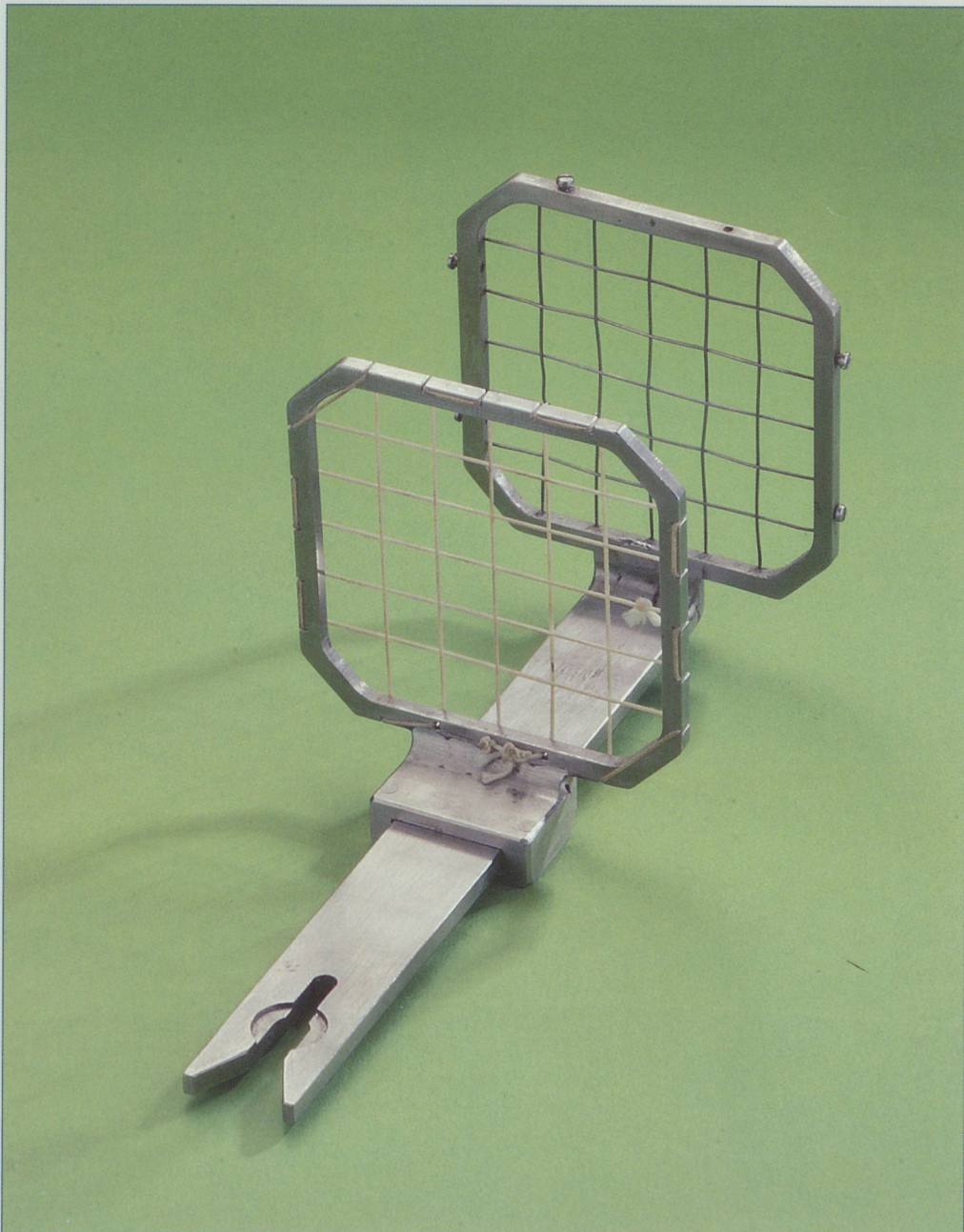


2009. február • VI. évfolyam 1. szám

UROLOGIA ONKOLOGIA

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



Interdisciplinaris szakfolyóirat urológusok, onkológusok és a társszakmák orvosai számára

Biztos hatóanyag bevitel, biztosított elvárt hatás

Nemzetközi interdiszciplináris szakértői panel javaslata evidencián alapuló zoledronsav (Zometa®) kezelés szolid tumorokban:

Tumor típusa:	Csontáttét esetén ajánlott biszfoszfonát¹:
Emlőrák	N- tartalmú biszfoszfonát¹
Prosztatarák	zoledronsav¹
Tüdőrák	zoledronsav¹
Vesesejtes rák és egyéb szolid daganatok	zoledronsav¹

Az intravénás alkalmazás preferált¹

Rövidített alkalmazási előírás:

Zometa 4 mg/5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz

Hatóanyag: 4 mg zoledronsav/ 5 ml koncentrátum

Javallat: Előrehaladott, csontot is involváló, malignus daganatos betegségek során a csontrendszert érintő események (patológiás törések, csigolyakompresszió, a csontok besugárzása vagy műtete, ill. tumor indukálta hypercalcaemia) megelőzésére, a tumor indukálta hypercalcaemia (TtH) kezelésére. Ellenjavallat: terhesség, szoptatás, zoledronsav, más biszfoszfonát 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. Enyhé-mérsékelt vesekárosodás esetén a Zometa adagolása az alábbiak szerint történik:

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

A betegeknek per os napi 500 mg kalcium és 400 NE D vitamin pótlása szükséges. Hypercalcaemiában az ajánlott adag 4 mg zoledronsav, egyszeri intravénás infúzióként beadva, amely nem tarthat 15 percnél rövidebb ideig. Enyhé-mérsékelt vesekárosodásnál nem szükséges a dózis módosítása. Beadás előtt és után a betegnek kellő hidratálást kell biztosítani.

Mellékhatás: Nagyon gyakori: hypophosphataemia. Gyakori: anaemia, fejfájás, conjunctivitis, hányinger, hányás, anorexia, csontfájdalom, myalgia, arthralgia, generalizált fájdalom, vesekárosodás, láz, influenzaszerű tünetek (fáradtság, hidegrázás), a vér kreatinin- és ureazint emelkedése, hypocalcaemia. Nem gyakori: osteonecrosis (elsősorban állkapocs), thrombocytopenia, leukopenia, szédülés, hipertensio, hypotensio, akut veseelégtelenség, haematuria, proteinuria, hypersensitiv reakció. Ritka: pancytopenia, angioneuroticus oedema, hyperkalaemia, hypernatraemia. **Figyelmeztetés:** A kezelés megkezdése előtt a betegeket ellenőrizni kell annak érdekében, hogy kellő fokú hidratáltság biztosítva van-e. A szívlegtelenség kockázatának kitett betegek túlzott hidratálást kerülni kell. A szérum elektrolit szintek (pl. kalcium-, foszfát- és magnéziumszint) rendszeres ellenőrzése javasolt. Minden egyes Zometa infúzió beadása előtt a szérum kreatininszint mérése kötelező. Enyhé-mérsékelt fokban károsodott veseműködés esetén a kezelés megkezdése kisebb adaggal javasolt. A Zometa alkalmazása felfüggesztendő, ha a kezelés ideje alatt veseműködés romlás következik be. Súlyos vesekárosodásban a kezelés nem javasolt. Az állkapocs osteonecrosisáról számoltak be túlműmért azon daganatos betegek körében, akik biszfoszfonát (ideértve a Zometát is) kezelésben részesültek. A jelentett esetek többsége fogászati beavatkozással, pl. foghúzással állt kapcsolatban. Nem gyakran súlyos és esetenként a munkavégzést akadályozó csont-, izületi- és/vagy izomfájdalomról számoltak be biszfoszfonáttal kezelt betegek esetében. A kezelés hatása 2-3 hónappal a kezelés megkezdése után érvényesül. Gyermekek kezelésében még nincs kellő tapasztalat. A Zometa-t kizárólag intravénás biszfoszfonát kezelésben jártas orvos alkalmazhatja.

Gyógyszerkölcsönhatások: Amino-glükozidokkal, potenciálisan nephrotoxicus gyógyszerekkel történő együttes beadás esetén óvatosság ajánlott. Figyelmet kell fordítani az esetleg kialakuló hypomagnesaemia iránt. Myeloma multiplexben a vesekárosodás kockázatát növelheti a talidomiddal történő együttes beadás.

Kiadhatóság: Szakorvosi kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett kiadható gyógyszerkészítmény. Forgalmomba hozatali engedélyszám: EU/1/01/176/004-006
Forgalomba hozatali engedélyének jogosultja: Novartis Hungária Kft. (Pharma részleg), 1114 Budapest, Bartók B. út 43-47; Tel.: 06-1-457-6500

Bruttó fogyasztói ár: 72 450 Ft. Támogatás mértéke: EÜ 100%. Térítési díj: 0 Ft.
Kérjük az árat ellenőrizze a www.osp.hu weboldalon.
Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a részletes (2007. október 19.) alkalmazási előírást!

Hivatkozások:

1. M. Aapro et al. Guidance on the use of bisphosphonates in solid tumours: recommendations of an international expert panel. *Annals of Oncology*, 2007 doi:10.1093/annonc/mdm442
2. Zometa hivatalos alkalmazási előírás, ZOM-II-013

ZOMETA
zoledronsav



NOVARTIS
ONKOLÓGIA

UROLOGIA

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

FŐSZERKESZTŐ – EDITOR IN CHIEF

Romics Imre

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

Szűcs Miklós

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG – EDITORIAL BOARD

Genetika, molekuláris biológia

Falus András, Oláh Edit, Csuka Orsolya

Epidemiológia, statisztika

Gundy Sarolta, Józán Péter

Patológia

Kopper László, Schaff Zsuzsa, Szende Béla

Kemoterápia

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

Urológia

**Farkas László, Keszthelyi Attila, Nyírády Péter,
Pajor László, Szabó Zoltán, Tóth Csaba**

Sugárterápia

Ágoston Péter, Németh György, Mayer Árpád

Intenzív terápia

Pénzes István, Joós Lajos, Szabó Krisztina

Nukleáris medicina

Trón Lajos, Szilvási István

Nőgyógyászat

Papp Zoltán, Paulin Ferenc

Sebészet, ortopédia

Kupcsulik Péter, Szendrői Miklós, Harsányi László

Képpalkotó eljárások

Gődény Mária, Mester Ádám

Laboratórium

Ottó Szabolcs

Pszichológia

Pilling János

NEMYETKÖZI 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. (Torontó, Kanada)

Weidner, W. (Giessen, Németország)

Chapple, C. (Sheffield, Anglia)

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: (23) 441-523, (20) 290-7800, (20) 290-7772, E-mail: vomelin@t-online.hu

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 1990 Ft-ért. Tájékoztatjuk, hogy a szerkesztőbizottság vállalja a külön megjelölés nélkül megjelenő cikkekért a felelősséget, a lapban közölt hirdetéseket és PR cikkeket kellő gondossággal kezeli, azonban azok tartalmáért felelősséget nem vállal. A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és a kiadó által készített grafikai anyag közlési és sokszorosítási joga a kiadót illeti meg.

TARTALOM

Impresszum	1
Bevezető <i>Romics Imre dr.</i>	4
Modern képalkotó eljárások adta lehetőségek az urogenitalis daganatok korai felismerésében és a pontos állapotfelmérésben Options given by modern diagnostic procedures in the early detection and exact staging of urogenital cancers <i>Bata Pál dr., Kovács Balázs dr, Hüttl Kálmán dr</i>	5
Beszámoló a Nemzetközi és Európai Szexuális Medicina Társaságok 2008-as brüsszeli kongresszusáról	10
A 6. ESOU (European Society of Oncological Urology) Kongresszus	11
Beszámoló az Európai Akadémikusok 2008. évi kongresszusáról	12
21. Fűvészkerti Urológus Napok (UROFARSANG) továbbképző tanfolyam	13
A 21. Fűvészkerti Urológus Napok poszttereinek összefoglalói	14
Beszámoló a XX. Fűvészkerti Urológus Napok jubileumi üléséről	24
Ultrahang alapismeretek – Továbbképző tanfolyam	25
22. Babics-Noszkay emlékelőadás	25
Az urológia aktuális kérdései – kötelező szinten tartó tanfolyam	26
Szerzői levél	28

Címlapon: A vesekő intraoperatív meghatározására szolgáló eszköz (a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika múzeumából).



Ha a házát kell őrizni, megbízható társra van szüksége

Ha van olyan társa, aki hosszú éveken át
bizonyította hűségét és hozzáértését, biztos lehet benne,
hogy kritikus helyzetekben mindig **számíthat** rá.

