%) heget vagy kalcifikációt találtak a környező hereszövetekben, 6 betegnél észleltek mikroszkopikus csírasejt tumor elemeket.

A tiszta teratomás betegek 41%-a áttéttel rendelkezett.

Az átlagos követési idő 92 hónap volt (8-252).

Az I. stádiumú betegeknél relapszust nem észleltünk, az előrehaladott stádiumúak esetén az RLA-t követően 5 beteg (7,3%) halt meg progresszív betegség következtében.

Következtetés: Adataink a tiszta teratoma malignitási hajlamát mutatják. Az áttétek lehetnek a korai regressziót követő csírasejt tumor elemek következményei, mint ahogy a környező hereszövetben lévő hegek magas aránya is ezt mutatja. Ezek alapján minden tiszta teratoma esetén javasoljuk a sorozatmetszetek elkészítését és az RLA-t a hegek és a csírasejt tumor részek meglétekor, és követést egyéb esetekben. Amennyiben sorozatmetszetek nem készültek, idegkímélő – RLA-t kell végezni.

Kulcsszavak:

hererák, nonseminomatosus csírasejttumor, retroperitonealis lymphadenectomia, érbetörés, kiégett tumor

Objectives: Pure mature teratoma of the testis is rare in adulthood with a prevalence of 5%. Pure mature teratoma is considered to be less aggressive and less likely to metastasize than other nonseminomatous germ cell tumours. Therefore, patients with mature teratoma have been considered candidates for surveillance protocols. We report our experience on 69 cases of primary mature teratoma of the testis.

Patients & Methods: Retrospectively, 69 patients with pure mature teratoma of the testis were identified. Archival tumour blocks were available for pathohistological reevaluation and serial sections were obtained in all cases. A total of 55 patients (80%) presented with clinically low stage disease (44 pts stage I, 11 pats stage IIA/B) and underwent radical orchiectomy followed by primary nerve-sparing RPLND. 14 patients (20%) presented with advanced disease and underwent inductive chemotherapy followed by residual tumour resection.

Results: The frequency of lymph node metastases was 14% and 73% in clinical stage 1 and IIA/B, respectively.

Histopathological diagnosis of mature teratoma was confirmed in all cases. However, of 28 patients with metastatic disease, 22 (79%) had scars or calcifications in the adjacent testicular parenchyma; 6 patients demonstrated microscopic foci of germ cell tumour elements. Overall, 41% of the patients with pure mature teratoma of the testis presented with metastatic disease. Currently, the mean follow-up is 92 (8-252) months. None of the patients with clinical stage I relapsed, 5 patients with advanced stages relapsed following RPLND and 5 patients (7.3%) died due to progressive disease.

Conclusion: Our data demonstrate the malignant potential of mature teratomas. Our results suggest that metastases from mature teratoma might result from germ cell tumour elements undergoing early regression as documented by the high frequency of scars in the adjacent testicular parenchyma.

We recommend serial sections to be taken in all cases of pure mature teratoma with RPLND in the presence of scars, germ cell tumour elements and with surveillance in the remainder of the cases. If serial sections cannot be performed, nerve-sparing RPLND appears to be the standard approach.

Key-words: testis cancer, nonseminomatous germ cell tumour, retroperitoneal lymph node dissection, vascular invasion, burned-out tumour

Introduction

Primary mature teratoma is a rare nonseminomatous germ cell tumour accounting for about 4% to 6% of all testicular neoplasms in men (1). Since clinical stage I germ cell tumours predominantly composed of teratomatous elements have been demonstrated to be associated with a low risk of occult retroperitoneal lymph node metastases (2-6), pure mature teratoma have been considered to be an ideal entity to apply surveillance strategies. However, due to the fact that most series of pure mature teratoma of the testicle are small and clinical experience is limited (7-10), there is still no consensus with regard to the optimal management of clinical stage I or low-volume disease.

Considering the fact that 27% to 46% of pure mature teratoma present with metastatic disease at time of diagnosis and taking into consideration that about 20% of all clinical stage I teratomas harbour microscopic retroperitoneal lymph node involvement, the metastatic potential is underlined making a critical reappraisal of the recommended surveillance strategies necessary (7-10).

It was the purpose of our study to retrospectively review the frequency of metastatic disease in mature teratoma of the testis and to identify prognostic risk factors associated with metastatic spread enabling an individualized therapeutic approach.

Patients and methods

A total of 69 patients with pure mature teratoma of the testis were identified in our database accounting for 4.5% of all testicular germ cell tumours treated.

Staging procedures after inguinal orchiectomy included chest X-ray, computed tomography of chest and abdomen and measurement of the serum tumour markers alpha-fetoprotein (AFP, β -human chorionic gonadotropine (β -hCG) and lactate dehydrogenase (LDH) prior to and after inguinal orchiectomy.

Treatment consisted of retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage I-IIB patients; patients with bulky retroperitoneal disease or systemic spread received 3-4 cycles of PEB inductive chemotherapy followed by RPLND in case of any residual mass.

To evaluate potential prognostic risk factors to predict metastatic disease in pure testicular teratoma, paraffin-embedded tissue blocks of the orchiectomy specimen were evaluated for the presence of microscopic foci of other nonseminomatous germ cell tumour elements, scars, calcifications which are indicative for a burned-out tumour or vascular invasion.

Results

A total of 55 patients (80%) presented with clinically low stage disease (44 patients stage I, 11 patients stage IIA/B) and underwent radical orchiectomy followed by primary nerve-sparing RPLND. The frequency of lymph node metastases was 14% and 73% in clinical stage I and IIA/B, respectively (Table 1). 14 patients (20%) presented

Table 1
Stage distribution of patients with pure teratoma of the testis at time of initial diagnosis

Clinical stage	Patients	Frequency
I	44	64%
IIA/B	11	16%
IIC-IV	14	20%
Retroperitoneum	8	
Liver/lung	5	
Brain	1	

with advanced disease and underwent inductive chemotherapy followed by residual tumour resection. Pathohistological evaluation of the resected lymph nodes in pathological stage I revealed mature teratoma, embryonal carcinoma and teratocarcinoma (Table 2). The resected lymph

Table 2
Histology of the positive lymph nodes in clinical stage I and IIA/B patients

Clinical stage	n	pN+	Histology	
I	44	6 (14%)	Mature teratoma	4 (66%)
			Embryonal carcinoma	1 (17%)
			Teratocarcinoma	1 (27%)
IIA/B	11	8 (73%)	Mature teratoma	5 (62.5%)
			Embryonal carcinoma	2 (25%)
			Seminoma	1 (12.5%)

nodes in clinical stage IIA/B patients harboured mature teratoma, embryonal carcinoma and seminoma (Table 2). Two thirds of patients with pathological stage I-IIB demonstrated mature teratoma only in the resected lymph node specimens.

All 14 patients with advanced testicular cancer underwent residual tumor resection following inductive chemotherapy. Necrosis/fibrosis was evident in only 5 patients (36%) whereas 7 (50%) and 2 (14%) patients harboured mature teratoma and viable cancer, respectively.

Archival tumour blocks were available for pathohistological reevaluation and serial sections were obtained in all cases. Histopathological diagnosis of mature teratoma was

confirmed in all cases. However, of 28 patients with metastatic disease, 22 (79%) had scars or calcifications in the adjacent testicular parenchyma; 6 patients demonstrated microscopic foci of germ cell tumour elements. Overall, 41% of the patients with pure mature teratoma of the testis presented with metastatic disease.

Currently, the mean follow-up is 92 (8-252) months. None of the patients with clinical stage I relapsed, 5 patients (7.3%) with advanced stages relapsed following RPLND in the suprahilar retroperitoneal area and at distant sites (liver, lung, supraclavicular lymph nodes) in 2 and 3 cases, respectively; all patients could be salvaged. However, 5 patients (7.3%) died due to progressive disease.

Discussion

We identified a cohort of 69 patients with pure testicular mature teratoma accounting for about 4.5% of all testicular cancer patients treated at our institution. The incidence is consistent with other series reporting on an incidence of 1.6% to 5% (1, 7-10).

Microscopically, mature teratoma is characterized by differentiated benign elements derived from the ectoderm, endoderm and mesoderm without histopathological evidence of malignancy. Due to the benign histological appearance mature teratoma in adulthood has been considered less aggressive than other nonseminomatous germ cell tumours. Several studies investigating the prognostic significance of the percentage of distinct histologic subtypes of germ cell tumours in the primary orchiectomy specimen have demonstrated that GCT with predominantly teratomatous elements confers a lower likelihood of metastases especially when the percentage of teratoma exceeds 50% (11-13).

However, based on the results of our recent study with 41% of the patients demonstrating metastatic disease at time of diagnosis clearly demonstrates the malignant potential of mature teratoma. 36% of the patients in our cohort already presented with gross retroperitoneal or visceral metastases. These numbers are consistent with the recent reports by our group and by *Leibovitch* et al demonstrating an incidence of metastatic disease in 45% and 39%, respectively (8, 9). *Rabbani* et al. (10), however, describe a 59% incidence of advanced testicular teratoma which is most probably due to a referral bias.

The exact mechanism of metastases in pure testicular teratoma still remains unclear; however, as shown by *Sella* et al. (14) some mature teratoma harbour the malignant potential of metastatic spread as indicated by the aneuploid DNA content which was similar to that of other nonseminomatous GCT. Our findings of scars, calcifications and microscopic foci of other nonseminomatous germ cell tumour elements in the adjacent parenchyma of the testicle in 79% of patients exhibiting metastases support the

theory of a burned-out tumour to be primarily responsible for the metastatic process. Undifferentiated stem cells within the primary testicular tumour metastasize, reaggregate, and differentiate to adult teratoma or undifferentiated germ cell tumours at a new site. As described by *Fung* et al. (15), the primary tumour then undergoes regression and/or differentiates to mature teratoma.

Whereas there consists a consensus with regard to the management of advanced testicular teratoma – inductive chemotherapy followed by residual tumour resection (RTR) – the optimal treatment for clinical stage I mature teratoma is still discussed controversially with some being in favour of surveillance (2-6) and some others advocating primary nerve sparing retroperitoneal lymphadenectomy (nsRPLND) (8-10). The data of our current study exhibit a 14% frequency of microscopic lymph node metastases in the retroperitoneum are consistent with the results of recent series (*Table 3*) reporting on lymph node involve-

Table 3
Pure mature teratoma of the testis and metastatic disease. A summary of the literature

Author	Patients	Total pN+	CS I, pN+
<i>Leibovitch</i> , 95	41	39%	17%
<i>Simmonds</i> , 96	15	43%	20%
<i>Heidenreich</i> , 97	44	45%	19%
<i>Rabbani</i> , 03	29	79%	29%
Current series	69	41%	14%
TOTAL	198	47%	18%

ment in 16.9% to 29% of clinical stage I teratomas (7-10). Considering that none of the patients in our cohort with clinical stage I disease had locoregional or systemic relapse after RPLND at a median follow-up of 45 months, the potential advantages of surgery must be recognized in this specific scenario. Furthermore, primary nsRPLND might prevent other potential sequelae of unresected teratoma such as late relapse, malignant transformation and the growing teratoma syndrome (16-18). The data of our current series are substantiated by a recent series from the Memorial Sloan Kettering Cancer Institute observing no relapse among patients with low stage testicular teratoma being managed by primary nsRPLND (10).

If managed by surveillance, relapse rates in clinical stage I testicular teratoma might approach 20%. In practice, progression rates range between 11% and 43% following orchiectomy and surveillance (*Table*) (2, 3, 7, 18, 19). In many of these series, bulky disease was diagnosed more frequently with a high proportion of patients (71%) even exhibiting metastatic spread beyond the retroperitoneum. *Stevens* et al. (19) even describe significantly inferior survival rates for these patients as compared to those with other histological subtypes of NSGCT in their pri-

mary tumour. Although Freedman et al. (3) and Read et al. (2) describe 2-year relapse free rates of 100% and 95%, respectively, the 2-year time frame might be too soon to predict the accurate relapse rate considering the slow growing nature of mature teratoma. This hypothesis is underlined by *Borge et al.* (20) documenting that two thirds of their patients with teratoma-containing nonseminomatous GCT relapsed after 36 to 196 months. This high frequency of late relapses among patients with predominantly teratomatous NSGCT or pure mature teratoma of the testis might explain why the observed retroperitoneal relapse rate at 2 years in surveillance series is less than expected (2, 3, 7, 19).

When patients are offered surveillance, not only compliance but also high quality follow-up are necessary to ensure optimal outcome. As demonstrated by *Nicolai and Pizzocaro* (21), summarizing the results of 10 years follow-up of a surveillance study for clinical stage nonseminomatous GCT 50% of metastases were detected when larger than 5cm in diameter.

The pathohistological findings of our study might help to develop a risk adapted strategy for clinical stage I teratomas considering surveillance and primary nsRPLND as the adequate therapeutic procedures. Despite the low morbidity of nsRPLND for clinical stage I nonseminomatous GCT (22, 23) only 20% of clinical stage I mature teratoma patients would benefit from surgery if done in all cases. Based on our data, we recommend to re-evaluate the orchiectomy specimens by serial sectioning and to perform nsRPLND in all cases with scars, calcifications and germ cell tumour elements whereas the remainder of the patients will be adequately managed by surveillance. If, however, histopathological re-examination by an experienced pathologist is not available, we recommend nsRPLND as the treatment of choice.

In our series of 69 patients with pure mature teratoma of the testis, 20% presented with bulky retroperitoneal disease of visceral metastases. Although the incidence of advanced stages is lower than 59% incidence reported by *Rabbani et al.* (10) and the 39% incidence reported by *Leibovitch et al.* (8), the data underline the significant metastatic potential of pure mature teratoma. As for all other NSGCT, postchemotherapy RPLND and resection of metastatic sites beyond the retroperitoneum following inductive chemotherapy has to be discussed thoroughly. Several studies have shown that the presence of mature teratoma in the primary tumour predicts for an incomplete response to chemotherapy compared with those without teratomatous elements in the primary germ cell tumour (23-26). Furthermore, the presence of mature teratoma in the primary is associated with a significantly higher frequency of teratomatous elements in the residual masses. *Rabbani et al.* (23) showed that the incidence of teratoma in the retroperitoneal nodes was 67% and 29% in those

with and without teratoma in the primary GCT, respectively. *Beck and coworkers* (24) demonstrated that 85.6% and 48% of patients with and without teratomatous elements in the primary orchiectomy specimen, respectively, had retroperitoneal teratoma at post-chemotherapy RPLND making the presence of teratoma in the primary testis tumour a clear predictor of retroperitoneal teratoma. Our group demonstrated that 87% and 43% of patients harboured mature teratoma of viable cancer in the residual retroperitoneal masses if the primary tumour contained teratoma or teratomatous elements were absent, respectively (25).

According to *Steyerberg et al.* (27) 54% and 14% of the patients undergoing postchemotherapy RPLND had teratoma or viable cancer in the resected specimen if the primary tumour contained teratoma as compared to 30% and 11% if there was no teratoma in the primary specimen.

The incidence of teratoma and viable cancer in the retroperitoneum after induction chemotherapy for advanced pure mature teratoma of the testis appears to be even somewhat higher. *Leibovitch et al.* (8) reported that 88% of patients with bulky disease were found to have teratoma in the resected specimens which is comparable to our earlier series demonstrating that 5 out of 6 patients demonstrated unfavourable histological findings (9). *Rabbani et al.* showed that 50% and 5.6% of all patients having undergone postchemotherapy RPLND either exhibited teratoma or viable cancer in the residual masses (10, 23).

Furthermore, it has been shown that up to 20% of patients with residual masses less than 2 cm in diameter exhibit mature teratoma or viable cancer (28-30). Since the long-term survival rate of patients with retroperitoneal teratoma depends on the completeness of resection, post-chemotherapy RPLND should be performed in all patients presenting with pure mature teratoma and residual masses following inductive chemotherapy. Still, some of these patients are difficult to safe even with an aggressive surgical approach as demonstrated by our group and others (8-10). In our series 5 patients (7.2%) died from disease and 3 patients (4.3%) progressed despite complete resection of the masses; all of them had presented with advanced disease at initial diagnosis. *Rabbani et al.* (10) reported a relapse rate of 11% and *Leibovitch et al.* (8) reported on a relapse rate of 13% in patients with advanced disease highlighting the malignant biological potential of primary mature testicular teratoma.

