

2007. január • IV. évfolyam 1. szám

# UROLOGIA

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



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



SEGÍTSÉN A BETEGEI  
**FÜGGETLENSÉGÉNEK**  
 MEGTARTÁSÁBAN  
 CSONTMETASZTÁZISOK  
 JELENTKEZÉSEKOR



**ZOMETA®**  
 zoledronat 

Segítsen megóvni a betegek önálló  
 képességét csontáttétek jelentkezésekor

- **A ZOMETA segít a funkcionális függetlenség (önellátás, mozgáskészség, járás, szociális képességek) megtartásában a csontrendszert érintő események (SRE: skeletal-related event = patológiás törés, radioterápia, sebészeti beavatkozás, gerinc kompresszió) csökkentése és késleltetése, valamint a fájdalom csillapítása révén.<sup>1-6</sup>**
- **Csontáttétes prosztatarákban szenvedő betegek számára a Zometa az egyetlen biszofonát, amely bizonyítottan hatásos az SRE-k ellen, egy kényelmes, 15 perc alatt beadható infúzió formájában.<sup>3,5,6</sup>**

**Zometa 4 mg/5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz M05BA08**

**Hatóanyag:** 4 mg zoledronsav/5 ml koncentrátum

**Javallat:** Előrehaladott, csontot is involváló, malignus daganatos betegeknél során a csontrendszert érintő események (patológiás törések, csigolyakompresszió, a csontok besugárzása vagy műtete, ill. tumor indukálta hypercalcaemia) megelőzésére, a tumor indukálta hypercalcaemia (TlH) kezelésére. **Ellenjavallat:** terhesség, szoptatás, zoledronsav, más biszofonát vagy a Zometa bármely segédanyaga iránti túlérzékenység. **Adagolás:** Csontrendszert érintő események megelőzésére az ajánlott adag 4 mg zoledronsav - a koncentrátumot 100 ml 0,9%-os NaCl vagy 5%-os glükóz oldattal történő további hígítás után. 3-4 hetenként, legalább 15 perces intravénás infúzióként kell beadni. Enyhe-mérsékelt vesekárosodás esetén a Zometa adagolása az alábbiak szerint történik:

Kiindulási kreatinin clearance (ml/perc) > 50	50-60	40-49	30-39	
Javasolt Zometa dózis	4,0 mg	3,5 mg	3,3 mg	3,0 mg

Hypercalcaemiában az ajánlott adag 4 mg zoledronsav, egyszeri intravénás infúzióként beadva, amely nem tarthat 15 percnél rövidebb ideig. Enyhe-mérsékelt vesekárosodásnál nem szükséges a dózis módosítása. Beadás előtt és után a megfelelő hidrátságot biztosítani kell. Ha nem áll fenn hypercalcaemia, napi 500 mg kalcium és 400 NE D vitamin adása szükséges.

**Mellékhatás:** Láz és influenza-szerű tünetek, csont-, izom- és ízületi fájdalom, fáradtságérzés és hidegrázás, az infúzió után hányinger és hányás. Néhány esetben vesefunkció károsodás, a beadás helyén bőrpír, duzzanat, fájdalom jelentkezhet. Előfordulhat még hypophosphataemia, hypocalcaemia, anaemia, fejfájás, conjunctivitis, anorexia, a vér kreatinin- és ureaszint emelkedése. Biszofonát kezelés során sok betegnél helyi fertőzés tünetei álltak fenn, beleértve az osteomyelitist, ritkán osteonecrosis (állkapocs) jelentkezett. **Figyelmeztetés:** A szérum elektrolit szintek rendszeres ellenőrzése javasolt. Minden egyes Zometa infúzió beadása előtt a szérum kreatininszint mérése kötelező. Súlyos vesekárosodásban a kezelés nem javasolt. Az esetleges állkapocs osteonecrosis tüneteiről, a kockázati tényezőkről a beteget tájékoztatni kell. A kezelés hatása 2-3 hónappal a kezelés megkezdése után érvényesül. Gyermek kezelésében még nincs kellő tapasztalat. A Zometa-t kizárólag intravénás biszofonát kezelésben jártas orvos alkalmazhatja. **Tárolás:** Hígítást követően 2-8°C közötti hőmérsékleten, 24 órán át stabil. **Csomagolás:** A Zometa 4 mg/5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz forgalmazott csomagolási egységei 1,4 vagy 10 injekciós üveget tartalmaznak.

**Kiadhatóság:** Szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmény.

Unió Forgalmába hozott engedélyének száma: **EU/1/01/176/004-006**

Bruttó fogyasztói ár: **72 450,- Ft.** Támogatás mértéke: **EU 100%.** Térítési díj: **0 Ft.**

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

**Referenciák:** 1. Kohno N, Aogi K, Mimami H, et al. Zoledronic acid significantly reduces skeletal complications compared with placebo in Japanese women with bone metastases from breast cancer: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2005;23:3314-3321. 2. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyan NS, et al. Long-term efficacy and safety of zoledronic acid in the treatment of skeletal metastases in patients with nonsmall cell lung carcinoma and other solid tumors: a randomized, phase III, double-blind, placebo-controlled trial. *Cancer.* 2004;100:2613-2621. 3. Saad F. Clinical benefit of zoledronic acid for the prevention of skeletal complications in advanced prostate cancer. *Clin Prostate Cancer.* 2005;4:31-37. 4. Wardley A, Davidson N, Barrett-Lee P, et al. Zoledronic acid significantly improves pain scores and quality of life in breast cancer patients with bone metastases: a randomized, crossover study of community vs hospital bisphosphonate administration. *Br J Cancer.* 2005;92:1869-1876. 5. Weinfurt KP, Li Y, Castel LD, et al. The significance of skeletal-related events for the health-related quality of life of patients with metastatic prostate cancer. *Ann Oncol.* 2005;16:579-584. 6. Chern B, Joseph D, Joshua D, et al. Bisphosphonate infusions: patient preference, safety and clinic use. *Support Care Cancer.* 2004;12:463-466.

**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

*Genetika, molekuláris biológia*

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

*Epidemiológia, statisztika*

**Gundy Sarolta, Józan Péter**

*Patológia*

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

*Kemoterápia*

**Kásler Miklós, Bodrogi István,**

**Baki Márta, Géczi Lajos, Horti József,**

**Mavrogenis Stelios**

*Urológia*

**Farkas László, Pajor László, Tóth Csaba,**

**Szabó Zoltán**

*Sugárterápia*

**Németh György, Mayer Árpád**

*Intenzív terápia*

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

*Nukleáris medicina*

**Trón Lajos, Szilvási István**

*Nőgyógyászat*

**Papp Zoltán, Paulin Ferenc**

*Sebészet, ortopédia*

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

*Képkalkotó eljárások*

**Gódegy Mária, Mester Ádám**

*Laboratórium*

**Ottó Szabolcs**

*Pszichológia*

**Pilling János**

## NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET – INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

**Rübben, H.** (Essen, Németország)

**Marberger, M.** (Wien, Ausztria)

**Altwein, J.** (München, Németország)

**Wirth, M.** (Dresden, Németország)

**Fitzpatrick, J.** (Dublin, Írország)

**Haas, G.** (Syracuse, N.Y., USA)

**Heidenreich, A.** (Köln, Németország)

**Hammerer, P.** (Braunschweig, Németország)

**Trombetta, C.** (Trieste, Olaszország)

**Pummer, K.** (Graz, Ausztria)

**Hoznek, A.** (Paris, Franciaország)

**Kirkali, Z.** (Izmir, Törökország)

**Jacqmin, D.** (Strasbourg, Franciaország)

**Debruyne, F. M. J.** (Nijmegen, Hollandia)

**Kurth, K. H.** (Amsterdam, Hollandia)

**Reijke, T.** (Amsterdam, Hollandia)

**Zlotta, A.** (Toronto, Kanada)

**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:** Vomelin Kft. Telefon: 06-23/441-523, 06-30/459-9303

**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 990 Ft-ért. Tájékoztatjuk, hogy a szerkesztőbizottság vállalja a külön megjelölés nélkül megjelenő cikkekért a felelősséget, a lapban közölt hirdetéseket és PR cikket 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.

## T A R T A L O M

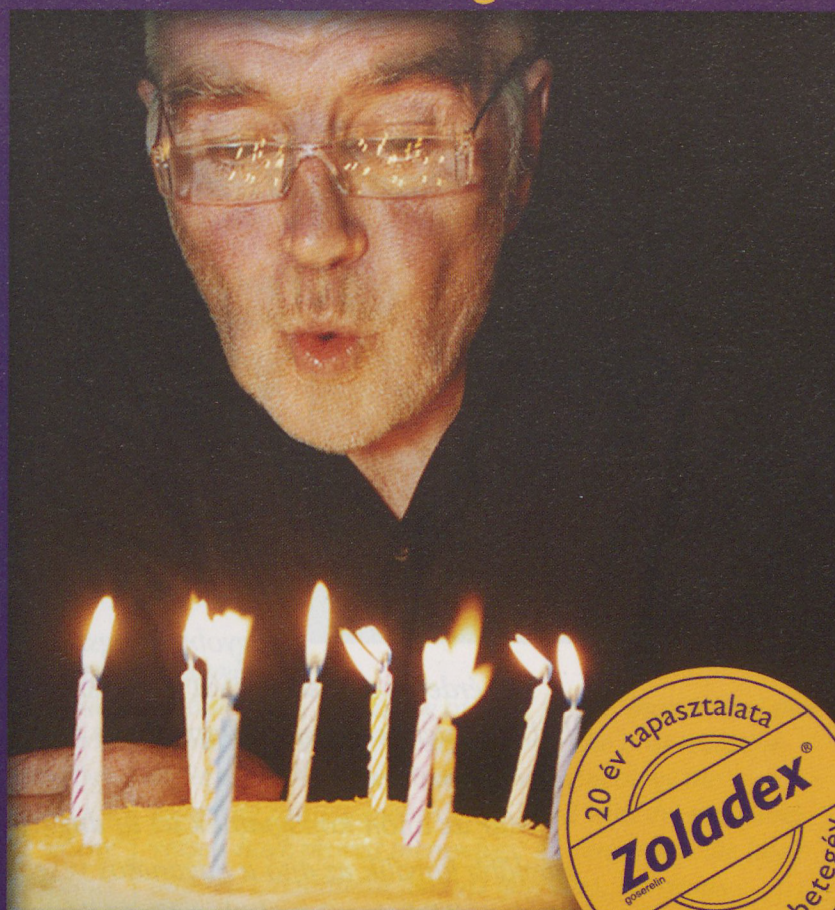
<b>Impresszum</b>	1
<b>Köszöntő • Greeting</b>	4
<b>Die Therapie des fortgeschrittenen Peniskarzinoms</b> Therapy of advanced carcinoma of the penis <i>Thomas Otto, Julia Otto, Susanne Krege, Herbert Rübber</i>	5
<b>Extrém nagy méretű átmeneti sejtes májtumor komplex ellátása</b> Complex supply of an extreme large, intergrade cell liver tumour – a case study <i>Domján Zs. dr., Pap-Szekeres J. dr., Svébis M. dr., Kocsis L. dr., Jakab F. dr., Szabó Z. dr.,</i>	9
<b>CD24 mRNS expresszió meghatározása kvantitatív real-time PCR módszerrel tűbiopsziával nyert prosztatamintákból</b> Determination of CD24 mRNA expression in prostatic tissue samples obtained by needle biopsy using quantitative real-time PCR method <i>Nagy Bálint dr., Szendrői Attila dr., Papp Zoltán dr., Romics Imre dr.</i>	12
<b>Felty-szindróma és prosztatatarák együttes előfordulása</b> Joint incidence of Felty's syndrome and prostate cancer <i>Filkor Gábor dr., Demeter Judit dr., Romics Imre dr.</i>	16
<b>A vesesejtes carcinoma új terápiai lehetőségeiről</b> The new therapeutical approaches of renal cell carcinoma <i>Romics Imre dr., Szűcs Miklós dr.</i>	18
<b>Hivatás, család, öröme</b>	22
<b>17. Fűvészkerti Urológus Napok továbbképző tanfolyam – Program</b>	23
<b>17. Fűvészkerti Urológus Napok továbbképző tanfolyam – Absztraktok</b>	25
<b>16. Fűvészkerti Urológus Napok (FUN) az inkontinenciáról</b>	34
<b>Uroonkológiai tréning Barcelonában</b>	35
<b>Beszámoló az Association of Academy European Urologists 5. találkozásáról</b>	36
<b>Ultrahang-tanfolyam</b>	37
<b>Hírek • News</b>	39

*A címlapon a Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika lépcsőháza*

# Zoladex®

goserelin

## Az élet érték. Őrizzük meg...



### Bizonyított előnyök, 20 év klinikai tapasztalat

- **Hatékony mind a korai, mind az előrehaladott hormonérzékeny prosztaták kezelésében** <sup>1-4</sup>
- **Zoladex SafeSystem - egyszerűen és biztonságosan alkalmazható** <sup>5</sup>

Rövidített alkalmazási előírás: ZOLADEX depot 3,6 mg implantátum; ZOLADEX LA depot 10,8 mg implantátum

Hatóanyag: 3,6 mg, ill. 10,8 mg goserelin (goserelin acetát formájában) Terápiás javallatok: Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarcinoma. A kezelés mindaddig folytatható, amíg az a beteg állapotát kedvezően befolyásolja. Adagolás 3,6 mg; 28 naponként egy Zoladex 3,6 mg depot alkalmazandó subcutan az előlő hasfalba. Adagolás 10,8 mg; Felelő férfiaknak 3 havonta egy depot injekció adandó subcutan az előlő hasfalba. Ellenjavallatok: A készítménnyel vagy más LHRH-analóggal szembeni túlérzékenység. 3,6 mg; Gyermekeknek történő alkalmazás. 10,8 mg; Gyermekek és nők részére történő alkalmazás. Figyelmeztetések: A Zoladex alkalmazása megfontolandó olyan férfibegek esetén, akiknél ureterelzáródás vagy gerincvelő-compressio fokozott kockázata áll fenn. E belegek a terápia első hónapjában fokozott megfigyelést igényelnek. Ha gerincvelő-compressio vagy az ureter elzáródása következtében veseműködési zavar lépne fel, ezen szövödmények specifikus kezelése szükséges. Mellékhatások: Ritkán hypersensitivitas, ill. anaphylaxia egyes tünetei, arthralgia. Nem-specifikus paraesthesia, bőrpír, vérnyomásváltozás, hipofízis eredetű apoplexia, hóhullám, verejtékezés, potencia csökkenése melloduzzanat, nyomásérzékenység. Kivételesen uretherobstructio és spinalis compressio fordult elő. Az LHRH agonisták használata férfiakban a csontdenzitás csökkenését okozhatja. Tárolás: Lezárt csomagolásban, 25 °C alatt. ❗Kiadhatóság: II/3.b csoport, Kizárólag orvosi rendelvényre, a szakonvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakonvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmény (SZ). Zoladex depot 3,6 mg implantátum fogy. ár: 38 210 Ft; 100%8cSz; 100%8hSz; 100%24Sz; TB támogatás: 38 210 Ft; Zoladex LA depot 10,8 mg implantátum fogy. ár: 106 165 Ft; 100%8hSz; 100%24Sz; TB támogatás: 106 165 Ft (Egészségbiztosítási Közlöny VI. évfolyam, 1. szám, 2007. január 26.)

Kérjük, olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását! (3,6 mg; OGYI-eng. száma: 4360/41/2004, 2004 június 1. 10,8 mg; OGYI-eng. száma: 4360/41/2004, 2004 június 1.)

1. Bolla M. et al. Lancet 2002; 360: 103-108; 2. Messing ED. et al. The Lancet Oncology 2006; 7: 472-479; 3. Kaisary AV. et al. Br J Urol 1991; 67: 502-508; 4. Vogelzang NJ. et al. UROLOGY 46 (2), 1995; 5. Morgan G. et al. Eur J Oncol Nursing 2005, 9(4): 334-340

H343/FEB2007

**AstraZeneca**  
**UROLOGY**  
Társ a sikeres mindennapokban

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



### **Tisztelt Kolléganő/Úr!**

*Köszöntöm az olvasót a pontosan időben megjelenő Uroonkológia 10. számának kiadása alkalmából.*

*Az európai lapban, a hetekben 18 előrehaladt penistumor kezeléséről olvashatunk drezdai szerzőktől, Essenben 15 beteget kezeltek. Jó lenne egy nagy közös magyar dolgozat, az összes osztály betegének feldolgozása nagyobb betegszámot eredményezne.*

*Két érdekes esetismertetést is olvashatunk ígéretes fiatalok tollából. Az interdisziplináris alapkutató még sok eredménnyel kecsegtethet a jövőben.*

*Már az ajtón kopogtatnak az új angiogenesis gátlók. Reméljük, mielőbb kinyílik az ajtó a daganatos vesebetegek számára.*

*A mellékletben közöljük a 17. FUN poszttereinek összefoglalóit.*

*Kongresszusi beszámoló, hírek mellett új szín a portré egy igazi uropatológussal.*

2007. január

Romics Imre dr.

# Die Therapie des fortgeschrittenen Peniskarzinoms

Thomas Otto<sup>1,2</sup>, Julia Otto<sup>2,3</sup>, Susanne Krege<sup>1,2</sup>, Herbert Rübber<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Westdeutsches Tumorzentrum Essen; <sup>2</sup>Urologische Universitätsklinik Essen; <sup>3</sup>Institut für Pathologie, Universität Essen

## Az előrehaladott hímvesződagánat kezelése

Az áttétes hímvesződagánat bőrinfiltrációja és a lokoregionális nyirokcsomó terjedése a lágyéki terület roncsolódásához vezet. A cisplatin, methotrexat és bleomycin alapú szisztémás polikemoterápia (CMB séma) objektív remissziója behatárolt, csupán 30% körüli. A rendszerint felülfertőződött szöveti hiányok az egy ülésben végzett sebészi kimetszést követően feszülésmentes kiterjesztett myocutan lebenyt igényelnek.

## Módszer

A bőrt, fasciát, izmot és az ezeket ellátó ereket tartalmazó nyeles lebenyeket a reszekciós hiányok fedésére használják. Az uroonkológiai sebészetben a következő érellátással is bíró myocutan lebenyek használatosak: m. tenosor fasciae latae lebeny (a. circumflexa femoris lateralis), m. rectus abdominis lebeny (a. epigastrica inferior), m. gluteus maximus lebeny (a. glutea inferior). A neoadjuváns CMB kemoterápiát követő sebészi tumor-eltávolítással együtt végzett myocutan rekonstrukció prospektív adatait közöljük.

## Eredmények

15, hímvesző-laphámrákban (TxN3M1) szenvedő beteg (átlagos életkoruk 69,7 év) esett át sebészi tumoreltávolításon neoadjuváns átlag 2,4 ciklus kemoterápiát követően, melyet antibiotikum-kezelés előzött meg. Az összes beteg femoralis erek által ellátott kétoldali sartorius izom fedésben részesült. Kiterjedt (45x30 cm-es) hiányt 2 esetben egyoldali m. tenosor fasciae latae (TFL), 8 betegnél kétoldali TFL lebennyel fedtek. Egy beteg részesült kétoldali m. gluteus maximus lebeny fedésben (GMFL), 3 beteget kezeltünk m. rectus abdominis (RFL) és 2 TFL kombinációjával, és 1 betegnél 1 GMFL és 1 RFL történt.

## Therapy of advanced carcinoma of the penis

Skin infiltration and loco regional lymph node extension in metastatic penile cancer leads to destruction in the inguinal and perineal region. Efficacy of systemic polychemotherapy based on cisplatin, methotrexat and bleomycin (CMB-scheme) is limited with an objective remission rate up to 30% only. The obligatorily super infected defects require tension-free and extended coverage with immediate myocutaneous flaps after surgical resection.

## Methods

Pedicle flaps, consisting of skin, fascia, muscle and the providing vessels, are used to cover the post-resection defects. In the field of surgical uro-oncology the following myocutaneous flaps listed with the providing vessels have proved themselves: M. tensor fasciae latae flap (A. circumflexa femoris lateralis), M. rectus abdominis flap (A. epigastrica inferior), M. gluteus maximus flap (A. glutea inferior). Data concerning a prospective study for neoadjuvant chemotherapy with CMB followed by surgical tumor resection with immediate myocutaneous flap reconstruction are presented.

## Results

In 15 patients (median age: 69.7 years) suffering from squamous cell carcinoma of the penis (Tx, N3, M1) a surgical excision of the tumor was performed after neoadjuvant chemotherapy (median: 2.4 cycles) and antibiotic pre-treatment. All patients received coverage of the femoral vessels with a musculus sartorius transfer on both sides. An extended (up to 45 x 30 cm) tension-free coverage of groin defects was performed in 2 patients with an unilateral M. tensor fasciae latae flap (TFL) and in 8 patients with a bilateral TFL. 1 patient received a M. gluteus maximus flap (GMFL) on both sides,

*A 31 myocutan nyeles lebeny közül 2 distalis lebeny necrosis 1 GMFL és 1 TFL esetén fordult elő.*

*Teljes lebenynecrosist nem észleltünk.*

*A 31 myocutan lebenyből 29 esetben volt primer sebgyógyulás.*

#### **Következtetés**

*Sugárkezelés vagy bakteriális infekció okozta nagy szövethiányok fedésére m. tensor fasciae latae –, m. rectus abdominis és m. gluteus maximus myocutan lebeny az elsődleges választás. A nyeles lebenyek alkalmazásának módszere hasonlóan alkalmazható az onkológiában és a traumatológiában.*

*Kulcsszavak: hímvessződaganat, myocutan lebeny, bőrinfiltráció, szisztémás kemoterápia*

*3 patients were treated with a combination of M. rectus abdominis flap (RFL) and TFL and one patient received a combination of 2 TFL, 1 GMFL as well as 1 RFL.*

*Of 31 myocutaneous pedicle flaps, 2 developed distant necrosis of the flap, in which 1 GMFL and 1 TFL were affected. No complete necrosis of the pedicle flap occurred. Primary wound healing was found in 29 of 31 myocutaneous flaps.*

#### **Conclusion**

*The covering of groin defects by the use of myocutaneous flaps, as the M. tensor fasciae latae-, M. rectus abdominis- and M. gluteus maximus flap, is a method of first choice in the primary treatment of even bacterial contaminated wounds or after radiation therapy. The techniques of pedicle flaps are comparably applicated in oncology and traumatology.*

*Key-words: penile cancer, myocutaneous flap, skin infiltration, systemic chemotherapy*

## **Einleitung**

Die Erkrankung betrifft den alten Patienten mit einem Erkrankungsgipfel um das 70. Lebensjahr. Charakteristische Frühsymptome existieren nicht. Die Patienten kommen in der Regel erst im fortgeschrittenen Stadium zur Behandlung. Wegweisende Laboruntersuchungen oder Tumormarker existieren nicht.

Symptome fortgeschrittener Peniskarzinome des alten Patienten im Stadium III und IV sind das Vorliegen ausgedehnter, exulzierter Lymphknotenmetastasen in Verbindung mit organüberschreitenden Tumoren.

Patienten dieser Stadien weisen eine 5-Jahresüberlebensrate von 10% bis maximal 30 % auf

(Eisenberger, 1992). Die induktive, systemische Polychemotherapie mit Cisplatin, Methotrexat und Bleomycin ist palliativ ausgerichtet (Lümmen et al 1997, Haas et al 1999). Objektive Ansprechraten treten bei weniger als 30% der Patienten auf und insbesondere Symptome wie Exulzationen bilden sich unter Chemotherapie nicht zurück.

Die Wiederherstellung der Lebensqualität steht im Vordergrund.