A radioterápia mellé adott Zoladex adjuváns kezelés
szignifikánsan növelte a 10 éves teljes túlélést.¹

Rövidített alkalmazási előírás

ZOLADEX depot 3,6 mg implantátum előretöltött fecskendőben (OGYI-T-1976/01) ZOLADEX depot 10,8 mg implantátum előretöltött fecskendőben (OGYI-T-1976/02). Hatóanyag: 3,6 mg, ill. 10,8 mg goszeregin (goszeregin-acetát formájában). **Terápiás javallatok:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarinoma. **Adagolás 3,6 mg:** 28 naponként egy Zoladex 3,6 mg depot alkalmazandó subcutan az elülső hasfalba. **Adagolás 10,8 mg:** Felölt férfiaknak 3 havonta egy depot injekció adandó subcutan az elülső hasfalba. **Ellenjavallatok:** A készítménnyel vagy más LHRH-analóggal szembeni túlérzékenység. Gyermeknek történő alkalmazás. **Mellékhatások:** Ritkán hyperszenzitivitás, ill. anaphylaxia egyes tünetei, arthralgia. Nem-specifikus paraesthesia, bőrpír, vérnyomásváltozás, hipofízis eredetű apoplexia, hóhullám, verejtékezés, potencia csökkenése, mellőzozzat, nyomásérzékenység, a csontdenzitás csökkenése. Kivételesen uretherobstructio és spinalis compressio fordult elő. **Osztályozás:** II./2 csoport. Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). Kérjük, olvassa el a gyógyszerek részletes alkalmazási előírását! (2008. 11. 20.). **Ár:** Zoladex depot 3,6 mg implantátum fogy. ár: 38 210 Ft; 100% 8c Sz; 100% 24 Sz; TB támogatás: 37 910 Ft, térítési díj: 300 Ft, Zoladex depot 10,8 mg implantátum fogy. ár: 106 164 Ft; 100% 8h Sz; TB támogatás: 105 864 Ft, térítési díj: 300 Ft. Az időközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdőlap/gyógyszer) érhetőek el.
1. M. Bolla, L. Colette, G. Van Tienhoven, P. Warde et al. L.J. Radiation Volume 72, Number 1 Supplement 2008. abstr. 05.

Zoladex[®]
goszeregin



AstraZeneca
UROLOGY
Társ a sikeres mindennapokban

Kedves Kolléganő/Úr!



Mondhatni, az endoszkópia és a képalkotó eljárások a legfontosabb diagnosztikai módszerek az urológiában. Néhányan még emlékszünk, milyen változást jelentett a „lapos-emes”, melegfényű cystoscopról a váltás hidegfényűre. Az ultrahangkészülékek megjelenése legalább ekkora lépés volt két évtizede. A képalkotó eljárások kiteljesedése, napi alkalmazásuk minőségi változást okozott, ami legjobban a gyógyítás eredményességében tükröződik.

Ha február, akkor FUN. Most a 21. poszterszekció absztraktjait mellékeljük.

Találkozunk a FUN-on!

Kollegiális üdvözlettel

Romics Imre dr.

Modern képalkotó eljárások adta lehetőségek az urogenitalis daganatok korai felismerésében és a pontos állapotfelmérésben

Dr. Bata Pál¹, Dr. Kovács Balázs¹, Dr. Hüttl Kálmán²

¹Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Kardiológiai Központ, Képalkotó Diagnosztikai Részleg, Budapest

A radiológiai diagnosztikában a felgyorsult technikai fejlődésnek megfelelően újabb és újabb eszközök és eljárások jelennek meg, melyek eddig soha nem látott távlatokat és lehetőségeket nyitnak meg a vizsgálatot végző orvos előtt. Közleményünkben a teljesség igénye nélkül néhány – ma már viszonylag széles körben elterjedt – modern diagnosztikus eljárás mellett az általunk egyre többet használt és még fejlesztés alatt lévő technikák rövid bemutatásával is foglalkozunk.

Kulcsszavak: CT, CT-urographia, virtuális pyeloscopia, MR-spektroszkópia

Miben nyújt többet a modern diagnosztika, mint a jól bevált hagyományos módszerek a veserák diagnosztikájában? A fejlett technika segítségével jobb eséllyel ismerjük fel és karakterizáljuk az egyes expansilis vagy infiltratív terjedést mutató, szoliter vagy multiplex vese-elváltozásokat. A legnagyobb előrelépés az egyéb képalkotó módszerekhez képest (pl. iv. urographia, UH-vizsgálat) a 3 cm alatti elváltozások sokkal nagyobb szenzitivitással történő kimutatása terén tapasztalható (1). Ezen tumorok esetén a szenzitivitás 67% iv. urographiával, 79% ultrahanggal és 94% CT-vizsgálattal (1). A pontos lokalizálás és kiterjedés – beleértve a pyelaris és perinephricus terjedést is – vizsgálata mellett a veseerek érintettségének meghatározására és az esetleges érfejlődési variációk meglétének kimutatására is lehetőség van. Így a műtéti beavatkozás típusa és menete - különös tekintettel az esetleges rezekciós beavatko-

Options given by modern diagnostic procedures in the early detection and exact staging of urogenital cancers

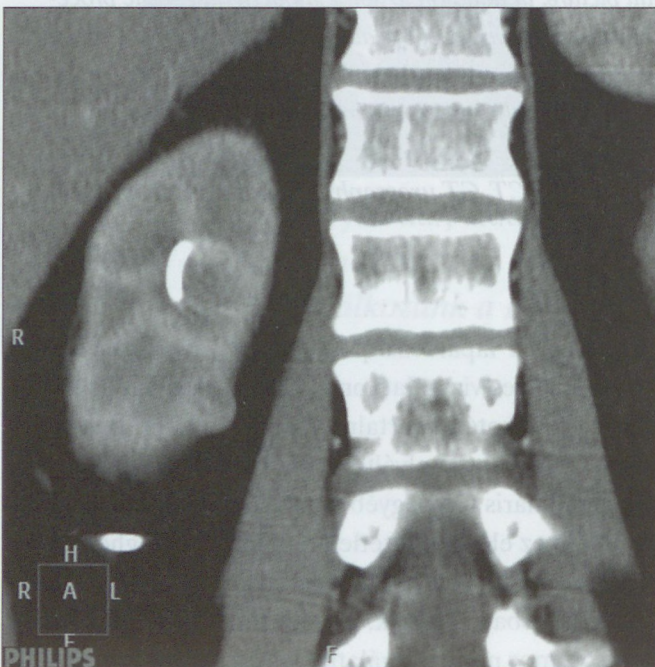
In accordance with accelerated technical development, newer and newer devices and procedures become available in the field of radiological diagnostics, which open up for diagnosing physicians perspectives and opportunities never witnessed before. In our bulletin, without having a yearning for giving a full picture, in addition to some modern diagnostic procedures used nowadays in relatively wide professional circles, we briefly address also the techniques which we use more and more frequently and which are still being improved.

Key-words: CT, CT urography, virtual pyeloscopia, MR-spectroscopy

zásra vagy a laparoszkópos eljárásra – jól tervezhető. Mivel a helyes vizsgálati protokoll a teljes has és kismence képalkotását tartalmazza, így az esetleges regionális nyirokcsomó-elváltozások mellett a távoli lymphoglandularis vagy egyéb szervi metasztázisok is kimutathatók; ez elengedhetetlen a pontos staginghez. A CT-vizsgálat kontrasztanyag adását követően mindig három fázisban történik, ezt egy natív széria előzi meg. A vesetumor natív vizsgálattal egyéb parenchymalézióktól biztonsággal nem különíthető el – denzitása a környező parenchymáéval megegyező (30–50 HU) –, egyes adatok szerint a 31%-ban kalcifikált tumorok 87%-ában a centrális amorf vagy denz kalcifikáció már előre jelezheti a diagnózist. Kontrasztanyag adását követően egy ún. hyperdens „blush” jelentkezik az elváltozásban, (1. kép) majd a vénás fázisban az elváltozás hypodenssé válik a környező parenchymához ké-



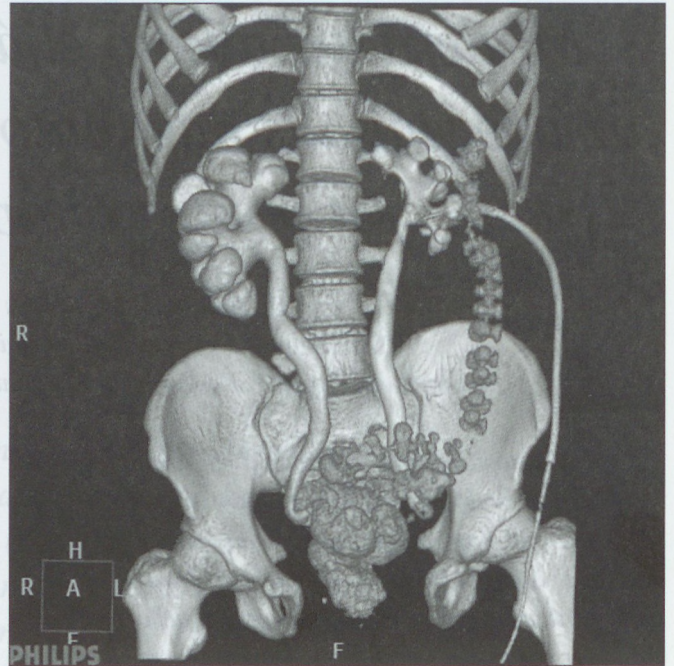
1. kép: 12 mm-es RCC artériás fázis



2. kép: 12 mm-es RCC késői fázis

pest (2. kép). A késői fázis alkalmas CT-urografiás képek készítésére (3. kép), ezeken kiválóan látható a felső üregrendszer érintettsége, esetleges egyéb elváltozása (2). Nagy kihívás a radiológus számára a cystosus veserákok diagnosztikája.

A nehézség abból adódik, hogy az összes veserák legalább 15%-a cysticus formában jelenik meg (3). Ugyan-



3. kép: 3D CT-urographia pouch-képzést követően jobb oldali üregrendszeri pangással

akkor a vesében ábrázolódó cysticus képletek 8%-a morfológiája alapján nem tartható simplex cystának (3). Ez viszonylag nagy szám annak tükrében, hogy 50 év felett a betegek 50%-ában diagnosztizálható atípusos vagy típusos cysta (4, 5, 6). Speciális, a malignus cystosus veseterimék kialakulására fokozott kockázatot jelentő állapotok a von Hippel-Lindau-szindróma (VHL), a hosszú távú dialízis és a polycystás vesebetegség. A VHL-es betegek 40%-ában alakul ki RCC és 75%-ukban láthatók simplex cysták. Hosszú távú dialízisben részesülő betegek 7%-ában alakul ki RCC (1). Polycystás vesebetegség és RCC együttes fennállásának esélye igen kicsi: kevesebb, mint 1% (7).

A modern CT és MR berendezésekkel általában pontos és azonnali diagnózis mondható a legtöbb cystosus veseterimérről. A legfőbb kérdések, hogy vajon a cystosus terime igényel-e vagy sem sebészi ellátást, illetve szükséges-e a nyomonkövetés. Ezek a kérdések a Bosniak-klasszifikáció segítségével megválaszolhatók.

A cystosus képletek pontos karakterizálásához kiváló minőségű, többfázisú MDCT-vizsgálatra van szükség. A 120 ml iv. kontrasztanyag beadása injektor segítségével történik, majd natív és posztkontrasztos felvételek (35, 70 és szükség esetén 120–300 másodperces késleltetéssel), ezt követően a primer adatokból 2 mm-es rekonst-

rukciók és a postprocessing során volume-rendered képek készülnek.

Bosniak-klasszifikáció

Ezen CT protokoll alkalmazásával mérhetővé válnak a Bosniak-klasszifikáció alapját képező cysta-jellemzők: a kismértékű, sima vagy irreguláris falmegvastagodás kontraszthalmozással vagy anélkül; a hajszálvékony vagy megvastagodott septumok; vékony vagy irreguláris (vastag vagy nodularis) meszesedés stb. Minden cystosus képlet besorolható a Bosniak I, II, IIF, III, illetve IV kategóriába. A beosztás terápiás ajánlást is tartalmaz az osztályozás mellett, de fontos hangsúlyozni, hogy a terápiás döntés minden esetben – az egyéni mérlegelést követően – klinikusi feladat.

A **Bosniak-klasszifikáció** a cystosus veseelváltozások klinikai beosztására szolgál, alapvetően CT-morfológiájuk alapján (8, 9, 10). Kategóriái a következők:

- A Bosniak I típus a simplex vesecysta. Denzitása 0–10 HU közötti, nem halmozó, hajszálvékony falú képlet. Az ebben a csoportban szereplő cysták nem tartalmaznak septumot, meszesedést vagy szolid komponenset. További teendőt nem igényelnek (8).
- A Bosniak II típusba tartozó cysták tartalmazhatnak néhány, 1 mm körüli, nem halmozó septumot és kevés kalcifikációt a falban vagy a septumban (4. kép). Ugyancsak ide sorolhatók az élesen határolt, 3 cm átmérőnél kisebb, homogén, hyperdens cysták is. További teendő ezzel a csoporttal sincs (8).
- A Bosniak IIF (F = follow up, nyomonkövetés) típusba azokat az elváltozásokat soroljuk, melyek kissé komplexebbek, mint a Bosniak II, de nem elég összetettek, hogy a Bosniak III kritériumainak megfeleljenek. Minimálisan vastagabb faluk akár nagyobb mennyiségben vagy nodularisan is tartalmazhat kalciumot, de halmozás, illetve belső szolidum továbbra sincs jelen. Ide tartoznak azon hyperdens elváltozások, melyek átmérője meghaladja a 3 cm-t, vagy teljesen intraparenchymalis helyzetűek (8). Nyomonkövetésük javasolt, mert 5%-ban malignusnak bizonyulnak (10, 11). Általában az 50–60 év feletti betegek esetén hat hónap múlva, majd évente kell kontroll vizsgálatot végezni öt éven át, mellyel a komplex cystosus terime stabilitása s ezáltal benignitása bizonyítható (11). Fiatalabb betegeknél hosszabb követés lehet szükséges (11).