Conclusion

Our data demonstrate the malignant potential of pure mature teratoma of the testis. In patients with clinical stage I disease the risk of occult retroperitoneal lymph node metastases is 14%. In addition, 36% of the referred

patients presented with metastatic disease at time of diagnosis. 79% of all orchietomy specimens contained signs of a burned out tumour or microscopic foci of germ cell tumour elements at pathohistological reevaluation. Therefore, adequate management of primary pure testicular teratoma should not differ from other nonseminomatous germ cell tumours. In clinical stage I a risk adapted app-

roach might be chosen with primary nerve sparing RPLND being the treatment of choice in the presence of a burned out tumour and surveillance representing the primary therapeutic option in the remainder. However, if histopathological review of serial sections by an experienced pathologist is not available, all patients should undergo nerve sparing RPLND.

References:

- Mostofi FK, Sesterhenn IA. Pathology of germ cell tumors of testes. *Prog. Clin. Biol. Res.* 203:1, 1985
- Read G, Stenning SP, Cullen MH, Parkinson MC, Horwich A, Kaye SB, Cook PA: Medical Research Council prospective study of surveillance for stage I testicular teratoma. Medical Research Council Testicular Tumors Working Party. *J. Clin. Oncol.* 10:1762-1768, 1992
- Freedman LS, Parkinson MC, Jones WG, Oliver RTD, Peckham MJ, Read G, Newlands ES, Williams CJ: Histopathology in the prediction of relapse of patients with stage I testicular treated by orchietomy and alone. *Lancet* 2:294-298, 1987
- Fung CY, Kalish LA, Brodsky GL, Richie JP, Garnick MB: Stage I nonseminomatous germ cell tumor: prediction of metastatic potential by primary histopathology. *J. Clin. Oncol.* 6:1467-1473, 1988
- Klepp O, Olsson AM, Henriksson H et al: Prognostic factors in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis: multivariate analysis of a prospective multicenter study. *J. Clin. Oncol.* 8:509-518, 1990
- Leibovitch I, Foster RS, Ulbright TM, Donohue JP: Adult primary pure teratoma of the testis. *Cancer* 75:2244-2250, 1995
- Simmonds PD, Lee AHS, Theaker JM et al: Primary pure teratoma of the testis. *J. Urol.* 155:939-942, 1996
- Heidenreich A, Moul JW, McLeod DG, Mostofi FK, Engelmann UH: The role of retroperitoneal lymphadenectomy in mature teratoma of the testis. *J. Urol.* 157:160-163, 1997
- Rabbani F, Farivar-Mohseni H, Leon A, Motzer RJ, Bosl GJ, Sheinfeld J: Clinical outcome after retroperitoneal lymphadenectomy of patients with pure testicular teratoma. *Urology* 62:1092-1096, 2003
- Sesterhenn IA, Weiss RB, Mostofi FK et al: Prognosis and other clinical correlates of pathologic review in stage I and stage II testicular carcinoma: a report from the testicular cancer intergroup study. *J. Clin. Oncol.* 10:69-78, 1992
- Moul JW, McCarthy WF, Fernandez EB, Sesterhenn IA: Percentage of embryonal carcinoma and of vascular invasion predicts pathological stage in clinical stage I nonseminomatous testicular cancer. *Cancer Res.* 54:362, 1994
- Heidenreich A, Sesterhenn IA, Mostofi KF, Moul JW: Prognostic risk factors to predict patients at low risk and at high risk for metastasis in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *Cancer* 82:1002-1011, 1998
- Sella A, El Naggar A, Ro JY, Dexeus FH, Amato RJ, Lee JS, Finn L, Logothetis CJ: Evidence of malignant features in histologically mature teratoma. *J. Urol.* 146:1025, 1991
- Baniel J, Foster RS, Gonin R et al: Late relapse of testicular cancer. *J. Clin. Oncol.* 13:1170-1176, 1995
- Fung CY, Kalish LA, Brodsky GL, Richie JP, Garnick MB: Stage I nonseminomatous germ cell tumor: prediction of metastatic potential by primary histopathology. *J. Clin. Oncol.* 6:1467-1473, 1988
- Andre F, Fizazi K, Culine S, Droz J, Taupin P, Lhomme C, Terrier-Lacombe M, Theodore C: The growing teratoma syndrome: results of therapy and long-term follow-up of 33 patients. *Eur. J. Cancer* 36:1389-1394, 2000
- Sturgeon JF, Jewett MA, Alison RE, Gsopodarowicz MK, Blend R, Herman S, Richmond H, Thomas G, Duncan W, Munro A: Surveillance after orchietomy for patients with clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors. *J. Clin. Oncol.* 10:564-568, 1992
- Stevens MJ, Norman AR, Fisher C, Hendry WF, Dearnaley DP, Horwich A: Prognosis of testicular teratoma differentiated. *Brit. J. Urol.* 73:701-708, 1994
- Borge N, Fossa SD, Ous S, Stenwig AE, Lien HH: Late recurrence of testicular cancer. *J. Clin. Oncol.* 6:1248-1254, 1988
- Nicolai N, Pizzocaro G: Ten year follow-up of a surveillance study in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis. *J. Urol.* 153:245A, #65, 1995
- Baniel J, Foster RS, Rowland RG, Bihle R, Donohue JP: Complications of primary retroperitoneal lymph node dissection. *J. Urol.* 152:424-426, 1994
- Heidenreich A, Albers P, Hartmann M, Kliesch S, Köhrmann KU, Krega S, Weissbach L: Complications of primary nerve sparing retroperitoneal lymph node dissection for clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis: Experience of the German Testicular Cancer Study Group. *J. Urol.* 169:1710-1714, 2003
- Rabbani F, Gleave ME, Coppin CM et al: Teratoma in primary testis tumor reduces complete response rates in the retroperitoneum after primary chemotherapy: Case for primary retroperitoneal node dissection in stage IIB germ cell tumors with teratomatous elements. *Cancer* 78:480-486, 1996
- Beck SDW, Foster RS, Bihle R, Ulbright T, Koch MO, Wahle GR, Einhorn LH, Donohue JP: Teratoma in the orchietomy specimen and volume of metastasis are predictors of retroperitoneal teratoma in post-chemotherapy nonseminomatous testis cancer. *J. Urol.* 168:1402-1404, 2002
- Heidenreich A, Seger M, Schrader AJ, Hofmann R, Engelmann UH, Beyer J: Surgical considerations in residual tumor resection following chemotherapy for advanced testicular cancer. *Eur. Urol.* 161(Suppl 3), #632, 2004
- Albers P, Weissbach L., Krega S, Kliesch S, Hartmann M, Heidenreich A, Walz P, Kuczyk M, and Fimmers R for the German Testicular Cancer Study Group: Prediction of necrosis after chemotherapy of advanced germ cell tumors: results of prospective multicenter trial of German Testicular Cancer Study Group. *J. Urol.* 171:1835, 2004
- Steyerberg EW, Keizer HJ, Fossa SD et al. Prediction of residual retroperitoneal mass histology after chemotherapy for metastatic non-seminomatous germ cell tumor: Multivariate analysis of individual patient data from six study groups. *J. Clin. Oncol.* 13:1177-1187, 1995
- Oldenburg J, Alsen GC, Lien HH, Aas N, Waehre H, Fossa SD: Postchemotherapy retroperitoneal surgery for nonseminomatous germ cell tumours: recommendations for patient selection. *J. Clin. Oncol.* 21:3310-3315, 2003
- Patel MI, Beck S, Bosl G, Motzer RJ, Bajorin D, Sheinfeld J: Histology of good risk non-seminomatous germ cell tumor (NSGCT) patients following retroperitoneal lymph node dissection (PC-RPLND) after four cycles of etoposide and cisplatin (Epx4). *J. Urol.* 169:176, #681, 2003
- Fossa SD, Qvist H, Stenwig AE, Lien HH, Ous S, Giercksky KE: Is postchemotherapy retroperitoneal surgery necessary in patients with nonseminomatous testicular cancer and minimal residual tumor masses? *J. Clin. Oncol.* 10:569-574, 1992

Az ismételt transurethralis resectiók szerepe a felületes hólyagdaganatok kezelésében

127 beteg követési adatai

Szűcs Miklós dr.¹, Székely E. dr.², Romics Imre dr.¹

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

Bevezetés: A felületes hólyagtumorok ismételt transurethralis resectioja számos helyen alkalmazott, de nem rutinszerűen elterjedt eljárás. Abszolút indikációját képezi, ha a szövettani feldolgozás kapcsán az izominváziót pontosan megítélni nem lehetséges, ezáltal a T stádium megállapítása nem egyértelmű. Egyéb patológiai stádium megítélésében felmerülő kétségek vagy műtéttechnikai okok esetén is feltétlenül ajánlott az utóresectio.

Anyag és módszer: A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján 1997-2005 között 127 betegnél végeztünk utóresectiót hólyagdaganat miatt. Az ismételt műtét 4-6 héttel követte az előzőt. A vizsgálat célja a patológiai stádium pontos meghatározása, a reziduális tumor kiszűrése volt.

Eredmények: 127 beteg utóresectioja kapcsán 69 esetben (54%) negatív eredményt kaptunk.

A fennmaradó 58 beteg (46%) közül 42-nél végeztünk ismételt beavatkozást, s ezek kapcsán kilenc esetben észleltünk progressziót, amely további sebészi vagy kemoterápiás kezelést tett szükségessé.

Következtetés: A felületes hólyagdaganatok kezelésében az utóresectio hasznos lehet a teljes daganatmennyiség biztos eltávolításában, a pontos patológiai stádium meghatározásában és az esetlegesen szükségessé váló további kezelés kijelölésében.

Kulcsszavak:

felületes hólyagdaganat, utóresectio

A hólyagdaganatok operatív diagnosztikájának és kezelésének első lépése a transurethralis resectio (TUR) elvégzése (1). A beavatkozás kapcsán az eltávolított daganat szövettani feldolgozása során képet nyerhetünk annak szövetszerkezetéről és differenciáltságáról, mélyre terjedésének értékelése pedig korrekt patológiai stádium meghatározását teszi lehetővé.

A hólyagtumorok döntő hányada urothel eredetű. A primeren végzett resectio alkalmával az esetek 70-80%-

The role of repeated transurethral resection in treatment of superficial bladder cancer. Follow up of 127 patients

Repeated transurethral resection is used in several centers, but it is not a routine procedure. Absolute indication of repeated TUR is, if the histological result could not show precisely muscular invasion of tumor, hence the T stage evaluation is not correct. Other doubtful pathological stage or any technical difficulties of operation is also absolute indication for second resection.

Material and methods: Between 1997 and 2005, 127 patients underwent repeated transurethral resection of bladder cancer. Second operation was performed 4-6 weeks after the first one. The goal of the study is precise classification of pathological stage and screening of residual tumor.

Results: In 127 operated patients the result of second resection was negative in 69 cases (54%) from the other 58 patients 42 was operated 3rd time and 9 them observed progression indicating further surgical and medical treatment.

Conclusion: In treatment of superficial bladder tumor, repeated transurethral resection is useful for total resection of cancer, precise evaluation of T stage, and indication of further treatment.

Key-words:

superficial bladder cancer, repeated resection

ában a tumor az izomréteget nem érinti, így felületesnek tekinthető, a patológiai pTa, pT1 kategóriába sorolható (2).

A felszínes hólyagtumor *prognosztikai faktorai* – a többi daganathoz hasonlóan – a további kezelés és követés szempontjából kiemelt jelentőségűek. Ilyenek a daganat mérete, száma, szövettani jellege (differenciáltság mértéke, érinvázió, mélységi terjedés, in situ carcinoma jelenléte) és a recidíva megjelenéséig eltelt idő (3).

A felületes hólyagdaganatok későbbi biológiai viselke-

désének két legnagyobb veszélye a későbbi *recidíva* és a *progresszió*.

A felszínes urothel tumorok recidívaaránya magas, 60-80% körüli lehet (1), követésére egy évet meghaladó, háromhavonta végzett cystoscopos vizsgálat szükséges. Ez az „invazív” beavatkozás a technikai fejlődés hozta újabb eljárások (cytológia, immunológiai assay-k) mellett is legtöbbször elkerülhetetlen, ritka kivétel a primer, alacsony malignitású, kis, szoliter daganat (pTaG1) lehet (4).

A rutinszerű rendszeres ellenőrzés mellett a recidívaarány csökkentésére az intravesicalis instilláció használható. Ez csupán primer pTa daganat esetén hagyható el, recidív tumor, valamint G1-2 differenciáltsági fok esetén lokális kemoterápia formájában végzendő. A katéteren keresztül bejuttatott citosztatikumok hatékonysága között lényeges különbség nem igazolható.

Alacsony szövettani differenciáltságú T1G3 in situ carcinoma, valamint a lokális kemoterápia ellenére visszatérő daganat esetén lokális immunterápiát végzünk, amely a gyakorlatban legtöbbször BCG-tartalmú vegyület instillációját jelenti. A gyakrabban fellépő és súlyosabb helyi mellékhatások ellátása megfelelő szakmai rutint igényel.

A recidívánál is jelentősebb veszély a felületes daganat progressziója. Ez azért is fontos, mert a lokális kemoterápiás kezelések a recidívaarányra hatással lehetnek ugyan, de a progresszió mértékét nem tudják hatékonyan befolyásolni. Amennyiben progresszió jelentkezik, tehát pT2 vagy ezt meghaladó daganatstádium alakul ki, gyökeres terápia-váltás szükséges. Ez lokalizált infiltratív daganat esetén radikális sebészeti megoldást, a hólyag eltávolítását, egyéb esetekben szisztémás kemoterápiát vagy radioterápiás kezelést jelent (5).

A felszínes és invazív hólyagdaganatok esetén a kezelés jellege és agresszivitása tehát lényegesen különbözik. Ezért is igen fontos a transurethralis resectio maradéktalan elvégzése, hiszen az esetek közel 50%-ában T1 stádiumú TCC esetén a hólyag megőrzése lehetséges az említett TUR és lokális instilláció együttes alkalmazásával. Ennek a beteg számára kisebb megterhelést és jobb életminőséget jelentő kezelésnek komoly buktatói is lehetnek, amelyek ismerete feltétlenül szükséges. A fel nem ismert progresszió a későbbiekben metasztázis képződéséhez vezet, amely a túlélési esély jelentős romlását vonja maga után.

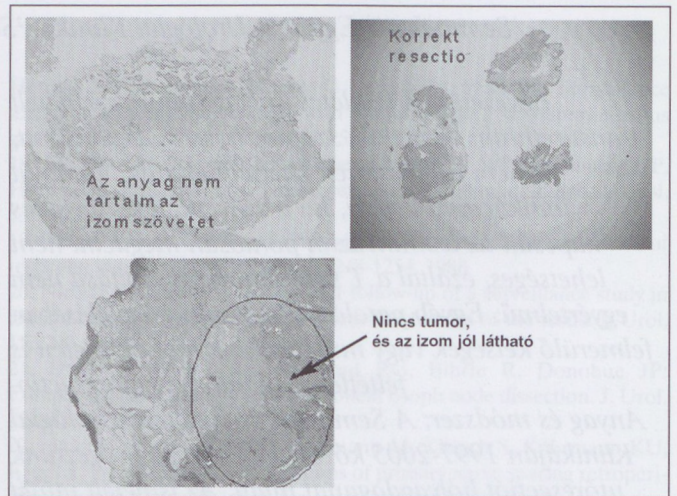
A hiba az aktuális daganatstádium hibás meghatározásából adódhat, amely több okra vezethető vissza:

1. *A szövettani feldolgozás nem egységes.*

Nagyon fontos, hogy a preparátum értékelése azonos legyen, amely egyébként meglehetősen szubjektív lehet. Ha megegyező szemléletű patológusok leleteznek és rendszeresen végzett klinikopatológiai megbeszélések folynak, az eltérések minimálisak lehetnek.