Konzepte der neoadjuvanten Chemotherapie in Verbindung mit plastisch-chirurgischen Maßnahmen stellen ein aufwendiges, palliatives Behandlungskonzept für Patienten mit lokal destruierendem, lymphoregionär metastasiertem Peniskarzinom dar. Durch ausgedehnte Tumorsektionen entstehen Weichteildefekte in Projektion auf

das Perineum, die Inguinalregion sowie den Unterbauch und den mons pubis. Zur plastischen Deckung der Defekte eignet sich die Verwendung sogenannter myokutaner Lappen. In der plastisch rekonstruktiven Chirurgie des fortgeschrittenen Peniskarzinoms finden die folgenden myokutanen Lappen Anwendung:

- Musculus rectus abdominis Lappen
- Musculus tensor fascia latae Lappen
- Musculus gracilis Lappen
- Musculus gluteus maximus Lappen.

Die Kombination von systemischer Chemotherapie und plastischer Chirurgie bei fortgeschrittenem Peniskarzinom des alten Patienten bedarf der Definition.

## **Methodik**

Bei 15 Patienten mit einem Plattenepithelkarzinom der Tumorstadien III und IV erfolgt eine neoadjuvante Behandlung mit 2 bis 4 Kursen Cisplatin, Methotrexat und Bleomycin, gefolgt von der en bloc Resektion mit anschließender plastischer Deckung über myokutane Lappen.

Die systemische Chemotherapie erfolgt als neoadjuvante Therapie und besteht aus Cisplatin, 75 mg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche am Tag 1, Methotrexat 25 mg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche an den Tagen 1 und 8 sowie Bleomycin 10 mg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche an den Tagen 1 und 8. Die Gesamtdauer eines Zyklus beträgt 21 Tage. Aufgrund der Hautulzerationen und obligaten Superinfektionen werden alle Patienten mit 3 x 0,5 g/die Metronidazol vorbehandelt.



Die Tumorsektion mit direkter Defektdeckung erfolgt 3 Wochen nach Beendigung der Chemotherapie. Prä- und postoperativ sind beide Beine gewickelt.

Die Tumorsektion betrifft die exulzerierten inguinalen sowie die pelvinen Lymphknoten.

Die Hautdefekte werden bis zum Erreichen gesunder Absetzungsränder exzidiert.

Die Femoralgefäße werden mit einem Musculus sartorius Lappen gedeckt (Parkash 1982).

Die unmittelbare Deckung des Defektes erfolgt über myokutane Verschiebelappen. Abhängig von der Defektfläche und Defektlokalisierung sind folgende myokutane Verschiebelappen zur Anwendung gekommen.

- Rectus abdominis Lappen
- Tensor fascia latae Lappen
- Glutaeus maximus Lappen.

Jeder myokutane Verschiebelappen wird separat drainiert. Die Entfernung der Drainagen erfolgt ab einer Menge von < 20 ml pro 12 Stunden.

## Ergebnisse

15 Patienten mit einem mittleren Alter von 74 Jahren sind in den Tumorstadien III und IV behandelt worden. Die Patienten erhalten insgesamt 36 Zyklen der vorstehenden Chemotherapie (median 2,4 Zyklen pro Patient). Bei 3 Patienten wird eine partielle Remission erzielt; 12 Patienten zeigen einen unveränderten oder progredienten Tumorbefund. Chemotherapiebedingte Nebenwirkungen sind gastrointestinal (11 von 15 Patienten zeigen Nebenwirkungen, Grad II) und hämatologisch (9 von 15 Patienten weisen Grad III Nebenwirkungen und 3 von 15 Patienten Grad IV Nebenwirkungen auf).

Präoperativ erfolgt eine Vorbehandlung mit Cotrimoxazol (n=13), alternativ Ciprofloxazin (n=2) und Mitronidazol (n=15) über 2 Wochen. Alle Patienten haben eine progrediente, symptomatische Tumorerkrankung.

### Symptome sind:

- ausgedehnte Leisten- und Perinealdefekte (n=15)
- Foetor (n=15)
- Schmerzen (n=8)
- Immobilisation (n=7)
- soziale Isolation (n=15).

Die en bloc Resektion des Tumors, kombiniert mit einer ausgedehnten inguinalen und pelvinen Lymphadenektomie erzielt eine R-0-Resektion bei 4 von 15 Patienten. 6 Patienten haben mikroskopische und weitere 5 Patienten makroskopische Tumorresiduen.

Ein primärer Defektverschluß ist bei keinem Patienten möglich. Die Defektgröße beträgt

100 cm<sup>2</sup> bei 1 Patienten, bis 200 cm<sup>2</sup> bei 5 Patienten und mehr als 200 cm<sup>2</sup> bei 9 Patienten. Der größte Defekt nach

en bloc Resektion beträgt 45 cm x 30 cm.

2 Patienten erhalten einen Musculus tensor fasciae lata Lappen auf einer Seite, 8 Patienten auf beiden Seiten. 1 Patient ist mit einem Musculus glutaeus maximus Lappen auf beiden Seiten behandelt. 1 Patient erhält die Kombination von 2 Musculus glutaeus maximus Lappen und 1 Musculus rectus abdominis Lappen. Weitere 2 Patienten haben einen Rectus abdominis Lappen und einen Tensor fascia latae Lappen und bei einem Patienten wird eine

Defektdeckung über 2 Musculus tensor fascia latae Lappen, einem Glutaeus maximus Lappen und einem Rectus abdominis Lappen erzielt.

Die mediane Operationszeit beträgt 4,5 Stunden (range: 45 Minuten bis 7,2 Stunden). Die Operationszeit zur Anlage jeweils eines Lappens beträgt 75 Minuten (range: 40 Minuten bis 110 Minuten). Eine primäre Wundheilung besteht bei 29 der 31 myokutanen Verschiebelappen. 2 Patienten haben eine partielle Lappennekrose, die lokal durch operative Entfernung des nekrotischen Anteils abgetragen wird. Die mediane Krankenhausverweildauer ist 15,8 Tage (range: 7–28 Tage). Nach einer mittleren Nachsorgezeit von 15 Monaten sind 4 Patienten tumorbedingt verstorben und 5 Patienten haben Fernmetastasen.

## Diskussion:

Der Vorteil fasciomyokutaner Verschiebelappen zur Deckung großer Weichteildefekte bei Patienten mit fortgeschrittenen Peniskarzinomen bietet den Vorteil einer Defektdeckung mit ausreichendem, gut durchblutetem Gewebe. In diesem Zusammenhang weisen der Musculus tensor fasciae lata Lappen (Airhart et al 1982, Hill et al 1979, Ishikawa et al 1983) der Musculus rectus abdominis Verschiebelappen (Raiment et Evans 1987, Gieseler 2001, Brierly et al 1998) und der Glutaeus maximus Verschiebelappen (Hashimoto et al 2001) die besten Ergebnisse auf.

Im Rahmen der hier beschriebenen Patienten erfolgte eine kombinierte neoadjuvante Chemotherapie mit anschließender operativer Tumorsektion mit sofortiger primärer Defektdeckung. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, daß insbesondere bei komplizierten Defekten in beiden Leisten, dem Unterbauch sowie der Perinealregion die Kombination der verschiedenen Lappen möglich und sinnvoll ist. Abweichend zu den hier verwandten fasciomyokutanen Verschiebelappen hat die Arbeitsgruppe von Tabatabaei et al 2003 eine Defektdeckung durch Verschiebung der seitlichen Abdominalwand unter Verwendung von Haut und Subkutangewebe eine Defektdeckung erzielt. Die Essener Arbeitsgruppe hat unter insgesamt dreimaliger Verwendung dieses Verfahrens Wundheilungsstörungen und Serombildungen beobachtet. Die Bedeutung der systemischen Polychemotherapie ist auch unter ausschließlich palliativen Aspekten begrenzt, bzw. unzureichend. Im Gegensatz zu der amerikanischen Gruppe

von Haas et al 1999 ist bei den hier behandelten Patienten nur in 3 von 15 Fällen nach kombinierter Chemotherapie mit Cisplatin, Metotrexat und Bleomycin eine partielle Remission erzielt worden.

Auch bei den Patienten mit partieller Remission ist kein Einfluss der Chemotherapie auf die Größe bzw. Rückbildung der exulzerierten Hautläsionen erzielt worden.

Zu fordern sind neue Therapieansätze, wie die Kombination von Paclitaxel und Carboplatin sowie die Beeinflussung tumorzellbiologischer Vorgänge, die auf Tumorzellmotilität und Invasion gerichtet sind (Lümmen et al 1997, Otto et al 2002).

Die Verwendung der geschilderten myokutanen Ver-

schiebelappen hat den Vorteil einer sofortigen Defektdeckung, bietet ein gutes kosmetisches Ergebnis, sowohl im ehemaligen.

Defektbereich wie auch im Bereich der Entnahmestelle und führt zu einer frühen sozialen Rehabilitation und Reintegration des symptomatischen Patienten mit einem Peniskarzinom im Stadium III oder IV. Die Ergebnisse belegen, das die Kombination von Chemotherapie und ausgedehntem operativen Vorgehen einerseits das Überleben des alten Patienten nicht nachhaltig beeinflusst, andererseits die Lebensqualität des symptomatischen Patienten entscheidend verbessert, was vorrangig auf die operative Behandlung zurückzuführen ist.

#### Irodalom:

1. Eisenberger MA: Chemotherapy for carcinomas of the penis and urethra Urol Clin N Amer. 1992; 19: 333.
2. Lümmen G, Sperling H, Pietsch M, Otto T, Rübber H. Behandlung und Verlauf von Patienten mit Plattenepithelkarzinom des Penis. Urol (A) 1997, 36: 157-161
3. Haas GP, Blumenstein BA, Gagliano RG, Russell CA, Rivkin SE, Culkin DJ, Wolf M, Crawford ED. Cisplatin, Methotrexate and Bleomycin for the Treatment of Carcinoma of the penis: a Southwest Oncology Group Study. J Urol. 1999 Jun; 161: 1823-1825.
4. Parkash S. The use of myocutaneous flaps in block dissections of the groin in cases with gross skin involvement. Br J Plast Surg. 1982; 35: 413.
5. Airhart RA, deKernion JB, Guillermo EO. Tensor fascia lata myocutaneous flap for coverage of skin defect after radical groin dissection for metastatic penile carcinoma. J Urol. 1982, 128: 599.
6. Hill HL, Hester R, Nahai F. Covering large groin defects with the tensor fascia lata musculocutaneous flap. Br J Plast Surg. 1979; 32: 413.
7. Ishikawa S, Nemoto S, Umeyama T, Yazaki T, Kanoh S, Takahashi S et al. [Tensor fascia lata myocutaneous flaps for coverage of the skin defect after extensive resection of penile cancer] Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 1983; 74: 1113.
8. Raiment R, Evans DM. Use of an abdominal rotation flap for inguinal lymph node dissection. Br J Plast Surg. 1987; 40: 485.
9. Gieseler EJ, Gee JE, Reece GP, Pettaway CA, Pollock RE, Pisters LL.

Cutaneous Metastases of Penile Squamous Cell Carcinoma Following En Bloc Resection of Inguinal Recurrence with Immediate Pedicle Flap Reconstruction. J Urol. 2001 Oct.; 166: 1384-1385.

10. Brierly RD, Pereira JA, Arnstein PM. Use of a Vertical Rectus abdominis Myocutaneous Flap in Bilateral Groin Dissection for Recurrent Carcinoma of the Penis. Urol Int. 1998; 61: 243-246.

11. Hashimoto I, Nakanishi H, Nagae H, Harada H, Sedo H. The Gluteal-Fold Flap for Vulvar and Buttock Reconstruction: Anatomic Study and Adjustment of Flap Volume. Plast Reconstr Surg. 2001 Dec; 108(7):1998-2005.

12. Tabatabaei S, McDougal WS. Primary Skin Closure of Large Groin Defects after Inguinal Lymphadenectomy for Penile Cancer Using an Abdominal Cutaneous Advancement Flap. J Urol. 2003 Jan; 169: 118-120.

13. Park S, Grossfeld GD, McAninch JW, Santucci R. Extramammary Paget's Disease of the Penis and Scrotum: Excision, Reconstruction and Evaluation of Occult Malignancy. J Urol. 2001 Dec; 166: 2112-2117.

14. Lümmen G, Virchow S, Rügenapp U, Schmidt M, Wieland I, Otto T, Rübber H, Jakobs K H. Identification of G-protein coupled receptors potentially stimulating migration of human transitional-cell carcinoma cells. Naunyn-Schmiedeberg's Arch.Pharmacol. 1997; 356: 769-776.

15. Otto T, Lümmen G, Bex A, Suhr J, Goebell PJ, Raz A, Rübber H. Cell motility-a novel therapeutic target in cancer. Res.Adv.Cancer 2002; 3: 21-28.

# Extrém nagy méretű átmeneti sejtes májtumor komplex ellátása

Domján Zs. dr.<sup>1</sup>, Pap-Szekeres J. dr.<sup>2</sup>, Svébis M. dr.<sup>2</sup>, Szűcs M. dr.<sup>3</sup>, Kocsis L. dr.<sup>4</sup>, Jakab F. dr.<sup>5</sup>, Szabó Z. dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Urológiai Osztály; <sup>2</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Sebészeti Osztály;

<sup>3</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Onkoradiológiai Központ; <sup>4</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológia Osztály;

<sup>5</sup>Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza, Sebészeti Osztály

A metasztázisok kezelése és sebészete terén jelentős változások történtek az utóbbi évtizedben a sebészeti instrumentárium és technikák fejlődésével, az intenzív betegellátás lehetőségeinek bővülésével, az onkológiai kezelés eredményességének folyamatos javulásával párhuzamosan. Esetünkben középkorú férfi urológiai daganatából kialakult szolid, metakrón májmetasztázis sikeres kezelését ismertetjük, több diszciplína és betegellátó centrum eredményes kollaborációjának köszönhetően.

**Kulcsszavak:** metasztázisok, szolid metakrón májmetasztázis, interdiszciplináris ellátás

## Complex supply of an extreme large, intergrade cell liver tumour – a case study

Treatment and surgery of metastases have changed during the last decade due to parallel development of surgical techniques and instruments, improving possibilities of intensive care and better results of oncological medications. We report a case of a successful treatment of a middle-aged male with a solid, metachron liver metastasis originated from bladder cancer as a results of more discipline's and health center's cooperation.

**Key-words:** metastasis, solid metachrom liver metastasis, interdisciplinar supply

## Bevezetés

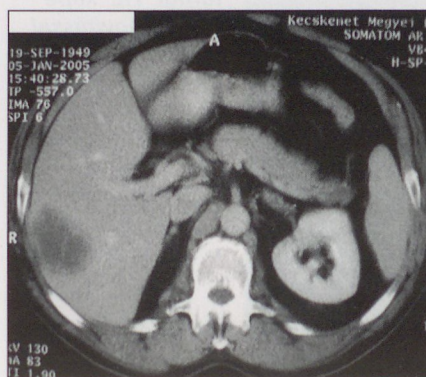
Az urológiai és sebészeti daganatok parenchymás metasztázisai leggyakrabban időben szinkron és multiplex megjelenésűek. Amikor sebészi eltávolítás nem jöhet szóba, az onkológiai-sebészi kezelés célja a szövődmények elhárítása, a beteg életminőségének javítása (1). A szolid áttétek eltávolításával azonban a daganat-specifikus túlélés javítását, bizonyos esetekben teljes gyógyulást érhetünk el, amint azt a here- és vesetumorok esetén a nemzetközi és hazai gyakorlatban, illetve irodalomban is megfigyelhetjük (2, 3).

Az urothelialis daganatok májmetasztázisai általában rosszabb prognózist jelentenek, mint más parenchymás szervek szolid metasztázisai, a metakrón jelentkező áttétek viszont jobb kórjóslatúak, mint a betegség felfedezésével egy időben diagnosztizáltak (4, 5).

Az egyre hatékonyabb onkológiai kezelések lehetővé teszik, hogy korábban gyógyíthatatlannak hitt, áttétes (májáttétes) betegeinkről sem kell lemondanunk, de az adekvát kezelés érdekében a metasztázis pontos szövettani verifikálása elengedhetetlen.

## Esetismertetés

Az 56 éves férfi anamnézisében hat évvel ezelőtt vese-sejtes carcinoma miatt történt radikális nephrectomia és interferon-kezelés, valamint magas kockázatú felületes hólyagtumor (T1G3) miatt több alkalommal transurethralis resectio adjuváns BCG hólyaginstillatioval (2000-2003) szerepelt. Utánkövetéses vizsgálatok során hasi UH a máj jobb lebenyében 6 cm átmérőjű daganatot mutatott, amit CT-vizsgálat is megerősített (1. ábra). Cysto-



1. ábra  
A máj VII-es szegmentumában lévő tumor kemoterápia előtti CT-képe

scopia tumorrecidívát nem igazolt, mellkas-röntgenvizsgálat negatív volt.

Az anamnézis ismeretében metasztatikusként tartott májelhváltozás eltávolíthatóságának reményében staging laparotomia történt, melynek során a leírt elváltozásnál nagyobb, kb. 15 cm átmérőjű májtumor volt látható (2. ábra), ami a v. portae egyik vénás ágát is beszűrte, valamint a

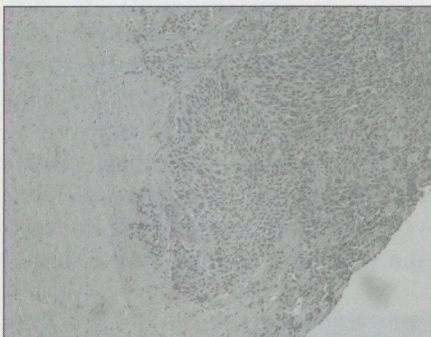


2. ábra  
Intraoperatív kép  
a staging  
laparotomia során

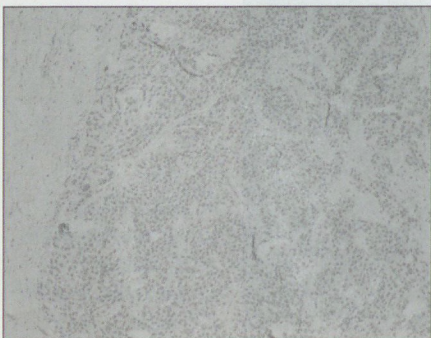
peritoneummal szívosan összenőtt. A folyamat aktuálisan inoperábilisnak bizonyult, a májtumorból, illetve a peritoneumból biopszia történt.

Szövettani vizsgálat során HE festés jellegzetes transiocellularis szerkezetet mutatott (3. ábra), a CK-7, illetve HMW-CK immunhisztokémiai vizsgálatok együttes pozitívítása a folyamat átmeneti sejtjes eredetét megerősítette (4. ábra).

Tekintettel az urothelialis eredetű tumorok kemoszenzitívására, a betegnél hat cikluson keresztül kombinált kemoterápia indult (gemcitabin 1000 mg/m<sup>2</sup> + cisplatin 70 mg/m<sup>2</sup>,

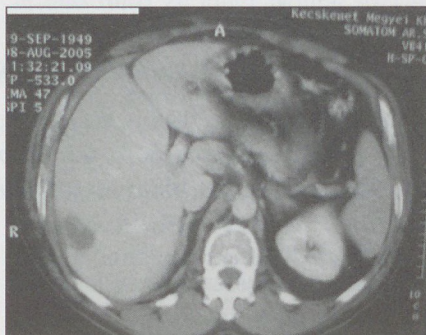


3. ábra  
A májban lévő  
tumor HE képe  
100x nagyítással



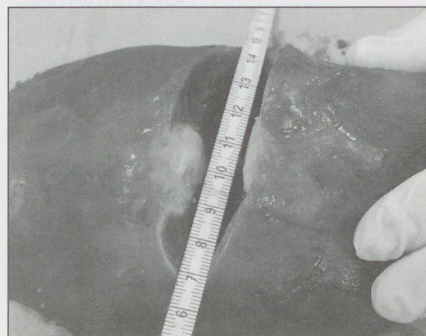
4. ábra  
A májtumor  
HMW-CK festése

kéthetes szünetekkel). A kezelés hatására a májmetasztázis kifejezett down-staginget mutatott a kontroll CT- és MRI-vizsgálat során (5. ábra), ami a resectio kivitelezhetőségét vetette fel.



5. ábra  
A megkisebbedett  
daganat CT-képe  
kemoterápia után

Májsebészeti centrumban végzett restaging laparotomia során az elváltozás resecabilisnak mutatkozott. Antibiotikum-profilaxisban a máj VI-VII-VIII-as szegmentumainak eltávolításával jobb oldali hepatolectomia történt (6. ábra). A posztoperatív szak szövődménymentes volt. A specimen hisztológiai vizsgálata heges, daganatmentes szövetet igazolt.



6. ábra  
A resecált máj  
a reziduális  
szövettel

A műtét óta hat hónap telt el, a beteg urológiai és onkológiai gondozás alatt áll, azóta panaszmentes, képalkotó vizsgálatokkal recidíva nem volt igazolható.

## Megbeszélés

Az urothelialis daganatok haematogen úton terjedő távoli áttétei között első helyen a májmetasztázisok állnak (38%), megelőzve a tüdő- (36%), a csont- (27%), a mellékvese- (21%) és az intestinalis áttétek (13%) gyakorisági arányát (4).

A magas kockázatú felületes hólyagtumorok kb. 20%-ban képeznek távoli áttétet, aminek egyik okaként feltételezik, hogy a transurethralis resectio után felszínesnek tartott tumorok egy részében a patológiai vizsgálat a már meglévő infiltratív jellegét nem igazolja (down-staging) (4).

Immunhisztokémiai vizsgálatok segítségével a kórelőzményben szereplő, több szervből kiinduló tumoros megbe-

tegedések esetén a metasztázisok eredete tisztázható, sőt erre az adekvát kezelés reményében törekedni is kell (6).

A gemzar-cisplatin kombináció az átmeneti sejtes tumороk kezelésében az egyik leghatásosabb kombináció, a parciális remissziós ráta elérte a 40%-ot, a komplett remissziós ráta a 13%-ot, valamint a taxanokkal kombinált két-, illetve háromkomponensű terápia – mérsékelten magasabb toxicitás mellett – még jobb eredményeket adott (3, 4, 7, 8).

A pár évvel ezelőtt alkalmazott M-VAC séma mellett még csekély effektivitású metasztázisbészet az újabb kemoterápiás kombinációkkal támogatva egyre jobb eredményeket mutat fel (9).

Betegünknel érdekességként említhető meg, hogy egy

nagy, szolid, metakrón áttét jelentkezett a májban a trans-urethralis resectiók után, míg a hólyagban recidíva vagy egyéb helyen távoli áttét nem volt igazolható. A kombinált kemoterápiás kezelés nemcsak down-staginget (ezzel sebészi eltávolítási lehetőséget) eredményezett, hanem a szövettani vizsgálat szerint a tumor teljes elpusztítását.

Lényegesnek tartjuk kiemelni, hogy esetünkben a szövettani verifikáció pontossága (immunhisztokémia) képezte az alapját a megfelelő onkológiai kezelés kiválasztásának.

Az onkológia fejlődésével egyre több tumor esetén érhetünk el down-staginget a megfelelő kezeléssel, ami lehetővé teszi a sebészi eltávolítást is. A kezelést követően a reziduális szövet eltávolításának szükségessége újabb kérdéseket vet fel.