Természetesen más szempontokat kell figyelembe venni egy fiatal, egészséges, illetve egy idős, komorbiditásokkal rendelkező páciensnél, ha a követést fontolgatjuk. A fiatal, IIF lézióval bíró páciens az éveken át tartó követés során – ha CT-vel történik – nagy sugárterhelésnek tesszük ki, valamint betegségtudatot és anxiast generálunk. Vagy választhatjuk a parciális nephrectomiát, mely mindettől megkíméli. Az idős, nagy műtéti rizikójú betegnél azonban akár III-as kategóriájú terime esetén is dönthetünk a nyomonkövetés mellett (9).

Nyomonkövetés helyett egyesekben felmerül a biopszia lehetősége. Ennek negatív eredménye azonban nem zárja ki a malignitás lehetőségét, viszont a képalkotókkal való követést problémássá teszi, mert nem lehet eldönteni, hogy a változás a beavatkozásnak köszönhető vagy a képlet dignitása változik. Az eljárás invazivitására való tekintettel szövődményekre is lehet számítani (vérzés, fertőzés, szűrőcsatornába való tumorszórás) (9, 12).

- A Bosniak III típusba a vastag fallal vagy belső septumokkal ábrázolódó, a kontrasztanyagot halmozó cystosus képleteket soroljuk (5. kép). Ide tartoznak a komplikált cysták (bevérzett vagy infectált), a multilocularis cysticus nephroma és a cystosus veserákok. Az ezen csoportba tartozó elváltozások 50%-ban malignusak, így eltávolításuk javasolt (10).
- A Bosniak IV típusba a halmozó belső komponenssel rendelkező, 100%-ban malignus eltérések tartoznak (8).



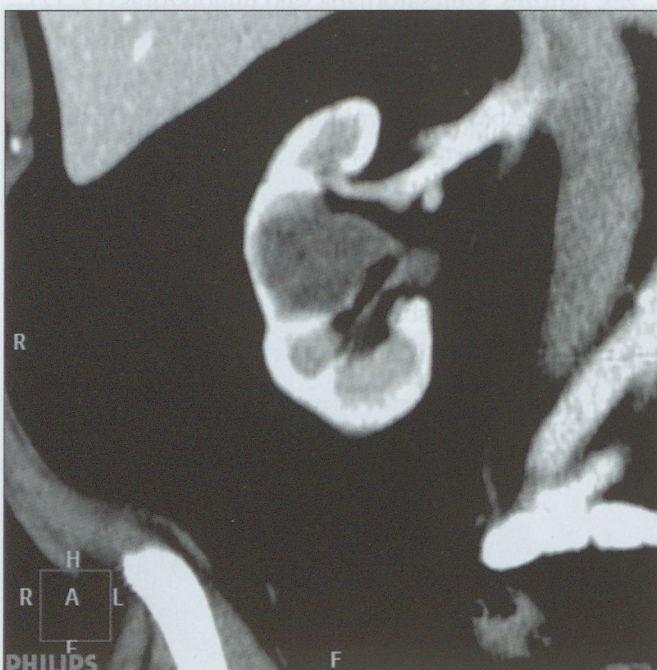
4. kép: Bosniak II cysta septummal



5. kép: Bosniak III cysta, natív vizsgálat



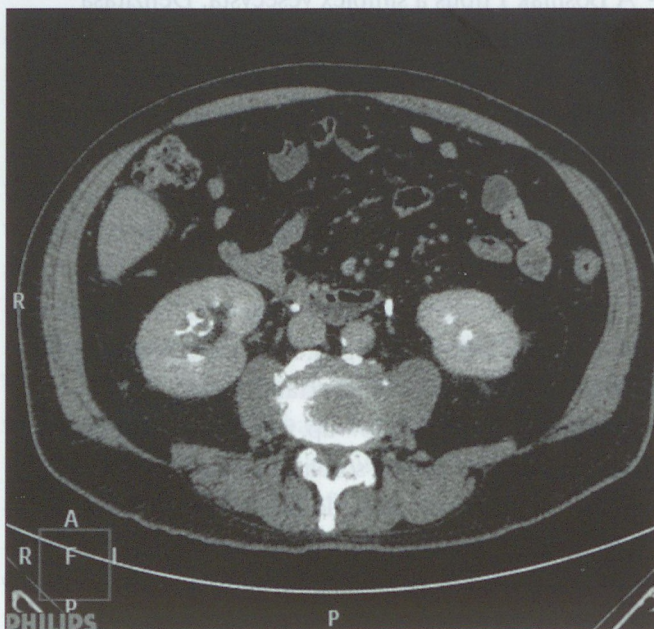
7. kép: Virtuális kép az ureter felől az üregrendszer irányába tekintve



6. kép: Bosniak III cysta, artériás vizsgálati fázis, halmozó septumok

Virtuális endoszkópiás vizsgálatok

A virtuális képalkotó módszerek tapasztalataira építve kiváló minőségű, virtuális felső üregrendszeri vizsgálat végezhető. A vizsgálat része egy szokványos, többfázisú adatgyűjtésnek, így nem jár több terheléssel a beteg



8. kép: A virtuális vizsgálathoz tartozó késői fázisú coronális kép 10 mm-es üregrendszeri lézió esetén

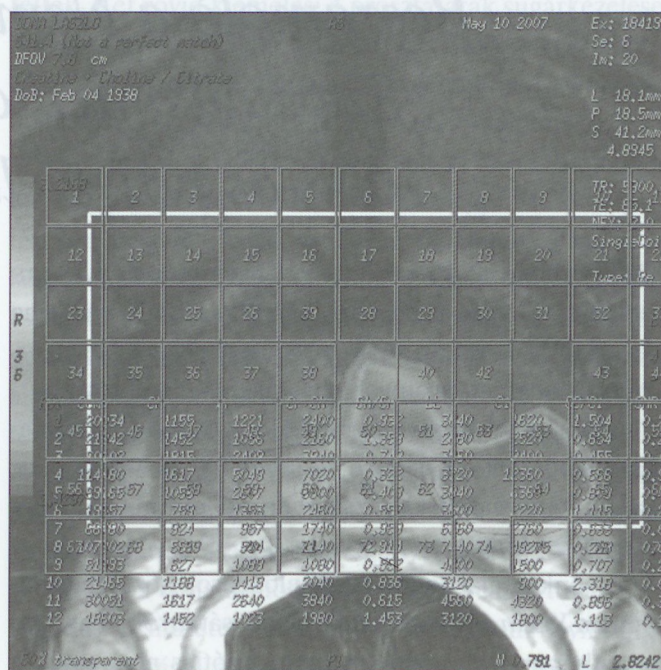
szempontjából (7. kép). A mért adatokat speciális szoftver segítségével jelenítjük meg endoluminalis képek formájában (8. kép). Az eljárás kiegészíti és növeli az MDCT adta diagnosztikus lehetőségeket a *pyeloureteralis tumorok* diagnosztikájában; szenzitivitása 81–100% közötti, specificitása 75–80% a megjelenési formától (nye-

les vagy szolid) függően (13). Különösen hasznos a virtuális pyeloureteroscopia azon esetekben, amikor a hagyományos endoszkópos vizsgálat nem kivitelezhető: pl. szűkület miatt. Szintén meghatározó lehet olyan nagykockázatú betegek (pl. egy oldalon resecált tumoros betegek ellenoldali elváltozás gyanújánál) diagnosztizálásban is, akiknél a hagyományos, akár flexibilis eszközzel végzett endoszkópia is igen megfontolandó (12, 13). Ezen speciális esetekben a virtuális endoszkópia a műtét vagy esetleges intervenciós beavatkozások tervezését is nagymértékben segíti. A vizsgálat kiegészíthető a hólyag virtuális vizsgálatával is, ez irányú eddigi eredményeink reményt keltezők, az eljárás kiértékelése és fejlesztése még folyamatban van.

MR spektroszkópia

Nagy lehetőségekkel kecsegtető eljárás az *MR-spektroszkópia*. Lényege a metabolitok lokális eloszlásának vizsgálata és az adatok MR-képpel történő fuzionálása (görbék, színeloszlás) (9. kép). Az endorectalis coilal végzett multiplanar MR T2 vizsgálat igen érzékeny módszer a prosztatamalignomák kimutatásában: szenzitivitása 84%, specificitása 50% (15). Az endorectalis coilal végzett MR-vizsgálat kombinálva MR-spektroszkópiás mérésekkel 89%-os specificitást és 79%-os szenzitivitást mutat perifériás prosztatarákok esetében (15). A vizsgálatok kombinálása és a képalkotás hatékonyságának fokozása különösen fontos bizonyos MR-képek specificitását csökkentő tényezők esetén, melyek a szövetek jelintenzitását drasztikusan megváltoztatják. A jelintenzitást befolyásoló leggyakoribb tényezők a következők: biopsziát követő vérzés, prostatitis, terápiás beavatkozások. A mérésben részt vevő két metabolit a citrát és a kolin. A prosztata glandularis sejtjei 10–60-szor magasabb koncentrációban tartalmaznak citrátot a citoplazmájukban, mint bármely más emberi sejt. A perifériás zónában ennek megfelelően magas citrát-koncentrációt mérünk. A mirigysejtek csökkenő számának megfelelően jelentős citrát-szintcsökkenést mérhetünk a transitionális és centrális zónákban. A kolin eloszlása a prosztata különböző zónáiban lévő sejtekben egyenletes. A daganatos sejtekben szignifikáns metabolitszint-változásokat detektálhatunk a környező parenchymához képest, míg a daganatos szövet kolintartalma jelentősen emelkedik (ennek hátterében a fokozott sejtosztódás és a megnövekedett sejtsűrűség áll).

A daganatos prosztata-sejtek citrát-tartalma kifejezetten csökken (ez a daganatsejtek fokozott energiaszükségletének – citrátot kezdenek oxidálni – és a normál glandularis szövet redukált mennyiségének tudható be). A mérés során kapott eredmények kiértékelése görbék segítségével történik. A képfúzió adta lehetőségeket kihasználva a mért elváltozás pontos lokalizálása történik meg. A jobb lokalizáció mellett lehetőség nyílik a pontos, MR-tervezett és TRUS-vezérelt biopszia kivitelezésére, korábbi negatív biopsziákat követően. Az irodalmi adatok alapján lehetőség van a választott terápia hatékonyságának monitorizálására, a tumor agresszivitásának becslésére is. Mint minden képalkotó eljárásnak, ennek az új technikának is megvannak a korlátai. Ezek leggyakrabban a következők: fals pozitív esetek a túl kis tumorméret miatt (ez függ a mérés volumenválasztás paramétereitől), krónikus prostatitis okozta emelkedett kolinszint. Bizonyos technikai nehézségek is felmerülhetnek a vizsgálat kivitelezése során: endorectalis coil pontos felhelyezése, mozgási artefaktum, urin artefaktum, periprostaticus zsírszövet és a kifejezetten megnagyobbodott, egyenetlen felszín okozta műtermék.



9. kép: MR-kép és spektroszkópia fúziója, görbék és color coded megjelenítés (dr. Tarján Zsolt szíveségéből)

Közleményünkben bemutattunk több modern képalkotó adta lehetőséget az urológiai daganatok korai felismerésére. Hangsúlyozni kell azonban, hogy hiába min-

den technikai vívmány és lehetőség, ha a klinikus és a radiológus közti párbeszéd, együttműködés nem teljes és nem folyamatos. A beteg számára legkedvezőbb döntéseket csak egymást segítve, közös munka eredményeként tudjuk meghozni.

Irodalom:

1. Romics J., Bach D: Urológiai ultrahang diagnosztika, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990
2. Morcos SK, Cohan RH: New techniques in uroradiology. Taylor&Francis Group, New York, 2006.
3. Bielsa O, Lloreta J, Gelabert-Mas A: Cystic renal cell carcinoma: pathological features, survival and implications for treatment. Br. J. Urol. 1998; 82: 16-20.
4. Uroradiológia, Nőgyógyászati és Szülészeti Radiológia, Emlő Diagnosztika. Edicserf, 1997, p. 71.
5. Warren KS, McFarlane J: The Bosniak classification of renal cystic masses. BJU Int. 2005; 95: 939-942.
6. Siegel CL, McFarland EG, Brink JA, Fischer AJ, Humphrey P, Heiken JP: CT of cystic renal masses: analysis of diagnostic performance and interobserver variation. Am. J. Roentgenol. 1997; 169: 813-818.
7. Gregoire JR, Torres VE, Holley KE, Farrow GM: Renal epithelial hyperplastic and neoplastic proliferation in ADPKD. Am. J. Kidney Dis. 1987; 9: 27.
8. Israel GM, Bosniak MA: How I do it: evaluating renal masses. Radiology 2005; 236: 441-450.
9. Israel GM, Bosniak MA: An update of the Bosniak renal cyst classification system. Urology 2005; 66: 484-488.
10. Hartman DS, Choyke PL, Hartman MS: From the RSNA refresher courses, a practical approach to the cystic renal masses. RadioGraphics 2004; 24: S101-S115.
11. Israel GM, Bosniak MA: Follow up CT of moderately complex cystic lesions of the kidney: Bosniak category IIF. AJR Am. J. Roentgenol. 2003; 181: 627-633.
12. Battista G, Sassi C, Schiavina R, Franceschelli A, Baglivo E, Martorana G, Canini R: Computerized tomography virtual endoscopy in evaluation of upper urinary tract tumors: initial experience. Abdom. Imaging 2009; 34: 107-112.
13. Takebayashi S, Hosaka M, Takase K, Kubota N, Kishida T, Matsubara S: Computerized tomography nephroscopic images of renal pelvic carcinoma. J. Urol. 1999; 162: 315-318.
14. Wetter A, Engl T, Nadjmabadi D et al: Combined MRI and MR spectroscopy of the prostate before radical prostatectomy. AJR 2006; 187: 724-730.
15. Casciani E, Poletti E, Bertini L et al: Contribution of the MR spectroscopic imaging in the diagnosis of prostate cancer in the peripheral zone. Abdom. Imaging 2007 Feb 10 (Epub ahead of print)
16. Kurhanewicz J, Vigneron DB, Hricak H et al: Three dimensional H-1 MR spectroscopy imaging of the in situ human prostate with high spatial resolution. Radiology 1996; 198: 795.