2. *A daganat eltávolításának, a TUR műtétjének minőségi és technikai problémái.*

Csak megfelelő gyakorlattal rendelkező sebész vagy videó-ellenőrzéssel történő műtét kapcsán nyerhető értékelésre alkalmas preparátum. Az anyagnak tartalmaznia kell a mélyen elhelyezkedő izomrostokat és a tumor környezetében lévő ép struktúrát is. A technikai fogyatékoságokból adódó hibák, így a termikus károsodás, a szövettani értékelhetőséget jelentősen ronthatja (1. ábra).



1. ábra
Utóresectio szövettani képe

3. *A kiegészítő képalkotó vizsgálatok nem kellő szenzitivitása.*

Az invazív hólyagdaganat radikális műtéti megoldása előtt végzett radiológiai staging-vizsgálatok (CT, MR) a további kezelés megítélésében gyakran döntő jelentőségűek. Az extravasicalis terjedés és a nyirokcsomóstátus meghatározása a műtéti beavatkozás jellegének megtervezésében meghatározó. Ennek fontos eleme az informatív képalkotó vizsgálat. A technikai fejlődés kapcsán a készülékek felbontó képessége tovább javulhat a speciális kontrasztanyagok felhasználásával, különösen az MR-vizsgálatok informatív értéke gyarapodhat.

A *daganat maradéktalan eltávolítása* mind diagnosztikai, mind terápiás szempontból elengedhetetlen. Szoros ellenőrzésére feltétlenül szükség van, hiszen több szerző adatai szerint az első, teljesnek vélt TUR után gyakran marad vissza daganatszövet (6), az ismételt, húgycsőven keresztüli beavatkozás (utóresectio) szövettani lelete 50-80%-ban daganat jelenlétét igazolta. Legtöbbször csak mikroszkopikus nagyságú területen találtak reziduális vagy recidív tumort. A rest okaként részben a tumor-közeli szövetek dysplasiáját, részben a tumoralapon lévő, sokszor szabad szemmel nem látható reziduális daganat meglétét valószínűsítik (7).

A magas rest arányon a sokak által javasolt és a gyakor-

latba is átvitt módszer, a daganatalap- és a hólyag-térkép-biopszia sem változtatott lényegesen. A kevés helyen, költséges fotodinamias technikával végzett TUR a korai recidíva-arányokat némileg javította ugyan, azonban nem vált rutineljárássá (8).

A fenti adatokra való tekintettel több szerző az utóresectio, a re-TUR elvégzését ajánlja (9). Az ismételt műtét gyakori és egyértelmű indikációját képezi az is, amikor a resectum nem tartalmaz hólyagizomszövetet, ezáltal a muscularis érintettség és így a patológiai stádium meghatározása sem lehetséges.

Az utóresectio néhány héttel követi az előzőt, amikor a műtėti terület anatómiai állapota már „konszolidálódott”, az anatómiai határok kialakulásával a beavatkozás területe kirajzolódott.

Anyag és módszer

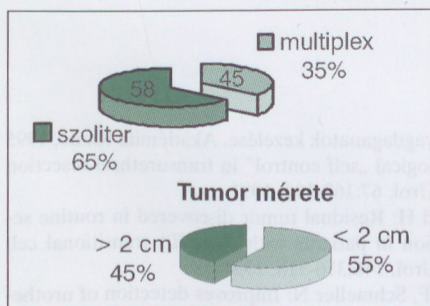
A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján 1997-2005 között 127 betegnél végeztünk ismételt transurethralis resectiót felszínes hólyagdaganat miatt. A 87 férfi és 40 nő átlag életkora 62 év (41-89) volt. Az első resectio szövettani lelete 9 esetben TaG1, 10 esetben TaG2, 19 esetben T1G1, 55 esetben T1G2, 24 esetben T1G3, 16 esetben Tis volt (1. táblázat). Az esetek 45%-ában (58) a daganat mé-

1. táblázat

A daganatok tumorstádium szerinti eloszlása

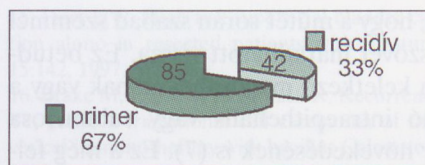
pT	No	%
TaG1	9	7,1
TaG2	10	7,8
T1G1	19	15,0
T1G2	55	43,3
T1G3	24	18,9
Tis	16	12,6

rete 2 cm-nél nagyobb, 45 betegnél (35%) a hólyagban multifokális megjelenésű volt (2/a. ábra). 85 betegnél (67%) primer, 42 esetben (33%) recidív tumor került eltávolításra (2/b. ábra).



2/a. ábra
A daganatok
száma és mérete
szerinti eloszlás

Az ismételt műtét indikációját legtöbbször a szövettani vizsgálat értékelésekor felmerült kétségek, valamint a klinikum és a felállított patológiai stádium közötti eltérés



2/b. ábra
Primer/recidív
daganatok aránya

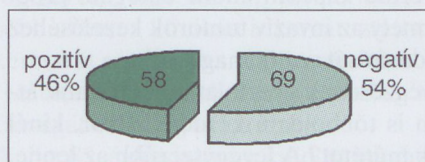
képezte. A leggyakoribb probléma az volt, hogy a preparátum szövettani feldolgozása során a hólyagizomrostok állapota nem került értékelésre.

Nem tekintettük utóresectionak azokat az eseteket, amikor a műtét végén makroszkóposan tumorszövet maradt vissza, mivel a beavatkozás folytatását a látható tumor eltávolításáig az első műtét részének vettük.

Értékelésünk szempontjai között nem szerepelt az, hogy a műtétet milyen gyakorlattal rendelkező urológus végezte, kevesebb műtėti rutinnal rendelkező, nem szakorvos operatőr esetén a videó-TUR-t gyakorlott urológus felügyelte.

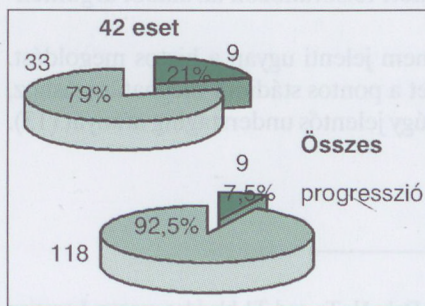
Eredmények

A 127 beteg közül a második resectio 58 esetben (46%) igazolt tumorszövetet, 69 betegnél (54%) az ismételt TUR preparátuma daganatmentes volt (3. ábra). Az 58 beteg közül



3. ábra
127 betegünknek
a második resectio
szövettani
eredménye 54%-
ban volt negatív

– a folyamat klinikumát is figyelembe véve – 42 esetben végeztünk második utóresectiót. A betegek követése során kilenc, kezdetben felszínes daganatos betegnél találtunk invazív daganatra vagy a folyamat progressziójára utaló szövettani jeleket, amely miatt radikális sebészeti beavatkozást vagy szisztémás gyógyszeres kezelést végeztünk (4. ábra).



4. ábra
A további
58 beteg közül
42-nél végeztünk
harmadik
műtétet.
9 esetben
igazoltunk
progressziót

Megbeszélés

A felszínes hólyagdaganatok miatt végzett transurethralis resectio, bár egyszerre kuratív és diagnosztikus célzatú, elvégzését követően számtalan esetben további kétségek merülnek fel. A gyakoribb korai recidívaarány felhív-

hatja a figyelmet arra, hogy a műtét során szabad szemmel nem látható daganatszövet maradhatott vissza. Ez betudható a műtét kapcsán keletkező mucosaödémának vagy a szemmel nem látható intraepithelialis vagy submucosa szintjében lévő tumor növekedésének is (7). Ez a még felszínes, magas differenciáltságú daganatok esetén is jelentős hányadot jelenthet, pTa daganatoknál az ismételt TUR pozitív hányada 30-40% lehet (10).

Gyakran találkozunk azzal, hogy a patológiai lelet részletes elemzése során sem található a preparátumban simaizomrost, így a daganatstádium pontos meghatározása lehetetlen. Egyes szerzők szerint az ilyenkor végzett ismételt transurethralis resectio akár 24%-ban is mutathat izominvazivitást, amely már pT2 stádiumot jelent (11).

A fenti megfontolások vezettek bennünket arra, hogy a felállított patológiai stádium (pT) és a klinikum eltérése esetén, valamint akkor, ha korrekt stádium-meghatározás nem lehetséges, ismételt transurethralis resectiót végezzünk.

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján 1997-2005 májusa között 127 esetben végeztünk utóresectiót hólyagdaganat miatt. Az ismételt műtét szövettani preparátumában 58 esetben (46%) találtunk daganatszövetet, a felszínes daganatok követése kapcsán kilenc betegnél progresszió jelentkezett, amely az invazív tumorok kezeléséhez szükséges terápia módosítását vonta maga után.

Az utóresectio elvégzésének gondolata az általunk áttekintett irodalomban is többoldalú kérdés. Mikor, kinél végezzük el a második műtétet? A legegyszerűbb az lenne, ha egyéb diagnosztikai módszerrel erősíthetnénk meg a daganatmentességet.

Több szerző a felszínes daganatok (pT1) műtétének rutinszerű megismétlését javasolja (7), mások az utóresectiót csak a radikális kezelés halogatásának tartják (12). Az érvelések persze árnyaltabbak és konkrét adatokon alapulnak.

A „pro” érvek mellett felsorakozók az alábbi argumentumokkal élnek:

- Az utóresectio nem jelenti ugyan a biztos megoldást, de közelebb vihet a pontos stádium-meghatározáshoz, csökkenti az amúgy jelentős understaging arányát (13).

- A pT1 tumorok utóresectiojának pozitív aránya 64% körüli. Amennyiben az ismételt műtét szövettani eredménye tumormentességet igazol, a szervmegőrzés esélye 100% lehet. Ha a re-TUR pT1 stádiumot igazol, ez a valószínűség 50%, Tis esetén 63% (14).
- Az utóresectio csökkenti a korai recidívák számát és gyakoriságát (11). Amennyiben az ismételt műtétkor nyert resectum negatív szövettani eredményű, a recidívaarány 36%, pozitív pTa-is tumor esetén 57-87% (14).
- A jelentős progresszióvesztéssel bíró in situ daganatok kizárására az utóresectio kiválóan alkalmas (15).
- A második resectio által kimutatott tumorinvázió a betegek harmadánál a terápiás séma módosításához vezet.
- Magasabb tumorstádium az ismételt műtétek alkalmával 9%-ban detektálható (10).
- Brake ezek alapján a szervmegőrző kezelés magas eredményességét emeli ki (16).

Komoly érvek fogalmazódnak meg a korai cystectomya elvégzése mellett is:

- Az invazív, pT1 stádiumú, magas malignitású, primer tumorok cystectomiával elért tumorspecifikus túlélése 90%, a nyirokcsomóáttétek aránya 2% (17). Ezzel szemben az ismételt TUR-okat követően a grade 2-3 szövettani differenciáltság mellett az öt-éves túlélés csupán 62%.
- Hautmann szerint az ismételt transurethralis resectiók csak a progresszió esélyét növelik (12).

Ezek alapján vezettük be 1997-ben klinikánkon az utóresectio módszerét. Gyakorlatunkban nem rutinszerűen, csak diagnosztikai kétség esetén alkalmazzuk ezt az eljárást.

Az eltelt időszakban a második műtét anyagában 46%-ban találtunk daganatszövetet, a legtöbb esetben emiatt harmadik transurethralis műtétet végeztünk. A követés kapcsán 7,5%-ban észleltünk progressziót, amely invazív tumor kezelésének megfelelő sémaaváltást tett szükségessé.

Irodalmi adatok és tapasztalatunk alapján ezért a fenti indikációkkal az utóresectio gyakoribb alkalmazását javasolhatjuk.

Irodalom:

1. Heney NM, Nocks BN, Daly JJ: Ta and T1 bladder cancer: Location recurrence and progression. *Brit. J. Urol.* 54:152, 1982
2. Lutzeyer W, Rübber H, Dahm H: Prognostic parameters in superficial bladder cancer: An analysis of 315 cases. *J. Urol.* 127:250, 1982
3. Huland H, Otto U, Droese M: Long term mytomycin instillation after transurethral resection of superficial bladder carcinoma: Influence, on recurrence, progression and survival. *J. Urol.* 132:27, 1984
4. Huland E, Huland H, Schneider AW: Quantitative immunocytology in the management of patients with superficial bladder carcinoma. A marker to identify patients who not require prophylaxis. *J. Urol.* 144:637, 1990

5. Romics I (szerk): A hólyagdaganatok kezelése. Akadémiai Kiadó, 1995
6. Kolozy Z: Histopathological „self control” in transurethral resection of bladder tumors. *Br. J. Urol.* 67:162-164, 1991
7. Klan R, Loy V, Huland H: Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patients with stage T1 transitional cell carcinoma of bladder. *J. Urol.* 146:316-318, 1991
8. Schmidbauer J, Witjes F, Schmeller N: Improves detection of urothelial carcinoma in situ with hexaminolevulinat fluorescense cystoscopy. *J. Urol.* 171:135-138, 2004
9. Loening S, Slymen D, Narayana A: Analysis of bladder tumor recurrence in 178 patients. *Urology* 16:137, 1980
10. Vogeli TA, Grimm M, Ackermann R: Prospective study for quality

control of TUR of bladder tumor by routine 2nd TUR. J. Urol. Suppl. 159(143):Abstr 543, 1998

11. Mersdorf A, Brauers A, Wolff J: 2nd TUR for superficial bladder cancer – a must? J. Urol. Suppl. 159(143):Abstr 542, 1998

12. Hautmann RE, Miller K, Steiner U: The ileal neobladder: 6 years experience with more than 200 patients. J. Urol. 150:40, 1993

13. Szűcs M, Romics I: Az utóresectio helye a felületes hólyagdaganatok kezelésében. Magyar Onkológia 49. 35. 85. 2005

14. Brauers A, Buettner R, Jakse G: Second resection and prognosis of primary high risk superficial bladder cancer: Is cystectomy often too early? J. Urol. 165:808-810, 2001

15. Herr HW: High risk superficial bladder cancer: Transurethral resection alone in resected patients with T1 tumor. Semin. Urol. Oncol. 15:142, 1997

16. Brake M, Loertzer H, Horsch R: Recurrence and progression of stage T1, grade 3 transitional cell carcinoma of the bladder following intravesical immunotherapy with bacillus Calmette-Guerin. J. Urol. 163:1697, 2000

17. Stoecke M, Alkem P, Engelmann U: Radical cystectomy – often too late. Eur. Urol. 13:361, 1987



In memoriam *dr. Rózsa László*

2005 decemberében súlyos betegségben és hosszú szenvedés után elhunyt dr. Rózsa László, az Urológiai Klinika nyugalmazott adjunktusa.

Rózsa László a somogyi Alsómocsoládon született, a Budapesti Orvosegyetemen végezte tanulmányait. Rövid vidéki sebészi-traumatológiai gyakorlat után került az Urológiai Klinikára.

Hosszú ideig dolgozott Algírban. Ott kiváló műtéti gyakorlatot szerzett, melyet a későbbiekben a klinikán is kamatoztatott.

Évtizedeken keresztül részt vett a klinika oktatómunkájában is.

Kiváló gégeész testvérbátyja évekkal ezelőtti halála lélekben igen megrendítette, de egészségét több baj is kikezdte.

Legutóbb, a klinika 85. évfordulójára küldött meghívást egészségi állapota miatt csak telefonon keresztül tudta megköszönni, és szeretettel emlékezett meg a klinikáról és munkatársairól, már kissé fátyolos hangon.

A miénk is halkabb lett...

Isten veled Lacus!

Romics Imre dr.

Szervmegtartó műtétek vesedaganat esetén

Kardos Péter dr., Holman Endre dr.¹, Páczelt András dr., Határ András dr., Varga József dr.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza, Urológiai Osztály

¹Semmelweis Kórház Kiskunhalas, Urológiai Osztály

Osztályunkon az elmúlt években jelentősen növekedett a vesedaganat miatt operált betegek száma. Ezen belül fokozatosan egyre nagyobb szerepet kaptak a szervmegtartó műtétek. Retrospektív elemzésünk fókuszába ezen eseteket állítottuk. Célunk a szervmegtartó műtétek előnyeinek, hátrányainak, tapasztalatainak elemzése, az eddig elvégzett műtétek tanulságainak levonása volt.