#### Irodalom:

1. Szendrői A, Antal I, Riesz P, Szendrői M, Romics I: Vesedaganat csontáttétjének műtéti kezelése. Magyar Urol. 1:9-17, 2004
2. Pintér J: Kétoldali vesedaganatos beteg 11 éves túlélése. Magyar Urol. 2:189-197, 2002
3. A Magyar Urológia Módszertani levelei. Magyar Urol. Suppl., 2005
4. Campbell's Urology, 8th Edition. IV. Management of invasive and metastatic bladder cancer, Chapter 78, 2004
5. Sengelov L, Kamby C, von der Maase H: Metastatic urothelial cancer: Evaluation of prognostic factors and change in prognosis during the last twenty years. Eur. Urol. 39:634-642, 2001
6. Rubin BP, Skarin AT, Pisick E, Rizk M, Salgia R: Use of cytokeratin 7 and 20 in determining the origin of metastatic carcinoma of unknown primary, with special emphasis on lung cancer. Eur. J. Cancer Prev. 10:77-82, 2001
7. Hainsworth JD, Meluch AA, Litchy S, Schnell FM, Bearden JD, Yost K, Greco FA: Paclitaxel, carboplatin, and gemcitabine in the treatment of patients with advanced transitional cell carcinoma of the urothelium. Cancer 103:2298-2303, 2005
8. Ardavanis A, Tryfonopoulos D, Alexopoulos A, Kandyli C, Lainakis C, Lainakis G, Rigatos G: Gemcitabine and docetaxel as first-line treatment for advanced urothelial carcinoma: A phase II study. Br. J. Cancer 92:645-650, 2005
9. Tadokoro M, Yonese J, Tsukamoto T, Okubo Y, Hanada E, Satoh Y, Nakagawa K, Ishikawa Y, Fukui I: Successful treatment of chemo-refractory pulmonary metastases of renal pelvic cancer by second-line chemotherapy including gemcitabine followed by salvage surgery. Int. J. Urol. 12:208-210, 2005

# CD24 mRNS expresszió meghatározása kvantitatív real-time PCR módszerrel tűbiopsziával nyert prosztatamintákból

Nagy Bálint dr.<sup>1</sup>, Szendrői Attila dr.<sup>2</sup>, Papp Zoltán dr.<sup>1</sup>, Romics Imre dr.<sup>2</sup>

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, <sup>1</sup>I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika; <sup>2</sup>Urológiai Klinika

A prostata rosszindulatú megbetegedése az egyik leggyakoribb tumoros megbetegedés a férfiaknál. A CD24 magasabb expresszióját írták le különböző tumorokban, köztük a prosztatában. A szerzők tűbiopsziás módszerrel nyertek prostata szöveti mintákat prostatatumoros (n=21) és benignus prostata-hyperplasiás (BPH) (n=10) betegekből. A mintákból RNS-t izoláltak, cDNS-t szintetizáltak, majd meghatározták a CD24 mRNS expresszióját kvantitatív real-time PCR módszerrel. Az eredmények normalizálásához a beta-globin house keeping gén expresszióját is megmérték a minták közötti esetleges mennyiségi és minőségi különbségek kiküszöbölésére. A prostatatumoros betegek (n=21) csoportjában  $33,65 \pm 47,39$  ng/ $\mu$ l, a BPH-s (n=10) csoportban  $4,00 \pm 4,25$  ng/ $\mu$ l CD24 koncentrációkat határoztak meg (p=0,014). A Gleason score szignifikáns összefüggést mutatott a CD24 expressziójával (p=0,033). Az eredmények felvetik a CD24 tumormarkerként, valamint prognosztikus markerként való meghatározásának lehetőségét a PSA meghatározásokkal együtt.

**Kulcsszavak:** prostatarák, RNS, CD24, génexpresszió

A prostatatumor a férfiak második leggyakrabban előforduló tumoros megbetegedése. Előfordulási gyakorisága az utóbbi időben nő, de eltérő a földrajzi eredet szerint is, ritkább az ázsiai, míg gyakoribb a nyugati populációkban (1). Egyes tanulmányok szerint az étkezési szokások is szerepet játszanak a prostatatumor kialakulásában, a zsírban és vörös húsban gazdag táplálkozás növeli, míg a növényi és az E-vitaminban gazdag diéta csökkenti a megjelenés valószínűségét (2). A táplálékban lévő szelén kedvező hatását is kimutatták (3, 4).

A prostatatumor kialakulásában, fejlődésében és a metasztatizáció kialakulásában szerepet játszó molekuláris mechanizmusok a mai napig sem ismertek pontosan.

**Determination of CD24 mRNA expression in prostatic tissue samples obtained by needle biopsy using quantitative real-time PCR method**

Prostatic tumor is one of the most common cancer in males. Recently higher expression of CD24 was published in different tumors including prostate. The authors collected prostatic tissue samples by using needle biopsy from 21 tumorous and 10 benign prostate hyperplastic (BPH) patients. They isolated RNA, synthesized cDNA and determined the CD24 expression by using quantitative real-time PCR method. The expression of beta-globin gene was determined also for normalization of the results. The CD24 expression was  $33,65 \pm 47,39$  ng/ $\mu$ l in the prostatic tumorous and  $4,00 \pm 4,25$  ng/ $\mu$ l in the BPH group (p=0,014). The Gleason score showed association with the CD24 levels (p=0,033). The measurement of CD24 can be used as diagnostic marker in prostate patients and the utilization as prognostic marker needs more extensive studies involving large number of patients.

**Key-words:** prostate carcinoma, RNA, CD24, gene expression

A korai felismerést segíti a prostata-specifikus anti-gén (PSA) szérumból történő meghatározása, valamint a rectalis digitális vizsgálat (1). Az eddig elfogadott és bevált hagyományos prognosztikus markerek közé tartozik a PSA-n kívül a tumorkiterjedés (stage) és a szövettani (grade) beosztás, a beteg életkora és más paraméterek (5).

A leginkább elterjedt szűrőmódszer, a szérumból történő PSA-meghatározás magas érzékenységgű, de alacsony specificitású vizsgálat. Évek óta alkalmazzák, de megbízhatóbb markerek kutatása folyik.

A microarray vizsgálatok és a génexpressziós vizsgálatok bekerültek a prostatatumor kialakulásának, az esetle-

ges prognosztikus és diagnosztikus markerek felderítésének tárházába (5, 6, 7, 8, 9, 10).

Az utóbbi időben került a vizsgálatok központjába a *CD24* mRNS, amely független prognosztikus marker nemcsak a prosztatata-, de a petefészek- és a nem-kissejtes tüdő-tumorokban is (7, 11, 12).

A *CD24* egy kis molekulású, 27 aminosavból álló, erősen glikozilált, mucinhoz hasonló sejt felszíni fehérje. Expresszálódik granulocytákban, keratinocytákban, a vese tubularis epitheliumában és különböző tumorokban. A *CD24* ligandja a P-selectinnek és segítheti a *CD24*+ tumorsejtek szétszóródását. A sejteken belüli jeladásban vesz részt a tirozin-kinázokhoz való közvetlen kapcsolódással (6, 12).

Vizsgálataink során célul tűztük ki a *CD24* mRNS expressziójának meghatározását prosztatatumoros betegek csoportjában.

## Anyag és módszer

### Betegek és mintavétel

Munkánk során ultrahang-vezérelt prosztatata tűbiopsziával nyert, kezeletlen, 21 prosztatatumoros (PCA) és 10 benignus prosztatata hypertrophiás (BPH) beteg prostatamintáját vizsgáltuk. A betegselekción a pozitív rectalis tapintáson és a magas PSA-koncentráció leletén alapult, hogy biztosak legyünk a PCA diagnózisában, amelyet később a szövettani vizsgálat is igazolt. A BPH-s csoportba vagy a gyanús rectalis tapintási lelet vagy a totál PSA, free PSA eredmény alapján kerültek a betegek, figyelembe véve a PSAD-t is. Ebben a csoportban a PSA átlagérték alacsony, a negatív biopsziás lelettel együtt értékelve a jóindulatú hyperplasia valószínűsége nagy. Nem válogattuk be vizsgálatunkba az olyan beteget, akinek bár a szövettani lelete negatív, de a PSA-szintje magas volt. A betegek átlagos életkora  $72,0 \pm 8,8$  év, ill.  $64,3 \pm 12,1$  év volt. A tumoros betegek besorolása Gleason score szerint is megtörtént. A tanulmányt a Semmelweis Egyetem Orvosetikai Bizottsága engedélyezte, a vizsgálatokba bevont betegek részletes tájékoztatót kaptak, beleegyezésüket aláírásukkal bizonyították.

A mintákat közvetlenül 0,5 ml RNS/DNS stabilizátort (Roche, Mannheim, Németország) tartalmazó 1,5 ml-es Eppendorf csövekbe helyeztük, majd  $-85^\circ\text{C}$ -on tároltuk az RNS-izolálásig.

### Szérum prosztatata-specifikus antigén (PSA) meghatározások

A biopszia előtti PSA-szinteket microparticle enzyme immunoassay (MEIA) módszerrel, Abbott IMx készülékkel, PSA-kit (Abbott Park, IL, USA) felhasználásával határoztuk meg.

### RNS-izolálás

A szövetmintákat FastPrep Bio101 roncsoló centrifugával (Thermo Savant, Holbrook, NY, USA) lysing matrix csövekben, 0,3 ml RNS lízis pufferben széttroncsoltuk, majd Perfect RNA-kittel (Eppendorf, Hamburg, Németország) az előírásoknak megfelelően kiizoláltuk. Az RNS-minták integritását Agilent Bioanalyzer 2100 segítségével határoztuk meg.

### cDNS szintézis

Az RNS-mintákból 1st Strand cDNS Synthesis kittel (Roche, Mannheim, Németország) a használati utasításban foglaltak szerint szintetizáltuk meg a cDNS-t.

### Kvantitatív real-time PCR

A *CD24* mRNS expressziójának meghatározását a szintetizált cDNS-minták egy-egy microliterének felhasználásával LightCycler (Roche) készülékkel végeztük el, fluorescens próbák alkalmazásával, FastStart DNA Master Hybprobe kittel (Roche). A *CD24* specifikus primer szekvenciák a következők voltak: 5'-TgA AgA ACA TgT gAg Agg TT T gAC-3' sense, 5'-gAA AAC TgA ATC TCC ATT CCA CAA-3' antisense, a fluorescens próbák: 5'-ggA TgT TgC CTC TCC TTC ATC TTg TAC ATg-3'-fluorescein, LC-640-AAC TCC AgC AgA TTT AAT ATT ggC ATT CAT CA-PH-3'. A primerekből és próbákból 5-5 pmol, a  $\text{MgCl}_2$ -ből 2 mmol mennyiségeket használtunk fel 10 microliteres végtérfogatban az üveghővezetőkben. A kezdeti 10 perces  $95^\circ\text{C}$ -on történő denaturálás után 45 ciklusban denaturációs ( $95^\circ\text{C}$ ; 1 sec), annealing ( $58^\circ\text{C}$ ; 15 sec) és extenziós ( $72^\circ\text{C}$ ; 20 sec) lépések következtek. (5) Ezt követően olvadásgörbe analízist végeztünk és meghatároztuk a keletkezett termékek olvadáspontját ( $T_m$ ). Minden futtatásnál a koncentrációk megállapításához a beta-globin ismert koncentrációit mértük be (15 ng/microliter, 1,5 ng/microliter, 0,15 ng/microliter, 0,015 ng/microliter; Control DNA kit, Roche). A mintákat duplikátumban mértük és negatív kontroll mintákat is beiktattunk. Az egyes minták közötti esetleges RNS mennyiségi és minőségi különbségek kiküszöbölésére a beta-globin (house keeping) gén expresszióját is meghatároztuk és ehhez normalizáltuk az eredményeket.

### Statisztikai analízis

Az adatok statisztikai kiértékelése SPSS statisztikai program csomag felhasználásával történt, a szignifikancia értékét  $p \leq 0,05$  értékben határoztuk meg.

### Eredmények

A Schostak és mtsai (5) által közölt *CD24* mRNS expresszió meghatározási módszert beállítottuk klinikán-

kon, és a tűbiopsziás módszerrel nyert prosztatamintákból izolált RNS-mintákból elvégeztük a meghatározásokat.

A prosztatatumoros betegek (n=21) csoportjában  $33,65 \pm 47,39$  ng/ $\mu$ l, a BPH-s (n=10) csoportban  $4,00 \pm 4,25$  ng/ $\mu$ l CD24 koncentrációkat határoztunk meg (p=0,014).

A PSA-szintekben is szignifikáns különbség mutatkozott:  $252,37 \pm 308,33$  ng/ml vs.  $3,50 \pm 2,14$  ng/ml (p=0,001) a két vizsgált csoportban.

A Gleason score középértéke  $7,6 \pm 1,34$  volt, 7-nél magasabb értéket mutatott 9 PCA-s betegnél. A Gleason score összefüggést mutatott a CD24 (p=0,033), valamint a PSA-értékekkel (p>0,004).

Az 1. táblázat mutatja az eredményeket, valamint a 2. táblázatban a CD24 expresszió mérése után kapott olvadási görbe analízis látható, a kapott termék olvadási hőmérséklete 64 °C volt.

### 1. táblázat

A PSA és a CD24 expresszió vizsgálat eredményei a vizsgált betegek csoportjában

Betegcsoport	Átlagos életkor (év)	Prosztata-specifikus antigén (PSA) szint (ng/ml)	CD24 szint (ng/ $\mu$ l)
Prosztatatumoros (PCA) n=21	72,0 $\pm$ 8,8	252,37 $\pm$ 308,33	33,65 $\pm$ 47,39
Benignus prosztatahyperplasiás (BPH) n=10	64,3 $\pm$ 12,1	3,5 $\pm$ 2,14*	4,0 $\pm$ 4,25**

\*p=0,001

\*\*p=0,014

### Megbeszélés

A prosztata rosszindulatú daganata az egyik leggyakoribb tumoros megbetegedés a férfiak körében, Magyarországon évente kb. 1800 férfi hal meg ebben a megbetegedésben (9, 13).

A lokálisan kiterjedt daganat terápiaja a műtét, de ezek közel 30%-ában biokémiai kudarc vagy lokális recidiva lép fel. Sugárterápiával még kissé rosszabb az arány. Előrehaladt tumorok hormonkezelésének eredménye 2-3 éven belül hormonrezisztencia kialakulása lehet.

### 2. táblázat

A vizsgálatba bevont 50 beteg tesztoszteron- és PSA-értékei a diagnózis felállításakor

	átlag		minimum		maximum		normál	
	nmol/l	ng/dl	nmol/l	ng/dl	nmol/l	ng/dl	nmol/l	ng/dl
Testoszteron	16,49	471,14	6,48	185,1	42,28	1208	9,9-27,8	282,85-794,28
PSA	17,09		7,38		45,65		4,5-6,5 ng/ml	

### Irodalom:

1. Calvo A, Gonzalez-Moreno O, Yon C-Y, Huh J-I, Desai K, Nguyen TQ, Green E.J.: Prostate cancer and genomic revolution: advances using microarray analyses. Mutation Research 576:66-79, 2005

A prosztatarák kialakulásának molekuláris mechanizmusa microarray és génexpressziós vizsgálatok ellenére nem ismert.

A PSA 1981-ben történt felfedezése jelentős előrelépést jelentet a prosztatatumorok diagnosztizálásában. Kiváló az érzékenysége, alacsony specificitása azonban megbízhatóságát csökkenti.

Az utóbbi években új molekuláris markerek kerültek bevezetésre, ezek megbízhatóságának ellenőrzése nagyobb klinikai anyagokon jelenleg is folyik, ezek közé tartozik a CD24.

A CD24 egy alacsony molekulásúlyú fehérje. Erős független prognosztikus markernek találták nem csak prosztata-, hanem tüdő-, mell- és petefészek tumorok esetében is (13, 14, 15, 16).

Munkánk során bevezettük a CD24 mRNS meghatározását kvantitatív real-time PCR módszerrel. Összegyűjtöttünk 21 prosztatatumoros és 10 BPH-s mintát, amelyekből RNS-t izoláltunk, cDNS-t szintetizáltunk és kvantitatív real-time PCR meghatározásokat végeztünk. Szignifikáns különbséget találtunk a CD24 expressziójában a két csoportban. A Gleason score értékeivel a CD24- és a PSA-szintek is összefüggést mutattak.

Vizsgálataink megegyeznek a Schostak és mtsai (5) által közölt eredményekkel, akik 102 mintát analizáltak. Véleményük szerint a CD24 mRNS meghatározás alkalmas lehet prosztata- vagy vizeletből izolált sejtek vizsgálatára is. Kiegészítő vizsgálatként való alkalmazása a rectalis vizsgálat és a PSA-meghatározás mellett szóba jöhet.

Eredményeink felvetik a CD24-, mRNS-meghatározás diagnosztikus markerként való alkalmazásának lehetőségét prosztatatumoros betegeknél. Nagyobb esetszámmal további tanulmányok szükségesek prognosztikus markerként való alkalmazhatóságának vizsgálatára is.

Köszönetnyilvánítás: a szerzők köszönetüket fejezik ki Bognár Krisztina főnővérnek a minták és adatok gyűjtése, valamint Májner Márta laboratóriumi asszisztensnek a PSA meghatározások során végzett lelkiismeretes munkájukért.

2. George J.N.: Prostate cancer biology, diagnosis and management, in K. Syrigos (ed), Surg Oncol., vol 12:2003, p211.

3. Etminan M, FitzGerald JM, Gleave M, Chambers K.: Intake of selenium in the prevention of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancer Causes Control 16:1125-1131, 2005



4. Dong Y, Zhang H, Hawthorn L, Ganther E.H, Ip C.: Delineation of the molecular basis for selenium-induced growth arrest in human prostate cancer cells by oligonucleotide array. *Cancer Research* 63:52-59, 2005
5. Schostak M, Krause H, Miller K, Schrader M, Weikert S, Christoph F, Kemkensteffen C, Köllermann J.: Quantitative real-time RT-PCR of CD24 mRNA in the detection of prostate cancer. *BMC Urology* 6; on line 2006
6. Lim C.S.: CD24 and human carcinoma: tumor biological aspects. *Biomedicine Pharmacotherapy* 59:S531-S534, 2005
7. Kristiansen G, Pilarsky C, Pervan J, Stürzebecher B, Stephan C, Jung K, Loening S, Rosenthal A, Dietel M.: CD24 expression is a significant predictor of PSA relapse and poor prognosis in low grade or organ confined prostate cancer. *The Prostate* 58:183-192, 2004
8. Kristiansen G, Pilarsky C, Wissmann C, Kaiser S, Bruemendorf T, Roepcke S, Dahl E, Hinzmann B, Specht T, Pervan J, Stephan C, Loening S, Dietel M, Rosenthal A.: Expression profiling of microdissected matched prostate cancer samples reveals CD166/MEMD and CD24 as new prognostic markers for patient survival. *J. Pathol.* 205:359-376, 2005
9. Hughes C, Murphy A, Martin C, Sheils O, O'Leary J.: Molecular pathology of prostate cancer. *J. Clin. Pathol.* 58:673-684, 2005
10. Ashida S, Nakagawa H, Katagiri T, Furihata M, Iizumi M, Anazawa Y, Tsunoda T, Takata R, Kasahara K, Miki T, Fujioka T, Shiun T, Nakamura Y.: Molecular features of the transition from prostatic intraepithelial neoplasia (PIN) to prostate cancer: genome-wide gene-expression profiles of prostate cancers and PINs. *Cancer Research* 64:5963-5972, 2004
11. Liu Y.A., Roudier P.M., True D.L.: Heterogeneity in primary and metastatic prostate cancer as defined by cell surface CD profile. *Am. J. Pathol.* 165:1543-1556, 2004
12. Choi Y-L, Kim S-H, Shin K.Y, Hong Y-C, Lee S-J, Kang Y.S, Ahn G.: Cytoplasmic CD24 expression in advanced ovarian serous borderline tumors. *Gynecologic Oncology* 97:379-386, 2005
13. Lim S.C, Oh S.H.: The role of CD24 in various human epithelial neoplasias. *Pathol. Res. Pract.* 201:479-486, 2005
14. Gronberg H.: Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 361:859-864, 2003
15. Kristiansen G, Pilarsky C, Pervan J, Sturzebecher B, Stephan C, Jung K, Loening S, Rosenthal A, Dietel M.: CD24 expression is a significant predictor of PSA relapse and poor prognosis in low grade or organ confined prostate cancer. *Prostate* 58:183-192, 2004
16. Kristiansen G, Denkert C, Schluns K, Dahl E, Pilarsky C, Hauptmann S.: CD24 is expressed in ovarian cancer and is a new independent prognostic marker of patient survival. *Am. J. Pathol.* 161:1215-1221, 2002
17. Kristiansen G, Schluns K, Yongwei Y, Denkert C, Dietel M, Petersen I.: CD24 is an independent prognostic marker of survival of nonsmall cell lung cancer patients. *Br. J. Cancer* 88:231-236, 2003
18. Kristiansen G, Winzer KJ, Mayordomo E, Bellach J, Schluns K, Denkert C, Dahl E, Pilarsky C, Altevogt P, Guski H, Dietel M.: CD24 expression is a new prognostic marker in breast cancer. *Clin. Cancer Res.* 9:4906-4913, 2003

# Felty-szindróma és prosztatatarák együttes előfordulása

Filkor Gábor dr., Demeter Judit dr.<sup>1</sup>, Romics Imre dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika; <sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Belgyógyászati Klinika

A 11 éve rheumatoid arthritisben szenvedő férfibeteget emelkedett PSA miatt vizsgáltuk. Szövettanilag igazolt prosztatata-adenocarcinoma miatt radikális prostatectomiát végeztünk. Margin-pozitivitás miatt antiandrogén-kezelést kezdtünk. Négy évvel a műtét után észlelt gyengeséget, jelentős fogyást, vérkép-eltéréseket háziorvosa tumorpropagáció jelének, az antiandrogén-kezelés mellékhatásának gondolta. Magunk daganatprogressziót nem észleltünk, ezért a fennálló anaemia miatt hematológiai konzíliumot kértünk. A hematológiai vizsgálat a rheumatoid arthritis igen ritka manifestációjára, Felty-szindrómára derített fényt.

**Kulcsszavak:** prosztatatarák, Felty-szindróma

**Joint incidence of Felty's syndrome and prostate cancer**  
Male patient suffering rheumatoid arthritis for 11 years was examined for elevated PSA levels. Histology confirmed adenocarcinoma. After he had undergone radical prostatectomy we started antiandrogene treatment due to margin positivity. After 4 years weakness, shrinkage and haematologic disorders were thought to be signs of tumor propagation and antiandrogene-therapy side effects by the G.P. Lack of progression of prostate cancer was proved and consultation with haematologist described Felty's syndrome, a very infrequent variant of rheumatoid arthritis.

**Key-words:** prostate cancer, Felty's syndrome

## Esetismertetés

A 68 éves férfibeteg, akit 1988 óta kezeltek idős kori rheumatoid arthritis miatt, reumatológusa kérésére jelentkezett urológiai szakrendelőben góckeresés céljából 1999-ben. Gyanús tapintási lelet és emelkedett PSA (26 ng/ml) miatt prosztatabiopszia történt, szövettani vizsgálat Gleason score 3-as adenocarcinomát igazolt, stage: T2. Preoperatív kivizsgálás során mellkasröntgenen tüdőáttét, csontszcintigráfián csontmetasztázis nem igazolódott. Transrectalis ultrahanggal tokpenetráció nem volt kimutatható. Aneszteziológiai kontraindikációja sem volt a műtétnek, így 1999 októberében radikális prostatectomiát végeztünk. A posztoperatív szövettan Gleason score 4-es adenocarcinomát igazolt tokáttöréssel (stage: T2bR+ N0M0). Posztoperatív szövődeményt nem észleltünk. A műtét utáni margin-pozitivitás és biokémiai relapsus (tíz hónappal a műtét után PSA: 7,3 ng/ml) miatt antiandrogén-kezelést kezdtünk, a beteget rendszeresen kontrolláltuk.