Beszámoló a Nemzetközi és Európai Szexuális Medicina Társaságok 2008-as brüsszeli kongresszusáról

2008. december 7–11. között került megrendezésre a nemzetközi (ISSM) és az európai (ESSM) szexuális medicina társaságok közös kongresszusa Brüsszelben. A kongresszuson több mint tucatnyi hazai szakember vett részt.

A tudományos program a radikális prosztatata- és kismencedei műtétek utáni szexuális rehabilitáció, valamint az összejtkutatás merevedési zavart érintő legújabb eredményeivel kezdődött.

Az uroonkológiai vonatkozású előadások közül megemlíteném Yassin és munkatársai előadását arról, hogy vizsgálatuk szerint az időskori hormonpótlás nem emeli a prosztatatarák előfordulási arányát. Több előadás is foglalkozott a szervmegtartó műtétek előnyös szexuális hatásával és technikájával péniszdaganatoknál.

Hazánkból Keszthelyi Attila, Rusz András és munkatársai radikális cystectomiát követő nemi zavarok előfordulását vizsgálták férfiaknál, a különböző műtéti típusokban eltérő

eredményeket kimutatva. Én, Török Alexanderrel közös moderált poszterbemutatót tartottam a helytelenül végzett körülmetélések utáni helyreállító műtétekről, melyet érdeklődéssel fogadtak. Magyarországot még Nyirády Péter és munkatársai vazelin-granulomák sebészete, valamint Gyovai Gabriella és munkatársai „intrauterin szexuális magatartás” ultrahangos megfigyeléséről szóló bemutatói képviselték.

Fontos fejlemény volt a kongresszus alatt, hogy az ESSM 2009-től hivatalos tagszervezetévé választotta a nemrégiben megalakult Magyar Szexuális Medicina Társaságot.

Az újonnan megalakult Társaság fő célja a szakmai párbeszéd felelevenítése, a hazai képzés fejlesztése, illetve a gyakorlati és tudományos munka összehangolása a szexualitást érintő orvosi kérdésekben.

Fekete Ferenc dr.

A 6. ESOU (European Society of Oncological Urology) Kongresszus

Immár hatodik alkalommal találkoztak az urológiai onkológia iránt érdeklődők. Idén Isztambul adott helyet az évente rendezett tudományos ülésnek, amely több mint 600 résztvevőt számlált.

Most is az urológiai daganatok kezelésében az utóbbi évben végbement változások kerültek terítékre a szakma elismert képviselőinek tolmácsolásában.

Szokásosan a prosztatadaganat kezelése vezette a sort, az első nap egésze erről a témáról szólt. Többen a „követés” kiterjesztésének lehetőségét tartották lehetségesnek, megküzdve az ellenérvek követőivel. Még mindig kevés kéz lendült a magasba, amikor a nomogramok alkalmazóinak arányát mérték fel.

Jó napjuk volt az alternatív kezelési módokat kedvelőknek. A HIFU mellett több célzott kezelés ismertetése történt, növekvő betegszámmal. Kritikaként került említésre, hogy a daganat multifokális jellege miatt az „egyógóú” kezelések kockázata nagy lehet.

A különböző sugárkezelések létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen, hosszú távú követési eredményei bizonyos betegcsoportokban már alig térnek el a radikális sebészeti megoldásokétól. Széles körben elfogadott nézet, hogy a kiterjesztett lymphadenectomia mellett a kismencedei nyirokcsomók nagyobb területű besugárzása is tovább javítja a kezelési eredményeket. A daganatkockázati csoportok pontos besorolása elengedhetetlen, ma már senkinek nem jut eszébe alacsony rizikójú prosztatatumoros betegnél besugárzást indikálni. Külön diskusszió tárgya volt a nyílt műtét, a laparoszkópia és a robottechnika előnyeinek és hátrányainak megvitatása. Lényegként az vonható le, hogy helyes indikáció követően mindenki alkalmazza az általa legjobban művelt megoldást. Egy délutánt tett ki az előrehaladott prosztatatarák kezelésének megvitatása. A sugárkezelés mellett alkalmazott hormonterápia idejének megválasztása már körvonalazódott, kockázati csoporttól függően a rövid (3–6 hónapos) kezelésre TAB, a hosszabb (1–3 év) hormonkezelésre az LH-RH monoterápiát jelölték

meg. Kísérlet történt előrehaladott prosztatatarák kezelésében a radikális műtét alkalmazására – a magasabb szövődésményráta és a kiegészítő kezelések tárházának bővülése kapcsán ez az indikáció megkérdőjeleződik. A radikális műtétek utáni kezelési lehetőségek külön szekciókban kerültek megtárgyalásra. Itt Romics Imre professzor a műtétet követő hormonkezelés szerepéről tartott összefoglaló előadást. Az adjuváns hormonkezelésnek bizonyítottan egyedül N+ esetben van létjogosultsága. A non-metasztatikus, hormonrezisztens prosztatatarák kemoterápiájának indikálásánál szintén a nomogramokat kell segítségül hívnunk.

A második nap érdekes összefoglalóval indult, itt a jelenleg folyó EORTC vizsgálatok részeredményeit ismertették. Két rövid kiemelés: a prosztatatarák sugárkezelése mellett a hosszú távú hormonkezelés tűnik megfelelőbbnek; vesedaganat esetén a nyirokcsomók eltávolítása az újabb vizsgálatok szerint nem jár túlélési előnnyel.

A következő téma a *hólyagdaganat* volt. A pT1-es tumor néha veszélyesebb a pT2 stádiumnál – szolt egy rövid kommentár –, a nem megfelelő patológiai stádium-meghatározás késleltetheti a radikális kezelést. Felszínes hólyagdaganat esetén az új patológiai klasszifikáció okozhat bonyodalmat, a kezelés indikációiban nem történt változás. Az új, lokálisan alkalmazott citosztatikumokkal jó eredmények gyűlnek, a termo- és elektro-instillációk inkább kísérleti jellegűek.

A radikális cystectomiák tárgyalásakor nagyobb vitát váltott ki a prosztatatakímélő technika behatárolása. Jelentős életminőséget javító előnyei mellett az onkológiai kontroll behatárolódása tényleges veszélyt okozhat. A radikális műtétek után amúgy is csaknem egyharmadot kitevő késői áttétek jórészt visszafordíthatatlanok, arányuk ilyenkor növekedhet.

A harmadik nap a *heretumorok* tárgyalásával kezdődött. I. stádiumú, nagykockázatú seminomák szükségessé váló sugárkezelésénél a 20 Gy-t elegendőnek találták, adjuváns kemoterápiaként az egy ciklus carboplatint jelölték meg. Az RLA idegkímélő laparoszkópos és nyílt

HÍREK

műtéti bemutatója mindkét technika eredményességét fényesen igazolta.

A veserák egyedüli követéses kezelésével száz feletti esetszámot ismertettek, az indikációs kör jelentős behatárolását hangsúlyozva. Vesetumor resectiójánál a nyílt műtétet helyezték előtérbe. Látványos videóprezentációt láthattunk a vena cava thrombus eltávolításáról – szokatlan volt, hogy ezt alkalmanként metasztatikus esetben is megteszik. Széles körű vizsgálatok folynak a

tirozinkináz-gátló gyógyszerek alkalmazásával. Mivel a különböző hatású gyógyszerek között nincs keresztrezisztencia, a kombinált kezelés is szóba került.

A sok téma és említett kérdéskör közül most csak morzsák felemlítésére volt lehetőség. Három nap eltelté után értékes tapasztalatokkal lehettünk gazdagabbak. Jövőre ismét januárban kerül megrendezésre az ESOU.

Dr. Szűcs Miklós

Beszámoló az Európai Akadémikusok 2008. évi kongresszusáról

A tel-avivi Intercontinental Hotelben a jelenlegi 62 tagból 28-an gyűltünk össze. Ketten később érkeztek. Első alkalommal a 15–20 perces előadások után a kevés résztvevő miatt legalább ennyi idő maradt az egyes előadások megvitatására. *Pushkar* (Moszkva) *Sebő Tibor* nevű, Mayo klinikai munkatársával a prosztaták DNA ploicitást és más proliferatív markereket vizsgáltak, és ennek prediktív jelentőséget tulajdonítottak. Az előadás után átadtam a szerzőnek kb. 15 évvel ezelőtt írt, hasonló témájú dolgozatunk különlenyomatát. *Thalmann* (Bern) alapkutatóról szóló eredményének közlése után magunk a radikális prostatectomiás betegek PSA recidívájának más klinikai paraméterekkel való összefüggéséről tartottunk előadást. Első klinikai témájú előadás lévén, hosszas vita követte. A témakört folytatva *Jarolím* (Prága) prosztatatarákosok korai salvage radioterápiájáról, *Tombal* (Brüsszel) egésztest MRI-vizsgálatok eredményeiről számolt be. *Djavan* (Brüsszel) a vesicula seminalis resectiójának kontinencia-megtartó pozitív hatását ismertette. Néhány éve magunk is így végezzük a műtétet. *Marberger* (Bécs) a subcutan nephrovesicalis palliatív bypasszal végzett eredményekről számolt be. *Castro-Díaz* (Teneriffe) az interstitialis cystitis új markerét, *Bosch* (Utrecht) az 5-ALA segítségével vég-

zett hólyagtumor-resectio eredményeit ismertette. *Zlotta* (Toronto) egy nagy T1 G3 hólyagtumoros beteg BCG kezelésével folytatott vizsgálat eredményeiről számolt be. *Wiking Mannson* (Lund), mint mindig, ortotopikus hólyagdeviációval szerzett újabb tapasztalatait ismertette. *Burghardt* (Bern) Studer klinikájáról a kismedencei exenteratiók indikációit és eredményeit tárgyalta. Nagy meglepetés volt, amikor *Alcaraz* (Barcelona) öt vesetumoros esetet mutatott be, akiknél a vesét a hüvelyen keresztül távolították el. *Abbou* (Paris) újra hitet tett a laparoszkópia mellett, aminek ő valóban kiváló művelője. *Jacqmin* (Strasbourg) 18 HIFU esetet ismertetett, nekünk eddig a klinikán 16 van. A házigazda *Ramon* (Tel-Aviv) MRI-vezérelt HIFU-val elért kísérletes eredményeiről, *Mulders* (Nijmegen) MRI-célzott prosztatatabiopsziáról tartott előadást. *Hochenfellner* (Heidelberg) a vesedaganatok prognosztikájáról, *Radziszewski* (Varsó) – mint vendég – a hólyagbeidegződésről tartott kiváló összefoglaló előadást. „Közgyűlés” is volt, amelyen az Akadémia működésének néhány alapszabályát rögzítettük, többek közt a tagságot 75 személyben maximáltuk. A 2009-es találkozó Madridban lesz, 2010-ben pedig Budapesten.

Dr. Romics Imre

A Semmelweis Egyetem dékánja 2009. január 1-i hatállyal az Andrológiai Grémium elnöki feladataival Prof. Romics Imre után Dr. Nyirády Péter egyetemi adjunktust bízta meg.

21. Füvészkerti Urológus Napok (UROFARSANG) továbbképző tanfolyam

2009. február 20. péntek

- 10:00 *Megnyitó*
Prof. Romics Imre
- 10:10 *Hormonkezelés és osteoporosis*
Prof. Lakatos Péter
- 10:25 *New trends in the treatment of LUTS*
Prof. Stephan Madersbacher (Bécs, Ausztria)
- 10:45 *Sorafenib az előrehaladott veserák terápiajában*
Szűcs Miklós
- 11:00 *Clodronate az urológiai tumorok csontszövődményeinek kezelésében*
Faragó Katalin
- 11:15 *Kávészünet*
- 11:45 *Intraepithelialis és invazív hímveszőrák differenciáldiagnosztikája és kezelése*
Nyírády Péter
- 12:00 *Hogyan vonhatjuk be a beteg elvárásait, preferenciáit a hormonfüggő prosztatarák kezelésébe?*
Esetbemutató – Prezentáció – Konklúzió
Prof. Romics Imre
- 12:30 *Az urológiai osztályos alapellátás Németországban*
Galamb László (Traunstein, Németország)
- 12:45 *A genitális ulcus differenciáldiagnosztikája a venerológus szemszögéből*
Várkonyi Viktória
- 13:00 *Ebéd*
- 14:00 *Beteg-utak a vesedaganat kezelésben*
Prof. Romics Imre
- 14:15 *Sunitinib, az áttétes veserák kezelésének referenciaszere – klinikum, jelen, jövő*
Szűcs Miklós
- 14:30 *BON-BON*
Prof. Nanofvszky György
- 15:00 *Effectiveness and risks of radical cystectomy as a curative treatment for bladder cancer*
Prof. Oliver Hakenberg (Rostock, Németország)

15:20 *Triptorelin terápia a napi gyakorlatban – a legújabb fejlemények*
Prof. Romics Imre

15:40 *Urológia a járóbeteg-szakellátás szemszögéből – Tények és lehetőségek*
Varga Imre

15:55 *Kávészünet*

16:25 *Az urodynamia és az inkontinencia, valamint a rehabilitáció valós helyzete Magyarországon*
Majoros Attila

16:40 *Kétérdések és kihívások a húgyúti infekciók kezelésénél*
Tenke Péter

16:55 *Current aspect of prostate seed brachytherapy – update 2008*
Frank Kahmann (Berlin, Németország)

20:00 *Farsangi bál*

2009. február 21. szombat

09:00 *HPV férfiakban – tesztelni vagy nem tesztelni?*
Tisza Tímea

09:10 *Hímvesző-protézisekkel szerzett hosszú távú tapasztalataink*
Fekete Ferenc

09:20 *Az infertilitás kezelésének legújabb vívmányai*
Rusz András

09:30 *Kávészünet*

10:00 *Poszterbemutatók*
Elnök: Prof. Farkas László – Varga József

12:00 *Tesztírás (Nyírády Péter)*

A továbbképző program az OFTEX portálon szerepel, sikeres vizsga esetén 30 pont szereshető.