Az elmúlt öt évben vesetumor miatt 202 nephrectomia mellett 19 veseresectiót végeztünk, 14 betegnél elektív indikáció alapján, egy alkalommal laparoscopos módszerrel. A betegek követése során egy esetben fordult elő recidíva, mely esetben nephrectomiára került sor. A posztoperatív szakban egy alkalommal konzervatív terápiára nem szűnő haematuria jelentkezett, amelyet szuperszelektív embolizációval oldottunk meg.

Ez alapján azt mondhatjuk, hogy biztonsággal végezhetjük a resectiós műtéteket, mivel a műtét szövődmény- és recidivarátója alacsony, emellett a modern diagnosztikai eszközök biztosítják a pontos preoperatív diagnosztika és a biztonságos utánkövetés lehetőségét.

Kulcsszavak: vesedaganat, szervmegtartó műtétek

The nephron-sparing technique of kidney tumours

The number of patients operated with kidney tumours considerably increased in the past in our hospital. The incidence of nephron-sparing technique planed on increasing role of these cases. The present retrospective analysis focuses on these nephron-sparing technique. Our goal was to explore the advantages and disadvantages of this procedure, and to draw conclusions that would benefit for the future practice. In addition to the 202 nephrectomies, 19 kidney resections were performed in the last five years in patients with kidney tumour. Fourteen of these were based on elective indication. In one instance laparoscopic procedure was performed. As a result of diagnosing recidiv tumor in one case during the follow-up, we performed nephrectomy. In an other case haematuria occurred in the postoperativ period, which could not be managed by conservative methods. Therefore we performed superselective embolisation. We conclude that because of the availability of modern diagnostic tools, which enable early diagnoses of kidney tumours and accurate follow-up, the low rate of complications and recurrences, the nephron-sparing technique is safe procedure and it became the standard method in case of small renal tumours.

Key-words: kidney tumour, nephron-sparing surgery

Bevezetés

A diagnosztika (UH, CT, MRI, PET, cytologia, histologia), valamint a műtéti technika és műszerezettség fejlődése a vesedaganatok eltávolításában lehetővé tette egyre több szervmegtartó műtét végzését. Az elmúlt évtizedekben vesedaganatok esetén részleges veseeltávolítás elsősorban imperatív indikáció alapján történt, kétoldali tumor, szoliter vese vagy rossz vesefunkció esetén. Napjainkra az elektív indikáció bővülése miatt növekedett a szerv-

megtartó műtétek száma (1). Így ép ellenoldali vese mellett is a maximum 4 (egyes szerzők szerint 5) cm átmérőjű, főleg a pólusokon vagy margolateralisan elhelyezkedő vesedaganatok pólus- vagy ékresectióval eltávolíthatók (2-5).

Módszerek

A műtét során kirekesztjük a vesét a keringésből, majd a szöveti határok biztos hisztológiai megítélhetősége érdekében szikével a daganat makroszkópos szélétől 5-7 mm-re el-

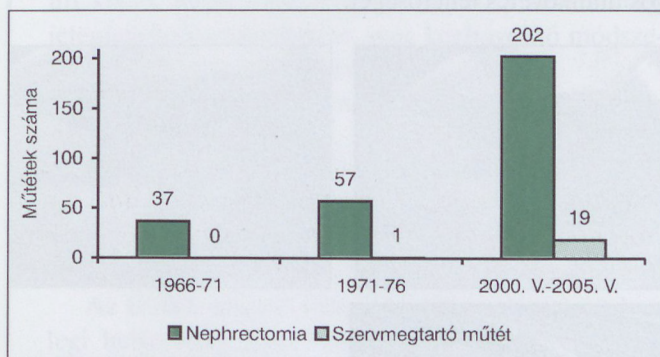
végezzük a resectiót, és ezt hosszanti rámetéssel ellenőrizük. Lokális varrattal, esetleg spray koagulációval csillapítjuk a vérzéseket. Üregrendszer megnyílása esetén azt zárjuk. A szövethiányt a hasfalból kimetszett izomnyalábbal, laparoscopos műtétnél Spongostannal fedjük és csomós öltésekkel zárjuk. Egy alkalommal a daganat és így a resecált állomány kis mérete miatt elhagytuk az izommal történő borítást. (1. ábra)

A betegek szoros követését két éven át 3 havonta végzett kontroll (UH, labor), félévente, majd évente történő CT és mellkasröntgen jelenti.

Eredmények

Áttekintettük az elmúlt öt évben vesedaganat miatt végzett szervmegtartó műtéteinket, retrospektív elemzéseket végeztünk az életkor, oldaliság, elhelyezkedés, peroperatív szövődmények, recidiva szempontjaiból.

Osztályunkon 1966-1971 között 37, 1971-től 1976-ig 57 vesetumor miatti nephrectomiát végeztünk. Az utóbbi öt évet számítva ez megnégyszereződött. Az 1966-1976 közötti tíz évben egy alkalommal végeztünk tumorresectiót. A 2000 júliusától 2005 júliusáig terjedő időszakban 202 nephrectomia történt, emellett 19 esetben szervmegtartó műtétet végeztünk, egy alkalommal laparoscopos módszerrel (1. ábra).



1. ábra
Nephrectomia és szervmegtartó műtétek aránya osztályunkon

A nemzetközi irodalmi adatok szerint a betegség incidenciája világszerte emelkedik, és nő a fiatalabb életkorban felfedezett vesedaganatok száma (1-3). A mi betegeink átlagéletkorában ez kevésbé mutatkozik meg, míg bár a 60 év alatti korosztály aránya növekedett, addig az idős, 80 év feletti betegeké is. A resectió csoport átlagéletkora alacsonyabb (1. táblázat).

1. táblázat

	1966-1976 (94 nephrectomia)	2000. V.-2005. V. (202 nephrectomia)	2000. V.-2005. V. (19 resectio, 1 laparoscopia)
-30 éves	2 beteg	3 beteg	2 beteg
31-40 éves	3 beteg	10 beteg	1 beteg
41-50 éves	10 beteg	23 beteg	4 beteg
51-60 éves	21 beteg	45 beteg	5 beteg
61-70 éves	32 beteg	61 beteg	5 beteg
71-80 éves	25 beteg	53 beteg	2 beteg
81- éves	1 beteg	7 beteg	0 beteg
Átlagéletkor	62	61	54

13 esetben panaszmentes betegnél, mellékletként derült fény a daganatra. 14 betegnél elektív indikációval végeztük a resectió műtéteket. Imperatív indikáció (5 eset) hátterében afunkcionális ellenoldali vese (1), szoliter vese (1), kétoldali tumor (3) szerepelt.

Az elektív műtéteknél a posztoperatív szak 13 betegnél eseménytelenül telt. Egy alkalommal konzervatív terápiára nem szűnő posztoperatív haematuria jelentkezett, amelyet az ilyen esetben legeredményesebben alkalmazható (6, 7) szuperszelektív embolizációval oldottunk meg. Recidiva egy esetben volt, egy évvel a műtét után, annak ellenére, hogy a primer műtét histológiai vizsgálata a resectió vonalat daganatmentesnek találta. A beteg kérésének megfelelően nephrectomiát végeztünk. Az 1 cm nagyságú recidiva szövettanilag megegyezett a resecált daganattal. A többi betegnél az utánkötések során a kontroll CT- és UH-vizsgálatok negatívak voltak, csupán hegyszövet látható a vese resecált felületén.

A szövettani feldolgozás két esetben benignus elváltozást mutatott. Az első esetben a CT atípusos cystát, az aspirációs cytologia carcinoma gyanúját írta le, ezért elvégeztük a resectiót, végül a szövettani vizsgálat egyszerű cystát állapított meg. A második betegnél az UH és CT malignus térfoglaló folyamatot írt le, az angiographia nem mutatott malignus érszerkezetet, végül mind az intraoperatív fagyasztásos, mind a végleges szövettani feldolgozás chromophob sejtes adenomát diagnosztizált.

Bizonytalan, nem egyértelmű vagy ellentmondó CT/MR leletek miatt öt betegnél UH-vezérelt aspirációs cytologia történt, de az egy álpozitív és egy álnegatív eredmény a vizsgálat hasznosságát megkérdőjelezi. Az álnegatív esetben a cytologia benignus tumort – angiomyolipomát – írt le, de a terime gyors növekedése miatt elvégeztük a műtétet, és a szövettani feldolgozás végül carcinomát mutatott.

A műtéti adatok közül kiemelhető, hogy hilsleszorítást 16 esetben végeztünk, az átlagos ischaemiás idő 14 percre, a leghosszabb 22 percre tartott. Kisméretű, felszínes, könnyen resecálható daganat esetén (3 eset) eltekintettünk a vese kirekesztésétől. A tumorméret elektív műtéteknél 1-4 cm közötti, imperatív műtétnél maximum 6 cm volt. Intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálatot egy

betegnél végeztünk, amelynek megbízhatóságát a szövethatárok megítélésében *Duvdevani* és munkatársai megkérdőjelezik (8).

Összefoglalás

A vesetumor-resectio esetén – azon nyilvánvaló előnye mellett, hogy veseszövetet mentünk meg – az irodalom szerint a daganatmentes túlélés azonos a radikális nephrectomiával (9, 10), alacsony az operatív morbiditás (5), jó az onkológiai kontroll lehetősége (jól monitorozható: UH, CT) (5) és laparoscopos módszerrel is elvégezhető. Laparoscopos műtét esetén rövidebb rehabilitáció, kisebb posztoperatív fájdalom, viszont hosszabb meleg ischaemiás idő, több intra- és posztoperatív komplikáció jellemző (10-13).

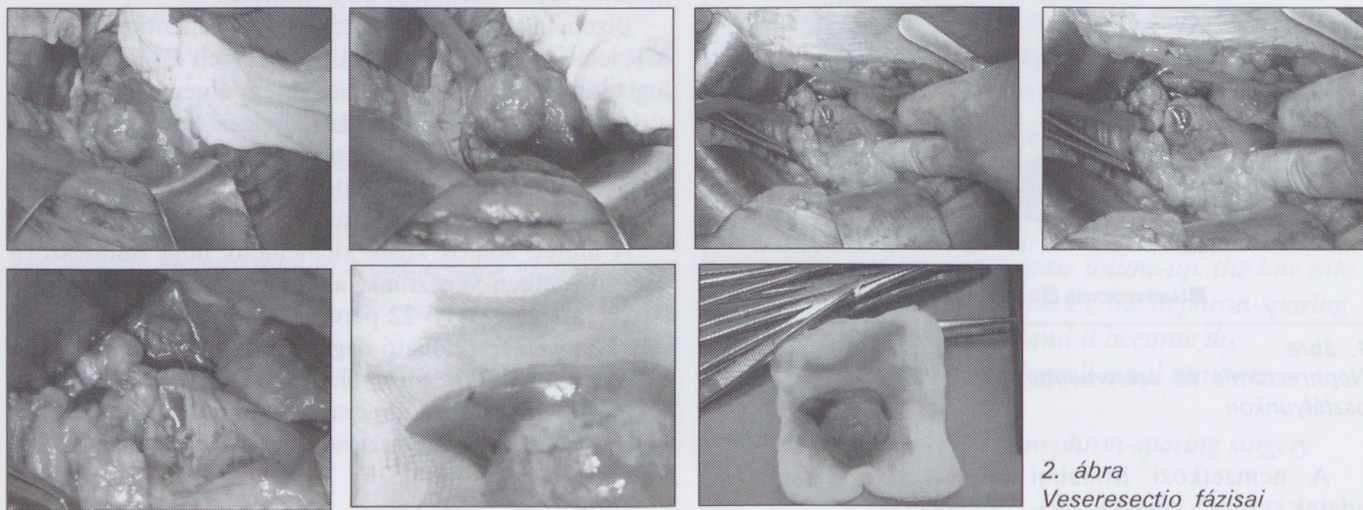
Az UH és CT terjedésével egyre gyakrabban fedezünk fel mellékleteként panaszokat nem okozó, kisméretű daganatokat. A kisebb tumormérettel szignifikánsan nő az alacsony malignitású tumorok és a benignus elváltozások aránya, így a veseresectio terjedése csökkenti a feleslegesen végzett radikális nephrectomiák arányát (14, 15).

A tumorresectio hátránya, hogy nehezebben kivitelezhető, időigényesebb és nagyobb a vérzés veszélye (5, 7). A műtét során a vese kirekesztésekor csak az artériát lefogva kisebb a vérzés, mint teljes hilusleszorításnál, de lumbalis feltárásból ez technikailag nehezebb és fokozott kockázat-

tal jár. Osztályunkon két alkalommal izoláltan az artériát, a többi esetben puha klammerrel teljes hilusleszorítást alkalmaztunk. Harminc percen belüli ischaemiás időnél nincs szükség a vese hűtésére (16). A resectio elvben végezhető szikével, elektromos vagy UH-s késsel, water jettel, lézerrel, fagyasztással. Utóbbiak lényeges hátránya, hogy a resectiós szél károsodása miatt a pontos histologia nem lehetséges. Több szerző a minimálisan szükséges ép resectiós szél tekintetében egyre kevésbé radikális (17). Véleményünk szerint minimum 2 mm-es ép szövet elegendő, a gyakorlatban a daganat makroszkópos szélétől 5-7 mm-re resecálunk. Az üregrendszer nagyobb megnyílása esetén JJ-stent alkalmazható, osztályunkon ez nem vált szükségessé.

Szervmegtartó műtétet 19 esetben (9,4%) végeztünk, 14 betegnél elektív indikáció alapján. A betegek követése során recidiva egy esetben fordult elő. A rendszeres kontroll mellett ezt időben észleltük és nephrectomiát végeztünk. A posztoperatív szakban egy betegnél jelentkezett konzervatív terápiára nem szűnő haematuria, amelyet szu-perszelektív embolizációval oldottunk meg.

Ez alapján azt mondhatjuk, hogy biztonsággal végezhetjük a resectiós műtéteket, mivel a műtét szövődmény- és recidivarátája alacsony, és a modern vizsgáló eszközök biztosítják a pontos preoperatív diagnosztika és a biztonságos utánkötés lehetőségét.



2. ábra
Veseresectio fázisai

Irodalom:

- Lam JS, Shvarts O, Pantuck AJ: Changing concepts in the surgical management of renal cell carcinoma. *Eur. Urol.* 45:692-705, 2004
- Romics I: Az urológia tankönyve, pp. 137-139, 2004
- European Association of Urology: Guidelines on renal cell cancers 2005
- Drabik Gy, Tóth Cs: A jóindulatú vesedaganatok és kezelésük. *Magyar Urol.* 4:212-217, 2004
- Ljungberg B: Nephron sparing surgery - strategies for partial nephrectomy in renal cell carcinoma. *Scand. J. Surg.* 93:126-131, 2004

- Thomas J, Perabo FG, Bachmann R, Steiner G, Schild H, Muller SC: Superselective embolization of arterial bleeding as a late complication 3 months after nephron sparing surgery for renal cell carcinoma. *Sci. World J.* 4(Suppl), 2004
- Heye S, Maleux G, Van Poppel H, Oyen R, Wilms G: Hemorrhagic complications after nephron-sparing surgery: Angiographic diagnosis and management by transcatheter embolization. *Am. J. Roentgenol.* 184:1661-1664, 2005
- Duvdevani M, Laufer M, Kastin A, Ramon J: Is frozen section analysis in nephron sparing surgery necessary? A clinicopathological study of 301 cases. *J. Urol.* 173:385-387, 2005

9. Delakas D, Karyotis I, Cranadis A: Nephron-sparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: A European three-center experience. *Urology* 60:998-1002, 2002
10. Novick AC: Laparoscopic and partial nephrectomy. *Clin. Cancer Res.* 10:6322S-6327S, 2004
11. Gill IS, Matin SF, Novick AC: Comparative analysis of laparoscopic versus open partial nephrectomy for renal tumors in 200 patients. *J. Urol.* 170:64-68, 2003
12. Holman E, Fluskó T, Kovács G: Laparoscopos beavatkozások. In: Tóth Cs: *Urológia. Medicina, Budapest, 2005*
13. Fluskó T, Varga A, Tállai B és mtsai: Laparoszkoos műtéteinkkel szerzett kezdeti tapasztalataink. *Magyar Urol.* 15:195-202, 2003
14. Patard JJ, Tazi H, Bensalah K, Rodriguez A, Vincendau S, Rioux-Leclercq N, Guille F, Lobel B: The changing evolution of renal tumours: A single center experience over a two-decade period. *Eur. Urol.* 45:490-494, 2004
15. Frank I, Blute ML, Cheville JC, Lohse CM, Weaver AL, Zincke H: Solid renal tumors: An analysis of pathological features related to tumor size. *J. Urol.* 170:2233, 2003
16. Weise ES, Winfield HN: Laparoscopic partial nephrectomy. *J. Endourol.* 19:634-642, 2005
17. Akcetin Z, Zugar V, Engehausen DG: Does the distance to normal renal parenchyma (DTNRP) in nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma have an effect on survival? *Anticancer Res.* 25:1629-1632, 2005

Füvészkerti Urológus Napok 2005. november 19.