2003 őszén belgyógyászati vizsgálatok történtek hónapok óta észlelt gyengeség, jelentős fogyás (fél év alatt 10 kg), mérsékelt anaemia és gravis granulocytopenia miatt, tumorpropagáció, antiandrogén-mellékhatás és leukaemia gyanújával.

A progressziót kizártuk, anaemiája prosztatatarákkal nem volt magyarázható, ezért a vérkép-eltérésekre tekintettel hematológiai konzíliumot kértünk. Cristabiopszia, csontvelővizsgálat történt. A csontvelő szövettani vizsgálata normocelluláris csontvelősejteket véleményezett kiérő haemopoesissel, ezért a malignus hematológiai kórképet kizárhatták.

Leukopenia (0,9 G/l), gravis granulocytosis (0,13 G/l), UH-n detektált splenomegalia és a rheumatoid arthritis (reumafaktor: 294) triászja alapján Felty-szindróma diagnózisát állították fel, melyet reumatológiai konzílium megerősített.

Splenomegalia okozta hypersplenia miatt 2004 tavaszán splenectomia történt. Ezt követően véképe normalizálódott. Kontroll laborleletei: fvs: 5,11 G/l; neutrophil: 80,3%; vvt: 5,09 T/l. A beteg azóta rendszeresen hematológiai ellenőrzésre jár. Fehérvérsejtszáma normális, mérsékelt granulocytopenia és anaemia mutatható ki. Állapotromlás esetén további kezelésként methotrexat-kezelés merült fel. A beteg antiandrogén-kezelésben részesül szoros observatio (szcintigráfia, PSA) mellett. PSA-emelkedés, metastázis nem volt kimutatható.

**Megbeszélés**

A Felty-szindróma a rheumatoid arthritis ritka variánsa, a betegség 1%-ában mutatható ki. Jellemzője a *polyarthritis, leuko(neutro)penia gyakori infekciókkal és splenomegalia* (1).

Malignus hematológiai kórképek gyakoribb előfordulását írták le Felty-szindrómában, azonban a prosztatatarákkal való összefüggést kimutatni nem sikerült. Hazai viszonyok között kezelésében elsősorban – az ízületi és a hematológiai eltéréseket egyaránt kedvezően befolyásoló – methotrexat és splenectomia jön szóba (2). A nemzetközi szakirodalomban jó eredményekről számoltak be haemopoetikus növekedési faktorok alkalmazásáról is. Kevés közlemény született egyéb terápiás kísérletekről, azonban állatkísérletekben leírták az androgének granulocita-stimuláló és lympholyticus hatását, mely neutrocytopeniában terápiás értékű lehet. Azonban hasonló ritka esetben – antiandrogén-kezelést igénylő prosztatatarákos beteg – az androgén-kezelés súlyos hiba volna (3).

Az eset közlésével illusztrálni kívántuk, hogy a prosztatadaganatos betegek tünetei, laboreltérései mögött akár más, ritka senyvesztő betegség is állhat, mely a kezelőorvostól megköveteli a sémáktól mentes, más szakmák felé is kitekintő gondolkodást.

**Irodalom:**

1. Robbins, Cumar, Cotran (Eds): Robbins Pathologic Basis of Disease. 4th Ed., 1989
2. Gridley G, Klippel JH, Hoover RN, Fraumeni JF Jr.: Incidence of cancer among men with the Felty syndrome. Ann. Intern. Med. 120:35-39, 1994
3. Rashba EJ, Rowe JM, Packman CH: Treatment of the neutropenia of Felty-syndrome. Blood Rev. 10:177-184, 1996

**Paris 2007**  
29th Congress of the Société Internationale d'Urologie

SIU  
1907-2007  
CENTENNIAL  
Paris 2007

SIU  
1907-2007  
CENTENNIAL  
Paris 2007

September 2-6, 2007  
Palais des congrès de Paris

First Announcement

# A vesesejtes carcinoma új terápiás lehetőségeiről

Romics Imre dr., Szűcs Miklós dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika

*A metasztatikus veserák prognózisa a sebészi, illetve gyógyszeres kezelések ellenére rossz.*

*Ezen az állapoton javíthatnak az egyéb daganatos betegségek esetén sikerrel alkalmazott angiogenezis gátló gyógyszerek. Az Európai Unióban ígéretes kezdeti tapasztalok alapján a tirozin kináz gátlók már törzskönyvezésre kerültek.*

**Kulcsszavak:** metasztatikus veserák, tirozin kináz gátlók

**The new therapeutical approaches of renal cell carcinoma**

*The prognosis of the metastatic renal cell cancer – despite of surgical and medical therapy – is poor. This status could be improved by antiangiogenic drugs, used successfully for other malignant diseases. In the European Union according to promising initial experiences tyrosine kinase inhibitors has been already registered.*

**Key-words:** metastatic kidney cancer, tyrosine kinase inhibitor

## Bevezetés

A vesedaganatok a felnőtt malignus betegségek közel 3%-át teszik ki, számuk világszerte növekszik. Csak az USA-ban évente több mint 30 000 vesedaganat kerül felfedezésre, amely ott 12 000 beteg halálát okozza. Magyarországon évente kb. 700-an halnak meg veserák miatt.

A malignus vesedaganatok kb. 80%-a vesesejtes carcinoma, melynek leggyakoribb formája a világos sejtes típus. A továbbiakban ezekről szólunk.

A klinikai I.-II. stádiumú, áttétet nem adó daganatok túlélési adatai kedvezőek, pT1N0M0 stádiumban az 5 éves túlélés 90% körüli.

A korszerű képalkotó vizsgálatok rutinszerű alkalmazásának köszönhetően az újonnan felfedezett vesedaganatok fele incidentális, tehát semmiféle urológiai panasszal nem járt. Ezek többsége kisméretű tumor (1).

A szervmegtartó sebészet ígéretes eredményeire alapozva az utóbbi években különvált a patológiai I. stádium a 4 cm alatti, reszekálható tumorokra és az ezt meghaladó pT1b, eddigi tudásunk szerint szervmegőrzésre nem tanácsolható csoportra. A műtétek egyre meghatározóbb része napjainkban már laparoszkóppal történik. Az 1-2 cm-es tumorok nagyon ritkán adnak áttétet, a hasonló méretű benignus tumoroktól nehezen különíthetők el. Ez adott ötletet ahhoz az elképzeléshez, miszerint szelektív esetekben az ilyen kisméretű daganatok csupán szoros megfigyelésre kerülhetnek.

Korántsem ilyen kedvező az áttétes esetek megítélése,

itt az 5 éves túlélés 10% alatti. Az esetek közel egyharmadában a daganat már a felfedezése idején áttétet adott. Mivel a daganat sokszor csak előrehaladott stádiumban okoz bármilyen tünetet, az ilyen esetek számának csökkentése nem könnyű feladat. Az áttétek leggyakrabban a tüdőben jelentkeznek (55%), ezt követik a máj- és csontáttétek (30-30%). Csak valamivel kedvezőbbek az előrehaladott, nem metasztatikus vesedaganatos esetek (III. stádium) túlélési eredményei, itt az 5 éves túlélés 20-40% (2).

Szoliter, illetve multiplex, operábilis áttétek esetén metastasectomia elvégzése indokolt, ezek száma nem éri el az indokolt értéket.

## Terápia

Az, hogy a világos sejtes veserák kemo- és sugárrezisztens, régóta szomorú tankönyvi adat. Túlélési előnyt a különböző hormonkezelések sem jelentettek. Ez a tény és az a megfigyelés, hogy a nem metasztatikus eseteknél is többször alakul ki áttét 5 éven belül (I. stádiumban 10%, II. stádiumban 20%, III. stádiumban 70%), az immunterápia felé terelte a kezelés irányát. A gyakorlatban ez az interferon és az interleukin alkalmazását jelentette. A terápiás eredmények meglehetősen szerénynek nevezhetők, a különböző citosztatikus kombinációkkal a komplett remisszió és a részleges javulás összege (CR + PR) interferon-kezelésnél csak 6%, interleukin esetén 14% körüli, a biológiai válaszadás (CR + PR + stabil betegség) aránya pedig csupán az esetek harmada volt. A sokszor jelentkező, szubjektíven

nehezen megítélhető mellékhatások tovább csökkentették a citokineken alapuló kezelés népszerűségét (3-5).

A metasztatikus veserák kezelési eredményességének további javítása egyre sürgetőbben fogalmazódott meg az utóbbi években. Legígéretesebbek az angiogenesis-gátló szerekkel történő kezelések eredményei (6). Az eredményesség egyik záloga, hogy a vesedaganat a szervezet legvascularizáltabb daganata. Világos sejtes vesesejtes carcinómában gyakran fordulnak elő a VHL (von Hippel-Lindau) gén mutációi. A VHL gén egy tumorszupresszor gén, melynek normális működése gátolja a sejtnövekedést. A gén által expresszált fehérje fontos szerepet játszik más fehérjék, pl. a HIF (hypoxia-érzékeny fehérje) lebontási folyamatában. Ha a VHL gén nem működik, a HIF szintje megemelkedik. A magas HIF-szint a pro-angiogén és pro-proliferációs faktorok fokozott expressziójához vezet, beleértve a VEGF-et (vascularis endothelialis növekedési faktor), amely a tumoros angiogenesis legjobb ismert aktivátora (6, 8).

A legelőrehaladottabb fázisban a sunitinib malát (Sutent) klinikai vizsgálatai vannak, amelyeket röviden összefoglalunk. A gyógyszer a tirozin-kináz inhibitorok családjába tartozik, a következő receptor-tirozin-kinázok működését gátolja: vascularis endothelialis növekedési faktor receptor (VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3), thrombocyta eredetű növekedési faktor receptor (PDGFR $\alpha$ , PDGFR $\beta$ ), őssejt faktor receptor (KIT), Fms-szerű tirozin-kináz receptor (FLT3), kolóniastimuláló faktor receptor (CSF-1R) és a glia sejtvonalból származó neurotrop faktor receptor (RET). Több célpontú receptor-tirozin-kináz gátló hatásán keresztül angiogenesis-gátló és antitumor hatású szer. A tumor növekedésében, a kóros érfehalmozódás kialakulásában és az áttétes folyamatokban érintett receptor-tirozin-kinázokat célozza, melynek eredményeként a vesedaganatok patogenezise és progressziója gátlódik (7, 9, 10).

A sunitinib hatásosságát metasztatikus vesesejtes carcinómában két, egymást követő, egykarú, multicentrikus, fázis II vizsgálatban igazolták másodvonalbeli kezelésként (7, 10). A kezelésbe megelőzően citokinekkal kezelt betegeket vontak be, akiknél a kezelés mellett a betegség progresszióját észlelték. A 169 betegnél áttétek legtöbbször a tüdőkből voltak, kevesebb számban a csontban és a májban. Az áttétek döntő többségben multiplex megjelenésűek voltak. A betegek a sunitinibet hathetes ismétlődő ciklusokban kapták, négy hétig naponta 50 mg-ot per os, majd két hét szünetet következett. A sunitinib-kezelést a vizsgálatban a betegség progressziójáig vagy egyéb szempont miatti megszakításig folytatták. A vizsgálatok elsődleges végpontja az objektív reagálási ráta (ORR) meghatározása volt, a másodlagos végpontok között szerepelt a progressziómentes túlélés (PFS) és a teljes túlélés (OS). A kezeléseket követő összevont értékelések során parciális regressziót (PR) az esetek 40%-ában észlelték, az esetek közel negyedénél stabil állapot (SD) elérése volt lehetséges, a további 25-30%-nál progresszió lépett fel.

A megelőzően alkalmazott másodvonalbeli kezelésekkal összevetve a különböző citokinekkal történt kezelés 3-4%-os válaszadási hányadához képest a sunitinibre adott biológiai válasz 40%-os volt.

A tumorválaszig (TTR) eltelt idő átlagosan 2,3 hónap, a reagálás idejének átlaga (DR) pedig 12,5 hónap volt. Nyolc beteg progressziómentes ideje 21-24 hónap volt, közülük hat az értékelés időpontjában még kezelés alatt állt, kettő pedig az eredményes metastasectomiát követően daganatmentesnek bizonyult. A sunitinib-kezelést a betegek jól tolerálták. Dózisredukciót az esetek kb. 25%-ánál kellett alkalmazni, a leggyakoribb ok a fáradtság, a stomatitis és a lipázszint-emelkedés volt. Gyakori, de a kezelés felfüggesztését nem indokló mellékhatások voltak még a gastro-intestinalis tünetek (20-40%), a magas vérnyomás (5-15%), a laboreltérések közül pedig a neutropenia (15%), az anaemia (14%) és a thrombocytopenia (15%). A mellékhatások többsége 1.-2. súlyossági fokozatú volt (7, 10).

A sunitinibet a fázis II vizsgálatokban bizonyított hatásossága alapján az FDA és az EMEA 2006-ban törzskönyvezte előrehaladott és/vagy metasztatizáló vesesejtes carcinoma (MRCC) kezelésére sikertelen interferon- vagy interleukin-2-kezelést követően.

A sunitinib hatásosságát metasztatikus vesesejtes carcinómában első vonalbeli kezelésként egy fázis III vizsgálatban igazolták (11). Ezeknél a betegeknél megelőző szisztémás kezelés nem történt. További beválasztási kritérium volt a mérhető áttétek megléte, a jó általános állapot és a megfelelő laborparaméterek.

A betegeket két csoportba randomizálták, mindkét vizsgálati csoportba 375 beteg került. Az egyik csoportban interferon-alfa-, a másik csoportban sunitinib-kezelést kaptak a betegek. Az interferon adagolása az általunk is használt séma szerint történt (3x9 MIU IFN hetente, megelőző dóziszfelépítéssel). A másik karon a sunitinibet hathetes ciklusokban adták, négy hétig napi 50 mg-ot per os, amit két hét szünet követett. A kezelést a progresszióig folytatták. Az áttétek legtöbbször a tüdőben (78-80%), közel egyenlő arányban a májban és a csontban (26-30%) helyezkedtek el, döntő hányadban multiplex megjelenéssel. Az előzetes állapotok és a beavatkozások előfordulása (kor, nephrectomia, ECOG performance státusz, sugárkezelés) a két kezelési karon egyenletesen oszlott meg.

A vizsgálat elsődleges végpontja a progressziómentes túlélés (PFS) volt, a másodlagos végpontok között szerepelt az objektív reagálási ráta (ORR), a teljes túlélés (OS) és a biztonság. A PFS a sunitinib csoportban 11 hónap, míg az interferon-kezelésben részesülőknél 5 hónap volt, azaz több mint kétszeresére nőtt. Az eredmények értékelése a RECIST szerinti kategória-meghatározással történt. A parciális remisszió szignifikánsan magasabb, 31% volt a sunitinib csoportban, míg az interferon csoportban 6%-nak bizonyult.

A stabil állapot elérése mindkét karon közel megegye-

zõ: 48-49%, a progresszió azonban a megfigyelési idõ alatt szignifikánsan kevesebb, 21% volt a sunitinib csoportban, míg az interferont alkalmazóknál 45%.

A sunitinib-kezelést a betegek jól tolerálták, a mellékhatások zöme 1.-2. súlyossági fokozatú volt. Laboratóriumi mellékhatások vonatkozásában a sunitinib csoportban átlag kétszer gyakrabban fordult elõ neutropenia és thrombocytopenia, ezek azonban ritkán vezettek a kezelés megszakításához (11).

### Összefoglalás

Az elõrehaladott és metasztatikus veserák kezelési eredményei rosszak. A kemo- és sugárrezisztens daganat eddigi egyetlen adjuváns terápiás lehetõsége a citokinek alkalmazása volt. Ezek egymással, illetve különbözõ cito-

statikus szerekkel történõ kombinációja ellenére is csak alacsony biológiai válaszadást lehetett elérni, amely a túlélésen alig változtatott és a progressziót is csak mérsékelten tudta befolyásolni.

Az egyéb daganatok kezelésénél jól bevált angiogenezis-gátló anyagok metasztatikus vesedaganatoknál történõ alkalmazása reménykeltõ eredményeket hozott. A sunitinib másodvonalbeli alkalmazása metasztatikus vesesejtes carcinomában sikertelen citokin-kezelést követõen Amerikában és Európában törzkönyvezésre került, elsõ vonalbeli alkalmazása a citokinekkel történt összehasonlító vizsgálatokban észlelt hatásossága alapján törzkönyvezés alatt áll.

P.S: 2007. január 1-tõl az EMEA elsõ vonalbeli kezelésre engedélyezte.

### Irodalom:

1. Romics I, Goepel M (szerk): A here- és vesedaganatok diagnosztikája és kezelése. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1998
2. Szücs M, Mavrogenis S, Romics I: Szisztémás kemoterápia az urológus gyakorlatában. Uroonkológia 1:1-4, 2004
3. Hong KS, Kwak C, Lee SE: Adjuvant interleukin-2, interferon-alfa, and 5-fluorouracyl immunochemotherapy after radical nephrectomy for locally advanced renal cell carcinoma. Urology 66:518-522, 2005
4. Escudier B, Chevreau C, Lasset C: Cytokines in metastatic renal cell carcinoma. J. Clin. Oncol. 17:2039-2043, 1999
5. Buzogány I, Fehér G, Kocsis I: Intron A vs. Intron A + vinblastin kezelés hatékonyságának vizsgálata. Magyar Urol. 13:19-31, 2001
6. George DJ, Kaelin WG: The von Hippel Lindau protein, vascular endothelial growth factor and kidney cancer. N. Engl. J. Med. 349:419-421, 2003
7. Motzer JM, Rini IB, Bukowski MR: Sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. JAMA 295:21, 2506-2524, 2006
8. Sükösd F, Kuroda N, Beothe T: Deletion of chromosoma 3p14,2P25 involving the VHL and FHIT genes in conventional renal cell carcinoma. Cancer Res. 63:455-457, 2003
9. Faivre S, Delbaldó C, Vera K et al: Safety, pharmacokinetic, and anti-tumor activity of SU11248, a novel oral multitarget tyrosine kinase inhibitor, in patients with cancer. J. Clin. Oncol. 24:25-35, 2006
10. Motzer JM, Michaelson D, Bruce G: Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma. J. Clin. Oncol. 24:16-24, 2006
11. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, Oudard S, Kim ST, Baum CM, Figlin RA and the SU11248 Study Group: Phase 3 randomized trial of sunitinib malate (SU11248) versus interferon-alfa as first-line systemic therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma. ASCO 2006, oral presentation

# KÓD A TÚLÉLÉSHEZ

# SUTENT®



**SUTENT®: orális, több célpontú receptor-tirozin-kináz gátló, amely szignifikáns hatásosságot mutatott gasztrointesztinális stromális tumorban (GIST) és metasztatikus vesesejtes karcinómában (RCC)<sup>1</sup>**

**SUTENT®** kapszula  
sunitinib malate



**KÓD A TÚLÉLÉSHEZ**

**SUTENT:** 12,5 mg kemény kapszula, 25 mg kemény kapszula, 50 mg kemény kapszula **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 12,5 mg sunitinib (sunitinib-malát formájában) kapszulánként, 25 mg sunitinib (sunitinib-malát formájában) kapszulánként, 50 mg sunitinib (sunitinib-malát formájában) kapszulánként **Terápiás javallatok:** A SUTENT a gasztrointesztinális stromából kiinduló, nem reszekálható és/vagy metasztatizáló malignus tumorok (GIST) kezelésére javallt, rezisztencia vagy a beteg intoleranciája miatt sikertelen imatinib-mezilát kezelést követően. A SUTENT előrehaladott és/vagy metasztatizáló vesesejtes karcinóma (MRCC) kezelésére javallt sikertelen a-interferon vagy interleukin-2 kezelést követően. A hatásosságot GIST-ben a tumor progresszióig eltelt időtartam, illetve a túlélés javulása, míg MRCC esetekben objektív válaszarányok alapján állapították meg. **Adagolás és alkalmazás:** A kezelést vesesejtes carcinoma, illetve GIST kezelésében jártas szakembernek kell elkezdenie. A SUTENT ajánlott adagja naponta egyszer 50 mg per os, négy egymást követő héten keresztül, majd két hét szünet (4/2 adagolási séma), ami megfelel egy teljes hethetes kezelési ciklusnak. Az adag módosítása 12,5 mg-os lépésenként történhet, az egyéni biztonságossági szempontok és a tolerabilitás alapján. A napi adag 87,5 mg fölé emelése, ill. 37,5 mg alá csökkentése nem javasolt. Erős CYP3A4 enziminduktorok, mint pl. a rifampicin egyidejű alkalmazását kerülni kell. Ha ez nem lehetséges, a SUTENT adagjának emelése válhat szükségessé 12,5 mg-os részletekben (maximum 87,5 mg/nap adagig) a tolerabilitás körütekintő ellenőrzése mellett. Erős CYP3A4 gátlók, mint pl. a ketokonazol egyidejű alkalmazását kerülni kell. Ha ez nem lehetséges, szükség lehet a SUTENT adagjának csökkentésére a minimális napi 37,5 mg-os adagig, a tolerabilitás körütekintő ellenőrzése mellett. Egyidejű alkalmazásra a CYP3A4 enzimet nem vagy alig indukáló, ill. gátló alternatív gyógyszer választását kell megfontolni.

**Gyermekegyesítési alkalmazás:** A SUTENT biztonságosságát és hatásosságát gyermekeknél nem állapították meg. Gyermekeknél a SUTENT nem alkalmazható, amíg nem áll rendelkezésre több adat. **Alkalmazás időseknél:** A SUTENT klinikai vizsgálataiban résztvevő betegek kb. 25%-a 65 éves vagy annál idősebb volt. Nem észlelték szignifikáns különbséget a biztonságosság és a hatásosság vonatkozásában fiatalabb és idősebb betegek között. **Májjellegtelenség:** Nem végeztek klinikai vizsgálatokat károsodott májfunkciójú betegekkel. **Vesejellegtelenség:** Nem végeztek klinikai vizsgálá-

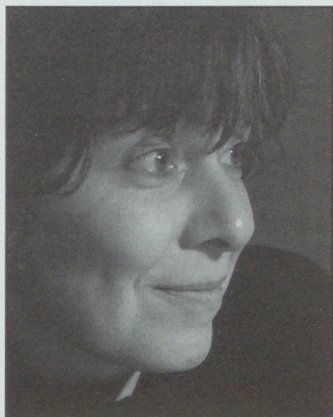
tokat károsodott vesefunkciójú betegekkel. A SUTENT étellel vagy anélkül is bevehető. Egy adag kihagyásakor a betegnek nem kell soron kívüli adagot adni. A beteg a szokásos előírt adagot vegye be a következő napon. **Ellenjavallatok:** Szunitinib-maláttal vagy bármely segédanyaggal szembeni túlérzékenység. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Szolid tumorokban szenvedő betegeknek észlelt, a SUTENT-kezeléssel összefüggő leggyakoribb súlyos nemkívánatos hatások voltak a tüdőembólia (1%), thrombocytopenia (1%), tumorvérzés (0,9%), lázas neutropénia (0,4%) és hipertenzió (0,4%). A kezeléssel összefüggő, leggyakoribb (a betegek legkevesebb 20%-ában előforduló), bármilyen súlyosságú, nemkívánatos hatások voltak: fáradékonyság; gasztrointesztinális zavarok, mint pl. hasmenés, émelygés, stomatitis, dyspepsia és hányás; bőrszineződés; dysgeusia és anorexia. A leggyakoribb, 3-as maximális erősségű, kezeléssel összefüggő nemkívánatos hatás a fáradékonyság, hipertenzió és neutropénia volt, míg a leggyakoribb, 4-es maximális erősségű, kezeléssel összefüggő nemkívánatos hatás az emelkedett lipáz aktivitás volt szolid tumoros betegekben. **A forgalomba hozatali engedély száma:** EU/1/06/347/001, EU/1/06/347/002, EU/1/06/347/003 **A forgalomba hozatali engedély első kiadásának/megújításának dátuma:** 2006.07.19. **Osztályozás:** Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (lásd Alkalmazási előírást) **Referencia:** 1. Sunitinib alkalmazási előírat. Sunitent 50 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 1 585 448 Ft, Sunitent 25 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 793 171 Ft, Sunitent 12,5 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 397 032 Ft

**Kérjük, a gyógyszer alkalmazása előtt olvassa el a részletes alkalmazási előírást!**

Pfizer Kft. - Társ az onkológiában  
További információért kérjük, forduljon a Pfizer Kft.-hez  
1123 Budapest, Alkotás u.53. MOM Park F. épület  
Telefon 488-3700 / fax: 488-3777  
www.pfizer.hu

**Pfizer Onkológia**

## Hivatás, család, öröme



*Anyukája azt akarta, hogy orvos legyen, így Ő is az akart lenni. Nem volt idegen családunktól a pálya, mivel édesapja is orvos, pontosabban kutatóorvos.*

*A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán végzett 1986-ban. Bár rövid időszakokra fölvette a munkát, folyamatosan 1994 óta dolgozik a Semmelweis Egyetem II. számú Patológiai Intézetében. 1996-ban patológus, néhány évre rá citológus szakorvosi vizsgát tett Székely Eszter, aki egyben négy gyermek édesanyja is.*

– Manapság a szakmai irányelvek igen markánsan írják elő, hogy a daganatos betegek gyógyítása team-munkában kell történi. Hogyan látja Ön a patológus, citológus szerepét, helyzetét a team-ben?