A Füvészkerti Urológus Napok poszttereinek összefoglalói

1. **Epispadiasis penis miatt végzett műtéteink**

Dr. Merksz Miklós¹, Dr. Kiss András¹,
Dr. Nyirády Péter², Dr. Sulya Bálint¹,
Dr. Sajthy Melinda¹

¹Heim Pál Gyermekkórház Urológiai
Sebészeti Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Budapest

Az epispadiasis penis legtöbbször hólyag-exstrophíához társulóan alakul ki, de anélkül is létrejöhethet. Önálló előfordulásánál százezer élve születettre jut egy eset. Az elmúlt hat év során a Heim Pál Gyermekkórház Urológiai Sebészeti Osztályán öt gyermekben végeztünk korrekciós műtétet epispadiasis miatt. Egy betegben epispadiasis totalis miatt Young–Dees–Leadbetter szerinti hólyagnyak-kialakítás is szükségessé vált. A húgycső- és penisplasztikát három betegben úgy végeztük, hogy a húgycsővet dorsalis helyzetében meghagytuk. A legutóbbi két esetünkben Cantwell-Ransley-műtétet végeztünk. Szövődményként két fiúnál húgycsősipoly kialakulását észleltük, a posztoperatív panaszok között leggyakrabban a penis rövid voltát említették a szülők. Bár a Cantwell-Ransley-műtéttel hosszú távú tapasztalataink nincsenek, műtétechnikai lépései elsősorban ez utóbbi panasz kiküszöbölését célozzák.

2. **Diagnosztikus nehézséget okozó vesicula seminalis pszeudotumor laparoszkópos megoldása**

Dr. Balogh Elemér, Dr. Benyó Mátyás,
Dr. Csanádi Gábor, Dr. Farkas Antal,
Dr. Varga Attila, Dr. Flaskó Tibor
Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen

A vesicula seminalis primer megbetegedései ritkán fordulnak elő vagy kerülnek diagnosztizálásra. A laparoszkópia fejlődése sokoldalú lehetőséget rejt magában a sokszor kivizsgálási nehézségeket, ellentmondásokat okozó kórképek kezelésében is.

Az 55 éves férfibeteg anamnézisében 2008 februárjában végbéltumor endoszkópos műtéti eltávolítása szerepel. Szövettan gastrointestinalis tumort igazolt. A műtét után három hónapig imatinib (Glivec) kezelés történt az onkológián.

Sebészetről konzíliumban küldték kivizsgálásra bal oldalon a gáti részen lévő tompa nyomás miatt. Rectalis digitális vizsgálattal szelídgesztenyényi, mirigyes tapintatú prosztatata, bazálisan bal oldalon mogorónyi terime volt tapintható. UH-, CT-, MR-vizsgálatok a bal vesicula seminalisban bizonytalan terimét véleményeztek, cysta vagy tumor gyanúját vetették fel. A terime UH-vezérelt punctiója nem vezetett eredményre, a biopszia szövettani eredménye sem tisztázta a folyamat dignitását. Ismételt CT, majd MR a korábban leírtak mellett parailiacalisan is cystosus képletet jelzett. PET CT szoliter jobb vesét, valamint cystosus képleteket írt le a bal oldali vesicula seminalis területén.

Laparoszkópos műtétet végeztünk, melynek során a bal vesicula seminalisba szájadzó, tág uretert és hypoplasiás, ectopiás vesét találtunk. A műtét előtt végzett cystoscopia alkalmával a bal ureterszájadék nem volt látható. A szövettani eredmény malignitást nem igazolt. A posztoperatív szak zavartalan volt. A beteg panaszmentesen távozott otthonába.

Számos diagnosztikai eljárás áll jelenleg a gyakorló orvos rendelkezésére, de ezek bizonytalansága esetén a végleges differenciáldiagnosztikában mégis a műtétnek van a legfontosabb szerepe. A vesicula seminalis korábban nehezen elvégezhető – nyílt – feltárását a minimális invazív laparoszkópia jelentősen megkönnyíti.

3. **Patkővese szétválasztása és pyelonplasztikája laparoszkópos eljárással**

Dr. Berczi Csaba, Dr. Tállai Béla,
Dr. Lőrincz László, Dr. Tóth György,
Dr. Benyó Mátyás, Dr. Flaskó Tibor
*Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen*

A szerzők patkővese szétválasztását és a pyeloureteralis határ vesében kialakult szűkületének laparoszkópos megoldását ismertetik.

A 21 éves férfibeteg hasi fájdalmai miatt kivizsgálás történt. Ennek során UH-vizsgálat, iv. urographia és CT-angiographia készült. Az elvégzett vizsgálatok patkővesét igazoltak, és a bal oldali vesében a pyeloureteralis határ szűkülete okozta kifejezett üregrendszeri tágulat ábrázolódott.

Bal oldali laparoszkópos pyelonplasztikát és a patkővesét összekötő parenchyma isthmus laparoszkópos szétválasztását, majd a bal vese pexálását végezték. A műtét ideje 170 perc, míg a műtét alatti vérvesztés 100 ml volt. A perioperatív szakban szövődmenyt nem észleltek. A laparoszkópos technika patkővese szétválasztására és pyelonplasztikájára is sikeresen alkalmazható.

4. **Laparoszkópos varicocele-műtét és hatása a nemzőképességre**

Dr. Rusz András, Dr. Riesz Péter,
Dr. Nyirády Péter
*Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika
és Uroonkológiai Centrum, Budapest*

A varicocele műtéti kezelése lehet sebészi vagy intervenciós radiológiai. Sebészi kezelésként választható hagyományos nyílt műtét, amely mikrosebészeti módszerrel is végezhető, de korszerűnek tartott eljárás a laparoszkópos ligatura is, melynek során az endoszkópos vénalekötés a lágyékcsatorna belső nyílásánál történik. A műtét elvégzése után a varicocele okozta panaszok megszűnése és a nemzőképesség javulása remélhető. A kezeléssel a további herekárosodás és nemzőképesség-csökkenés akadályozható meg.

Az Urológiai Klinikán 2004 áprilisa és 2007 decembere között összesen 181 laparoszkópos varicocele-műtét történt. A retrospektív vizsgálat célja a laparoszkópos eljárással elért eredmények felmérése volt, különös tekintettel a laparoszkópos műtét nemzőképességre kifejtett hatására. A fertilitás változásának, javulásának felmérésére a betegek nemzőképesség-vizsgálaton estek át a műtét előtt, majd a beavatkozás után legalább fél évvel. A műtét előtt a betegek 32,8%-a volt normozoospermias, 67,2%-ban csökkent nemzőképesség, pathozoospermia volt megállapítható. A műtét után javulás a betegek kétharmadánál, 65,4%-ban mutatkozott. A pathozoospermias betegek 32,7%-ában a spermakép normalizálódott, normozoospermia volt látható. A műtét utáni szövődmenyek aránya alacsonynak bizonyult. Eredményeink alapján a laparoszkópos varicocele-műtét a nagyobb műtéti és altatási kockázat ellenére hatékony és biztonságos műtéti eljárás, és a betegek többségénél a nemzőképesség javulása várható.

5. **Retroperitoneoscopos adrenalectomia gyermekkorban**

Dr. Murányi Mihály¹, Dr. Józsa Tamás²,
Dr. Benyó Mátyás¹, Dr. Csanádi Gábor¹,
Dr. Tállai Béla¹, Dr. Tóth Csaba¹,
Dr. Flaskó Tibor¹
¹*Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen*
²*Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen*

A mellékvese hormonaktív tumora, a phaeochromocytoma leggyakrabban felnőttkorban manifesztálódik, az esetek mindössze 20%-a fordul elő gyermekkorban. 90%-ban sporadikus, 10%-ban familiáris eredetű. A gyermekkori, féloldali mellékvesevelőből kiinduló formák műtéti kezelése leggyakrabban az unilaterális nyílt totális adrenalectomia. A következőkben a műtét retroperitoneoscopos változatát mutatjuk be.

A 16 éves lánybeteg hirtelen kezdődő magas vérnyomás miatt fordult orvoshoz. CT-vizsgálat a jobb mellékvesében egy 4x3x3,5 cm-es szövetszaporulatot ábrázolt. Phaeochromocytoma lehetősége merült fel.

Retroperitoneoscopos adrenalectomiát végeztünk három port segítségével. A mellékvesét kipreparáltuk, majd ellátó ereinek lekötése és átvágása után szervtartó zsákban, az optikus port helyén egyben távolítottuk el. A műtét alatti vérnyomáskiugrások a phaeochromocytoma gyanúját erősítették. A műtét utáni időszak szövődmenymentesen zajlott, a beteg vérnyomása normális szinten stabilizálódott.

Az eset utal arra, hogy helyes indikáció esetén, a megfelelő személyi és technikai feltételek biztosítása mellett a gyermekkori mellékvesetumorkok kezelésében a retroperitoneoscopos adrenalectomia hatékony, adekvát terápia.

Pyelontumor percutan resectiója

Dr. Drabik Gyula¹, Dr. Csanádi Gábor²,
Dr. Lőrincz László², Dr. Szűcs Miklós¹,
Dr. Flaskó Tibor²

¹*Kenézy Kórház Kft. Urológiai és Andrológiai Osztály, Debrecen*

²*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Urológiai Klinika, Debrecen*

Veseüregrendszeri daganat kezelésére általánosan elfogadott a radikális nephroureterectomia. Idős, nagy rizikójú, szoliter vesés betegek esetén indokolt lehet a vese szervmegtartó sebészi kezelése, percutan pyelontumor-resectio vagy nyílt pyelotomiából a daganat excíziója.

A 78 éves nőbeteg kórelőzményében 1991-ben jobb oldali köves roncsvese miatti nephrectomia, a jobb lábszár amputációja, hysterectomia, cholecystectomy, ISZB, hypertonia szerepelt. Ügyelemben, kétnapos anuriával, kardiális dekompenzáció tüneteivel, bal alsó lábszár ödémával, tachypnoéval, fulladással, lázas állapotban érkezett. Véres vizelete nem volt. Kivizsgálása során UH-vizsgálattal a bal vese pyelonját kitöltő, hangárnyékot adó, echodús képlet és üregrendszeri tágulat látszott. A mellkasröntgen pangásos tüdőt írt le. Laboratóriumi eredményeiben leukocytosis (18 G/l), magas CRP (225 g/ml), emelkedett vesefunkció (szérum ureanitrogén: 20,2 mmol/l, szérumkreatinin: 402 μmol/l) volt. Tekintettel rossz általános állapotára, bal oldalra 6 Ch-es ureterkatétert helyeztünk fel hólyagkatéter behelye-

zése mellett. A húgyhólyagban daganatot nem láttunk. Az ureterkatéter felvezetése során szapora cseppszámban zavaros vizelet ürült. A pyelonban retrográd töltésnél a vesemedencét kitöltő inhomogenitást láttunk, UH-vizsgálattal a pyelonban kőtörmeléket feltételeztünk. Iv. antibiotikum-kezelés, bő diuresis biztosítása mellett általános állapota és laboratóriumi értékei jelentős javulást mutattak. Az ureterkatétert 5 Ch-es DJ stentre cseréltük. A definitív ellátást későbbre halasztottuk. A DJ katéter cseréje alkalmával jelentős üregrendszeri vérzést észleltünk, mely spontán megszűnt. Ismételt retrográd pyelographia a három hónappal korábbi felvételhez hasonló, illetve bevérzett üregrendszer képét mutatta. CT-vizsgálat a bal vese pyelonját kitöltő, az UP határt elzáró, a kontrasztanyagot halmozó daganatot véleményezett. Tekintettel páciensünk korára, nehéz mozgására, a nephroureterectomia utáni dialíziskezelés miatti megváltozott életformára, szervmegtartó műtét, a pyelontumor percutan resectiója mellett döntöttünk.

Narkózisban, ureterkatéter felvezetése után, hason fekvő helyzetben az alsó kehely punctióját végeztük, majd dilatáció után Amplatz-hüvelyen keresztül Iglesias-resectoscopot vezettünk a pyelonba. Túlnyomás keletkezését Y alakú csőelágazással előztük meg. A pyelontumor transrenalis resectióját végeztük el. A teljes műtéti idő 70 perc volt. Az ureterkatétert az első posztoperatív napon távolítottuk el. A nephrostomás katétert az 5. napon vettük ki, anterográd pyelographia után. Az ápolási idő hét nap volt. A műtét után hat hónappal készült CT-felvételeken recidíva nem látható. Veseüregrendszeri tumor esetén a pyelontumor percutan transrenalis resectiója jó alternatíva lehet.