Vesekövesség – új megoldások, régi problémák

Az immáron hagyományossá váló urológus továbbképző előadássorozat nagy érdeklődés mellett rendezte meg 14. alkalommal a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája. Ezúttal az ülés fő témája a húgyúti kövek külső lökeshullámú (ESWL) kezelésének jelenlegi helyzetértékelése, más kőeltávolító módszerekkel való összevetése volt.

Bevezető előadásként *W. Hübner* professzor Ausztriából egy, bár ritka, de kezelésében annál nehezebb betegség, a férfi vizelettartási elégtelenség témakörével foglalkozott. Bemutatta saját fejlesztésű eszközét, mely a húgycső mellé mindkét oldalt behelyezett egy-egy felfújható ballon alkalmazását jelenti.

Az ESWL húgyúti kőkezelés magyarországi jelenlegi helyzetéről *Böszörményi-Nagy Géza*, a Korányi Sándor Kórház Urológiai Osztályának vezetője adott áttekintő értékelést. *Tóth Csaba*, a debreceni Urológiai Klinika tanszékvezetője a percutan kőbészlet eredményeinek birtokában értékelte az ESWL kezelést. Rámutatott az ESWL kezelés könnyebb és egyszerűbb voltából fakadó csapdákra és hangsúlyozta annak korlátait. Az ESWL megjelenésétől napjainkig a módszer kialakulásának fejlődését *Karsza Attila*, az Országos Gyógyintézeti Központ főorvosa ismertette.

A gyermekkori vesekövesség kórismézési buktatóiról, kezelési lehetőségeiről *Villányi Kinga*, a pécsi Urológiai Klinika adjunktusa számolt be. Elemezte a különböző kőeltávolítási módok hatékonyságát, és kiemelte az ESWL kezelés felnőttektől eltérő, jóval eredményesebb voltát. A beékelődött ureterkövek eltávolításának nehézségeit, az egyes módszerek alkalmazásának helyét és ezek kockázatait *Kovács András*, a Szent János Kórház urológus főorvosa foglalta össze. *Hamvas Antal*, klinikánk docense, a húgyúti kövességben szenvedő beteg teljes értékű, az előzményekre és a hosszú távú követésre is kiterjedő gyógykezelésének szükségességét emelte ki. Felhívta a figyelmet a bármely beavatkozásnál olcsóbb és kevésbé invazív megelőző lehetőségek kihasználására, a metafilaxiás jelenségére. A tudományos ülés záró előadásaként klinikánkról *Szűcs Miklós* adjunktus, a prosztatatarák csontáttéteinek kezelésében az urológus szakorvos által felírható gyógyszer, a Zometa® értékelésére vállalkozott.

A rendezvényt hangulatos népzenevel kísért fogadás zárta.

Nyirády Péter dr.

Tizenöt éve hunyt el prof. dr. Szendrői Zoltán

(1917. május 3.–1991. január 15.)



Prof. dr. Szendrői Zoltán 1941-1942 között a Tapolcai Közkórházban volt segédorvos a sebészeti osztályon, majd 1942-1943 között a Budapesti Egyetem Urológiai Klinikán díjtalan gyakornok. 1943-tól az I. Sebészeti Klinikán mint műtőnövendék dolgozott. 1944.

decemberében pesti lakását bombasérülés érte, ahonnan mint önéletrajzában írja „Kénytelen voltam családommal Lövé községbe települni, ahonnan mint üzemi orvost kényszerítettek Ausztriába kitelepülni. Mihelyt a lehetőség megvolt rá, 1945. októberében tértem vissza és részt vettem az I. Sebészeti Klinika újjáépítési munkálataiban, majd 1945. májusától kezdve ismét az Urológiai Klinikán dolgoztam.”

Szakvizsgát sebészetből 1946-ban, urológiából 1947-ben szerzett.

1956-ban orvostudományok kandidátusa, 1964-ben – fiatalon, 47 éves korában – az orvostudományok doktora minősítést nyerte el.

Prof. Babics Antal 1971-ben írt működési bizonyítványában így jellemzi: „Általános műveltsége nagyon jó, elméleti ismeretei és olvasottsága túlterjednek szakmája területén. Nagyon jó előadó, világos, logikus előadásait az orvostanhallgatók is mindig nagy érdeklődéssel hallgatják. Több mint 100 tudományos munkája és két társszerzővel (Balogh) megírt nagy monográfiája jelent meg angol, illetve egyik német nyelven is, melyeknek igen jó külföldi visszhangjuk van. A felsoroltak igen tömören jelzik, hogy Dr. Szendrői Zoltán tanszékvezető egyetemi állásra érett és alkalmas szakorvos.”

Hosszú évekig a hazai Urológus és Nephrológus Társaság főtítkára. Alapítója, majd 1968-tól 21 éven keresztül főszerkesztője az *International Urology and Nephrology* című folyóiratnak, az első angol nyelvű, magyar szerkesztésű szakmai folyóiratnak, mely az Elsevier Kiadó gondozásában jelent meg. Az *International Urology and Nephrology* ma is az egyik legtöbbet citált hazai lap.

1973-tól 1982-ig dolgozott a Székesfehérvári Megyei Kórház Urológiai Osztályán. Jövedele előtt az urológiai betegellátást a megyében egy szakorvos három ágyon végezte. Ottani pályafutása alatt önálló urológiai osztályt létesített 30 ágygal, speciális szakrendelésekkel. A kórház vezetése tudományos élet szervezésével bízta meg, munkatársai és betegei körében nagy megbecsülésnek örvendett. Ezt később a kórház az 1998-ban posthumus adományozott – Fejér Megyei Szent György Kórház – emléklappal fejezte ki.

Pályafutása alatt több mint 200 közleményt és két monográfiát írt, számos külföldi társaságnak volt tiszteletbeli tagja. A Magyar Urológus Társaság Prof. Illyés Géza Emlékéremmel tüntette ki.

A '80-90-es években neve az urológiai klinikai tevékenységén, kiváló kommunikatív készségén és nyelvtudásán – nem utolsósorban az általa szerkesztett lapon – keresztül mindenütt ismert volt.

Szendrői, „Szcendrői” néven még a mai napig vannak, akik külföldön emlékeznek rá.

Mi, akiknek itthon még volt alkalmunk ismerni, tisztelettel gondolunk rá és őrizzük emlékét.

Romics Imre dr.

...hogy az értékes pillanatok
tovább tartsanak

ÚJ INDIKÁCIÓ:
GEMZAR-TAXOL KOMBINÁCIÓJA
METASZTATIKUS EMLŐRÁK ELSŐ
VONALI KEZELÉSÉBEN

GEM-0601-06

Hatóanyag: 200 mg, ill 1 g gemcitabin. Javallat: lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos nem-kissejtes tüdőkarcinóma (monoterápiában vagy cisplatinnal kombinálva), lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos hasnyálmirigy adenocarcinoma, húgyhólyag karcinóma (monoterápiában vagy cisplatinnal kombinálva). Gemcitabine alkalmazása javallt paclitaxellel kombinálva olyan inoperábilis, lokálisan recidiváló vagy metasztázisos emlő karcinóma esetében, mely kiújult az adjuváns ill. neoadjuváns (anthracyclint tartalmazó) kemoterápiát követően. Gemcitabin alkalmazása javallt karboplatinval kombinálva olyan recidiváló epitheliális ovarum karcinóma kezelésére, mely megelőző platina alapú kezelést követően legalább hat hónap múlva kiújult. Kizárólag intravénásan alkalmazható. Mellékhatások: anaemia, leukopenia, thrombocytopenia vagy thrombocythaemia, hányinger, hányás, enyhe proteinuria és haematuria, allergiás reakciók, influenzára emlékeztető tünetegyüttes, légzőrendszeri tünetek, ritkán HUS. Ellenjavallatok: a gyógyszerrel szembeni túlérzékenység, terhesség, szoptatás.

Figyelmeztetés: a kezelés során rendszeres vérkép-, máj-, és vesefunkció ellenőrzés szükséges.

Megjegyzés: vényre kiadható, fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező szakambulancián alkalmazható gyógyszer (II. csoport).

További információ és a teljes alkalmazási előírás beszerezhető a Lilly Hungária Kft-től: 1075 Budapest, Madách I. utca 13-14. Tel.: 328 5100. www.lilly.hu

Fogy. ár: Gemzar 1 g por injekcióhoz 1x 36 259 Ft, Gemzar 200 mg por injekcióhoz 1x 8217 Ft

Az alkalmazási előírás jóváhagyásának dátuma: 1996/2003.03.


GEMZAR[®]
gemcitabine HCl

...hogy az értékes pillanatok
tovább tartsanak



GEM-0601-05

Hatóanyag: 200 mg, ill. 1 g gemcitabin. Javallat: lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos nem-kissejtes tüdőkarcinóma (monoterápiában vagy cisplatinnal kombinálva), lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos hasnyálmirigy adenocarcinoma, húgyhólyag karcinóma (monoterápiában vagy cisplatinnal kombinálva). Gemcitabine alkalmazása javallt paclitaxellel kombinálva olyan inoperábilis, lokálisan recidiváló vagy metasztázisos emlő karcinóma esetében, mely kiújult az adjuváns ill. neoadjuváns (anthracyclint tartalmazó) kemoterápiát követően. Gemcitabin alkalmazása javallt karboplatinval kombinálva olyan recidiváló epitheliális ovaroum karcinóma kezelésére, mely megelőző platina alapú kezelést követően legalább hat hónap múlva kiújult. Kizárólag intravenásan alkalmazható. Mellékhatások: anaemia, leukopenia, thrombocytopenia vagy thrombocythaemia, hányinger, hányás, enyhe proteinuria és haematuria, allergiás reakciók, influenzára emlékeztető tünetegyüttes, légzőrendszeri tünetek, ritkán HUS. Ellenjavallatok: a gyógyszerrel szembeni túlérzékenység, terhesség, szoptatás.

Figyelmeztetés: a kezelés során rendszeres vérkép-, máj-, és vesefunkció ellenőrzés szükséges.

Megjegyzés: vényre kiadható, fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező szakambulancián alkalmazható gyógyszer (II. csoport).

További információ és a teljes alkalmazási előírás beszerezhető a Lilly Hungária Kft-től: 1075 Budapest, Madách I. utca 13-14. Tel.: 328 5100. www.lilly.hu

Fogy. ár: Gemzar 1 g por injekcióhoz 1x 36 259 Ft, Gemzar 200 mg por injekcióhoz 1x 8217 Ft

Az alkalmazási előírás jóváhagyásának dátuma: 1996/2003.03.

Lilly

Beszámoló az Európai Urológus Társaság Onkológiai Kongresszusáról

Brüsszel, 2006. január 13-15.

Idén a belga főváros adott helyet az ESOU (European Society of Oncological Urology) 3. kongresszusának. A nívós rendezvényt ezúttal is nagy érdeklődés kísérte, amit a közel 500 regisztrált résztvevő száma is igazolt.

A háromnapos kongresszus során a szakma nemzetközileg elismert szakértői az urológiai daganatokkal kapcsolatos legújabb eredményeket, szemléleteket ismertették.

Az első napon több helyszínről párhuzamosan közvetített, élő műtéti bemutatók zajlottak, melyek mottója: „Nyílt vagy laparoscopos beavatkozás?” volt. Egy időben nézhettük végig a radikális prostatectomia két módját: a nyílt műtetet (*F. Montorsi*) és a robot-asszisztált laparoscopos technikát (*R. Gaston*). Az élő közvetítés kapcsán a közönségnek lehetősége volt kérdések, észrevételek megtételére is. Hasonló összehasonlítást kínált a laparoscopos (*R. Bollens*) és a nyílt vesetumor-resectio (*van Poppel*). Gyakorlott kezekben a két beavatkozás ideje között nem volt döntő eltérés.

A műtéteket követően másnap reggel az első előadás keretében patológus értékelte a szövettani preparátumokat.

Hosszasabb figyelmet igényelt a laparoscopos cystectomy követése (*R. Bossels*). A vizeletdeviáció módja orthotopikus hólyagképzés volt, amelynek kialakítása már a közvetítési időn túlra esett.

Az első nap délutánján a látottakat az irodalmi adatok felhasználásával összegezték, részletezve azok ismert előnyeit és buktatóit.

A második nap a here- és vesedaganatok kezelésének újdonságairól hallhattunk.

Új, a konvencionális szemléletű onkológiai gondolkodás számára több mint szokatlan irányzatot, a heretumor esetén történő szervmegőrző sebészetet mutatta be *P. Albert* (Kassel). Szoliter, a here állományának kevesebb, mint 30%-át elfoglaló daganatok esetén 73 betegnél alkalmazták az eljárást. További előfeltétel volt a normális szérumszteron-szint. A resectio alapja az a megfigyelés volt, hogy a tumorok jórésze UH-val is jól látható tokkal különül el az ép parenchymától. A műtét során az inguinalis metszésből kibuktatott heretumor albugineáján a kidomborodó tumort tussal jelölték be, bipoláris csipeszszel, ollóval resecálták, majd a kimetszést követően tovaftató varrattal zárták. A műtét után kiegészítő sugárkezelést végeztek. Négy esetben észleltek helyi kiújulást, az esetek 85%-ában nem kellett a későbbiekben hormonszubsztitúciót alkalmazni.

Nem szolgált hasonló újdonsággal *A. Heidenreich* (Cologne) előadása, aki az I. stádiumú non-seminomák esetén végzendő RLA vagy gyógyszeres kezelés lehetőségeit elemezte. A különböző kockázati csoportú tumorok értékelésénél kiemelte az érbetörés fontosságát, a kemoterápia esetleges késői szövödményeinek figyelembevételével megemlítette a dózisredukció lehetőségét. Különösen ezen daganatok relapszusainak kimutatásában találta értékesnek a PET CT szerepét.

Talán változás következik be a kisméretű vesetumorok kezelésében? – vetődött fel a kérdés a következő szekcióban. Az egyre több incidentálisan felfedezett tumor kapcsán újra előkerült az „adenoma” fogalma. Abból az elképzelésből kiindulva, hogy a 3 cm alatti vesetumorok alig metasztatizálnak, egy csoportban a daganatot csak megfigyelték. Ha a szoros kontroll során a növekedés miatt a malignitás bizonyítására volt szükség, biopsziát vettek. A késői eredményesség megítélésére még nem volt lehetőség. Csak kevésbé tűnt elvontnak a radiofrekvenciás és a kriosebészetről szóló előadás.

A harmadik nap témája a prosztaták volt. A diagnosztikai előadásokban svéd és amerikai tapasztalatok alapján egyre nyilvánvalóbban kirajzolódni látszik, hogy a PSA szerepe inkább a kezelés követésében, mint kimutatásában elsődleges. Míg a 80-as években a PSA-szint meghatározása volt az urológia nagy vívmánya a prosztaták kezelése során, addig a 90-es években már finomítanunk kellett: az össz-PSA értékét free PSA-ra és komplex PSA-ra kell osztani a pontosabb diagnózis érdekében. A jelen álláspont szerint a free PSA további finomítására van szükség, így BPSA, proPSA és iPSA frakciókra kell osztani. Ezek közül a proPSA értéke hasznos a prostata daganat diagnosztizálásának felállítására.