– Pályám kezdetén módomban nyílt kiutazni Angliába egyhónapos tanulmányútra, melynek hozadéka a két országban a patológusok és klinikusok viszonya eltérő: míg Magyarországon egy klinikopatológiai fórumon döntően bonceseteket beszélnek meg, Angliában az élő betegek műtéti szövettana kapcsán felmerülő problémákról vitáznak. Nekünk is efelé kell haladnunk. Mi akkor tudunk jól és eredményesen dolgozni a team-ben, ha a nekünk feltett kérdés egyértelmű, ha tudjuk, mire gondol az onkológus, azaz ő is tudja, mire keresi a választ, a megerősítést vagy az elvetést.

– Feltételezem, hogy az angol minta szerinti a kapcsolatot a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájával, hiszen ott Önt a team-ből kihagyhatatlan szakorvosnak tartják.

– Sajátos kapcsolatunk szomorú eseménnyel függ össze. Kiss Ferenc kollégám volt, aki Magyarországon az uropatológia legjobb szakemberének számított, fiatalon meghalt. Úgy éreztem, akkor őrzöm méltón az emlékét, ha átveszem és folytatom elkezdett munkáját. Romics professzor úrral és munkatársaival rövid idő alatt „összecsiszoltunk”. Eleinte heti egy alkalommal konzultáltunk személyesen, ma már jóval ritkábban. Divatos szóhasználatlálva „átment” az üzenetünk: egyértelmű kérdéseikre egyértelmű választ tudunk adni. Erre szakmai igény más klinikákon is lenne, maradéktalanul megvalósítani azonban még nem mindenütt sikerült.

– Mikroszkópon keresztül milyen közelségbe lehet kerülni a pácienssel?

– Citológusként Járay Balázs, illetve Istók Roland kol-

légáimmal naponta két órát rendelünk UH-laborokban, s ilyenkor mód nyílik arra, hogy sok-sok apró információt megtudjunk a betegektől, ami a minták értékelésénél igen fontos. Citológiai vizsgálattal a betegek 90%-ánál biztonsággal megmondható, hogy egy elváltozás daganat vagy gyulladás eredetű, és az eredmény alapján meg lehet határozni a további vizsgálatok fajtáját, sorrendjét. Sajnos, sok beteg már egy sor drága vizsgálaton átesett, mire hozzánk kerül – még mindig bizonytalan eredménnyel –, pedig egy olcsóbb, egyszerű gyors mintavétellel a diagnosztikai „stratégia” megválasztása sokkal ésszerűbb lehet. Ezzel rengeteg pénzt meg lehetne takarítani.

– Ez egészen más szemléletet kíván a gyógyításban...

– Az egészségügyben a régi feudális rendszert nagyon nehéz áttörni. Elsősorban a költséghatékonyság kívánna meg a szemléletváltást, de az egészségügy szolgáltatóinak lobbijereje igen nagy. Azt nem tartom feltétlenül rossznak, hogy rendelésünk nem előjegyzés alapján történik. Még mindig jobb a helyszínen 1-2 órát üldögeálni a rendelő folyosóján a vizsgálatra várva, melynek eredményeként 24 órán belül diagnózis születik, mint esetleg szorongva heteket várni egy előjegyzéses rendszer miatt.

– Nagy család, szakmai kihívások... Marad idő, van lehetőség a feltöltődésre?

– A nagy család ugyan munkás dolog, de a feltöltődést biztosítja. Emellett életem egyik legjobb döntése, hogy megalapítottam a Rákások nevű, patológus zenekart. A tagok között a szakma valamennyi foglalkoztatottja képviselt, patológusok, genetikusok, szakasszisztensek és boncmesterek játszanak igazi, szórakoztató örömeiket. Legutóbb onkológusok ropták a táncot a zenékre – nagy örömeinkre.

Hegy Mária



# 17. Fűvészkerti Urológus Napok

## továbbképző tanfolyam

### 2007. február 23–24.

#### Február 23. péntek

- 10.00 Megnyitó: *Prof. dr. Romics Imre*
- 10.15 How to learn laparoscopy in urology  
*Prof. dr. Nado Vodopija*
- 10.45 Renal cell carcinoma with cavo-atrial extension  
*Prof. dr. Ioanel Sinescu*
- 11.15 Aging of the sexual man organs'  
*Prof. dr. Zygmunt Dobrowolski*
- 11.45 Urológiai betegségek szűrése, kezelése és gondozása a szakrendelőben  
*Dr. Perjés Gábor*
- 12.05 Az ureterosopia fejlődése az elmúlt évtizedben  
*Dr. Kovács András*
- 12.20 Az urológiai laparosopia fejlődése az elmúlt évtizedben  
*Dr. Holman Endre*
- 12.35 Ebéd
- 14.20 Lokális és előrehaladott prostata karcinóma laparoscopos kezelése  
*Dr. Flaskó Tibor*
- 14.40 A heretumor műtéti ellátásának legújabb szempontjai  
*Prof. dr. Farkas László*
- 15.00 „Kérdőjeleim '56-ról”  
*Prof. dr. Glatz Ferenc* akadémikus
- 15.30 Szünet

- 16.00 Kód a túléléshez: Egy veserákban szenvedő beteg története a műtétiig  
*Dr. Buzogány István*
- 16.10 A Sutent® helye a metasztatikus veserák kezelésében  
*Dr. Bodrogi István*
- 16.20 Egy veserákban szenvedő beteg története a műtét után  
*Dr. Boér Katalin*
- 16.30 A Rowatinex® kapszula klinikai hatásossága ESWL után keletkezett kőfragmentumok eliminációjában placebóval összehasonlítva. A nemrég lezárult vizsgálat eredményeinek ismertetése.  
*Prof. dr. Leonard Ebeling*

---

#### Február 24. szombat

- 9.00 Képkalkító eljárások az urológiai daganatok korai felismerésében  
*Prof. dr. Hüttl Kálmán*
- 9.20 PSA: átok vagy áldás  
*Prof. dr. Romics Imre*
- 9.25 Szünet
- 10.00 Esetbemutatók, poszter-prezentációk  
Üléselnökök: *Prof. dr. Tóth Csaba, Dr. Varga József*
- 12.00 Tesztírás  
*Dr. Nyirády Péter*
- 12.30 Tanfolyam bezárása  
*Prof. dr. Romics Imre*

A rendezvény helye: Európa Kongresszusi Központ, Budapest

# Megbízható módszer PSA mérésére!

*1 csepp vérből!*

*...és 5  
perc alatt!*

## PSA Reader

PSA mérő készülék



Forgalmazó és gyártó:

**77 Elektronika Kft.**

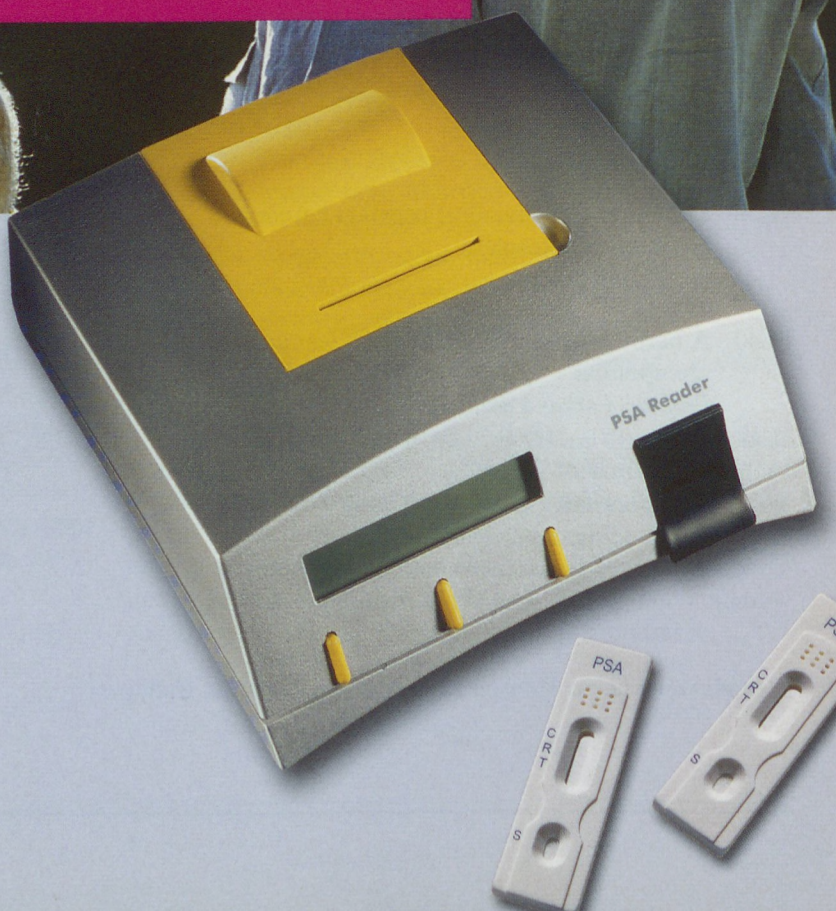
1116 Budapest, Fehérvári út 98.

Tel.: +36 1 206-1480

Fax: +36 1 206-1481

e-mail: [rtoth@e77.hu](mailto:rtoth@e77.hu)

[www.e77.hu](http://www.e77.hu)



## Poszter és előadás absztraktok

### AZ ÚN. „BURNED-OUT” SEMI-NOMÁKRÓL NÉGY ESET KAPCSÁN

Albert I.<sup>1</sup>, Gombás P.<sup>2</sup>, Kárpáti Á.<sup>3</sup>,  
Gyányi L.<sup>1</sup>, Sebestyén L.<sup>1</sup>, Rózsahegyi J.<sup>1</sup>  
BM Központi Kórház és Intézményei

<sup>1</sup>Urológiai Osztály

<sup>2</sup>Patológiai Osztály

<sup>3</sup>II. Belgyógyászati Osztály

**Céltűzés:** A szerzők célja ennek a ritka heretumor fajtának a bemutatása négy eset kapcsán.

**Módszer:** Három esetben a primer tumorból került diagnosztizálásra a heredaganat, ezekben az esetekben metasztázis nem volt kimutatható. Egy esetben a kiterjedt retroperitonealis tumormetasztázis alapján igazolódott primer heredaganat. A tumormarkerek minden esetben negatívak voltak.

**Eredmények:** Az első esetben kiterjedt retroperitonealis metasztázis szövettani eredménye alapján merült fel a heretumor gyanúja. A here UH-vizsgálat a jobb herében mutatott ki tumorgyanút, az elvégzett castratio kezdetben csak hereatrophiát, majd ismételt hisztológiai vizsgálat „burned-out” seminomát igazolt. Retrospektív szerológiai vizsgálatok nem történtek, a beteg a műtét után két hónappal elhunyt. Második esetünkben a metszetek utólagos feldolgozása során derült fény a daganat pontos diagnosztizálására („burned-out”), a beteg már az ötéves túlélésen túl van. Harmadik esetünkben a tumorcastratiót követően a másik oldali here biopsziáját is elvégeztük, mely a here atrophiáját mutatta. A negyedik esetünk castratiót követően két ciklus BEP séma szerinti kezelésen esett át. Mindkét beteg jól van, egészséges, metasztázis nem igazolható, tumormarkereik normálisak. A harmadik és negyedik esetben a vírusszerológiai vizsgálat kimutatta a lezajlott EBV-, CMV-, parvovírus-fertőzést. Az elvégzett immunhisztokémiai vizsgálat PLAP, Ki-67, P53 pozitivitást mutatott. Mindkét esetben a spermakép részleges, illetve teljes romlása volt kimutatható.

**Következtetés:** A „burned-out” seminoma igen ritka heredaganat. Irodalmi adatok szerint leggyakrabban retroperitonealis metasztázisok miatt kerülnek felfedezésre, ilyenkor már gyakran fatális kimenetelűek. Eseteinkben a felszíni marker, a sejtproliferációs tesztek és a szerológiai vizsgálatok eredménye alapján feltételezhető, hogy a tumorantigének olyan immunológiai választ váltottak ki, mely spontán tumorregressziót, valamint a másik here atrophiáját okozta. Feltételezhető, hogy a döntő lépés, mely tartóssá és hatásossá tette az immunológiai választ, a lezajlott CMV-, EBV-, parvovírus-fertőzés által okozott onkolyticus, atrophizáló mechanizmus lehet.

### CSONTÁTTÉTEK KEZELÉSE KLINIKÁNK GYAKORLATÁBAN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A NITROGÉN-TARTALMÚ BISZFOSZFONÁTOK (ZOMETA) ALKALMAZÁSÁRA

Szűcs Miklós, Szendrői Attila,  
Mavrogenis Stelios, Romics Imre  
Semmelweis Egyetem ÁOK  
Urológiai Klinika

Az urológiai daganatok csontáttétei sok bonyodalmat okozhatnak. Leggyakrabban prosztata-daganatoknál figyelhetők meg, de vese- és hólyagrak esetén is gondolni kell meglétükre. A fájdalomon kívül legnagyobb veszélye a patológiás törés, melynek következményei a túlélési időt megrövidítik. Klinikánkon 1999 óta 137 betegnél kezeltünk urológiai daganat okozta csontáttétet (125 prosztata-, 9 vese- és 3 hólyagtumor). Szoliter és/vagy operábilis áttét esetén metastasectomia végzendő, ez 11 betegnél történt meg. A diffúz áttét kezelése biszfoszfonátokkal történik. Uroonkológiai osztályunkon járóképes betegek körében elsősorban parenterális nitrogén-tartalmú biszfoszfonát-terápiát (Zometa) alkalmazunk. Kitérünk a kezeléseik indikációjára, előnyeire, ritka szövődményeire és ezek elhárítására.

### TAPASZTALATAINK A MALIGNUS VESEDAGANATOK SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN, PROGNOSZTIKÁJÁBAN

Szabó József, Csongvaj Zsolt, Nagy Botond  
Székelyudvarhelyi Városi Kórház  
Urológiai-Sebészeti Osztály

A rosszindulatú vesedaganatokkal, illetve azok prognózisával kapcsolatban sok még a tisztázatlan kérdés, az egyik legismertebb, legtöbbet kutatott területe az urológiának. A Székelyudvarhelyi Városi Kórházban két év (2005-2006) alatt 37 rosszindulatú vesedaganat lett kórismézve, 3 eset klinikai konzultáció nyomán inoperábilisnak lett nyilvánítva, 5 esetet klinikai kollaborációban oldottunk meg. A 34 esetben transperitonealis radikális nephrectomia történt. Szövettanilag 32 eset vesesejtes ráknak (Grawitz), 2 eset pedig urothelialis carcinomának bizonyult, ilyenkor egy második ülésben ureterectomiát végeztünk.

**Szövődmények:** 1 aortalézió, 4 v. renalis lézió, 1 pancreas-farok-lézió, 2 posztoperatív lumbalis haematoma, 1 lumbalis abscessus. Posztoperatív 5 betegünk kapott interfe-

ron-kezelést, csontmetasztázisok miatt 2 betegünk sugárterápiában részesült. Utánkövetve betegeink kb. 50%-a van életben.

*Következtetéseink:* A posztoperatív túlélés nehezen megjósolható, azonos szövettan és stádium esetén is egyforma eséllyel lehet zavartalan a túlélés, illetve progrediálhat gyorsan a kórfolyamat. Vénathrombus jelenléte egyértelműen rontja a prognózist. Véleményünk szerint a műtétet minden esetben fel kell vállalni. Fontos az onkológussal együttműködve követni a betegeket.

4

#### PROSZTATARÁK-RECIDÍVA VALÓSZÍNŰSÉGÉNEK MEGHATÁROZÁSÁRA HASZNÁLT NOMOGRAM KALKULÁTOR VIZSGÁLATA KLINIKÁNKNON

*Horváth András, Majoros Attila,  
Mavrogenis Stelios  
Semmelweis Egyetem ÁOK  
Urológiai Klinika*

A radikális prostatectomián átesett betegek adatait feldolgozva vizsgáltuk a recidíva várható valószínűségének meghatározására használt Takeda-nomogram kalkulátor alkalmazhatóságát. A kalkulátorral végzett becslés és a PSA-relapszus közti összefüggés szignifikánsnak bizonyult. A kalkulátor eredményei és az igazolt klinikai recidíva között szignifikáns összefüggést nem sikerült igazolni. Ennek oka az alacsony esetszám lehetett (13 betegnek volt klinikai recidívája). A nomogramvalidálással foglalkozó tanulmányok és vizsgálatunk adatai alapján a recidíva várható valószínűségének meghatározására használt nomogram kalkulátor hazánkban is alkalmazható módszernek tűnik.

5

#### A ROSSZINDULATÚ HEREDAGANATOK KOMPLEX UROONKOLÓGIAI KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON (2000-2005)

*Gyányi László, Albert István, Borhi Károly,  
Sebestyén László, Rózsahegyi József  
BM Központi Kórház  
és Intézményei Urológiai Osztály*

Harmincegy, heretumor miatt operált beteget gondozunk szakambulanciánkon, akiket 2000-2005 között komplex uroonkológiai kezelésben részesítettünk.

Betegeink stádium-beosztása:

Stádium	Seminoma	Non-seminoma	Összesen
Ia	3	6	9
Ib	4	4	8
IIa	2	1	3
IIb	3	2	5
IIC	1	1	2
IIIa	2	1	3
IIIb	0	1	1
<b>Összeg</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>31</b>

*Betegeink kezelése:*

Seminoma: A 15 tiszta seminomás beteg egy kivételével (Ia stádiumú beteg, akinél „watch and wait” történt) posztoperatív irradiációban részesült onkoradiológiai centrumban. Ib és IIb stádiumú 7 beteg irradiáció előtt két ciklus VPB kezelésben részesült. IIC-IIIa stádiumú betegeinknél 4-6 ciklus BEP protokoll után történt a besugárzás.

Non-seminoma: Ia stádiumú non-seminomás betegeinknél 4 esetben „watch and wait” történt, 2 beteg 2 ciklus VPB-t kapott. Ib stádiumú betegeink valamennyien 2 ciklus VPB-t kaptak. Három betegnél nerve sparing RLA történt, a negyedik a felajánlott RLA-ba nem egyezett bele, így ő is megfigyelésre került. IIa stádiumú betegünknek RLA és 4 ciklus VPB kezelést végeztünk. IIb stádiumú bulky tumorú betegeink közül az egyik 4 ciklus, a másik 6 ciklus VPB után komplett remisszióba került. IIC stádiumú betegünknek 4 ciklus BEP után salvage RLA-t végeztünk. IIIa stádiumú betegünknek 6 ciklus kezelés után is csak parciális remissziót értünk el, ezért a kezelést salvage RLA-val egészítettük ki. IIIb stádiumú betegünk 5 ciklus BEP után komplett remisszióban van.

*Szövődmények:* RLA: során sem intra-, sem posztoperatív jelentős szövődmény nem volt. Kemoterápiás kezelések: a betegek jól tolerálták (az alopeciát, az antiemetikus kezelés ellenére jelentkező hányást leszámítva). Lázás szövődmény három esetben fordult elő, mely széles spektrumú antibiotikum-kezelésre megoldódott. Súlyos agranulocytosis három esetben jelentkezett, mely Neupogen adására rendeződött.

*Eredmények:* 31 betegünk az elvégzett kezelések következtében jelenleg komplett remisszióban vannak, átlagos követési idejük 32 hónap. Betegeink nyomon követése az első évben 6 hetente, a második évben 2 havonta, ezt követően 3 havonta történt. A nyomon követés során relapsust nem észleltünk, bár az utánkövetési idő még rövid.

## PROSZTATARÁK HIFU-KEZELÉSE – AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK

6

*Keszthelyi Attila, Szűcs Miklós,  
Majoros Attila, Horváth András,  
Romics Imre  
Semmelweis Egyetem AOK  
Urológiai Klinika*

**Célkitűzés:** Magas intenzitású fókuszált ultrahang (HIFU) kezelés eredményességének áttekintése biopsziával igazolt prosztatacarcinoma esetén.

**Betegek és módszer:** A HIFU-kezelés koagulációs necrosist okoz a prosztataszövetben.

A kezelés indikációi:

- T1-T2 stádiumú prosztatacarcinoma
- PSA < 20 ng/ml
- Gleason score < 7

A kezelés kontraindikációi:

- Prostataméret > 40 ml
- Rectumfal-prosztata elülső felszín távolság > 4 cm
- Prostatatakó átmérője > 10 mm
- Rectumműtét
- Nodus haemorrhoidales

A kezelést narkózisban, epicystostomia védelme mellett végeztük el három esetben. A HIFU-beavatkozáshoz a Sonablate 500 gépet használtuk. A csont izotópvizsgálata valamennyi esetben negatív volt. A preoperatív PSA valamennyi beteg esetében a kezelés kezdetekor 20 ng/ml alatt volt. Egy betegnél a korábban 30 ng/ml PSA-érték mellett végzett biopszia igazolta a 6-os score-ú prosztatacarcinomát, mely az alkalmazott TAB-terápia mellett 0-ra esett vissza. Intra- és posztoperatív szövődményt nem észleltünk. A beavatkozást követően a betegek alfa-blokkoló, antibiotikum- és antiflogisztikum-kezelésben részesültek. Retenciómentes vizelést követően az epicystostomia eltávolításra került. Két hónappal a kezelést követően végzett kontrollon a PSA értéke 0,1 és 1,8 ng/ml közötti, a betegek továbbra is retenciómentesen vizelnek, két beteg számolt be merevedésről.

**Megbeszélés:** A HIFU-kezelést alkalmasnak tartjuk a szervre lokalizált prosztatacarcinoma kezelésére. A radikális prostatectomia és a sugárkezelés alternatív megoldásaként szolgálhat magas rizikójú betegcsoport esetén.