Diagnosztikus nehézséget okozó, extrém fokban tágult kettős pyelon és ureter

Dr. Csanádi Gábor, Dr. Lőrincz László,
Dr. Benyó Mátyás, Dr. Flaskó Tibor,
Dr. Tóth Csaba
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Urológiai Klinika, Debrecen

Az osztott veseüregrendszer nem ritka változat. Panaszt, szövődmenyt azonban csak kevés esetben okoz, műtéti beavatkozás csak elvétve válik szükségessé.

A szerzők egy 30 éves férfi esetét mutatják be. Másfél éve fennálló, bal oldali, deréktáji, tompa, kisméretű, időszakosan jelentkező fájdalommal. Szédülés és fejfájás miatt kivizsgálása során ingadozó vérnyomást találtak. UH-, majd CT-vizsgálattal a bal hasfelet teljesen kitöltő, vékony falú, hipoechogén, helyenként (főleg caudalisan) septumokat tartalmazó, cysticus térfoglalás ábrázolódott. A bal vese lateral és caudal felé diszlokált, a terimében kontrasztanyag nem jelent meg, a vese ettől függetlenül, komprimáltnak, de jó működésűnek mutatkozott. Az elváltozás eredetét nem sikerült felderíteni. Előzőleg más intézetben gastroscopiát is végeztek. Cystoscopia során szimmetrikus elhelyezkedésű, ép ureterszájadékokat találtunk. Iv. urographia és retrográd ureteropyelographia többletinformációval nem szolgált.

Az elváltozás tisztázatlan eredetére tekintettel feltárást végeztünk. Ennek során a retroperitoneum bal felét kitöltő, a rekesztől a húgyhólyagig terjedő cysticus képletet találtunk. Kipreparálás során igazolódott, hogy a bal vese felső üregrendszerének extrém mértékben, hydronephroticusan kitágult, cystává fajult részével van dolgunk a hozzá tartozó, a húgyhólyag nyakáig követhető ureterrel. A vese distalis része és a hozzá tartozó ureter ép volt. Heminephroureterectomiát végeztük, melynek során a tömlőszerűen tárgult üregrendszert 2,5 liter tiszta vizelet bennékelve egyben sikerült eltávolítanunk. Zavartalan posztoperatív kórlefolymást követően a beteget a 11. napon bocsátottuk otthonába; azóta panaszmentes, hypertóniája rendeződött. Az elváltozás hátterében a felső üregrendszerhez tartozó ectopiás ureterszájadék elzáródása állt.

A vizeletelvezető rendszer oszlási anomáliái panaszt, szövödményt csak ritkán okoznak, ezek túlnyomó többsége konzervatív módon orvosolható. A bemutatott eset érdekessége az extrém méretű, cysta képében megjelenő, kitágult felső üregrendszer, amely a diagnosztikai nehézséget jelentette (a beteget megelőzően több intézetben is vizsgálták). Feltárással mûtét nélkül nem lehetett megállapítani a kórkép mibenlétét. Hasonló okból létrejött, óriás méretű hydronephrosist a nemzetközi irodalomban ismereteink szerint korábban mindössze öt esetben ismertettek.

Sentinel nyirokcsomó biopszia penistumorok kezelésében

8.

Dr. Pytel Ákos¹, Dr. Damásdi Miklós¹,
Dr. Pusztai Csaba¹, Dr. Schmidt Erzsébet²,
Dr. Zámbo Katalin², Dr. Farkas László¹
¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,
Urológiai Klinika, Pécs
²Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,
Nukleáris Medicina Intézet, Pécs

Az alacsony és közepes kockázatú penistumorok kezelése, különösen, ha azok nyirokcsomó-státusa klinikailag negatív, ellentmondásos. Az inguinalis lymphadenectomia morbiditási aránya magas, és az esetek döntő többségében felesleges. Sentinel nyirokcsomók és szubklinikai nyirokcsomó-metasztázisok detektálására a dinamikus szcintigráfia megfelelő módszernek tűnik a közelmúlt irodalmi adatai alapján. Közleményünk célja az izotóp-vezérelt dinamikus sentinel nyirokcsomó biopsziával (DSNB) szerzett tapasztalataink bemutatása.

Három év alatt 16, klinikailag negatív nyirokcsomó-státusú penistumoros betegnél végeztük el az új beavatkozást. A preoperatív időszakban a primer tumor köré intradermalisan 99mTc nanokolloidot injektáltunk, majd lymphoscintigraphiát végeztünk. A sentinel nyirokcsomókat másnap intraoperatív gammakamerával detektáltuk, majd sebészileg eltávolítottuk. Inguinalis lymphadenectomiát csak a sentinel nyirokcsomók pozitívítása esetén végeztünk, ha azok szövettani vizsgálata metasztázist nem igazolt, a betegek további terápiaiban nem részesültek.

A lymphoscintigraphia 33 sentinel nyirokcsomót mutatott a 16 betegnél, és ezek mindegyikét sikerült intraoperatív módon is detektálnunk és eltávolítanunk. Sentinel nyirokcsomó metasztázist négy betegünkönél igazoltunk, ezekben az esetekben radikális inguinalis lymphadenectomiát végeztünk. A radikális mûtéti preparátumok szövettani feldolgozása két esetben, a korábban eltávolított sentinel nyirokcsomókon kívül, további metasztázist nem igazolt. A 12 negatív sentinel nyirokcsomójú beteg közül az átlagos 15 hónapos nyomon követési idő alatt egy esetben észleltünk nyirokcsomó-propagációt egy évvel a mûtét után, a további 11 betegnél sem regionális, sem távoli propagáció nem igazolódott az obszervációs periódus alatt. Szövödményt a DSNB kapcsán nem észleltünk.

A DSNB izotóp-vezérelt intraoperatív gammakamerával megbízható, alacsony szövődmenyarányú módszer alacsony és közepes kockázatú penistumorok okkult metasztázisának kimutatására.

A penistumorok kezelésével összefüggő morbiditás csökkentésének lehetőségei

9.

Dr. Pytel Ákos, Dr. Damásdi Miklós,
Dr. Pusztai Csaba, Dr. Farkas László
*Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,
Urológiai Klinika, Pécs*

A penistumorok kezelésében az irodalmi adatokat is áttekintve sok ellentmondást találunk. Ezen ellentmondások többsége a kezelés morbiditása és az onkológiai eredményesség megítélésében tapasztalható. Közleményünk célja a kezelés morbiditásának csökkentését eredményező, klinikánkon alkalmazott diagnosztikus és terápiás algoritmusok bemutatása. Klinikánkon 2006. 01. 01–2009. 01. 12. között 26 beteget kezeltünk penistumor diagnózissal. Az EAU irányelvei alapján minden esetben rizikoadaptációt végeztünk, és a diagnosztikus és terápiás lépéseket ezek alapján határoztuk meg. A primer tumor ellátásában a konzerváló sebészi beavatkozást (circumcisio, excisio, resectio, glanseltávolítás) választottuk. Amennyiben a sebészi szél pozitívítása hisztológiailag igazolódott (két eset; ebből egy beteg a csonkoló műtetet elutasította), és az egyértelműen előrehaladott állapotban érkező betegeinknél (hat eset) végeztünk radikális csonkoló műtetet (parciális, totális amputáció, emasculinatio). Alacsony és közepes kockázatú, klinikailag negatív nyirokcsomóstátusú betegeinknél (16 eset) bevezettük az izotóp-vezérelt sentinel nyirokcsomó biopsziát (DSNB). Amennyiben a sentinel nyirokcsomók negatívak voltak (12 beteg), további lymphadenectomiát nem végeztünk. Pozitív esetben radikális inguinalis lymphadenectomiára került sor. Klinikailag pozitív nyirokcsomóstátusú, illetve magas kockázatú betegeknél minden esetben elvégeztük az inguinalis lymphadenectomiát (tíz eset). A műtetet inguinalis és kismedencei MR-vizsgálat előzte meg. Inguinalis lymphadenectomia során dissectió határt nem koaguláltunk, hanem minden átvágott szövethidat lekötésekkel láttunk el. Ha direkt daganatos propagáció ezt nem akadályozta, a v. saphena magnát megkíméltük, a sebalapot musculus sartorius lebennyel

fedtük, a sebet aktív szívódrén visszahagyásával zártuk. Az alsó végtagokat naponta fászlítottuk, és betegeink a korai posztoperatív időszakról kezdve LMWH- és diosmin-terápiában részesültek. Amennyiben a patológiai stádium az N2-t elérte (öt eset), kismedencei lymphadenectomiát is végeztünk második ülésben. Egy esetben a radikális inguinalis lymphadenectomia után a nagy bőrhány miatt első ülésben a sebzés nem volt lehetséges, itt a seb sarjadása után MESH grafftal zártuk a hámszínyt. A betegek nyomon követése háromhavonta UH-, illetve évente egy alkalommal MR-vizsgálattal történik.

A primer tumor lokális recidívája beteganyagunkban nem alakult ki. A DSNB-n átesett betegeink közül az obszervációs csoportban egy betegnél egy évvel a beavatkozás után szoliter inguinalis nyirokcsomó-metasztázis miatt kényszerültünk az inguinalis lymphadenectomia elvégzésére, patológiai stádiuma N1 volt. Lényeges szövődmenyt ennél a betegcsoportnál nem észleltünk. Inguinalis lymphadenectomián átesett betegeink közül sebsuppurációt nem észleltünk, a szívódrének eltávolítása után nyirokcsorgást nem tapasztaltunk, két esetben lymphokele kialakulása miatt ismételt drenálásra kényszerültünk. Egy alkalommal észleltünk alsó végtagi mélyvénás thrombosiszt. A betegek átlagos hospitalizálása 16 nap volt. Daganatos progresszió miatt egy beteget vesztettünk el, két betegünkkel egyértelmű a daganatos progresszió, jelenleg kemoterápiás kezelést kapnak. Egy beteg kemoterápiás kezelés melletti agranulocytosis miatt exitált, boncjegyzőkönyv alapján sem kismedencei, sem inguinalis, sem lokális recidívája nem volt. Többi betegünkkel onkológiai alapbetegségük recidívájára, progressziójára utaló elérést nem találtunk.

A kockázati csoportok felállításán alapuló, új műtéti technikákat is tartalmazó kezelési algoritmus megbízható onkológiai kontrollt biztosít, és egyértelműen csökkenti a kezeléssel összefüggő morbiditást.

A vesesejtes rák által okozott tünet, mint prognosztikai tényező

10.

Dr. Szendrői Attila¹, Dr. Tabák Ádám²,
Dr. Riesz Péter¹, Dr. Romics Imre¹

¹*Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest*

A vesesejtes rák által okozott tünetek és az intraoperatív szövödmények, valamint a túlélés között az összefüggés nem tisztázott. Retrospektív kohorszt vizsgálatunk során a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján 1997. június és 2004. december között kezelt vesetumoros betegek adatait dolgoztuk fel.

A 363 beteg közül 104 (28,6%) jelentkezett vesedaganathoz köthető panasz, illetve tünet miatt (C csoport). Egyéb irányú kivizsgálás során, véletlenül került felismerésre a betegség 259 esetben (71,4%). Ezen betegek közül 59-en (16,1%) az anamnézis felvétele során korábbi, a vesedaganathoz köthető panaszról számoltak be, ezzel azonban nem fordultak orvoshoz (B csoport), és csak 200 beteg (55,3%) volt valóban panaszmentes (A csoport).

A B csoportban gyakrabban fordult elő deréktáji fájdalom ($p < 0,0001$) és súlyvesztés ($p < 0,063$), egyéb tulajdonságaiban szignifikánsan nem különbözött a C csoporttól. Logisztikus regressziós analízist alkalmazva a B+C (tünetes) összevont csoportban gyakrabban fordult elő áttét ($p = 0,002$), előrehaladottabb stádiumú betegek voltak ($p = 0,001$) és többször jelentkezett intraoperatív szövödmény ($p = 0,046$) az A csoporthoz képest. A tünetesség szignifikánsan befolyásolta a túlélést ($p < 0,0001$) a Kaplan–Meyer-módszert alkalmazva.

A betegek a súlyvesztést és a derékfájdalmat gyakran nem értékelték a vesetumor lehetséges jeleként. Egy könnyen hozzáférhető adat (a vesedaganat által okozott tünet) más tényezőktől függetlenül is befolyásolta az intraoperatív szövödményeket és a túlélést.

11.

Vizeletdeviáció és hólyagpótlás a Székelyudvarhelyi Kórházban: öt év tapasztalata (2004–2008)

Dr. Szabó József, Dr. Csongvaj Zsolt,
Dr. Nagy Botond
Székelyudvarhelyi Városi Kórház,
Székelyudvarhely

Az urológia legnehezebb, legbonyolultabb tevékenységei közé tartozik a vizelet elterelése és a hólyagpótlás. Bemutatjuk a kórházunkban az utóbbi öt évben alkalmazott műtéteket, illetve azok eredményeit. A 2004–2008 közötti időszakban 45 vizeletelrelelő műtétet végeztünk, melyből 31 külső deriváció (10 nephrostomia, 12 ureterocutaneostomia, 3

transureterocutaneostomia, 6 Bricker-féle ureteroileocutaneostomia) és 14 belső deriváció (9 Mainz pouch II, 5 Goodwin-féle ureterosigmoidostomia). A legtöbb esetben hólyagcarcinoma (31) tette szükségessé a beavatkozást, gyakori volt még a nőgyógyászati daganat (6) és az előrehaladott prosztatatacarcinoma (4), de előfordult interstitialis cystitis (2) és colonicarcinoma (2) is. Radikális cystectomiát kilenc esetben végeztünk, ezen esetekben a hólyagpótlást Mainz II pouch-csal oldottuk meg; a műtét után egy évvel öt betegünkről biztosan tudjuk, hogy jól van.