A lokalizált prosztaták kezeléséről szóló fejezetben ismét érdekes előadást hallhattunk az alacsony rizikójú daganatok követésének tapasztalatairól, kiemelve a PSA-duplázódási idő jelentőségét. A sugár- és műtéti kezeléseik indikációjában, kivitelezésében áttörő újdonságnak számító adatok nem hangzottak el, a prostatadaganat HIFU kezelésének a módszer hatékonyságának ellenőrzése szabhat határt a jövőben.

Az évenként rendezett ESOU idén is színvonalas előadásokkal, kiválóan szervezve zajlott le.

Szűcs Miklós dr., Keszthelyi Attila dr.

FUN 15. – UROFARSANG

2006. február 24-25.

2006. február 24. péntek

- 8.00-10.00 **Regisztráció**
- 10.00 Megnyitó: *Romics Imre*
- 10.10-11.45 Újabb eredmények az urológiában
Üléselnök: *Romics Imre, Kelemen Zsolt*
- 10.10-10.35 Experiences on 1000 retropubical radical prostatectomy
Darko Kröpfl (Essen)
- 10.35-11.00 Kísérletes húgysavkőképződés és ennek gyakorlati hasznosítása a megelőzésben
Valanszky László (Kassa)
- 11.00-11.25 A laparoszkópia oktatása
Hoznek András (Párizs)
- 11.25-11.45 **Kávészünet**
- 11.45-12.15 Színház és történelem
Szörényi Levente
Bemutatója: *Romics Imre*
- 12.30-13.30 **Ebéd**
- 13.30-14.30 Bécs bemutatkozik
Üléselnök: *Romics Imre*
- 13.30-13.50 Nephron-sparing renal surgery
Michael Rauchenwald (Bécs)
- 13.50-14.10 Radical perineal prostatectomy
Walter Stackl (Bécs)
- 14.10-14.30 Therapy of complicated ureteral stenosis
Otmar Zechner (Bécs)
- 14.30-15.00 **Kávészünet**
- 15.00-16.00 A hiperaktív hólyag – Astellas szimpózium
Üléselnök: *Hamvas Antal*
A hólyag-hiperaktivitás
Simon Zsolt
Új perspektíva a hiperaktív hólyag kezelésében
Francois Haab (Párizs)
A Vesicare bevezetése Magyarországon
Milák Mária

- 16.00-16.20 Tünetzegény vesegennyedések – diagnosztika, terápia
Pajor László (SZTE Urológiai Tanszék)
- 16.20-16.50 E. Lilly szimpózium
PDE5 gátlók hatékonyságának változó szemlélete
Romics Imre
Gemzar® a húgyhólyag daganatainak kezelésében
Géczi Lajos (Országos Onkológiai Intézet)
- 16.50-17.10 Percutaneous litholapaxy – The way we got experienced (1986) (PCNL – Göröngyös utunk a sikerig)
Tankó Attila

2006. február 25. szombat

- Aktualitások az urológiai gyakorlatban
Üléselnök: *Pajor László*
- 8.30-8.45 Aktualitások az urológia finanszírozásában
Fábos Zoltán
- 8.45-9.15 Előrehaladott prosztatarák genetikája és kezelési lehetőségei
Pintér Olivér (SZTE Urológiai Tanszék)
Novartis
- 9.15-9.45 Evidence based fitoterápia prosztatabetegségekben
Hamvas Antal
Berlin Chemie
- 9.45-10.00 **Kávészünet**
- 10.00-12.00 Érdekes esetek, diagnosztikai problémák
Poszter bemutatások (5 perc, 3 dia)
Üléselnök: *Tóth Csaba, Répássy Dénes*
- 12.00-13.00 Tesztírás, értékelés

Poszter és előadás absztraktok

1 VESETUMOR MIATT VÉGZETT RADIKÁLIS NEPHRECTOMIA ÉS CAVA INFERIOR THROMBECTOMIA

Szendrői A.¹, Nagy Z.², Pánovics J.¹,
Harsányi L.², Szűcs M.¹, Romics I.¹
Simmelweis Egyetem ¹Urológiai Klinika,
²I. Sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Cél: A klinikánkon kezelt vena cava thrombussal szövődött vesedaganatos betegek anyagának feldolgozása.

Módszer: 1998 és 2005 között a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikán 11 vesetumoros beteget operáltak, akiknél az alapbetegség vena renalis és vena cava inferior tumoros thrombosisával szövődött. A praeeoperatív tüneteket, az alkalmazott műtéti megoldásokat, a tumorok stádium-beosztását és a postoperatív kezelést részletes táblázatokban ismertetik.

Eredmények: A tumorméret átlagosan 100 mm, a cava thrombus hossza 58 mm, a szövettani lelet 9 esetben konvencionális vesesejtes rák volt. A műtéti idő 4 óra 3 perc, a cava kirekesztés 14 perc. 1300 ml vérvesztéséget mértek, amit 4,3 E vvt concentratum adásával pótoltak. Intraoperatív szövödményként 2 kisebb cava vérzés, 1 uretersérülés, 1 májsérülés és 2 esetben tüdőembolia okozta mors in tabula kerül ismertetésre. Öt betegük jelenleg is él, az időközben elhunyt 4 beteg túlélési ideje 26,5 hónap volt.

Következtetések: Urológus és érsebész együttes tevékenysége jelentős mértékben javítja ennek a nagy kockázatú betegcsoportnak a sikeres műtéti kezelését és túlélési eredményeit.

2 N-ACETILTRANSZFERÁZ-2 GENOTÍPUS HÓLYAGTUMOROS BETEGEINKBEN

Bánfi G.¹, Golka K.², Angeli-Greaves M.²,
Dannappel D.², Romics I.¹
¹Simmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest;
²Dortmundi Egyetem Munkaegészségügyi
Intézet, Toxikológia, Dortmund

Bevezetés és célkitűzés: Az N-acetiltranszferáz-2 (NAT-2) ún. lassú acetilálású altípusa hajlamosító tényező lehet hólyagtumor kialakulása szempontjából a korábban karcinogén aromás aminok hatásának kitett betegekben. Némrégén publikált nyugat-európai vizsgálatok adatai szerint a lassú NAT-2 acetilálók aránya 50-60% a hólyagdaganatos

populációban az egészségesekhez viszonyítva, míg korábbi vizsgálatok ezt egyértelműen magasabbnak észlelték. Ugyanakkor Kelet-Európában és főleg Magyarországon nem ismertek ilyen adatok. Jelen vizsgálatunk célja a klinikán ellátott Budapest környéki hólyagdaganatos betegek lassú acetilálású NAT-2 állapotának meghatározása.

Betegek és módszer: 148, szövettani vizsgálattal igazolt hólyagdaganatos beteg NAT-2 genotípusát vizsgáltuk limfocitáik DNS-éből polimeráz láncreakció és restriktációs fragment-hosszúság meghatározásával. Így a gén kaukázusiakban lényeges 7 mutációját feltérképeztük.

Eredmények: A hólyagtumoros betegek genotípusának 55%-a mutatott lassú acetilálású gént a nyugat-európai vizsgálatok eredményéhez hasonlóan, vagyis az egész kaukázusi populációra jellemzően.

Következtetés: Ezen eredmény lehet a hólyagdaganat szempontjából erősen karcinogén aromás aminoknak (pl. benzidin) a kelet-európai iparból évtizedekkel ezelőtt történő kivonásának késői hatása.

3 EXTRÉM NAGY MÉRETŰ ÁTMENETI SEJTES MÁJTUMOR KOMPLEX ELLÁTÁSA

Domján Zs., Pap Szekeres J.¹, Svébis M.¹,
Szűcs M.², Jakab F.³, Szabó Z.
Bács-Kiskun Megyei Kórház,
Urológiai Osztály;
¹Sebészeti Osztály;
²Onkoradiológiai Központ;
³Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai
Kórháza, Sebészeti Osztály

56 éves férfinél 6 évvel ezelőtt hypernephroma miatt történt jobb oldali radikális nephrectomia, valamint felületes hólyagtumor miatt több alkalommal transurethralis resectio. Kontroll vizsgálatok során a máj jobb lebenyében 15 cm átmérőjű daganat igazolódott, ami sebészi exploratio során irresecabilisnak bizonyult, a tumorból végzett biopsiatum szövettani feldolgozása transitiocellularis daganatot igazolt. (A hólyagban ezzel egyidejűleg tumor nem volt kimutatható, egyéb helyen távoli metastasis nem volt igazolható.)

Onkológiai kezelés indult systemás kemoterápiával, ami után a tumor jelentős down-stagingje volt megfigyelhető a képalkotó vizsgálatok során. Ismételt sebészi exploratio során jobb oldali hepatobectomy történt a máj VII.-VIII.-IX. segmentumainak eltávolításával. A specimen szövettani vizsgálata a májban talált 2,5 cm-es idegen szövetben daganatot igazolni nem tudott. A beteg jelenleg

kielégítő általános állapotban onkológiai és urológiai gondozás alatt áll. A műtét óta mindössze két hónap telt el, ennek ellenére esetünket a távoli áttét mérete, a komplex ellátás jelentősége, illetve a kemoterápia átmeneti sejtés tumor esetén megfigyelhető hatékonysága miatt tartjuk ismertetésre érdemesnek.

AZONOS OLDALI KETTŐS IMPAKTÁLT URETERKÖVEK KEZELÉSE

4

*Farkas A., Lőrincz L., Berczi Cs.,
Salah A. Morshed, Tóth Cs.
Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen*

A szerzők az azonos oldali kettős impaktált ureterkövek kezelésének lehetőségeit ismertetik. 1995. január 1-2005. december 31. között 15 ilyen esetük volt. A betegek átlag életkora 65,5 év volt, melyek közül 8 nő, 7 férfi. A kövek jobb, illetve bal oldalon 8/7 arányban helyezkedtek el. A köveket minden esetben egy ülésben, ureterorenoszkópia (antegrad, retrograd URS) és/vagy percutan ureterolithotomia (PCUL) segítségével távolították el. A klinikán Holmium-YAG lézer nem volt elérhető a fenti periódusban. Négy esetben csak PCUL segítségével, URS nélkül sikerült teljes kőmentességet elérni. Két ilyen esetüket részletesen is ismertetik. Kilenc esetben a betegek a beavatkozás alatt 24 órára ureterkatétert, két esetben pedig dupla J katétert kaptak. A beavatkozások minden esetben teljes kőmentességet eredményeztek. Postoperatív vizeletes ázás miatt három esetben volt szükség kétételes dupla J katéter viselésére. Nyílt műtetre vagy akár laparoszkópos beavatkozásra nem került sor. Az átlagos utánkötési idő (12 beteg esetében) 46 hónap volt, melynek során húgyvezeték-szűkület nem alakult ki.

A szerzők kihangsúlyozzák a PCUL szerepét a kettős impaktált ureterkövek megoldásában akár primer – sikertelen ESWL kezelést követő – beavatkozásként is.

SZOLITER VESÉBEN VÉGZETT PERCUTAN NEPHROLITHOTOMIA

5

*Berczi Cs., Flaskó T., Varga A., Lőrincz L.,
Farkas A., Tóth Cs.
Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen*

Szerzők a szoliter vesében végzett percutan nephrolithotomiák eredményességét és szövődményeit vizsgálták.

A retrospektív tanulmányba összesen 26, olyan percutan vesekőeltávolításon átesett beteget vontak be, akik

szoliter vesével rendelkeztek. A betegek átlagéletkora 51 év volt. A vesekő mellett egyéb társult betegség az esetek 11,5%-ában volt jelen. A műtét előtti átlagos szérum kreatinin koncentráció 94 $\mu\text{mol/l}$ volt. A percutan nephrolithotomia előtt 8 beteg részesült ESWL kezelésben. A szerzők vizsgálták az operációval kapcsolatos szövődmények kialakulását, a residualis kövek gyakoriságát, valamint a műtétek és a postoperatív hospitalizáció időtartamát.

A percutan nephrolithotomia során 13 esetben egyszerű kőkiemelés, míg 13 betegben lokális kőzúzás is történt. Az eltávolított kövek átlagos nagysága $21,0 \pm 14,4$ mm volt. Komplex kő 12 esetben, multiplex kő 1 alkalommal, míg öntvénykő 5 betegben fordult elő. Az első műtétet követően residualis kő 2 betegben maradt vissza, s ezek újabb műtét során kerültek eltávolításra. Az átlagos műteti idő 37 ± 19 perc volt. A kőeltávolítást követően a kórházban eltöltött napok száma átlagosan $5,6 \pm 3,4$ nap volt. A műtétek során, illetve a postoperatív időszakban szövődmény nem lépett fel. Az utánkötési idő alatt recidív kő 2 betegben jelentkezett.

Összegzésül elmondhatjuk, hogy a percutan nephrolithotomia sikeresen és biztonságosan alkalmazható a szoliter vesés betegekben is. A műtétek során szövődmény nem alakult ki, és az esetek 92%-ában értek el kőmentességet az első műtét során. A műteti időtartam és a postoperatív ápolási idő hasonló a nem szoliter vesével rendelkező betegekéhez.

A LAPAROSZKÓPOS RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA RÖVID TÁVÚ EREDMÉNYEIT NEM BEFOLYÁSOLJA A MEGELŐZŐEN VÉGZETT TRANSURETHRALIS PROSZTATAMŰTÉT

6

*Laczkó I.^{1,2}, Chang M. Chris,
Moon Daniel², Eden G. Chris²
¹Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet,
Urológiai Osztály, Debrecen;
²The North Hampshire Hospital,
Urológiai Osztály, Basingstoke, UK*

Bevezetés: A laparoszkópos radikális prostatectomia (LRP) a szervre lokalizált prosztaták manapság széles körben elfogadott kezelési módja. A betegek jelentős része a laparoszkópos műtétet megelőzően transurethralis prostataresection (TURP) vagy hólyagnyak-bemetszésen (BNI) esik át.

Célkitűzés: Célunk az volt, hogy a laparoszkópos radikális prostatectomiás műteteinket elemezve megvizsgáljuk a transurethralis prostataműtétek hatását a laparoszkópos radikális prostatectomia rövid távú eredményeire.

Módszerek: 2001 márciusa és 2004 decembere között osztályunkon (Basingstoke, UK) 414 LRP műtét történt. Ezek közül 23 betegnek TURP vagy BNI műtete volt az

LRP-t megelőzően. A műtét előtti paramétereket és a műtét eredményeket hasonlítottuk össze a TURP, a BNI és a transurethralis prosztataaműtéten át nem esett betegek csoportjaiban.

Eredmények: A betegek 7%-a esett át transurethralis prosztataaműtéten az LRP-t megelőzően. Nem találtunk különbséget a három csoport között a kor, testsúly, preoperatív stádium, PSA és Gleason score tekintetében. A patológiai eredmények is hasonlóak voltak a sebészi szélek vonatkozásában. A műtét alatti vérvesztés, a hospitalizáció időtartama, a katéterezés időtartama, a műtét időtartama és a szövődmények aránya is hasonló volt a három csoportban. A műtét utáni inkontinencia és a merevedési zavar előfordulási aránya sem különbözött.

Következtetések: Összehasonlítva a transurethralis műtéten át nem esett betegekkel, a megelőző TURP vagy BNI műtéteknek nincs hatásuk a későbbi LRP rövid távú eredményeire. Azoknál a betegeknél, akiknél TURP vagy BNI műtétet végeztek, az LRP eredményes minimálisan invazív kezelési lehetőség a lokalizált prosztatarák gyógyításában.

RADIKÁLIS TRANSPERITONEALIS NEPHRECTOMIA LUMBALIS VESEDYSTOPIÁNÁL

Engert Z. V., Molnár I., Pánykó É., Varga L., Márkus E., Hajós Gy., Scheid S., Könyves K.

Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórháza, Urológiai-Sebészeti Osztály

Bevezetés: A renalis dystopia a vesék nem túl gyakori fejlődési variációja, 900 születésre jut egy lumbalis és 2800-ra egy sacralis. Ezeknél a betegeknél gyakrabban alakul ki húgyúti infekció és vesekövesség, valamint a dystop vese sérülékenyebb is. Számfeletti és rendellenes lefutású erek meglétével is számolni kell, ami komoly műtéttechnikai problémát okozhat. A daganatok gyakoribb előfordulását azonban nem észlelték!