7

## PROSZTATACARCINOMA KLINIKAI STÁDIUM-MEGHATÁROZÁSA ENDORECTALIS MR-VIZSGÁLATTAL GYAKORLATUNKBAN

Tállai Béla<sup>1</sup>, Nagy Judit<sup>2</sup>, Fornet Béla<sup>3</sup>,  
Flaskó Tibor<sup>1</sup>, Gyarmati János<sup>3</sup>, Tóth  
Csaba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DE OEC Urológiai Klinika,

<sup>2</sup>Radiológiai Klinika,

<sup>3</sup>BAZ-Megyei Kórház Radiológiai Osztály

**Célkitűzés:** Szerzők rutinszerűen alkalmazzák az endorectalis MR-vizsgálatot szövettanilag igazolt prosztatacarcinoma lokális kiterjedtségének meghatározásában. Kezdeti tapasztalataik alapján retrospektíve értékelik a módszer érzékenységét, megbízhatóságát azokra a betegekre alapozva, akikben később radikális prostatectomiát végeztek. **Módszer:** 2004. június és 2005. november között 47, előzetesen UH-vezérelt transrectalis biopsziával igazolt prosztatacarcinoma betegben végeztek endorectalis MR-vizsgálatot a folyamat lokális klinikai stádiumának meghatározása céljából. Vizsgálataikat a miskolci 1,5 T (tesla) Siemens és a debreceni 1,5 T GE készülékekkel végezték. Felszíni és endorectalis tekercset alkalmaztak. Három síkban (axialis, coronalis, sagittalis) készítettek vékonyréteg felvételeket (3-4 milliméter szeletvastagság). T1, T2 súlyozott, valamint zsírelnyomámos szekvenciák készültek, kontrasztanyag (Omniscan) adására is sor került. A legfiatalabb beteg 51, a legidősebb 77 éves volt, átlagéletkor: 63,7 év. Munkájuk során azt vizsgálták, hogy a később radikálisan megoperált betegek endorectalis MR-lelete alapján jelzett lokális klinikai tumorstádium hogyan korrelál a végleges, szövettani vizsgálat alapján meghatározott patológiai stádiummal. Eredményeikből következtettek a vizsgálat pontosságára, megbízhatóságára.

**Eredmények:** Minden szövettanilag igazolt esetben az endorectalis MR-vizsgálat pozitív volt, azaz tumort igazoló lelet került leírásra. A képalkotó vizsgálat eredménye alapján 34 betegben radikális prostatectomiát végeztek, 22 betegben laparoszkóposan, 12 betegben perinealis behatolásból. 13 betegben egyértelmű tokáttörés, ondóhólyag-infiltráció, hólyagnyaki propagáció igazolódott az endorectalis MR során. Itt 3 betegben palliatív TURP mellett kombinált hormon- és irradiációs kezelést indítottak. A radiológiai és a kórszövettani lelet 85%-ban megegyezett, az eljárás extraprostaticus terjedésre vonatkozó szenzitivitása és specificitása egyaránt 70%-nak bizonyult. **Következtetés:** Szerzők kezdeti biztató eredményeik alapján az endorectalis MR-vizsgálatot kiemelkedő jelentőségűnek tartják a prosztatacarcinoma helyi kiterjedtségének meghatározásában. Pontosabb, megbízhatóbb, mint a kismedencei CT, ezért utóbbi vizsgálat helyett ezt az eljárást ajánlják az operábilisnak tartott prosztatarák kivizsgálásában.

## SCROTALIS BŐRMETASZTÁZIS FORMÁJÁBAN MANIFESZTÁLÓDÓ TÜDŐDAGANAT RITKA ESETE

8

Szendrői Attila<sup>1</sup>, Majoros Attila<sup>1</sup>,  
Székely Eszter<sup>2</sup>, Szűcs Miklós<sup>1</sup>,  
Romics Imre<sup>1</sup>

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

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

Egy 50 éves férfibetegnél scrotalis abscessus miatt több alkalommal történt incisio és drainage. Ismételt recidív megjelenés miatt klinikánkon excisiót végeztünk, mely laphámcarcinomát igazolt. A későbbiekben inguinalis nyirokcsomó-duzzanat miatt biopszia történt, mely ugyancsak laphámcarcinomát igazolt. A részletes patológiai vizsgálat felvetette primer tüdőfolyamat lehetőségét. Képzővizsgálatok multiplex tüdőtumort igazoltak. Sajnos a betegség olyan gyorsan progrediált, hogy további kezelésre már nem nyílt lehetőség, a beteget rövid időn belül elvesztettük. Esetünkkel a ritka lokalizációjú áttétképzés lehetőségére szeretnénk felhívni a figyelmet.

## SZINKRON ÉS METACHRON VESETUMOROK KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

9

Berczi Cs., Tállai B., Lőrincz L.,  
Tóth Cs., Flaskó T.  
DE OEC Urológiai Klinika

A vesedaganatok között ritkák mind a szinkron tumorok (1,5-6%), mind pedig az ellenoldali vesében kialakuló metachron daganatok (1-2%).

A DE OEC Urológiai Klinikáján 1995 és 2005 között 11 betegben végeztek műtétet egyidejűleg fennálló kétoldali vesedaganat, illetve 13 esetben a tumoros vese eltávolítását követően az ellenoldali vesében kialakult áttét miatt. A műtétek során az onkológiai elvek mellett figyelembe vették, hogy a betegnek maradjon működőképes veseállománya.

A szinkron vesecarcinomás betegekben az eltávolított daganat átlagos nagysága  $4,7 \pm 2,7$  cm volt. A metachron vesedaganatos betegekben a primer műtét során eltávolított daganatok átlagos nagysága  $9,2 \pm 3,3$  cm, míg a második műtétet követően  $2,9 \pm 1,1$  cm volt.

Távoli áttét a szinkron vesetumoros betegcsoportban egy esetben, míg a metachron daganatosok között két alkalommal alakult ki. Lokális recidívát két betegben észleltek a metachron vesedaganatos csoportban.

A szinkron vesetumoros betegek utánkötési ideje  $37,2 \pm 27,2$  hónap, mely megegyezik az átlagos túléléssel. A metachron daganatos csoportban az átlagos utánkötési

idő  $118,2 \pm 41,6$  hónap volt, mely alatt öt beteg hunyt el. A primer műtétől a progresszióig eltelt idő  $69,6 \pm 49,8$  hónap volt. A tumormentes túlélés  $94,5 \pm 57,7$  hónap, míg az átlagos túlélés  $104,3 \pm 51,1$  hónap.

A szinkron és a metachron vesedaganatok kezelésére, az onkológiai elvek figyelembevételével mellett, az egyoldali nephrectomia és a másik oldali szervmegtartó veseresectio mind a progressziómentes túlélés, mind az általános túlélés szempontjából eredményesen alkalmazható.

## FIATAL BETEGNÉL ELŐFORDULÓ VESETUMOR KÓRISMÉZÉSI CSAPDÁI

10

Fekete Zoltán<sup>1</sup>, Járay Balázs<sup>2</sup>,  
Tihanyi Tibor<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem  
(urológus központi gyakornok)

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

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem  
ÁOK I. Sz. Sebészeti Klinika

Panaszmentes, 35 éves férfibetegnél UH-szűréssel a bal vesében 3 cm-es, echodús tumort találtak. A CT és UH alapján angiomyolipoma gyanúja merült fel. Aspirációs citológiai vizsgálat normális vesetubulusok hámszejteit írta le. MRI az elváltozás malignitását nem zárta ki, emiatt nephrectomiát végeztünk. A szövettani eredmény vesesejtes carcinoma volt. Kétségsbe vonjuk a képzővizsgálatok megbízhatóságát, illetve összehasonlítjuk a CT és MRI specificitását.

## ELÉG-E VAGY SOK 5 PERC AZ UROLÓGIAI BETEG AMBULÁNS VIZSGÁLATÁHOZ? IRODALMI ÁTTEKINTÉS

11

Nádas György  
Semmelweis Egyetem  
ÁOK Urológiai Klinika  
II. ker. Önkormányzat, EÜ Szolgálat

**Célkitűzés:** A szakirodalomban fellelhető adatok áttekintése a járóbeteg-szakellátás minősége és a rendelkezésre álló idő szempontjából.

**Módszer:** Hazai felmérés nem áll rendelkezésre, ezért külföldi – elsősorban brit – statisztikák felhasználására került sor.

**Eredmények:** Patel és mtsai 167 beteget tartalmazó anyagában az átlagos vizsgálati idő 8,2 perc volt, ebből 4,8 percet töltöttek a beteggel: panaszok meghallgatása, leletek tanulmányozása, vizsgálat stb. A fennmaradó 3,4 perc (41%) adminisztrációval, leletek keresésével, a betegvizsgálatot za-



**GEMZAR**<sup>®</sup>  
(gemcitabine)



*Álljon az élre a GEMZAR-ral!*

Lokálisan kiterjedt vagy metasztatikus  
húgyhólyag karcinóma kezelésére

**GEMZAR** (gemcitabine) és cisplatin kombinációja

*Lilly*

# GEMZAR<sup>®</sup>

(gemcitabine)

1 vonalbeli  
KEZELES

A Gemzar + cisplatin kombináció arany-  
standarddá vált a húgyhólyag karcinóma  
1. vonalbeli terápiájában<sup>1</sup>



- Hasonló hatékonyság<sup>2</sup>
- Szignifikánsan kisebb toxicitás<sup>2</sup>
- Jobb életminőség<sup>2</sup>
- Egyszerű alkalmazhatóság<sup>2</sup>

\* az MVAC terápiához hasonlítva

GEM-07-01-15

Hatóanyag: 200 mg, ill. 1 g gemcitabin. Javallat: lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos nem-kissejtes tüdőkarzinóma (monoterápiában vagy cisplattal kombinálva), lokálisan kiterjedt, vagy metasztázisos hasnyálmirigy adenocarcinoma, húgyhólyag karcinóma (monoterápiában vagy cisplattal 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 karboplatinnal kombinálva olyan recidiváló epitheliális ovarium 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](http://www.lilly.hu)

Fogy. ár: Gemzar 1 g por injekcióhoz 1x 36 258 Ft, Gemzar 200 mg por injekcióhoz 1x 8218 Ft, Egészségbiztosítási Közlöny V. Évfolyam Különszám, 2006. június 29. Az alkalmazási előírás jóváhagyásának dátuma: 1996/2003.03.

1. Baki: Változások az urogenitális daganatok ellátásában, Orvostovábbképző Szemle, Különszám, 2004, október.

2. von der Maase, H.: Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate-vinblastine-doxorubicin and cisplatin in advanced and metastatic bladder cancer. Results of a large, randomized, multinational, phase III study JCO Vol 17 No 17, 3068-3077, 2000.

Lilly



varó tényezőkkel (pl. más beteggel kapcsolatos telefonkonzultáció, rezidensoktatás) telt el. *Waghorn* és *McKee* szerint a szakorvosok – akiknek az átlagos vizsgálati időtartama széles határok (1,3 és 13 perc!) között szórt – az idő 50%-át töltötték közvetlenül a beteggel. A ráfordított idő annak is függvénye, hogy a beteg első vagy kontroll vizsgálatra érkezett. A kieső idő, ezáltal a betegelőjegyzés hosszúsága jelentősen csökkenthető jó színvonalú számítógépes adattárolás és -hozzáférés, valamint – ez a szerző tapasztalata is – már az első vizsgálatnál alkalmazható diagnosztikai módszerek (ultrahang, röntgen, labor) elérése révén.

12

### A RENDÉSZETI SZERVEK RÉSZÉRE VÉGZETT UROLÓGIAI SZAKORVOSI RENDELÉS SAJÁTOSSÁGAI

*Wirth Kálmán, Iványi Klára,  
Gyányi László, Rózsahelyi József  
BM Központi Kórház  
és Intézményei Urológia Osztály*

**Céltűzés:** A rendészeti szervek: rendőrség, határőrség, a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok, az országos katasztrófavédelem: tűzoltóság és polgári védelem alkalmazottainak jogszabályban meghatározott rendszerességgel urológiai szakvizsgálaton kell megjelenniük. E speciális szűrőrendszer eredményeit taglalja az összeállítás.

**Módszer:** Az elmúlt év adatait átvizsgálva, a teljesség igénye nélkül mutatjuk be a fenti okból megjelentek különböző korcsoportjaiban tapasztalt urológiai és egyéb eltéréseket. 12 324 esetből szakvizsgálat történt szűrés céljából: 521 főnél, ebből I. 21-35 éves: 208 fő, II. 35-45 éves: 156 fő, III. 45-55 éves: 156 fő. Urológiai betegség a körelőzményben: I.: 3, II.: 3, III.: 9 eset. Kiszűrt fejlődési rendellenesség, nem tudott urológiai elváltozás: I.: 8, II.: 3, III.: 2 eset. Kórházi kezelést igénylő betegség felderítése: I.: 3, II.: 3, III.: 8 eset. Rosszindulatú elváltozás gyanúja merült fel: I.: 1, II.: 1, III.: 3 eset.

Jellemző esetek kapcsán ismertetjük az ide vonatkozó jogszabályokat [21/2000. (VIII.23.) BM-IM-TNM együttes rendelet, 51/1997. (XII.18.) NM rendelet a szűrővizsgálatokról, 9/2001. (BK 4.) BM utasítás az egészségügyi tevékenységről], az ebből következő alkalmasság és alkalmatlanság feltételeit és a szakorvosi tevékenység során tapasztalt ellentmondásokat.

**Következtetés:** Néhány jellemző adattal megerősítjük a rendszeres urológiai szűrővizsgálat szükségességét a célcsoportban. A vizsgálaton megjelentek 8%-ának volt urológiai anamnézise. Nem tudott urológiai elváltozás, fejlődési rendellenesség 6%-ban fordult elő. Kórházi kezelést igényelt a vizsgáltak 7%-a. A megjelentek 2%-ánál később rosszindulatúnak bizonyuló elváltozás került felfedezésre.

13

### ELÜLSŐ HYPOSPADIASIS ELLÁTÁSA A SZÉKELYUDVARHELYI VÁROSI KÓRHÁZBAN – EREDMÉNYES KOLLABORÁCIÓNK EGY KLINIKAI KÖZPONTTAL

*Szabó József<sup>1</sup>, Merksz Miklós<sup>2</sup>,  
Nagy Botond<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Székelyudvarhelyi Városi Kórház  
Urológiai-Sebészeti Osztály,  
<sup>2</sup>Heim Pál Gyermekkórház Urológiai-  
Sebészeti Osztály, Budapest*

2006 folyamán 11 műtétet végeztünk elülső hypospadiasis korrekciójának céljával, a Snodgrass műtéti technikát alkalmazva. Az első négy műtétet Merksz Miklóssal, a budapesti Heim Pál Gyermekkórház urológusával együtt végeztük. A 11 műtét után két esetben alakult ki fistula, de 6-12 hónapon belül egy újabb műtéttel a korrekció megkísérlelhető. Következtetéseink: Elsajátítva egy standard műtéti technikát – melyet országos szinten is csak sporadikusan végeznek –, helyileg elláthatjuk betegeinket a székelyföldi tömbmagyarság soraiból.

Együttműködésünk eredményességének kulcsa, hogy egy standard műtéti technikát (Snodgrass) jó indikációval alkalmazzunk.

14

### AZ UROLÓGUS SZEREPE A FOURNIER-GANGRAENA EREDMÉNYES MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSÉBEN

*Berényi P.<sup>1</sup>, Gyányi L.<sup>1</sup>, Albert I.<sup>1</sup>, Szabó T.<sup>2</sup>,  
Székely É.<sup>3</sup>, Karner T.<sup>4</sup>, Sáfrány Gy.<sup>5</sup>,  
Rózsahelyi J.<sup>1</sup>  
BM Központi Kórház és Intézményei  
<sup>1</sup>Urológiai Osztály,  
<sup>2</sup>Sebészeti Osztály,  
<sup>4</sup>Intenzív Osztály,  
<sup>3</sup>Fővárosi Szent László Kórház,  
<sup>5</sup>Fővárosi Szent István Kórház  
Égés- és Plasztikai Sebészeti Osztály*

**Céltűzések:** Bár az orvostudomány hatalmasat fejlődött a Fournier-gangraena 1883-ban történt leírása óta, ez a genitális, perinealis és gyakran az alhasi régiót érintő, heveny, necrotizáló fertőzés még napjainkban is akut életveszélyt jelentő, 30%-nál magasabb halálozási aránnyal fenyegető folyamat. A beteg megjelenésétől a végleges rekonstrukcióig számtalan kihívással kell megküzdenünk, azonban az egyes esetek közötti párhuzamosság lehetővé teszi egységes kezelési elvek kialakítását. Sikeres eseteink ismételt elemzésével ezt kívánjuk elősegíteni.

**Módszer:** Intézményünkben 2003 óta négy alkalommal ta-

lálkoztunk Fournier-gangraenával, és valamennyi betegünk gyógyult. Újra áttekintettük kórlefeljárásukat, és egyik esetünket részletesen ismertettük.

**Eredmények:** Valamennyi betegünk férfi volt (átlagéletkoruk 56 év), akik diabetesben, májbetegségben, angiopathiában szenvedtek. A panaszok kezdete és a beteg jelentkezése között eltelt idő átlagosan 2,5 nap volt, valamennyi betegünk a beérkezéstől számított 6 órán belül műtéti ellátásban részesült. A fertőzés valamennyi esetben a végbél környékéről indult ki. A betegség felismerésekor azonnali kimetszés, illetve ismételt necrectomiák következtek, rendszeresen történt baktériumtenyésztés a sebváladékból és a vérből. A beavatkozások száma 5,4 volt, az átlagos ápolási idő 49 napot tett ki. Ismeretes, hogy a Fournier-gangraenát különböző aerob és anaerob baktériumok együtt okozzák, a sebváladék tenyésztése során *E. coli* és *Enterococcus*, a haemoculturában viszont koaguláz-negatív *Staphylococcus* volt mindig kimutatható. Tekintettel a folyamat eredetére, a necrectomiákat sebészrel közösen végeztük, a betegek intenzív ellátást kaptak, a tenyésztési eredmények alapján az antibiotikum program összeállítására infektológus bevonásával történt, a lágyrészfektusok végleges fedését plasztikai sebész végezte.

**Következtetés:** A tapasztalatok szerint a genitalis régió érintettsége miatt a betegek legtöbbször urológiai osztályra érkeznek, így az ellátás összehangolása az urológusra hárul. A beteg neme, életkora, kísérőbetegségei és az elváltozás lokalizációja alapján azonnal fel kell ismernünk a kórképet, és kész kezelési tervvel kell rendelkezünk már az első vizsgálatkor. A Fournier-gangraena napjainkban is egy életveszélyt jelentő necrotizáló lágyrészfertőzés, csak a gyors felismerés, az elhalt területek azonnali kimetszése, a necrectomiák folyamatos ismétlése, igen agresszív, többszörösen kombinált antibiotikumok adása, a beteg intenzív terápiás kezelése – vagyis egy interdiszciplináris ellátás – esetén van esély az életben maradásra.

## PRIMER HÓLYAGAMYLOIDOSIS ESETE

Pánovics József<sup>1</sup>, Szűcs Miklós<sup>1</sup>,

Sterlik Gábor<sup>1</sup>, Glasz Tibor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem

ÁOK Urológiai Klinika

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem

ÁOK II. Sz. Patológiai Intézet

A szerzők egy primer hólyagamyloidosis esetet ismertettek. A 62 éves férfibeteg fájdalommentesen macrohaematuriával jelentkezett. A hólyagban a jobb oldali szájadék mellett és mögött észlelt, egyenetlen felszínű, vérzékeny nyálkahártyával fedett, intravesicalisan beemelkedő rezisztenciát láttak. A transurethralis resectio után a szövettani vizsgálat amyloidosiszt mutatott. A szerzők ismertetik a hólyagamyloidosis típusait és kezelési lehetőségeit.

## VIDEOURODINÁMIA A GYERMEKKORI VIZELETÁRAMLÁSI ZAVAROK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Szabó L.<sup>1,5,6</sup>, Lombay B.<sup>2,6</sup>, Borbás É.<sup>2</sup>, Tóth V.<sup>1</sup>, Bajusz I.<sup>1</sup>, Losonczy K.<sup>1</sup>, Réti Gy.<sup>3</sup>, Kiss Á.L.<sup>3</sup>, Csizy<sup>1,4</sup>

II. Gyermekosztály-

<sup>1</sup>Nephrológia-Hipertónia-Urodinámia,

<sup>2</sup>Radiológia,

<sup>3</sup>Gyermeksebészet,

Gyermekegészségügyi Központ,

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház

és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc,

<sup>4</sup>Gyermeksebészet,

Debreceni Egyetem OEC, Debrecen,

<sup>5</sup>Gyermekegészségügyi Továbbképző Intézet,

Debreceni Egyetem OEC, Miskolc,

<sup>6</sup>Egészségtudományi Intézet,

Miskolci Egyetem

16

**Bevezetés:** A videourodinámia (VUD) alkalmas a vizelettárolás, -szállítás, -áramlás, -ürítés zavarainak kimutatására. **Anyag és módszer:** 574 gyermeknél végeztünk videourodinámiás vizsgálatot 1990 és 2006 között. Életkoruk 5 nap és 20 év között volt. Minden gyermeknél vizeletlabort és –tenyésztést, vesefunkciós vizsgálatokat és hasi ultrahangvizsgálatot végeztünk a videourodinámia előtt. A VUD indikációja recidiváló húgyúti infekció volt 448 (78%), húgyúti üregrendszeri tágulat 38 (7%), neurogen hólyagműködés 45 (8%), vizeletelési zavar 43 (7%) esetben.

A cystomanometriát kombináltuk a hagyományos mictiós cystourethrographiával, és röntgen kontrasztanyagot használtunk a hólyag töltésére. A cystometria eredményét számítógépen, az MCUG eredményét egyszerű PACS rendszeren rögzítettük és számítógépen tároltuk.

**Eredmények:** VUR 299 (52%), neurogen hólyagműködés 38 (7%) esetben igazolódott. A neurogen hólyagműködés kizárható volt 7 (1%) gyermeknél. Instabil detrusorműködés 178 (31%), vizeletkifolyási akadály 17 (3%), széles hólyagnyak 22 (4%), vaginális reflux 9 (2%), normál húgyúti rendszer 72 (13%) esetben volt kimutatható. A VUR és az instabil hólyagműködés átfedi egymást.

**Következtetések:**

1. A VUD kimutathatja a refluxot, a hólyagfal jellemzőit, a hólyagnyak és a hátsó urethra eltéréseit a húgyhólyag telődése és ürülése alatt, és méri az alsó húgyutak működését.
2. Szoros kapcsolat van a VUR és a vesicourethralis dysfunctio között. Az instabil detrusorműködés a leggyakrabban előforduló eltérés és az egyik legfontosabb típusa a vesicourethralis dysfunctionnak gyermekkorban.

3. A VUD nagyon hasznos diagnosztikus eljárás az alsó húgyúti rendszer működésének és morfológiájának komplex vizsgálatára.
4. A vizsgálat előnye, hogy kombinálja az urodinámia objektívitasát a vizuális radiológiai képpel, s csökkenthető a radiológiai sugárzás, mert a cystometria eltérései esetén célzottan használható a röntgensugár.

17

### VESEELÉGTELENSÉGHEZ VEZETŐ GYERMEKKORI HÓLYAGMŰKÖDÉSI ZAVAR

Merksz Miklós, Kiss András  
Heim Pál Gyermekkorház Urológiai-  
Sebészeti Osztály

**Bevezetés:** A gyermekek urológiai betegségeinek tünetei között nagy jelentőséggel bír a nehézvizelés:

- a lassan kialakuló, fokozatosan rosszabbodó nehézvizelés észrevétlen maradhat,
- háttérben legtöbbször súlyos betegség áll,
- kezeletlen esetben ezek veseelégtelenséghez, halálhoz vezethetnek.