A vizeletelrelelés módozatának személyre szabottnak kell lennie, figyelembe véve az alapbetegséget és a beteg általános állapotát. Törekednünk kell a radikális műtétekre (cystectomia és hólyagpótlás), azonban megvan a helyük a palliatív külső derivációs módszereknek is.

12.

A különböző klinikai paraméterek és a megelőző szövettani eredmény prediktív értéke a pozitív szövettani eredményre ismételt prosztatabiopsziáknál

Dr. Nagy Károly, Dr. Ashaber D.,
Dr. Köves B., Dr. Tenke P., Dr. Bálint P.,
Dr. Köteles F., Dr. Szemerszky R.,
Dr. Papp Zs.
Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház,
Urológiai Osztály, Budapest

Az urológus nehéz döntés elé kerülhet, ha az első prosztatabiopszia eredménye negatív, főleg ellentmondó klinikai adatok birtokában. Nincs bizonyítékokon alapuló álláspont az irodalomban a prostatatumor esélyének megítélésére alkalmazott klinikai paraméterek prediktív értékét, valamint tumor-negativitás esetén a biopsziák ismétlésének számát illetően. Vizsgálatunkban az össz-PSA, a szabad/totál PSA arány, a PSA-denzitás és a megelőző szövettani eredmények prediktív értékét elemeztük a rebiopsziáknál talált prostatatacarcinomára (PCa) vonatkozóan.

Vizsgálatunk során retrospektíven elemeztük a 2006 áprilisa és 2008 júliusa között osztályunkon transrectalis ultrahang (TRUS) vezérelt prosztatabiopszián átesett 528 beteg adatait. A kiértékelés során az életkort, a PSA-t, a szabad/totál PSA arányt, a prostataméretet, a

PSA-denzitást (PSAD), a megelőző szövettani eredményt (negatív, HGPIN, ASAP, PCa) és a Gleason-score-t (GS) vettük figyelembe. A fenti változók prosztatacarcinomára vonatkozó prediktív értékét bináris logisztikus regresszióval és Kendall-féle nonparametrikus korrelációs analízissel ($p < 0,05$) határoztuk meg.

Az 528 betegből egy sorozat biopsziát 419 (79%), második biopsziát 80 (15%) és harmadik biopsziát 29 (6%) esetben végeztünk. A PCa incidenciája 46,6% volt az első, 21% a második és 20% a harmadik biopsziák esetében. A közepes vagy high-grade ($GS \geq 7$) tumorok aránya 69,9% volt az első, 52,17% a második és 50% a harmadik biopsziák esetében. A PCa előfordulási aránya 5,79% volt megelőző negatív szövettan után, 10,16% megelőző HGPIN és 15% megelőző ASAP szövettani eredményt követően. A PSAD 0,15 felett volt az összes PCa eset 94%-ában. Az elemzett paraméterek közül a PSAD (korrelációs koefficiens [CC] = 0,446, $p < 0,001$), a PSA (CC = 0,359, $p < 0,001$) és a megelőző ASAP vagy HGPIN (CC = 0,196, $p < 0,05$) bírtak prediktív értékkel a pozitív eredményre az ismételt (2. és 3.) biopsziák során. Csak a harmadik biopsziákat figyelembe véve a megelőző ASAP és HGPIN szövettani eredményeknek volt a legerősebb prediktív értéke (CC = 0,373, $p < 0,05$).

Vizsgálatunk során a második és harmadik biopsziánál talált prosztatacarcinomára vonatkozó legfontosabb prediktív faktorok a következők voltak (az erősség sorrendjében): PSAD ($> 0,15$), PSA (> 3 ng/ml), ASAP és/vagy HGPIN. Az ASAP szignifikánsan erősebb korrelációt mutatott a későbbi tumor-pozitív szövettannal, mint a HGPIN. Elemzésünk alapján a szabad/kötött PSA-nak önmagában nem volt szignifikáns prediktív értéke a prosztatacarcinomára az ismételt biopsziákban. A fenti paraméterek pontos jelentősége további elemzést igényel nagyobb betegszámon. A harmadik biopsziára vonatkozó ajánlás vizsgálatunk alacsony esetszáma miatt nem tehető. Mivel a prosztatacarcinoma incidenciája a harmadik biopsziák során 20,7% volt, melyek 50%-a Gleason 7 vagy efeletti grádusú, a harmadik biopszia indokoltnak látszik fennálló klinikai gyanú (a prediktív értékek figyelembevételével), elsősorban megelőző ASAP vagy HGPIN szövettan esetén. Természetesen a fentiekén túl a beteg kora és várható életkilátása érdemben befolyásolja a klinikai döntést.

A prosztatarák ritka áttétéről két eset kapcsán

13. Dr. Bánfi Gergely, Dr. Szűcs Miklós,
Dr. Kelemen Zsolt, Dr. Nyirády Péter,
Dr. Romics Imre
*Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és
Uroonkológiai Centrum, Budapest*

A prosztatarák elsődlegesen a csontokban és a környéki nyirokcsomókban okoz áttéteket. Az anatómiailag közel lévő, részben közös vér- és nyirokkeringésű hímvesszőben csak elvétve fordul elő metasztázis. A szerzők az elmúlt évtizedben két esetben észleltek a péniszben szövettanilag igazolt prosztatarák-áttétet. Mindkét esetben teljes androgén-blokád kezelés mellett, alacsony PSA-értéknél képződött fájdalmat és vizelési panaszokat nem okozó elváltozás a barlangos testekben. A szivacsos testeket a folyamat nem érintette. A diagnózist követően a folyamat gyors előrehaladása mellett mindkét beteget rövid időn belül elveszítettük.

Nagy hólyagtumort utánzó endometriosis operált esete

14. Dr. Bartóki László, Dr. Mészáros Tibor,
Dr. Szeberényi Tamás
*Pándy Kálmán Kórház Urológiai Osztály,
Gyula*

Egy éve tartó stranguriás, pollakisuriás, időnként haematurias panaszokkal jelentkező nőbetegnél a húgyhólyag ürterét szinte teljesen kitöltő, szolid tumorszerű képletet találtunk. CT- és MRI-vizsgálat sem tudott átlást foglalni az elváltozás kiindulását illetően, és a TUR biopszia szövettani eredménye sem volt kellően informatív. A menet közben elvégzett nőgyógyászati vizsgálatok primer nőgyógyászati tumort, illetve myomás uterust feltételeztek. A nőgyógyászokkal közösen végzett műtét kapcsán a tumorra gyanús képletet hólyagfal-resectióval együtt sikerült eltávolítani. Szövettana húgyhólyag-endometriosiszt igazolt. A műtét után négy hónappal a beteg tünet- és panaszmentes. A húgyhólyagban endometriosisra utaló eltérés szövettanilag sincs.

Hólyagfali endometriosis interdiszciplináris kezelése

15.

Dr. Benyó Mátyás¹, Dr. Sápy Tamás²,
Dr. Murányi Mihály¹, Dr. Bodrogi Balázs¹,
Dr. Csanádi Gábor¹, Dr. Berczi Csaba¹,
Dr. Flaskó Tibor¹

¹Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen

²Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen

A 32 éves nőbeteg anamnézisében a menarche óta visszaterő cystitis haemorrhagica szerepel. Endometriosis gyanúja miatt két évvel ezelőtt laparotomia történt ovarium-resectióval. Ekkor fél éven keresztül hat alkalommal GnRH agonista kezelésben részesült.

Jelenleg ismételt vizeleési panaszok miatt indult kivizsgálás, urológiai és nőgyógyászati konzílium. Cystoscopia során a hólyagfalat érintő endometriosis gyanúja merült fel, CT-vizsgálat mindkét oldali ovariumban a húgyhólyagtól el nem különülő petefészekcystákat írt le. A vizsgálatok eredményeként urológussal és nőgyógyással közös műtétet javasoltak. Klinikánkon Pfannenstiel-metszésből a húgyhólyagfal és az ovariumcysták resectióját végeztük. Szövetteni vizsgálat a detrusor izomzatban és a perivesicalis térben endometriosis externát igazolt.

Egy hónappal a beavatkozás után a beteg vizeleési panaszai megszűntek, spontán, tiszta vizeletet ürít, panaszmentes. A további GnRH agonista kezelés céljából ismételt nőgyógyászati konzílium tervezett.

Esetünk jó példa a társszakmák közötti eredményes együttműködésre, mely a hasonló esetek helyes kezelésénél elengedhetetlen.

Szoliter vese tumorának szuperszelektív embolizációja

16.

Dr. Drabik Gyula¹, Dr. Vinnai Gyula²,
Dr. Szabó Béla¹, Dr. Szűcs Miklós¹

¹Kenézy Kórház Kft. Urológiai és Andrológiai
Osztály, Debrecen

²Kenézy Kórház Kft. Radiológiai Osztály, Debrecen

A 78 éves férfibetegnél 1996-ban bal oldali radikális nephrectomia történt clarocellularis carcinoma miatt. 2007-ben történt jobb oldali vese CT-vizsgálat a középső-felső harmad határán 57x39 mm-es tumort igazolt. A beteg az esetleges nephrectomiával járó nyílt műtétbe nem egyezett bele, így a jobb oldali arteria renalisra keresztül a tumor szuperszelektív embolizációját végeztük. Az angiographiás és veseizotópos kontroll vizsgálatok képein jól látható a körülírt funkciókiesés, a vese többi részének megtartott működése mellett. A bemutatás jól példázza, hogy szuperszelektív embolizációval az enucleatiohoz hasonló hatásfokú eredmény érhető el.

Rectumexstirpációt követően kialakult vizeletsipoly perinealis megoldása

17.

Dr. Domján István¹, Dr. Tállai Béla²,
Dr. Berczi Csaba², Dr. Flaskó Tibor²,
Dr. Tóth Csaba²

¹Jósa András Kórház, Nyíregyháza

²Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum,
Urológiai Klinika, Debrecen

A szerzők rectumexstirpációt követően a gáti sebben jelentkező vizeletsipoly perinealis feltárásból történő műtéti megoldását ismertetik.

Az 51 éves férfi sebészeti kivizsgálása véres széklet miatt indult. Sigmoidoscopy az anustól 4 cm-re lévő rectumtumort mutatott, biopszia szövettana közepesen differenciált adenocarcinomát igazolt. Neoadjuváns kemoterápiát követően abdominoperinealis rectumexstirpáció történt sigmoideostoma-képzéssel. Szövetten: adenocarcinoma recti, grade I, Dukes B1 (pT2, pN0).

A gáti seben a műtét után (kilenc héten át) vizelet csorgott, ezért hólyagkatéterét benttartották.

Urológiai vizsgálattal „az urethra gáti szakaszán borsónyi lézió” igazolódott. A scrotum töve alatt gáti fistulanyílás volt látható. Urethrocystographia az ureter mögött 3x5 cm-es paravasatumot mutatott. Perinealis feltárásból a húgycső- és hólyaglézió (a hólyagalapon 4 cm-es hosszanti seb) zárását, a sipoly kiirtását, epicystostoma és ballonos hólyagkatéter behelyezését végeztük. Sebdréven átmenetileg vizeletes ázás jelentkezett. Hosszas katéterviselés után katéter-eltávolítás a műtét utáni 8.

héten történt. Kontroll cystographia során éles kontúrú hólyag ábrázolódott, paravasatum nem volt látható.

Esetünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az irradiációt és rectumexstirpációt követően kialakult gáti vizeletsipoly, mely műtéttechnikailag nehezen megközelíthető, adott esetben perinealis feltárással sikeresen megoldható.

JJ-katéter késői szövődménye

18. Dr. Novotni Róbert, Dr. Zámori Attila,
Dr. Javad Moussavi
Hetényi Géza Kórház Urológiai Osztály,
Szolnok

A szerzők tíz éve felhelyezett, jobb oldali elkövesedett JJ-katéter eltávolításának esetét ismertetik. Hasonló esetet a nemzetközi szakirodalomban is csak elvétve találtak.

Vesetályog gyermekkorban

19. Dr. Sulya Bálint¹, Dr. Meichelbeck Krisztina²,
Dr. Gombos Éva², Dr. Molnár Erika²,
Dr. Schäffer Péter², Dr. Sajthy Melinda¹,
Dr. Kiss András¹, Dr. Merksz Miklós¹
¹Heim Pál Gyermekkorház,
Urológiai Sebészeti Osztály, Budapest
²Heim Pál Gyermekkorház,
Nephrológiai Osztály, Budapest

A vesetályog gyermekkorban ritka betegség, amely haematogen úton, vagy felhágó fertőződés következtében kialakult húgyszervi infekció kapcsán jöhet létre. A klinikai kép súlyos fokú pyelonephritisnek megfelelő; a betegség láz, deréktáji fájdalom, leukocytosis, olykor szepszis tüneteivel jelentkezik. A szerzők beszámolnak az 1999–2008 között a Heim Pál Gyermekkorházban vesetályog diagnózisával kezelt hét betegük ellátása során nyert tapasztalataikról. Hat lány- és egy fiúbeteget ápoltak, életkoruk egy 18 éves leány kivételével 2–6 év között volt. A fiúbeteg kórelőzményében a tályog észlelése előtt két héttel hypospadiasis miatt más intézetben végzett húgycsőplasztika szerepelt. A gyógyulás öt esetben konzervatív kezeléssel, két esetben műtéti feltárással volt elérhető. A kórkép létrejöttében korábbi húgyúti fertőzések, a kórokozók virulenciája, az aktuális immunológiai

állapotok, P1 AG pozitivitás szerepet játszhatnak, illetve a húgyszervi fertőzés elégtelen vagy nem megfelelő kezelése is tályog kialakulásához vezethet.