Beteg és módszer: A 2005-ben végzett 49 daganatos veseeltávolítás közül csak egynél észleltünk dystopiát, a megelőző öt évben egy sem fordult elő. A műtét thoracoabdominalis transperitonealis behatolásból kivitelezett radikális nephrectomia volt lymphadenectomiával és appendectomiával.

Eredmény: A tumor T3aN0M0 stádiumúnak adódott, de mérete (mессze 7 cm felett), az érintett capsula adiposa, valamint a vesemedence felé történt terjedése miatt – az onkoteam javaslatára és az irodalmi adatok figyelembevételével – immun/kemoterápiát állítottunk be. Ezideig az utánkövetési idő háromnegyed év, a beteg jelenleg tünet- és panaszmentes. A kontroll vizsgálatok során normális laboratóriumi értékeket, negatív hasi CT, mellkasröntgen és csontizotóp leleteket kaptunk, recidiva nem mutatható ki.

EXTRAPERITONEALIS LAPAROSZKÓPOS RADIKÁLIS PROSTATECTOMIÁVAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Flaskó T., Tóth Gy., Morshed A. Salah, Lőrincz L., Csanádi G., Tóth Cs. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Urológiai Klinika

Bevezetés: A szervre lokalizált prosztatarák kezelésére egyre inkább terjed a laparoszkópos radikális prostatectomia.

Anyag és módszer: Klinikánkon 2005. december 31-ig 69 laparoszkópos prostatectomiát végeztünk extraperitonealis behatolásból. Az első 50 műtét tapasztalatait ismertettük.

Eredmények: Minden műtétet laparoszkóppal végeztünk el, konverzió nem volt. Az átlagos vérvesztés 370 ml; a transfúziós ráta 4% volt. Nem volt rectum-, bél-, ureter- és idegsérülés. Kisebb szövődmények: 1 haematoma, 1 sebfertőzés, 1 thrombophlebitis, 1 vizeletes ázás, 1 vizeletelakadás, 1 külső húgycsőnyílás-szűkület. Az átlagos műteti idő 265 perc volt. Az átlagos katéter-viselési idő 13 nap. A patológiai stádium rendre T2a: 50%, T2b: 28%, T3a: 11%, T3b: 11%. Port site metastasist nem észleltünk.

Következtetés: Az extraperitonealis laparoszkópos prostatectomia megbízható, reprodukálható módszer a lokalizált prosztatarák kezelésére.

LAPAROSCOPOS VESETUMOR-RESECTIOVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK HÚSZ ESET KAPCSÁN

Flaskó T., Tállai B., Szűcs M., Berczi Cs., Farkas A., Tóth Cs. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Urológiai Klinika

Szerzők 20, laparoscopos vesetumor-resectio esetét foglalják össze. A vesedaganatot laparoscopos eszközökkel, retroperitoneoscopos vagy transperitonealis behatolás során távolították el. Súlyos szövődményt nem észleltek, a posztoperatív időszak zavartalan volt. Ismertetik a műteti technikát, a nemzetközi irodalomra és tapasztalatokra támaszkodva körvonalazzák a műteti indikációkat. Kezdeti tapasztalataik alapján perifériás elhelyezkedű, 5 cm-nél nem nagyobb vesedaganatok biztonságosan eltávolíthatók laparoscopos úton.

10

**UROTHELIALIS CARCINOMA
RITKA ESETE (ESETBEMUTATÁS)***Szabó J., Csongvai Zs., Nagy B.
Székelyudvarhelyi Városi Kórház*

F.L. férfit betegnél 1986-ban bal oldali urothelialis carcinomát diagnosztizáltak, ezért bal oldali nephroureterectomia történt perimeatus cystectomiával. 2004-ben makroszkópos haematuria miatt jelentkezett. A cystoscopia a jobb oldali ureterből ürülő vézést igazolt, a beteget a marosvásárhelyi egyetemi klinikára irányítottuk. Itt jobb oldali anterográdf pyelográfiával a pyelonban elhelyezkedő daganatot mutattak ki. A beteget a székelyudvarhelyi kórházba irányították vissza, ahol megvolt a lehetőség a művesekezésre. A beteg általános állapota rossz volt, haematuria perzisztált. Jobb oldali nephroureterectomiát végeztünk és egy időben perinephreticus tályogot távolítottunk el. Tekintettel a beteg állapotára, nem végeztünk perimeatus cystectomiát. Betegünk 2005-ben ismétlődő makroszkópos haematuriával jelentkezett, ezért a teljes cystectomia mellett döntöttünk. A daganat ezúttal a visszamaradt ureterconokban volt. Következtetésül megállapíthatjuk, hogy egy igen ritka esettel állunk szemben, valamint azt, hogy a kórházunkban rendelkezésre álló műveseállomás lehetővé teszi az anephreticus betegek normálhoz közeli életvitelét.

11

**MIÉRT NEM GYÓGYUL
A MELLÉKHERE-GYULLADÁS?
(ESETBEMUTATÁS)***Nagy B., Csongvai Zs., Szabó J.
Székelyudvarhelyi Városi Kórház*

Betegünk 2001-ben többszörös bal oldali vesekövesség miatt bal oldali percutan nephrolithotomián esett át a marosvásárhelyi urológiai klinikán. A műtét után gyorsan fel-tisztuló makroszkópos haematuriát észleltünk, azonban ennek nem tulajdonítottunk különösebb jelentőséget. Betegünk nem jelentkezett műtét utáni ellenőrzésre. Legközelebb 2005 márciusában jelentkezett bal oldali mellékhere-gyulladásra utaló tünetekkel. Az ultrahangos vizsgálat ép szerkezetű heréket mutatott. Tüneti kezelést alkalmaztunk: gyulladáscsökkentőket, illetve antibiotikum-terápiát. Az ultrahangos vizsgálat bal oldali vesekövet és tágulatot mutatott ki. Az urografián bal oldali néma vesét figyelhet-tünk meg. Mivel a feltételezett mellékhere-gyulladás nem reagált az alkalmazott terápiára, sőt progrediált, ezért bal oldali orchietomiára került sor. A kórszövettan meglepé-téssel szolgált: az eltávolított herében urothelialis carcinoma áttétei voltak kimutathatók. A CT-vizsgálat vesemende-daganatot mutatott ki, valamint számos megna-gyobbodott nyirokcsomót a retroperitoneumban. Több-

szöri konzultáció után az esetet inoperábilisnak nyilvánítottuk. E ritka eset tanulsága számunkra, hogy minden haematurianak kötelező az etiológiáját tisztázni.

12

**STRATASIS-SZALAG MŰTÉT SORÁN
SZERZETT TAPASZTALATOK***Keszthelyi A., Majoros A., Hamvas A.,
Romics I.
Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest*

Célkitűzés: Stratasis-szalaggal végzett műtéteink után-vizsgálata, a beavatkozás eredményességének felmérése.

Módszer: A preoperatív kivizsgálásnak minden beteg esetében része volt az urodinamiás mérés, melynek során cystometria és a VLPP értékének meghatározása történt. A műtétet a cég által ajánlott módon végeztük el, az esetleges hólyagsérülés kizárására cystoscopia történt. A katétert az első posztoperatív napon távolítottuk el. A posztoperatív állapot felmérésére a betegeket kérdőív kitöltésére kértük meg. A kérdőív tartalmazott mind a vizeleti panaszokra, mind a szexuális funkciókra, mind az esetleges szövődményekre utaló kérdést.

Eredmények: A műtétet megelőzően valamennyi beteg átlagosan 3-4, közepes nedvszívó képességű betétpelenkát viselt nappal, valamint egy betétpelenkát éjszaka. A preoperatív cystometria során kóros detrusorfunkciót nem észleltünk, a VLPP meghatározása során a vizeletvesztés minden esetben 40 vízcml alatti hasúri nyomásnál következett be. A vizsgált 10 betegből 9 nő volt, egy esetben pedig radikális prostatectomiát követően diagnosztizált ISD miatt történt a szalagbeültetés. A Stratasis-szalag beültetése során intraoperatív szövődmény, vérzés, hólyagsérülés nem volt. Egy esetben történt a korai posztoperatív szakban, a 7. posztoperatív napon ismétlődő retenció miatt szalag-meglazítás, ennél a betegnél egy hónap múlva II. stádiumú stressz-inkontinencia állt be, mely miatt TVTO műtét történt, a beteg jelenleg kontinens. A fenti esetet kivéve valamennyi beteg kontinens lett már klinikánkon való tartózkodása alatt. A betegek emissziója a 2.-3. posztoperatív napon történt, 50 ml alatti retenciával. A műtétet követően a betegek 2-4 hétig számoltak be retencióérzéséről, mely aztán nyomtalanul megszűnt, a vizelet során nem kell erőlködniük, a vizeletsugár erőssége sem csökkent. Valamennyi beteg elégedett jelenlegi állapotával, a vizeleti panaszok nem befolyásolják mindennapi tevékenységüket. Nyolc nőbeteg él továbbra is aktív szexuális életet, egy esetben a férj súlyos általános állapota ezt nem teszi lehetővé, de hüvelyben észlelt fájdalomra itt sem történt utalás. Mindössze a hüvelyi varratsortól való félelemről számoltak be.

Összefoglalás: A Stratasis-szalaggal végzett antiinkontinens beavatkozást a korai posztoperatív szakban észlelt kevés szövődmény és eredményessége miatt ISD esetén javasolható műtéti típusnak tartjuk.

13

**PERCUTAN VESEKŐ-ELTÁVOLÍTÁS
TRANZPLANTÁLT VESEBŐL**

Lőrincz L., Flaskó T., Farkas A.,
Berczi Cs., Tóth Cs.
DEOEC Urológiai Klinika

A transzplantációt követő vesekövesség viszonylag ritkán előforduló kórkép. Az immunszuppresszió és a solitaer vese miatt a szövödmények súlyosabbak, és adekvát kezelés hiányában uraemiához, szepszishez vezethetnek vagy a graft elvesztését eredményezhetik. Esetünkben 30 éves fiatalembert kőmentesítettünk transzplantációt követően 9 évvel ESWL kezelések és PCNL kombinációjával. A kőanalízis Ca-foszfat követ igazolt, amelynek háttérében egyéb kiegészítő vizsgálatokkal anyagcsere-rendellenességet kimutatnunk nem sikerült. A szerzők ismertetik az eset kapcsán a transzplantációt követő vesekövesség leggyakoribb okait, a lehetséges szövödményeket és a percutan műtét technikáját.

14

**GYERMEKKORI KÉTOLDALI,
NAGYKITERJEDÉSŰ VESECYSTA
ELLÁTÁSA**

Merksz M.¹, Kiss A.¹, Meichelbeck K.¹,
Király L.¹, Kovács R.¹, Hajnal B.¹,
Szentirmay Z.²
¹Heim Pál Gyermekkórház;
²Országos Onkológiai Intézet,
Molekuláris Patológia

Bevezetés: A gyermekkori cystás vesebetegségek: multicystás dysplasiás vese, polycystás vese, egyszerű vesecysták általában nem jelentenek diagnosztikus vagy terápiás nehézséget. A multicystás dysplasiás vese elkülönítése a congenitalis hydronephrosistól újszülöttekben és magzatokban differenciáldiagnosztikai problémát okozhat, de a nem működő, csak cystákból álló képlet műtéti úton könnyen eltávolítható, és amennyiben igen kicsiny, az eltávolítás sem szükséges. A polycystás vesének mind infantilis, mind adult formája észlelhető gyermekekben. Az egyszerű vesecysták ellátása sem okoz gondot gyermekekben. Daganat társulása ezekhez a cystás elváltozásokhoz irodalmi ritkaságnak számít. Wilms-tumor egyes formáiban (pl. gyermekkori cysticus nephroma) lehet veseneoplasma és -cysta társulását diagnosztizálni. Esetismertetésünkben gyermekkorban észlelt, daganattal szövődött kétoldali, nagykiterjedésű cysticus veseelváltozásról számolunk be.

Betegismertetés: 12 éves leány vérvezelés miatt került felvételre kórházunkba. A hasi ultrahangvizsgálat mindkét vese alsó pólusát elfoglaló, nagykiterjedésű (jobb oldalt ökölnyi, bal oldalt kisalmányi), szoliter, cysticus terimét írt le. A CT-vizsgálat kétoldali cysticus jellegű térfoglaló vese-

folymatot, jobb oldalt a septált képlet centrumában jelentős mennyiségű vért mutatott, bal oldalon malignitás gyanúját vetette fel. A két ülésben végzett műtét során a tokkal bíró, cystosus képlet a vesétől mindkét oldalt elválasztható volt, szervmegtartó műtéteket végeztünk. A szövettani vizsgálat jobb oldalt a többszörösen septált cysta falában malignus (világossejtes veserák), bal oldalt benignus (cysticus metanephricus adenoma) folymatot igazolt. A daganat mindkét oldalon tokon belül maradt, a regionális nyirokcsomók vizsgálata tumort nem igazolt.

Megbeszélés: Gyermekkorban az alábbi, cystával szövődő vesedaganatok előfordulását írták le: 1. gyermekkori cysticus nephroma és 2. részlegesen differenciált nephroblastoma – ezek a Wilms-tumor ritka (de besorolás szempontjából azonos típusú) megjelenési formáinak felelnek meg, jó prognózisú kórképnek számítanak; 3. a vesemenede cysticus hamartomája; 4. cystadenoma, cysticus metanephricus adenoma; 5. multilocularis cystás veseeset carcinoma. Ez utóbbi kritériumainak betegünkben a malignus daganat makroszkópos és szövettani képe megfelel. Világossejtes veserák gyermekkorban csak elvétve észlelhető, a betegünkben kialakult multilocularis cystás veseeset carcinoma ritkán okoz áttétet és recidívát, ezért a túlélési esélyek igen jók.

15

**INTRAUTERIN ÉSZLELT
HYDRONEPHROSIS – INDOKOLT-E
A SZÜLÉS ELŐREHOZÁSA?**

Merksz M., Kiss A.
Heim Pál Gyermekkórház
Urológiai-Sebészeti Osztály

Bevezetés: A terhesség alatt ultrahangvizsgálattal diagnosztizált magzati veseüregi tágulatok miatt végzett intrauterin beavatkozások száma napjainkban csökkenő tendenciát mutat. Ennek oka a beavatkozások csekély effektusa, a szövödmények magas aránya és a magzati vese, húgyutak patofiziológiájának jobb ismerete. Ugyanakkor a minél korábbi műtéti korrekció igénye továbbra is jelen van. Hazánkban több helyen végeznek korai szülemegindítást vagy korai császármetszést annak érdekében, hogy az idő előtt világra hozott újszülöttön a műtét minél előbb elvégezhető legyen.

Betegismertetés: 1. beteg: A fiú magzatban kimutatott bal oldali veseüregi tágulat miatt a 37. héten császármetszés történt. Az ellenoldali vese az UH szerint ép volt. Kétfetes korban tünetszegényen kialakuló akut pyelonephritis következtében urosepsis alakult ki, a só- és vízháztartás felborulásával. Több napos intenzív osztályos ápolással sikerült az életveszélyt elhárítani. A kontroll ultrahangvizsgálatok az egyoldali üregi tágulat fokozatos megkisebbedését igazolták, műtét nem vált szükségessé.

2. beteg: A terhesség 8. hónapjában észlelt jobb oldali

vesemedence-tágulat miatt az orvos édesanyának felajánlották, hogy idő előtt császármetszéssel hozzák világra a gyermeket, hogy mielőbbi műtét történhessen. A szülő ebbe nem egyezett bele. A csecsemőkorban végzett kivizsgálás bal oldalt ép vesét, jobb oldalt kisebb vesét, ennek üregeiben III. fokú vesicoureteralis refluxot mutatott. Egy éves korban sikeres endoszkópos antireflux beavatkozás történt, azóta a beteg tünet- és panaszmentes.