**Betegek:**

- 1) A 16 éves leány évek óta áll orvosi gondozás alatt vizs-  
zaterő húgyszervi infekciók miatt. Három éve klinikai  
kivizsgáláson kétoldali hydronephrosist mutatott az  
UH-vizsgálat, további kivizsgálás nem történt. 2006-  
ban más intézetben neurogen hólyagot, vesicoureteralis  
refluxot igazoltak azotaemia mellett, Mestinon-keze-  
lést kezdtek. Fél év múlva osztályunkra teljes vizelési  
képtelenséggel, uraemiával érkezett (szérumkreatinin:  
468 mol/l).
- 2) A 14 éves leány 4 éve áll klinikai gondozás alatt idült  
pyelonephritis, húgyúti üregi tárgulatok miatt. Ennek  
során detrusor-sphincter dyssynergiát diagnosztizáltak.  
Intermittáló katéterezés javulást nem hozott, sem a  
kétoldali antireflux műtét. Időlegesen a katéterezést  
sem tartották szükségesnek. Osztályunkra teljes vizelési  
képtelenséggel, uraemiával érkezett (szérumkrea-  
tinin: 300 mol/l).
- 3) 13 éves fiú. Gennyvizelés, kétoldali veseüregi és ureter-  
tárgulat miatt került osztályunkra. A vizsgálati leletek  
okkult neuropathiás hólyagra utaltak. Négyhetes  
katéterállandósítás után az üregi állapot teljesen rende-  
ződött, a jó vizelés helyreállt. Relapsust azóta nem ész-  
leltünk.

**Megbeszélés:** Betegeink klinikai kórlefolyása, vizsgálati  
eredményei okkult neuropathiás hólyagnak feleltek meg,  
mely ismeretlen eredetű, progrediáló hólyagműködési za-  
var. E betegségben az alapelváltozáshoz felső húgyúti üre-  
gi tárgulatok, infekció, jelentős mennyiségű reziduális hó-

lyagvizetlet társul. A gyermekek legtöbbször láz, pyuria mi-  
att kerülnek orvoshoz. A progrediáló folyamat kezeletlen  
esetben veseelégtelenséghez vezet a következményes  
parenchymakárosodás miatt. Alapvetően fontosnak tart-  
juk, hogy minden pyelonephritis vagy húgyszervi üregi tá-  
rgulat miatt kezelésre kerülő gyermekben a vizelés megfi-  
gyelése, vizsgálata (uroflow) megtörténjen, hólyagműkö-  
dési zavar gyanúja esetén részletes urodinamiás vizsgálá-  
tokkal kiegészítve, hogy az adekvát terápiával az állapotot  
rendezni tudjuk.

18

### HÚGYHÓLYAG-MŰKÖDÉSI ZAVAROK KORAI JELEI DIABETES GYERMEKEKNÉL

Szabó László<sup>1,4,5</sup>, Barkai László<sup>2,4,5</sup>,  
Lombay Béla<sup>3,5</sup>

II. Gyermekosztály-Nephrológia-

<sup>1</sup>Hipertónia-Urodinámia,

<sup>2</sup>IV. Gyermekosztály-Diabetes,

<sup>3</sup>Radiológiai osztály,

Gyermekegészségügyi Központ,

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház

és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc,

<sup>4</sup>Gyermekegészségügyi Továbbképző Intézet,

Debreceni Egyetem OEC, Miskolc,

<sup>5</sup>Egészségtudományi Intézet,

Miskolci Egyetem

**Célkitűzés:** A húgyhólyag működési zavara gyakori problé-  
ma felnőttek diabetes mellitusának szövődményeként. Viz-  
sgálatunk célja ezen működési zavarok korai jeleinek kimu-  
tatása 1-es típusú diabetes mellitusban szenvedő gyerme-  
keknél.

**Anyag és módszer:** 37, 1-es típusú diabetes mellitusban  
szenvedő gyermeknél vizsgáltuk az első vizelési érzetet és  
a vizeletáramlási paramétereit. 10/37 diabeteses gyer-  
mek, akinek cardiovascularis diszfunkciója volt (CAD) át-  
lag 482+128 ml vizeletet ürített (A csoport). 27/37 dia-  
beteses gyermek CAD nélkül 258+58 ml vizeletet ürített  
(B csoport). Korábbi szűrővizsgálatainkból vettük a kont-  
roll csoportokat. Húsz gyermek szolgált kontrollként az A  
csoporthoz, akik átlag 488+94 ml-t, és 30 gyermek a B cso-  
porthoz, akik átlag 260+50 ml vizeletet ürítettek. A két  
külön összehasonlított csoport ürített vizeletmennyiségei,  
életkoruk, testsúlyuk és testmagasságuk hasonló volt.  
Egyik vizsgált gyermeknek sem volt nyilvánvaló vizeletüríté-  
si zavara vagy húgyúti betegség.

**Eredmények:** Az első vizelési érzetnél ürített vizelet szigni-  
fikánsan nagyobb mennyiségű volt mindkét diabeteses cso-  
portban a kontrollokhoz képest, de az I. és II. diabeteses  
csoport között is ( $p < 0,01$ ). A maximális vizeletáramlásig

eltelt idő mindkét diabeteses csoportban szignifikánsan hosszabb volt a kontrollokhoz képest ( $p < 0,01$ ). A hólyagizom összehúzódásának gyorsulása (a maximális vizeletáramlás osztva a maximális áramlásig eltelt idővel) a diabeteses gyermekekben szignifikánsan csökkent ( $p < 0,01$ ). A húgyhólyag kiürítése minden esetben tökéletes volt. Hólyagfal-eltérés egy esetben sem volt látható ultrahangvizsgálattal.

*Következtetés:* A húgyhólyagtelttség szenzoros működése korán károsodik. A detrusor izom lassúbb és csökkent összehúzódása egyértelműen kimutatható a diabetesben szenvedő gyermekeknél, és a diabeteses autonóm neuropathia korai jeleként értékelhető, még azokban az esetekben is, amikor cardiovascularis autonóm neuropathia jelei még nem észlelhetők. Azt gondoljuk, hogy a diabeteses autonóm neuropathia első jeleit urodinámiával már ki lehet mutatni, mely egyszerű, non-invazív, számtalanszor ismételt vizsgálat, és a gyermek minimális együttműködését igényli. Javasoljuk a diabetes gondozás során a rendszeres uroflow (vizeletáramlás) vizsgálatot elvégezni.

19

#### ARTÉRIÁS PRIAPIZMUS ELLÁTÁSA UH VEZÉRELT PERKUTÁN THROMBIN INJEKCIÓ SEGÍTSÉGÉVEL

Kiss András, Merksz M., Thoman A.,  
Polovitzer M., Hüttl K.<sup>1</sup>  
Heim Pál Gyermekkórház Urológia,  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika

*Célkitűzés:* Szerzők 8 éves fiú tompa gáttájéki trauma után 2 nappal kialakult, 8 napja fennálló fájdalomtan, artériás (high-flow) priapizmus korábban nem alkalmazott módszerrel történő sikeres ellátását ismertetik.

*Módszer:* Color Doppler UH vizsgálat a jobb oldali corpus cavernosumban 0,8 x 0,6 cm-es arterio-cavernosus shunt-öt igazolt, melyben a szisztolés csúcssebesség 240 cm/sec volt. A shunt területére általános narkózisban 5000 E thrombin percutan injektálását végeztük UH által vezérelve.

*Eredmények:* A beavatkozást követően egy nappal végzett kontroll UH a shunt jelentős megkisebbedését írta le (0,2 x 0,1 cm), melyben a szisztolés csúcssebesség 17 cm/sec volt, illetve a priapizmus lassú oldódása volt megfigyelhető. A posztoperatív harmadik héten a priapizmus megszűnt, ezt követően a szülők normális merevedésről számoltak be.

*Következtetés:* Poszt-traumás artériás priapizmus ellátása során szuperszelektív embolizáció, ennek sikertelensége esetén nyitott shunt műtét az eddig alkalmazott eljárás,

azonban ezeknek a beavatkozásoknak a következtében 10-70%-ban alakul ki erektilis diszfunkció, illetve merevedési képtelenség.

Amennyiben a kialakult arterio-cavernosus shunt nem többszörös, az általunk először alkalmazott kevésbé invazív eljárás lehet az elsőként alkalmazandó terápia.

20

#### RADIKÁLIS PROSTATECTOMIÁT KÖVETŐ EPIDURALIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS ROPIVACAIN + SUFENTANIL KOMBINÁCIÓVAL

Szabó Krisztina, Pénez Erzsébet  
Semmelweis Egyetem  
ÁOK Urológiai Klinika

*A vizsgálat célja, módszere:* Prospektív vizsgálatban kétféle koncentrációban alkalmaztuk sufentanil + ropivacain kombinációját. A cél a még hatékony sufentanil-koncentráció megállapítása volt. Negyven ASA II-III beteget két csoportba osztottunk: 0,25% ropivacain mellé 20 beteg 0,25 µg/ml sufentanilt, 20 beteg 0,5 µg/ml sufentanilt kapott epiduralis kanülön keresztül 24 órán át folyamatosan. Az infúziós ráta 5-8 ml/óra volt, a motoros bloktól függően. Az analgéziát VAS skálával mértük a műtét után 1, 2, 6, 12 és 24 óra múlva (0 = nincs fájdalom, 5 = tűrhetetlen fájdalom).

*Eredmények, megbeszélés:* A fájdalomcsillapítás mindkét csoportban hasonlóan eredményes volt ( $p > 0,1$ ). A betegek 40%-ánál paraesthesia, 20%-ánál motoros blokk, 15%-ánál vérnyomásesés alakult ki. A ropivacain sufentanillal történő kiegészítése még igen alacsony koncentrációban is kiváló fájdalomcsillapítást eredményez.

21

#### VESESÉRÜLÉSEK SZERVMEGTARTÓ ELLÁTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI AZ UROTRAUMATOLÓGIAI GYAKORLATBAN

Kocsis József  
Fővárosi Önkormányzat  
Uzsoki utcai Kórháza, Urológiai Sebészet

A vesesérülések ellátásában a szervmegtartó műtétek folyamatosan emelkedő trendet mutatnak. Ezt elsősorban a CT-vizsgálat széles körű elterjedése és az endoszkópos veseműtétek eredményei és tapasztalatai tették lehetővé. Ugyanakkor a trend ellen ható tényezők változatlanok: a beteg kora, általános állapota, kísérő betegségei és alapvetően a társult sérülések jellege, súlyossága.

Két, a CT-vizsgálatok alapján mindenben közel azonosnak látszó vesesérülés kerül ismertetésre. Az egyik esetben halasztott endourológiai beavatkozás a sérült vese és a beteg

gyors és szövődménymentes gyógyulását eredményezte, míg a másokban az optimális feltárásból végzett akut műtéttel sem volt megnyugtatóan megtartható a vese a beteg szövődménymentes gyógyulásának érdekében.

22

### AUTOEROTIKUS HÍMVESSZŐ-SÉRÜLÉS

*Farkas Antal, Csanádi Gábor,  
Berczi Csaba, Lőrincz László, Flaskó Tibor  
Debreceni Egyetem, Orvos  
és Egészségtudományi Centrum,  
Urológiai Klinika*

A szoliter penissérülések két leggyakoribb formája a bőr különböző fokú lenyúzása, ami általában munkahelyi baleset következménye, illetve a penisfractura, mely legtöbbször coitus közben fordul elő. Ritka sérülésnek számítanak a vákuum okozta léziók, a harapott sebek, az elmebetegek öncsonkító metszett sérülései és az autoerotikus műveletek, manipulációk okozta sérülések. Ez utóbbiak többnyire strangulációs jellegűek. A penis valamennyi sérülése az urológiai sürgősségi beavatkozást igénylő megbetegedések csoportjába tartozik.

A szerzők egy autoerotikus manipuláció során a hímvesszőre húzott, vízvezeték-szerelésnél használatos, vaskos, menetes rézgyűrű okozta sérülést és annak ellátását mutatják be. Tekintve, hogy a beteg még időben jelentkezett, a súlyos szövetelhalást, bőrnecrosist, vagy akár az egész penis necrosist sikerült megelőzni, és a beteg maradandó

károsodás nélkül távozott a klinikáról. A szerzők ismertetik a rézgyűrű eltávolításának – az általuk a lehető legegyszerűbb és leggyorsabbnak ítélt – módját.

23

### APRÓ URETERKŐ OKOZTA FORNIXRUPTURA

*Bánfi Gergely, Sterlik Gábor, Romics Imre  
Simmelweis Egyetem  
ÁOK Urológiai Klinika*

A beteg ügyeleti felvételére heveny, halmozott jobb oldali vesegöres miatt került sor. A juxtavesicalis ureterszakaszban ülő rizsszemnyi követ találtunk, kisméretű pyelumatagullal. Görcsoldó kezelésre a beteg panaszai csökkentek. Egy nappal később heveny hasi tünetek alakultak ki, konzílium sebészeti kórképet kizárt. Hasi UH, majd CT perirenalisán 1 cm-es, az appendix körül 3 cm-es vastagságban írt le folyadékot. Intravénás pyelographián észleltük a kontrasztanyag kilépését a vese üregrendszeréből. Kettős-J sín felhelyezése mellett a beteg szövődménymentesen gyógyult.

24

### EXTRÉM HÓLYAGTÁGULAT TÖBBSZÖRÖS MŰTÉTI KEZELÉSE

*Kerényi G., Kovács P., Kulcsár D.,  
Kocsis I.  
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet,  
Eger*

## 16. Fűvészkerti Urológus Napok (FUN) az inkontinenciáról



Christoph H. Klinger

Újra a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája melletti tanterem adott helyet az egyetemi továbbképző kurzusként is regisztrált Fűvészkerti Urológus Napoknak. A 16. FUN témája a legtöbb urológust napi szinten érintő téma: „A vizeletartási zavarok – újabb módszerek és azok eredményessége a konzervatív, a gyógyszeres és a műtéti kezelés területén”.

Elsőként *Romics Imre* professzor köszöntötte a tantermet megtöltő érdeklődőket. Rövid bevezetőt követően ezúttal ötödször került átadásra a Klinika által alapított Antal Géza Érdemérem, melyet ezúttal *Szomor László* tanár úr vehetett át. A tudományos rendezvény moderátora *Hamvas Antal* docens volt.

Az első előadást *Katona Ferenc* professzor tartotta a hólyagfunkció zavarainak számítógépes modellezéséről. A neurofiziológiai alapfogalmak látványos mozgó vetítéssel történt felfrissítése, úgy hiszem, legtöbbünkre ráfért, az ezen is jóval túlmutató gondolatok pedig hasznosan megalapozták az ezt követő előadások gyakorlati mondanóját.

A második előadó *Christoph H. Klinger*, a Bécsi Orvosegyetem Urológiai Klinikájának professzora volt. Előadásának címe: „Surgical treatment options for male stress incontinence”. A vizeletvesztés miatt végzett műtétek részletes felsorolásán és bemutatásán kívül ismertette az eredményeket és a szövődmények gyakoriságát is. A mesterséges sphincter, sling és a különböző implantátumok behelyezésének technikai részletezésekor kitért ezek buktatóira és a további ezekkel kapcsolatos kutatásokra is. A diskusszió kapcsán egyebek között megtudhattuk, meddig várjunk a műtétek kapcsán létrejött inkontinencia helyreállító műtétjével.

A következő előadó, *Majoros Attila*, a diagnosztikai módszerek változásairól beszélt. A szerteágazó előadás kezdetén már az inkontinencia definíciója is pontos meghatározást igényelt. A különböző bonyolultságú diagnosztikus eljárások ismertetése mellett a napi rutin szempontjából is hasznos ötletekkel szolgált.

Ezt követte *Hamvas Antal* beszámolója az „overactive bladder” diagnosztikájáról és gyógyszeres kezeléséről. Megtudhattuk, hogy a hólyagtúlműködés a kor előrehaladásával mindkét nemből egyre gyakoribbá válik. Az előző előadáshoz társulva részletezte, hogy a kórkép mikor igényel részletes urodinamikai vizsgálatot. A különböző hatástani csoportokba tartozó gyógyszerek mellékhatásai (és ára) különösen az idősebb korcsoportban jelentenek gondot.

*Keszthelyi Attila* beszámolója közelebb hozta számunkra a különböző antiinkontinens műtétek elvének és gyakorlatának megértését. Könnyed előadásában szemléletes ábrákkal és megtörtént esetekkel tárta elénk a műtétek kritikus pontjait: az eredményeket és a buktatókat.

*Pajor László* professzor előadása Deák Ferenc mondatával kezdődött: „Amiről a nemzet önmagától lemondott, annak visszaszerzése kétséges”. Ezt a mottót az urológusok szerepével hozta párhuzamba a vaginális prolapsusok műtéti megoldásával kapcsolatban. A diagnosztikát és a konzervatív kezelést követően a hüvelyi és hasi műtétek széles repertoárját mutatta be, különös figyelmet szentelve a háló-beültetéseknek.

Az utolsó előadás a debreceni *Lőrincz Lászlóé* volt, témája pedig a laparoscopos megoldások a női stressz-inkontinencia kezelésében. A laparoscopos műtét előnyeinek és indikációinak ismertetése után szemléletes videóbejátszással mutatta be a ma még ritkán alkalmazott eljárást. A betegek megelégedettségi mutatói, a költségszámítások és a ritka szövődéymutatók a módszer ígéretes jövőjét valószínűsítik.

A következő, 17. FUN-t idén is az Urofarsang keretein belül rendezzük meg.

dr. Szendrői Attila

## Uroonkológiai tréning Barcelonában

„Masterclass for practising urologists on medical tumour treatment” címmel szeptember 30-október 1. között Barcelonában tartotta továbbképző tanfolyamát a European Association of Urology (ESU).

A három nap témája ezúttal az urológiai daganatok gyógyszeres kezelése volt. A 150 résztvevőt négy csoportba osztották, hogy a forgószínpadszerűen tartott előadásokba mindenki aktívan be tudjon kapcsolódni. Az előadók elismert szakmai tekintélyek voltak, akik gyakorlati tapasztalataikat is megosztották a résztvevőkkel. A tanfolyam az előadásokon végig ottlévők számára ingyenes volt.

Sok elméleti előadást hallhattunk (génterápia, vakcinációk és egyéb immunkezelés újdonságai, molekuláris kemoprevenció stb.), amelyek igyekeztek naprakészre frissíteni biológiai ismereteinket, egyben megalapozták a további előadások tudásanyagát is.

A prosztatarák vonatkozásában több volt az elgondolkoztató, mint az újdonság. Kifejezetten érdekes volt *Peter Whelan* (Anglia) beszámolója a hormonális kezelésekről és a TAB-ról. Az ősz angol úr sajátos humorral átszótt előadásában tárgyyszerűen ismertette a kombinált kezeléssel elért eredményeket, kiemelve, hogy igazi haszon csupán a jó prognózisú betegeknél látható. Ismert, hogy lokalizált stádiumban bizonyos gyógyszerek rosszabb életkilátást adnak, mint a beteg egyedüli követése, túlélési haszon az előrehaladott stádiumban sem biztosan garantált. Mégis megfontolandónak tartotta a megkezdett hormonális manipulációk széles körű alkalmazását, hiszen ezen kezelések eredményessége felveszi a versenyt a kemoterápiával.

Más előadás szólt az intermittáló hormonkezelésről (*Gunnar Aus, Göteborg*), melynek technikája a féléves kezelés, a 4 ng/ml alatti PSA-szint elérése, majd 10-15 ng/ml-es PSA-szintnél a terápia folytatása volt. Hosszabb követési idő még nem áll rendelkezésre, így nem standard kezelés, de leírtak már rosszabb kimenetelt is. Valószínűleg itt is jelentős szerepe lesz a szérumentesztoszteron monitorizálásának.

Külön előadás szólt a metasztatikus prosztatarák esetén végzett PET vizsgálatokról. Az egyértelmű, hogy a primer daganat kiszűrésében ennek a legmodernebb vizsgálatnak nincs szerepe, nyirokcsomók vonatkozásában az esetek egyharmada fals negatív, a fals pozitív eredmény azonban ritka (a szenzitivitás 0-50%, a specificitás 72-100%). Csontáttétek esetén is inkább a PET + szcintigráfia együttes alkalmazása javított a találatarányon. A cholinnal végzett PET jobb hatású prosztatarákban, mint a cukor alapanyagú FDG-vel végzett vizsgálat.

Szó esett az immunszcintigráfias vizsgálatokról is, szemben azonban a hematológiai megbetegedésekkel, ez a radiológiai vizsgálat nem hozott áttörést a diagnosztiká-

ban. Lényegében ugyanez mondható el a radioimmunterápiáról is.

Kiemelt szerepet tulajdonítottak azonban ezen a megbeszélésen is a biszfoszfonátoknak. A jövő egyik reménykeltő kutatási területe a nitrogéntartalmú biszfoszfonátok kemoterápiával kombinált parenteralis alkalmazása, valamint a csontáttétek kialakulásának megelőzése ezzel a szerrel. Külön figyelmet igényel ugyanakkor az állkapocsnecrosis és a veseműködési eltérések mielőbbi felismerése.

Érdekes volt a prosztatarák kemoterápiájának elbírálása a gyakorló urológus szemszögéből (*Kurt Miller, Berlin*). Az előadó külön kiemelte, hogy a kemoterápia alkalmanként életveszélyes állapotot okozó mellékhatásainak kezelése külön szaktudást igényel, ugyanakkor a PSA response nem áll egyenes arányban a túléléssel. Jelenleg a taxánok alkalmazása az egyetlen életet meghosszabbító kezelés, tudnunk kell azonban toxicitásukról, ismernünk kell ezek kezelését is. Különösen érvényes ez az idős betegekre.

Az angiogenesis-gátló anyagok, így az endothelin-inhibitorok (*Astrasentan*) alkalmazása ígéretes eredményekkel kecsegtet: késlelteti a klinikai progressziót és a csontrendszeri szövődeményeket is.

Igazán nagy áttörést a hasonló támadáspontú, tirozinkináz receptor blokkoló anyagok alkalmazása hozott a metasztatikus veserák kezelésében. Több előadásban is részletesen elemezték az ebbe a hatóanyagcsoportba tartozó anyagok alkalmazásával elért kiemelkedő eredményeket, amelyek arra a ritka elhatározásra ösztönözték az FDA-t, hogy a fázis vizsgálatok lezárta után a másodvonalbeli kezelésben regisztrálta az áttétes veserák terápiájában. Lapunk ebben a számban külön publikációban foglalkozik az egyik ilyen gyógyszer alkalmazásával elért eredményekkel. Talán nincs messze az idő, amikor első vonalbeli kezelésként használják majd a különböző angiogenetikai faktorokat az áttétes vesedaganat kezelésében. A lendületnek a gyógyszer borsos ára szabhat majd határt.

Az előrehaladott hólyagdaganat kezelésében az angiogenesis-gátlók nem jártak hasonló sikerrel, sajnálatosan egyéb anyagok sem hoztak az előbbihez fogható eredményeket. A radikális cystectomiák melletti neoadjuváns, illetve adjuváns kemoterápiák eredményeit mérlegelve az utóbbi előnye egyértelműnek tűnik, míg a műtét előtt adott kemoterápia indikációja kétséges. A platina alapú kemoterápiák mellett további citosztatikumok vizsgálata folyik. A felszínes hólyagdaganatok kezelésében érdemleges változás nem történt.

A tanfolyamot tesztvizsga zárta, ekkor invitálták meg a szervezők a következő továbbképzésre (2007, Párizs) a jelenlévőket és másokat is.

dr. Szűcs Miklós

## Beszámoló az Association of Academic European Urologists 5. találkozójáról

2006 decemberében Amsterdamban gyűltek össze a fenti társaság tagjai, a kongresszus elnöke *F. Debruyne* volt. A társaság alapítója és ötletgazdája is ő, valamint *Marberger* voltak. (Az ötlet az I. Közép-Európai Budapesti Kongresszusa után Ferihegyen született, beszállásra várakozva!) A találkozóra 26 absztraktot fogadtak el.

Az első részben a prosztaták klinikai kérdéseivel foglalkozó előadások hangzottak el. *Artibani* (Padua) a da Vincivel szerzett tapasztalatait mondta el – rögtön felborzolta a hangulatot –, nagy vita követte előadását. *Van Cangh* majd munkatársa *Tombal* (Brüsszel) a radikális prostatectomiát követő életminőség vizsgálatának eredményeit ismertették. Hasznosabb és értékelhetőbb az eredmény, ha a kérdőívek validáltak. Magam – *Majoros Attila* társszerzővel – a posztoperatív inkontinencia rizikófaktorát ismertettem saját vizsgálataink alapján. Ezek szerint a rövidebb hátsó húgycső függ össze legjelentősebben az inkontinenciával. A kor csak késlelteti a kontinencia kialakulását. *Huland* (Hamburg) szerint a nagy volumenű prosztatában lévő rák kedvező kimenetelű. *Llorente* (Madrid) nem talált összefüggést a tumorvolumen és tumorrecidíva között.

Ezt egy alapkutatóval foglalkozó blokk követte. *Clarke* (Manchester) a metasztázis kialakulás mechanizmusáról, *Leung* (Glasgow) egy új mutagen (extracellular signal regulated Kinase-5 ERK5) prosztatákban játszott szerepéről, *Debruyne* – 2005-ben a klinikánkon is ismertetett – TMPRSS2-ERG fúziós gén vizeletben történő vizsgálat újabb eredményéről számolt be.

*Wirth* (Drezda), *Damber* (Göteborg) egy-egy újabb, később talán diagnosztikus értékű vizsgálat eredményeit ismertették. *Marberger* (Bécs) a gyulladás és a rák lehetséges kapcsolatát vizsgálta kísérletes vizsgálataik alapján.

*Burkhard* (Bern) egy cystectomiát követő új kontinens pouch műtéti eredményeiről számolt be. Míg *Van Poppel* (Lőwen), *Jacqmin* (Strassburg), *Hohenfellner junior* (Heidelber) cava involvált vesedaganatok eseményeiről szá-

molttak be. Újonnan felfedezett betegség a Fowler's syndrome. *De Ridder* (Lőwen), *Borkowski* (Varsó) már ismertették ezzel kapcsolatos vizsgálataikat. Fiatal nők polycystás ovariumával társuló vizeletretenció a betegség lényege.

*Pushkar* (Moszkva) endovesicalis electromotive drug administration (EDMA) előnyét ismertette el IC és PBS betegekben. *Mansson* (Lund) szerint a kiterjesztett LA hólyagdaganatban a túlélést nem, de a recidíváig eltelt időt meghosszabbítja. *Tubaro* (Róma), *Villers* (Lille) és *Pansadoro* (Róma) MRI-ről, *Oosterlinck* (Genf) felületes hólyagtumor kemoreszekciójáról, *Kirkali* (Izmir) *Cathepsin* a D hiány és hólyagtumor agresszivitásának összefüggéséről beszélt.

*Djavan* (Bécs) előadásában – melynek magam is szerzőtársa voltam – a saturációs biopsziáról tartott előadást. *Studer* (Bern) szerint több sentinel nyirokcsomója van a prosztatáknak, a kiterjesztett LA mellett foglalt állást. *Boccon-Gibod* (Párizs) a 20-mintás biopsziáról, *Wespes* (Brüsszel) ED kezelés sikertelenségének okairól, *Breza* (Pozsony) mint vendég a late oncot hypergonadizmusról tartott előadást. *Martin* (Lyon) az első arc(!) transzplantációról tartott élvezetes, megdöbbentő előadást.

A társasági program érdekes, közvetlen és baráti volt. Az utolsó percig titokban tartották a szombat délutáni „prezentációt”, amiről senki nem tudta, mit takar. Egy hölgy jelent meg és azt mondta, „évekig prostituált voltam itt a szomszéd utcában, a vörös lámpás negyedben. Kérdezzenek!” Az urológusok kérdeztek!

A Rembrandt ház, a grachtokon való közlekedés, városnézés élvezetes volt.

A társaságnak 64 tagja van 16 országból. Aki harmadszor nem vett részt az ülésen, kizárták, így megint 60 alá esett a társaság létszáma. Később dől el, hogy a meghívott vendégek közül ki lesz tag.

2007-ben Prágában találkozunk.

dr. Romics Imre



## Ultrahang alapismeretek

továbbképző tanfolyam urológus szakorvos jelöltek, szakorvosok részére

Semmelweis Egyetem ÁOK. Urológiai Klinika

2007. március.12-14.

### Március 12. hétfő

- 10.00 Intervenciós UH az urológiában  
*dr. Mavrogenis Stelios*
- 13.00 A vese hagyományos és színes Doppler vizsgálata. Indikáció, technika, új módszerek  
*dr. Győri Gabriella*
- 14.00 Gyakorlati bemutatás  
*dr. Szűcs Miklós, dr. Mavrogenis Stelios*

- 11.00 A külső nemi szervek UH vizsgálata  
*dr. Rusz András*
- 13.00 3 D ultrahang az urológiában  
*dr. Takács Ildikó*
- 14.00 Gyakorlati bemutatás  
*dr. Mavrogenis Stelios, dr. Rusz András*

### Március 13. kedd

- 9.00 A prosztata és az ondóhólyag vizsgálata  
*dr. Lovász Sándor*
- 10.00 A húgyhólyag UH vizsgálata  
*dr. Keszehelyi Attila*

- 9.00 Intracavitalis UH vizsgálatok  
*dr. Böszörményi-Nagy Géza*
- 10.00 Az ultrahang orvosi alkalmazásának alapjai, technikája, lehetőségei, korlátai. A beteg előkészítése  
*dr. Szebeni Ágnes*
- 11.00 Tesztvizsga

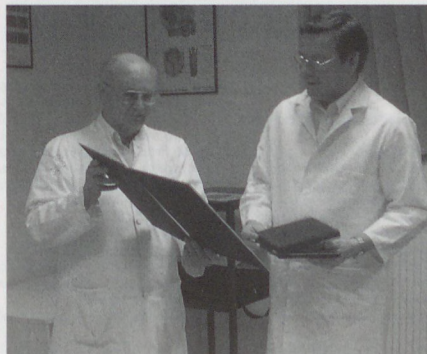
Jelentkezni a [www.oftex.hu](http://www.oftex.hu) portálon folyamatosan lehet

## Hírek

*Romics Imre* professzor Canadian Journal of Urology és a Lege Artis Medicinæ (LAM) folyóiratok szerkesztőbizottságának új tagja.

*Romics Imre* professzor a Magyar Orvostörténeti Társaság elnökségi tagja lett.

Az Európai Urológus Társaság (EAU) alelnöke, *Chris Chapple* professzor (Sheffield, Egyesült Királyság) az Urológiai Klinika és *Romics Imre*



Az Illyés-Babics Érdemérem legújabb kitüntetőtje: C. Chappel

professzor meghívására november 20-21-én Budapestre látogatott. Megismerkedett a Klinikával, annak történetével, szakmai működésével.

Bemutatóműtét mellett ismertette az általa vezetett intézet tevékenységét, és előadásában összefoglalta a benignus prostata-hyperplasiával kapcsolatos legújabb ismereteket. Ekkor vette át *Romics Imre* professzortól a Klinika által alapított Illyés-Babics Érdemérmét is.

# Új készítmény a prosztatatarák kezelésében

## Az Eligard® hatékonyan csökkenti a tesztoszteron szintet

## és alacsonyban is tartja<sup>1,2</sup>

- A betegek 98%-ánál a tesztoszteron szint csökkenés megfelel a kétoldali orchiectomiának (<20 ng/dl)<sup>1,2</sup>
- Minimális a tesztoszteron áttörés előfordulása<sup>1,2</sup>

### A kontroll új szintje

## eligard®

leuprorelin acetate

#### ÖSSZEVONT, RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS:

Eligard 7,5 mg por és oldószer oldatos injekcióhoz /Eligard 22,5 mg por és oldószer oldatos injekcióhoz

**Terápiás javallatok:** Az Eligard a hormonfüggő előrehaladott prosztatatarák tüneti kezelésére javallt.

**Adagolás és az alkalmazás módja:** Adagolás felnőtt férfiak részére: Az Eligard alkalmazása csak a betegség kezelésében gyakorlott orvos megfelelő felügyelete mellett folytatható. Az Eligard 7,5 mg havi egyszeri szubkután injekció formájában adandó be, míg az Eligard 22,5 mg szubkután injekció 3 havonként egyszer. A beadott oldat szilárd gyógyszerdepót képez és egy, illetve 3 hónapon keresztül folyamatos leuprorelin-acetát kioldódást biztosít. Az előrehaladott prosztatatarák kezelése az Eligard készítménnyel hosszú távú kezelést igényel és remisszió vagy javulás bekövetkeztekor sem szabad abbahagyni. Az Eligard kezelésre adott válaszreakciót a klinikai paraméterek és a prosztata-specifikus antigén (PSA) szérumszint mérésével kell nyomon követni. Klinikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a kezelés első 3 napja során a here-eltávolításon át nem esett betegek többségében a tesztoszteron szint megemelkedett, majd 3-5 héten belül az orvosi kasztrációs szint alá csökkent. Miután a tesztoszteron szint a kasztrációs szintre csökkent, a gyógyszeres kezelés teljes időtartama alatt ezen az alacsony szinten maradt.

**Ellenjavallatok:** A leuprorelin-acetáttal, más GnRH-agonistával vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A korábban orchiectomián átessett betegek. Az Eligard injekciót nőknek és gyermekeknek adni ellenjavallt.

**Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Az Eligard kezelés kezdetén a tesztoszteron szérumszintje átmenetileg megemelkedik, a tünetek rosszabbodása, vagy új tünetek megjelenése (pl: csontfájdalom, neuropátia, hágyvezeték vagy a hólyag elzáródása) fordulhat elő. Megfelelő antiandrogén kiegészítő alkalmazása a leuprorelin kezelés megkezdése előtt 3 nappal és a kezelés első két-három hetében megfontolandó. Ez a beszámoló szerint a kezdeti tesztoszteron-emelkedés esetleges következményét kivédi. A gerinc- és/vagy agyi metastázisban, illetve húgyúti elzáródásban szenvedő betegeket a kezelés első heteiben szoros megfigyelés alatt kell tartani. A tumoros betegek egy hányada a hormon-kezelésre nem reagál. Ilyen betegeknél az Eligard kezeléssel további javulás nem várható.

**Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Az Eligard kezelés során előforduló mellékhatások főként a leuprorelin-acetát konkrét farmakológiai hatásának, azaz bizonyos hormonszintek növekedésének és csökkenésének a következményei. A leggyakrabban előforduló mellékhatások közé tartoznak a hőhullámok, a rossz közérzet és a fáradtság, valamint múló helyi irritáció az injekció helyén.

**Gyógyszerköcsönhatások, interakciók:** nem ismertek.

A gyógyszerek elkészítésére, beadására, mellékhatások részletes leírására és a gyógyszerészeti adatokra vonatkozóan kérjük szíveskedjen elolvasni a 749/40/05 sz. alkalmazási előírást.

**Megjegyzés:** ® ® (két kereszt)

**Kiadhatóság:** II./3.b (Sz).

**Támogatás:** EÜ 100%.

**TB támogatás alapjául szolgáló ár:**

Eligard 7,5 mg por és oldószer oldatos injekcióhoz 29 817 HUF

Eligard 22,5 mg por és oldószer oldatos injekcióhoz 83 327 HUF

**Kiadhatóság:** II./3.b (Sz)

Alkalmazás előtt kérjük olvassa el a teljes alkalmazási előírást. OGYI eng. sz.: 749/40/05. 2005. január 24.

Irodalom: 1. Clin Ther 2002; 24:1902-14. 2. J Urol 2002; 168(3):1199-1203. 3. Egészségbiztosítási Közlöny IV. évf. 2005; június – különszám.



astellas  
Leading Light for Life

1118 Budapest, Kelenhegyi út 43.  
Tel.: (1) 361-4673, Fax: (1) 361-4676

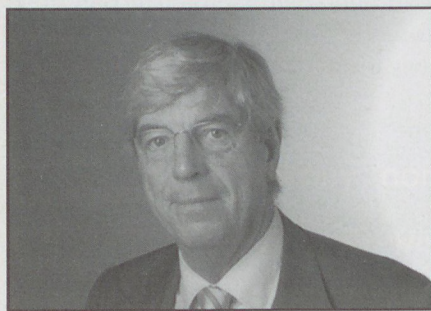
Látogatást tett a Magyar Tudományos Akadémián, hétfő este pedig a Klinika munkatársaival közös vacsorán vett részt. A Klinikán dolgozó és gyakorlatot töltő szakorvosjelöltekkel a felkészülés és a gyakorlati képzés problémáit vitatták meg.

Elismerését fejezte ki a képzést és a Klinika szakmai tevékenységét illetően.

*dr. Filkor Gábor*

## Prof. Frans Debruyne – emeritus

November 26-27-én a Holland Urológus Társaság, az Európai Urológus Társaság, mondhatni Európa ünnepelte *Frans Debruyne*-t professor emeritus kinevezése alkalmából.



*Frans Debruyne professor*

Egyik nap neves európai urológusok, a másik nap holland urológusok, illetve a nijmegeni Radboud Egyetem munkatársai tartottak egy-egy félnapos ülést F. Debruyne tiszteletére.

A délután a kinevezés ceremóniával folytatódott. A különböző európai és európán kívüli egyetemek profesz-

zorai saját talárjukban, a szegény egyetemek képviselői is, mint jómagam, köncsön talárban ültük végig az ünnepi senatusi ülést.

Frans Debruyne ünnepi beszédében az urológiáról beszélt, ahogy ő látja 40 év után, és 12 évi főtitkárság tapasztalataival és bölcsességével. A beszédből visszatükröződött az a mélységes elhivatottság, felelősségérzet és fölényes szakmai tudás, ami az urológiához köti, az életéhez.

Tőle hallott anekdotákból tudjuk, amikor átvette a főtitkárságot, az „EAU” néhány papírdobozban volt hivatalában. Ma Arnheimben egy több emeletes épület, 40 munkatárs jelenti az EAU főhadiszállást. EAU, EBU, ESU, Eur. Urol., EAU Today, és más lapok szervezetek, évenkénti kongresszusok, és havonkénti regionalis meetingek, sectiok... felsorolni sem lehet. Ez F. Debruyne. Ez is. Meg közvetlensége, meleg barátsága, őszinte érdeklődése más országok urológusai iránt. Ahol megjelenik, ott az asztalfő.

Magyarországon is járt többször, legutóbb – már nem mint főtitkár – az Urológiai Klinikán a visiting professor program keretében. Az itt töltött napok emlékezetesek számunkra.

Innen kívánunk még sok egészségben eltöltött aktív évet.

Dankje Frans!

*dr. Romics Imre*

## Babics-Noszky emlékelőadás sorozat

Két, urológiai iskolát teremtő professzorra *Babics Antalra* és *Noszky*

*Auréla* emlékeztünk január 13-án. Immár hagyomány, hogy az év kezdetén a nevükkel fémjelzett tudományos előadássorozat, amelynek idén is a MTESZ Székháza adott otthont. Húsz év telt el azóta, hogy – prof. *Wabrosch Géza* kezdeményezésére – elkezdődtek azok az összejövetelek, amelyek a „Fejlődés az urológiában” címet viselték – olvashattuk a programfüzet bevezetőjében. Talán a kerék évforduló miatt helyeződött az eddigieknél is nagyobb hangsúly a két legendás professzor életére, tevékenységére.

Az első előadás a hagyományokhoz híven a jelen változásaival foglalkozott, Hamvas Antal egyetemi docens „Az urogenaocológia múltja jelene és jövője” címmel tartott átfogó értékelést. A csaknem egy órás előadás a téma minden részletét összefoglalta, a gazdag életpálya tapasztalataival együtt.

Ezt követte a két utód *Romics Imre* és *Kovács András* visszatekintése. *Romics* professzor – Az iskolateremtő Urológiai Klinika – címmel tartott előadást, míg *Kovács András* a Szent János Kórház Urológiai iskolájának történetéről és családfájáról beszélt. A két előadást rövid filmvetítés követte, amelyekből kiolvasható volt az elődök iránti tisztelet és szeretet.

Ez nyilvánult meg a tudományos előadás előtt is, amikor a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának orvosai *Babics Antal* születésének 115 évfordulóján koszorút helyeztek el sírjánál.

## Az Uroonkológia című folyóirat szerzőinek

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

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

*Fontosnak tartja továbbá a témakörhöz tartozó határterületek szakmai információinak közlését. A folyóirat a fenti célokat összefoglaló közlemények, eredeti tudományos munkák, esetismertetések közlésén keresztül kívánja teljesíteni.*

### A kéziratok tartalma

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

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

### Formai elvárások

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

A közlésre beküldött kézirat tartalmazza:

1. A dolgozat címe, szerző(i), szerző(k) munkahelye
2. Magyar és angol nyelvű összefoglalás (megfogalmazása rövid, lényegre törő legyen, elolvasása után az olvasó értse az anyag lényegét). Az összefoglalás végén kulcsszavakat kérünk megadni.
3. Rövidítések jegyzéke (abban az esetben, ha a dolgozat nem szokásos, ismert rövidítéseket tartalmaz)
4. Szöveg:
  - Szerkesztése világos és következetes legyen!
  - A könnyebb áttekinthetőség érdekében használjon alcímeket!
  - Jelölje egyértelműen a képek, ábrák és táblázatok helyét!
  - Ne használjon „Bevezetés” alcímet!
5. Irodalmi hivatkozások:
  - Olyan irodalmi hivatkozásokat soroljon fel, melyekre a szövegben utalás történt!
  - A hivatkozásokat sorrendben kell megadni és számozással kell ellátni, minden hivatkozás új sorba kerüljön!

- A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék!
- Ne adjon meg 40-nél több hivatkozást!
- Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai” vagy „és mtsa” szavak kerüljenek!

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

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

### A közlemény terjedelme

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

### Egyéb információk

1. A szerkesztőség fenntartja a stiláris javítás és a terjedelmi korrekció jogát, valamint hogy a tartalmi elvárásoknak és a témának nem megfelelő dolgozatokat – a lektori véleményt is figyelembe véve – nem közli.
2. Az orvosi szavak helyesírása az Akadémia állásfoglalása alapján kiadott Orvosi Helyesírási Szótárnak feleljen meg!
3. A cikkeket **kinyomtatott formában és számítógépes lemezen** is kérjük az Illyés Géza Alapítvány címére elküldeni.
4. A szerkesztőség az utolsó korrektúrafordulóval egyidejűleg felkéri a szerzőket, hogy dolgozatuk közlését véglegesen hagyják jóvá a szerkesztett formában (erre 48 órát tudunk biztosítani).
5. Késedelmes beérkezés esetén a dolgozatot akkor áll módunkban publikálni, ha a téma a következő lapszámok egyikéhez illeszthető, illetve a lap terjedelme lehetővé teszi.



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



RICHTER GEDEON

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Urológiai Program: 431 4394 Fax: 431 4449 [www.richter.hu](http://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:** Felőtt 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 betegeknel adagmódosítás nem szükséges. Májkárosodásban szenvedő betegeknel 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 egyúttadása tefenadinnal, astemizollal és cisapriddal ellenjavallt. **Mellékhatások:** A bicalutamid általában jól tolerálható. A farmakológiai hatás következtében számítani lehet bizonyos mellékhatások megjelenésére, mint pl. hűhullámok, viszketés, emlíérzékenység, 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 betegeknel. **2007. január 16-tól érvényes fogyasztói ár:** 26620 Ft. Eü. 8/k Szj TB támogatás: 26320 Ft, beteg által térítendő díj: 300 Ft. OGYI-engedélyszáma: 6610/40/2004. Az új közlony megjelenésével az árak változhatnak. További részletes információt az alkalmazási előírat tartalmaz! Az esetleges változások a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) honlapon tekinthetők meg.

# Ideje változtatni a terápiás szokásokon...

## Hormonrefrakter metasztatikus prosztaták

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**<sup>®</sup>  
(docetaxel)  
az adatok életre kelnek

TÚLÉLÉS

Fájdalom



TAXOTERE (docetaxel)

ATC kód: L01CD02

**HATÓANYAG:** A TAXOTERE 20 mg koncentrátum infúzióhoz egyadagos injekciós üvege 20 mg vízmentes docetaxelnek megfelelő docetaxel tartalmú trihidrát formájában. A vízkezelésű oldat 40 mg/ml vízmentes docetaxel tartalmú. **JAVALLATOK:** Emőcárcinoma. A TAXOTERE doxorubicinnel és ciklofoszamidmal kombinálva operábilis, nyirokcsomó-pozitív emőcárcinoma adjuváns kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) doxorubicinnel kombinálva helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emőcárcinoma kezelésére javasolt olyan betegeknél, akik korábban ezen betegségük miatt még nem részesültek citotoxikus kezelésben. TAXOTERE (docetaxel) monoterápia citotoxikus kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emőcárcinoma kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthraccin származékot vagy alkiláló ágenseket kellett alkalmazni. TAXOTERE (docetaxel) traszuzumabbal kombinálva olyan betegek metasztatikus emőcárcinómájának 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 emőcárcinoma kezelésére javasolt. Az előzetes kemoterápia során anthraccin származékot kellett alkalmazni. **Nem-kissejtes tüdőcárcinoma:** TAXOTERE (docetaxel) előzetes kemoterápiás kezelésre nem reagáló, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emőcárcinoma kezelésére javasolt. TAXOTERE (docetaxel) ciszplatinnal kombinációban inoperábilis, helyileg előrehaladott vagy metasztatikus emőcárcinoma kezelésére javasolt olyan betegeknél, akik korábban ezen betegségük miatt még nem részesültek kemoterápiás kezelésben. **Prosztata carcinoma:** A TAXOTERE (docetaxel) prednizonnal vagy prednizonnal kombinációban hormon rezisztens metasztatikus prosztata carcinoma kezelésére javasolt. A docetaxel kezelés csak kemoterápiás kezelésre alkalmas szakambulancián, a daganatellenes kemoterápiában jártos szakorvos felügyelete alatt végezhető. **ELLENJAVALLATOK:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A docetaxel nem alkalmazható olyan betegeknél, akiknél a kiindulási neutrophil granulocytá szám 1500 sejt/mm<sup>3</sup> alatt van. A docetaxel terhes vagy szoptató nőknél nem szabad alkalmazni. 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:** Emőcárcinoma és nem-kissejtes tüdőcárcinoma 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 célú G-CSF adható a haematológiai toxicitás kockázatának 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 docetaxel egy órával infúzióban kell beadni három hetente. Általánosságban: a docetaxel ajánlott adagja kombinációs terápiában 75 mg/m<sup>2</sup>, monoterápiában 100 mg/m<sup>2</sup>. (részletesen: lsd. Teljes alk. El.) **MELLÉKHATÁSOK:** A legfontosabb mellékhatáscsoportok: Jéindulati és rosszindulati daganatok (beleértve a cystákat és polypokat), vérképzőszervi és nyirokrendszeri betegségek, immunrendszeri betegségek, a bőr és a bőr alatti szövetek betegségei, folyadékhiány, emésztőrendszeri betegségek, idegrendszeri betegségek, szívbetegségek, érbetegségek, máj-, epebetegségek, anyagcsere- és táplálkozási betegségek, szembetegségek, pszichiatríai rendellenességek, vázizom-, kötőszöveti, és csontrendszeri betegségek, légzőrendszeri, mellkasi és mediastinális betegségek, reproduktív rendszer és emlő rendellenességek. EU/1/95/002/001; Kérjük, alkalmazás előtt feltétlenül olvassa el a teljes alkalmazási előírást!

sanofi aventis

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

HTA0030401