Megbeszélés: Magzati húgyszervi üregi tágulatokban az előrehozott szülés ellen több tényező szól:

- A prae-natalis diagnosztika a húgyszervek állapotát illetően nem nyújt olyan pontos információt, mint a csecsemőkori kórismézés. Sok esetben a szülés előtt nem lehet tudni, hogy mi az észlelt elváltozás, és mi annak az oka.
- Számos esetben az intrauterin üregi tágulat spontán szűnik (mint egyik betegünkben), és így nincs szükség műtéti ellátásra sem a terminus előtt, sem utána.
- Kísérletes és klinikai megfigyelések igazolták, hogy nincs különbség a veseműködés és a vizelettovábbítás javításában a postnatalisan, illetve a terminus előtt végzett beavatkozások között.
- A (mesterségesen előidézett) koraszülés kockázatai ismertek.

Fentiek miatt a szerzők határozottan felhívják a figyelmet, hogy ezt a mára már túlhaladott gyakorlatot a továbbiakban nem lehet elfogadni, egyúttal fontosnak tartják, hogy jó együttműködés alakuljon ki a szülész és a gyermekurologus között, a teendők egyeztetésére.

16

NYÍLT RADIKÁLIS PROSTATECTOMIA BEHATOLÁSI MÓDJÁNAK (RETROPUBICUS VAGY PERINEALIS) KIVÁLASZTÁSA OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN

*Szapanidisz J., Csicsenkov P., Kovács A.
Szent János Kórház Urológiai-Sebészeti
Osztály, Budapest*

A megszokott retropubicus feltárás mellett perinealis módon is végzünk osztályunkon radikális prostatectomiát. A betegek alkatától, a betegség stádiumától, a kezdeti PSA eredménytől, a biopsia szövettani leletétől, gradusától, illetve a társbetegségektől függően választunk a két módszer közül. Tapasztalataink alapján a két technika egymás alternatívája, a transzfúziós szükségleten kívül, mely retropubicus prostatectomia során nagyobb, a kétféle műtéti eljárás radikalitása, onkológiai eredményessége, illetve a szövődményeik között lényegi eltérést nem észleltünk.

17

RÖNTGENÁRNYÉKOT NEM ADÓ VESE- ÉS URETERKÖVEK NONINVAZÍV KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON

*Szöllősi G., Hausmann G., Csúsz G.
Fővárosi Önkormányzat Szent János
Kórház Urológiai-Sebészeti Osztály*

A Szent János Kórház Urológiai Osztályán az elmúlt 5 évben 68 beteget kezeltünk röntgen-negatív, húgysav természetű vese- és felső ureterszakasz-kövesség miatt. A húgysav (urát) természetű kövek oldhatóságát figyelembe véve minden beteget „gyors módszeres” (Berényi szerinti), parenteralis kőoldásban részesítettünk, majd emissiojuk után krónikus per os kőoldó terápiát állítottunk be. Az említett betegek közül 21 esetben ESWL kezelést és 8 esetben percutan nephrostomiát végeztünk, részben a kőoldás hatásfokának növelésére, részben a normál vizeletpassage és vesefunkció biztosítása céljából. A felállított terápiás terv minden esetben hetek alatt kőmentességet eredményezett, invazív beavatkozásra nem kényszerültünk.

18

PARAVESICALIS NEUROFIBROMATOSIS RITKA ESETE

*Majoros A., Mavrogenis S., Szendrői A.,
Romics I.
Simmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest*

A szerzők egy 69 éves, ismert cutan neurofibromatosisban szenvedő nő esetét ismertetik, akinél sokkhoz vezető pararectalis vérzés miatt sebészeti feltárás és vérzéscsillapítás történt, azonban a vérzés eredetét nem sikerült tisztázni. Műtét után a beteg már korábban is meglévő dysuriás panaszai kiteljesedtek és teljes vizeletrekedés alakult ki, mely miatt urológiai kivizsgálás kezdődött. Az urodinamikai vizsgálat hypokontraktilis hólyagműködést igazolt, melynek hátterében a perifériás hólyagdenervatio okozta neurogén károsodás mellett a cystoscopia során észlelt hólyagnyaki szűkület következtében kialakult myogen lézió is szerepet játszott. A vizsgálat során felmerült a hólyagot kívülről diszlokáló terime lehetősége, melyet a CT-vizsgálat is megerősített. Felmerült a gyanú, hogy a hólyag, illetve a méh között a CT-vizsgálat során leírt néhány cm-es terime esetleg a jóindulatú M. Recklinghausen részjelensége. A leírt teriméből transrectalis úton biopsziát vettünk, melynek szövettani vizsgálata igazolta feltételezésünket. Tekintettel az alaptergység jó prognózisára és benignus voltára, az elváltozás eltávolításától eltekintettünk. A hólyagnyaki sclerosis miatt transurethralis incisiót végeztünk, ezt követően a beteg spontán vizelése elfogadható mennyiségű re-

siduummal rendeződött. Ritka esetünk ismertetésével egy jóindulatú, de súlyos, életveszélyes komplikációhoz, majd vizeletürítési zavarhoz vezető betegségre szerettük volna felhívni a figyelmet, mely végül konzervatív álláspontunknak köszönhetően a hólyagfunkció részleges megőrzését is lehetővé tette.

19

PROSZTATARÁK HÍMVESSZŐ-ÁTTÉTE

Fekete Z.
Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest

Adatok: Az irodalomban feljegyzett, megközelítően 300 hímvesszőáttét esetének egyharmada prosztatatarák eredetűnek bizonyul. Az elsődleges daganatok 70%-a a húgy-ivar rendszerben található. Prognózisuk rossz, általában a túlélés nem haladja meg a 6 hónapot, mortalitásuk 80%.

Bemutató: Esetünkben több nodularis hímvesszőáttét kialakulását figyeltük meg egy betegnél, aki estramustin-biszfoszfónát kombinált kezelésben részesült alacsony differenciált, csontáttéteket adó prosztatata-adenocarcinoma miatt. A beteget konzervatíván kezeltük, 4 hónap múlva alapbetegsége miatt exitus következett be.

Következtetések: A hímvessző másodlagos daganatai ritkák. Prosztaták körlefolysa alatt kifejlődött ilyen jellegű áttétek praeterterminalis állapotot határoznak meg. Kezelésükben lehetőleg konzervatív módszereket alkalmazunk, a beteg életminőségének megtartására fektetve a hangsúlyt.

20

NÉGY KÜLÖNBÖZŐ SZÖVETTANI TÍPUSÚ ÉS LOKALIZÁCIÓJÚ TUMOR ESETE

Horváth A., Mavrogenis S., Romics I.
Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest

70 éves nőbeteg kórtörténetében neoplasia cervicis uteri (hisztológia: carcinoma planocellulare keratoides invasi-va), neoplasia mammae I. d. (hisztológia: carcinoma lobulare mammae), neoplasia vesicae urinariae (hisztológia: carcinoma anaplasticum, carcinoma transiociellulare), neoplasia pulmonis I. d. lobi sup. (hisztológia: carcinoma planocellulare keratoides), metastasis pulmonis I. s. lobi inf. (hisztológia: adenocarcinoma tubulopapillare sine secretion) szerepel. A beteg összesen 15 műtéten, 5 sugárkezelésen, 24 széria szisztémás, 8 intravesicalis kemoterápiás kezelésen esett át. Az elvégzett genetikai vizsgálatok eltérést nem igazoltak. A beteg húsz évvel az első daganat miatti műtétet követően jelenleg is életben van, recidívmentes, általános állapota kielégítő.

21

A KÉPALKOTÓ VIZSGÁLAT TÉVEDÉSE: VESETUMORT UTÁNZÓ ABSCEDEÁLÓ KRÓNIKUS VESEGYULLADÁS

Filkor G., Majoros A., Hamvas A.
Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest

A vesedaganatok preoperatív képalkotó vizsgálata az utóbbi időben sokat fejlődött, azonban manapság is diagnosztikus tévedés forrásai lehetnek. Egy tizenöt éve cukorbetegségben szenvedő 63 éves férfibeteget visszatérő hypoglykaemiás epizódok, gyorsult süllyedés, krónikus anaemia miatt vizsgáltak belgyógyászati osztályon. Az UH- és CT-vizsgálat bal oldali, lymphadenomegáliával kísért vesetumort írt le. Transperitonealis radikális nephrectomiát végeztünk a megnagyobbodott nyirokcsomók eltávolításával. Intraoperatív lépsérülés miatt splenectomiára is kényszerültünk. Eseménytelen posztoperatív szakot követően panaszmentesen emittáltuk betegünket. A szövettani vizsgálat a krónikus pyelonephritis mellett masszív, a veseállomány nagy részét elfoglaló, többszörös tályogot igazolt reaktív lymphadenopathiával. Malignitás nem volt kimutatható. Esetünket azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert a preoperatív konzultáció, illetve az exploráció során (a folyamat kiterjedtsége miatt) felmerült esetleges inoperabilitás lehetősége is. Ebben az esetben a beteg egészségét, életét kurabilis betegség fenyegethette volna akár halálát okozván. Inoperabilitás kimondása előtt különös gondossággal kell a beteg leleteit értékelnünk, a beteg általános állapotával összevetnünk, a betegséget és a beteget egészében szemlélve.

22

NEMI ÉLVEZET VÉLT FOKOZÁSÁRA PENIS BŐRE ALÁ ÖNKEZŐLEGEN BEHELYEZETT IDEGENTEST

Futaki Z., Mészáros L.
Békéscsaba Réthy Pál Kórház
Sebészet-Urológia, Békéscsaba

32 éves férfi beteg azzal a kéréssel jelentkezett rendelésünkön, hogy a penis bőre alá helyezett, panaszt okozó implantatumot távolítsuk el.

Kórelőzménye, felvétele során a beteg elmondta, hogy örömszerzés fokozása céljából egy évvel ezelőtt, felesége javaslatára, fogkefe nyeléből csiszolással saját maga készített egy bab alakú és nagyságú implantatumot. Érzéstelenítés nélkül, borotvapengével haránt metszést ejtett a penis dorsalis felszínén és az ott képzett fészekbe ültette az előzetesen kifőzött idegentestet. Ezt követően cérnával összeöltötte a sebet, majd forró vízzel fertőtlenítette. Sebe reakciómentesen gyógyult.

Egyéves használat után fokozódó fájdalmak jelentkeztek, de az implantatum saját kezű eltávolítására nem vállalkozott. Vizsgálata során kiderült, hogy az implantatum

suppurált, ezért lokális érzéstelenítésben a behelyezett műanyagot eltávolítottuk. Sebe reakciómentesen gyógyult. Esetünket a ritkasága miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

Hírek

A szlovák nyelvű „**Klinická Urológia**” Romics Imre professzort szerkesztőbizottsági tagjai közé választotta.

Prof. Romics Imre a romániai „**Revista Romana de Urológie**” című folyóirat új szerkesztőbizottsági tagja.

A Magyar Onkológusok Társaságának XXVI. Kongresszusát 2005. november 10-12 között Budapesten tartották.

Az urológiai előadások a sebészeti és a gégészeti prezentációkkal külön szekcióban kaptak helyet. *Harasányi László* docens (Semmelweis Egyetem I. Sebészeti Klinika) a daganat miatt végzett húgyhólyag de-

viációk szövődményeiről tartott előadást. *Engert Zoltán* főorvos (Szombathely) az elektív szervmegtartó vesetumor sebészetről tartott összefoglalót, *Szabó János* (Központi Honvédkórház) a radikális prostatectomiák esetén észlelt vesicula seminalis beszűrtség eseteit foglalta össze nagyszámú beteg kapcsán. A budapesti Urológiai Klinikáról *Romics Imre* professzor a szűkebb indikációs terület esetén végzett 100 radikális prostatectomiával szerzett tapasztalatokról számolt be, *Szűcs Miklós* adjunktus az ismételt TUR-ok szerepére mutatott rá felületes hólyagdaganatok esetén.

A poszter szekcióban *Pánovics József* docens a rosszindulatú hólyag-

daganatok ritka izom metasztázisainak eseteit ismertette, *Szendrői Attila* a klinikán végzett vena cava inferior thrombectomiával végzett nephrectomiák műtéteit elemezte.

A színvonalas rendezvényen kívánatos lett volna az urológus résztvevők és előadások még nagyobb aránya.

Az EAU párizsi kongresszusán az ESU (European School of Urology) 4. számú kurzusának (Update on penile and scrotal benign and Peyronie's disease) elnöke, Romics professzor a Fournier gangrénáról, prof. Fisch az IPP-ről, Ralph professzor a penis prothesisről tart előadást.

bicalutamide®
Calumid

kitartás, küzdelem, életerő



Hatékony, non-szteroid antiandrogént tartalmazó gyógyszer,
amely előnyös terápiás lehetőség a komplett androgén blokád
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 javallatok:** 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, emlíőrzékenység, 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!**

Ideje változtatni a terápiás szokásokon...

Hormonrefrakter metasztatikus prosztatatarák

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)

HATÓANYAG: A TAXOTERE 20 mg koncentrátum infúzióhoz egyadagos injekciós üvege 20 mg vízmentes docetaxelnek megfelelő docetaxelt tartalmaz trihidrát formájában. A vízközös oldat 40 mg/ml vízmentes docetaxelt tartalmaz. **JAVALLATOK:** Emlőcarcinoma: A TAXOTERE doxorubicinnel és ciklofoszfammal kombinálva operábilis, nyirokcsomó-positív emlőcarcinoma adjuváns kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) doxorubicinnel kombinálva helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emlőcarcinoma kezelésére javasolt olyan betegeknél, akik korábban ezen betegségek miatt még nem részesültek citotoxikus kezelésben. TAXOTERE (docetaxel) monoterápia citotoxikus kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emlőcarcinoma kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthracciklin származékot vagy alkiláló ágenszt kellett alkalmazni. TAXOTERE (docetaxel) trasztuzumabmal kombinálva olyan betegek metasztatikus emlőcarcinómájának 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 emlőcarcinoma kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthracciklin származékot kellett alkalmazni. **Nem-kissejtés tüdőcarcinoma:** TAXOTERE (docetaxel) előzetes kemoterápiás kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus nem-kissejtés tüdőcarcinoma kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) ciszplattinnal kombinációban inoperábilis, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus 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 májműködése súlyosan károsodott, mivel nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok. A docetaxellel kombinációban alkalmazott más gyógyszerek ellenjavallatait is figyelembe kell venni. **ADAGOLÁS:** Emlőcarcinoma és nem-kissejtés tüdőcarcinoma esetén, ha nem ellenjavallt, orális kortikoszteroidot tartalmazó premedikáció alkalmazható, így például 16 mg dexametazon naponta (pl. naponta kétszer 8 mg) 3 napig a docetaxel adagolás előtt 1 nappal elkezdve (lásd a 4.4 pontot). Profilaktikus céllal G-CSF adható a haematológiai toxicitás csökkentésére. Prosztata carcinoma prednizonnal vagy prednizonnal történő kombinált kezelésekor a javasolt premedikáció 8 mg orális dexametazon 12 órával, 3 órával és 1 órával a docetaxel infúzió. A docetaxelt egy órással infúzióban kell beadni három hetente. Általánosságban: a docetaxel ajánlott adagja kombinációs terápiában 75 mg/m², monoterápiában 100 mg/m². (részletesen: lásd. Teljes alk. El.) **MELLEKHATÁSOK:** A legfontosabb mellékhatások: Jémdulati és rosszindulatú daganatok (beleértve a cystákat és polypokat), vérképzőszervi és nyirokrendszeri betegségek, immunrendszeri betegségek, a bőr és a bőr alatti szövetek betegségei, foyadékvisszatartás, emésztőrendszeri betegségek, idegrendszeri betegségek, szívbetegségek, érbetegségek, máj-, epebetegségek, anyagcsere- és táplálkozási betegségek, szembetegségek, pszichológiai rendellenességek, vázizom-, kötőszöveti, és csontrendszeri betegségek, légzőrendszeri, mellkasi és mediastinalis betegségek, reprodukív rendszer és emlő rendellenességek. EU/1/95/002/001; Kérjük, alkalmazás előtt feltétlenül olvassa el a teljes alkalmazási előírást!



ATC kód: L01GD02

sanofi aventis

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

HTX056401