A tályog kialakulásának megelőzésében kiemelendő szempontok: A húgyúti infekciók korrekt kezelése csökkenti a szövődmények és a hegesezés kialakulását; minden esetben törekedni kell a célzott és tartósan magas szérumszintet adó antibiotikum-terápiára. Amennyiben a kórokozó nem azonosítható, az anamnézis és a rizikótényezők figyelembevételével kell széles spektrumú antibiotikumot választani.

Kismencedei tályog képében jelentkező lezáródott vesicula seminalis

20. Dr. Dombóvári Péter, Dr. Mavrogenis Stelios,
Dr. Nyirády Péter
Semmelweis Egyetem,
Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum,
Budapest

Hólyagexstrophia és epispadiasis miatt végzett helyreállító műtétek után felnőttben észlelt ritka szövődmény esetét ismertetjük, mely összetett fejlődési rendellenesség talaján alakult ki.

A 34 éves férfi kórelőzményében hólyagexstrophia miatt gyermekkorban helyreállító műtét, majd felnőttkorban a fennmaradt görbület miatt a hímvessző kiegyenesítése szerepel. Visszatérő alhasi fájdalmak, időszakos gennyes-véres húgycsőfolyás, lázas állapotok miatt kivizsgálás történt. Képpalkotó vizsgálat a kiképzett hólyag mellett cystosus képletet ábrázolt. Kismencedei műtéti feltárással a húgyhólyag bal oldala mellett 11,5 cm-es, gennyel telt ondóhólyagot találtunk, melyet eltávolítottunk. A beteg zavartalanul gyógyult, panaszai teljesen megszűntek.

Kétoldali vesegennyedés ritka esete

21. Dr. Ragán Márton¹, Dr. Majoros Attila²,
Dr. Romics Imre²
¹Szent-Lázár Megyei Kórház Urológiai Osztály,
Salgótarján
²Semmelweis Egyetem,
Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum,
Budapest

A 74 éves, polimorbid nőbeteget első alkalommal haematuria miatt vizsgáltuk. Tékintettel a beteg súlyos állapotára, sem az antikoagulánsok elhagyása (Plavix, Aspirin), sem a műtéti megoldás nem jött szóba. Konzervatív kezelés (hólyagkatéter, öblítések) mellett állapota javult, majd elbocsátását követően egy hét múlva szeptikus állapotban került vissza. A vizsgálatok vesetályogot igazoltak, mely miatt bal oldali nephrectomiát végeztünk. Ezt követően szeptikus állapota továbbra is fennmaradt, kontroll vizsgálatok a jobb oldali vese tályogos beolvadását igazolták. Ismételt urológiai konzílium vitális indikációként műtéti megoldást javasolt, az előkészítési fázisban azonban a beteg intenzív terápia ellenére exitált.

22. Nincs összefüggés az Enterobacteriaceae család hipermutációs képessége és az antibiotikum-rezisztencia kialakulása között

Kovács Béla¹, David Veillard², Martine Bonnaure-Mallet³, François Guillé⁴, Bernard Lobel⁴, Anne Jolivet-Gougeon³

¹Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház,

Urológiai Sebészet, Budapest

²Service d'Epidémiologie Hospitaliere CHU Pontchaillou, Rennes

³Equipe Microbiologie, UPRES-EA 1254, Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université de Rennes 1, Université Européenne de Bretagne, Rennes

⁴Service d'Urologie, CHU Pontchaillou, Rennes

Meghatároztuk a hipermutátor és hipomutátor Enterobacteriaceae-k prevalenciáját a rennes-i Teaching Hospital urológiai és nephrológiai beteganyagában 2007-ben. Kétszáztizenhat beteg 380 vizelettenyésztési eredményét vizsgáltuk, és 245 egyedi klónt izoláltunk elektroforézis (PFGE) segítségével. Elvégeztük a mutációs frekvencia mérését a hipotézisünkben szereplő, a hipermutáció és antibiotikum-rezisztencia között vélt kapcsolatot igazolására.

A 245 klón közül 17% hipomutátor (mutációs frekvencia: $f \leq 8 \times 10^{-9}$), 58%-uk normomutátor ($8 \times 10^{-9} < f < 4 \times 10^{-8}$), 23%-uk gyenge mutátor ($4 \times 10^{-8} < f < 4 \times 10^{-7}$) és 2%-uk

erős mutátor ($f \geq 4 \times 10^{-7}$) volt, amely megfelel a nemzetközi irodalomban szereplő előfordulásnak, az emelkedett hipomutátor-frekvenciától eltekintve.

Nem igazoltunk szignifikáns összefüggést a mutátor (gyenge és erős mutátorok csoportja) és a nem-mutátor (hipo- és normomutátorok csoportja) fenotípus között az antibiotikum-rezisztencia mértékét illetően.

23. Az anticholinergikumok költség-hatékonyságának egészség-gazdaságtani modellezése hiperaktív hólyag szindrómában

Ecseki A.¹, Majoros A.², Rubliczky L.³, Kovács Á.⁴, Brodszky V.¹, Simon Zs.⁵, Gulácsi L.¹

¹Budapesti Corvinus Egyetem,

Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, Budapest

²Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

³Fejér Megyei Szent György Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Székesfehérvár

⁴Astellas Pharma Kft., Budapest

⁵Állami Egészségügyi Központ, Urológiai Osztály, Budapest

A hiperaktív hólyag szindróma kezelésére többféle anticholinerg gyógyszeres terápia áll rendelkezésre, melyek közül hazánkban a solifenacin, a tolterodin IR, az oxybutynin IR, valamint a darifenacin hatóanyagok vannak forgalomban. Ezen hatóanyagok azáltal, hogy a betegség tüneteit (inkontinencia, gyakori vizelet, sürgető vizelet inger) enyhítik, életminőség-növekedést eredményeznek. Elemzésünk célja a Magyarországon forgalomban lévő, társadalombiztosítási támogatással rendelkező kezelési stratégiák eredményességének és költségeinek összehasonlítása, költség-hatékonyságuk értékelése. Elemzésünk a tolterodin vizsgálatára nem terjedt ki, mivel az szabadárú hatóanyag.

A költség-hatékonysági, valamint költség-hasznossági elemzést döntési fa modell segítségével végeztük el, melynek során a solifenacin-, a darifenacin-, valamint az oxybutynin IR terápiákhoz kapcsolódó költségeket, valamint a kezelésekre hatására elérhető életminőségnyereséget hasonlítottuk össze. Modellünk a *Ko* és *mtsai*

által épített döntési fa modell hazai viszonyokra történő adaptálása. A klinikai hatásosság számításához randomizált klinikai vizsgálatok eredményeit használtuk fel. A betegek életminőségének becslése a napi ürítések száma alapján történt. Számításainkat a következő költségek figyelembe vételével készítettük: az anticholinergikumok, a szakorvosi vizitek, az inkontinenciabetétek és a kísérő betegségek költségei. A betegeket a kezelésre adott válaszreakcióik, valamint klinikai állapotuk súlyossága alapján minden terápia esetében három csoportba soroltuk. Különbséget tettünk az alacsony, a közepes, illetve a magas kockázatú betegek között. Az elemzés időtartamát három hónapnak választottuk.

A vizsgált kezelések hatásossága, a háromhónapos időtávon elérhető életminőséggel korrigált életév

(QALY) nyereség mindhárom gyógyszeres terápia esetében hasonló, 0,17 QALY közeli. A felmerülő költségek az oxybutynin-, a solifenacin- és a darifenacin-terápia esetében rendre 19 687,-Ft, 41 749,-Ft és 41 674,-Ft. A költség és az életminőséggel korrigált életév rátájaként kifejezett költség-hatékonyság számítása során a következő értékeket kaptuk: 113 910, 238 760 és 239 790,-Ft/QALY.

A hiperaktív hólyag szindróma kezelése során alkalmazott, általunk vizsgált hatóanyagok közül költség-hatékonysági szempont alapján elsőként az oxybutynin választása indokolt. Abban az esetben, ha az oxybutynin-kezelés eredménytelenség vagy hatástalanság miatti felüggesztésre kerül, mind a solifenacin- mind a darifenacin-kezelés költség-hatékony.

Beszámoló a XX. Fűvészkerti Urológus Napok jubileumi üléséről

Rendhagyó módon a FUN-ok történetében először Budapesten kívül, méltó környezetben, Siófokon a Casa Perla Hotelben 2008. november 28–30-án került megrendezésre a jubileumi, 20. Fűvészkerti Urológus Napok. A megszokottan jó hangulatú rendezvény témája a szervre lokalizált prosztaták kezelésének lehetőségei voltak. A tudományos ülés fő célja a hazai urológusok továbbképzése, a legújabb ismeretek átadása és a személyes kapcsolatok ápolása, melyre a pihenést nyújtó, kellemes környezet nagyon jó lehetőséget biztosított. A nyitó előadást *Hamvas Antal* docens úr tartotta a FUN történetéről. A sok-sok kedves fénykép vetítése során, szóba került a továbbképzés ötlete, a névadás, a külföldi vendégek és az eredmények. A hagyományokhoz híven ez évben is meghívásra került a kongresszus témájának egy jeles európai szakértője, *Dr. Nicolas Mottet* professzor Franciaországból (Clinique Mutualiste, Dept. Of Urology, St Etienne), aki angol nyelven „The treatment of failure after definitive therapy” címmel tartotta meg előadását. Felvázolta a daganat kiújulás korai felismerésének jelenlegi vizsgálati módszerét. A hazai előadók közül, a 98 regisztrált résztvevőnek elsőként *Flaskó Tibor*, a Debreceni Egyetem Urológiai Klinikájának igaz-

gatója tartotta meg felkért előadását a laparoscopos radicalis prostatectomiáról, majd *Romics* Professor Úr ismertette a retropubikus radikális prostatectomiával szerzett tapasztalatainkat 250 operált beteg utánkötési eredményei kapcsán. Klinikánk dolgozói közül öt *Majoros Attila* adjunktus és *Riesz Péter* tanársegéd követték a radikális prostatectomiát követően kialakuló vizelettartási és ürítési zavarok, valamint a merevedési zavar kivizsgálásának és lehetőségeinek ismertetésével. Az alternatív kezelési lehetőségek közül a szervre lokalizált prosztatata daganat sugárkezeléséről az Országos Onkológiai Intézetből *dr. Ágoston Péter*, míg a nagy intenzitású fókuszált ultrahang (HIFU) kezelésről *Keszthelyi Attila* adjunktus beszélt. Végül a radicalis prostatectomia után kialakuló inkontinencia magnetoterápiás kezelésének lehetőségeit és eredményeit *Majoros Attila* adjunktus ismertette.

A sikeres szakmai program, a jó hangulat igazolta *Romics* professor immáron több mint 10 éves erőfeszítését, és megerősített minket abban, hogy a Fűvészkerti Urológus Napok rendezvénysorozatot folytatni kell és érdemes.

Dr. Riesz Péter

Ultrahang alapismeretek

Továbbképző tanfolyam

urologus szakorvos jelöltek, szakorvosok részére

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, 2009. március 2–4.

Díja: 10 000,-Ft

Jelentkezési határidő: 2009. február 28.

Kreditpont: 34

Kapcsolattartó személy:

Dr. Keszthelyi Attila – (20) 825-8771

Jelentkezés az OFTEX portálon keresztül

Nap	Időpont	Hossz	Előadás címe	Előadó
2009.03.02. hétfő				
	10:00	120	Az ultrahang orvosi alkalmazásának alapjai, technikája, lehetőségei, korlátai.	
			A beteg előkészítése	Dr. Szebeni Ágnes
	13:00	60	A vese hagyományos és színes Doppler vizsgálata. Indikáció, technika, új módszerek	Dr. Győri Gabriella
	14:00	120	Gyakorlati bemutatás	Dr. Szűcs Miklós, Dr. Mavrogenis Stelios
2009.03.03. kedd				
	09:00	60	A prosztata és az ondóhólyag vizsgálata	Dr. Szűcs Miklós
	10:00	60	A húgyhólyag UH vizsgálata	Dr. Keszthelyi Attila
	11:00	60	A külső nemi szervek UH vizsgálata	Dr. Rusz András
	13:00	60	3 D ultrahang az urológiában	Dr. Takács Ildikó
	14:00	120	Gyakorlati bemutatás	Dr. Mavrogenis Stelios, Dr. Rusz András
2009.03.04. szerda				
	09:00	60	Intracavitalis UH vizsgálata	Dr. Böszörményi Géza
	10:00	60	Az intervenciós UH az urológiában	Dr. Mavrogenis Stelios
	11:00	30	Tesztvizsga	

22. Babics-Noszkay emlékelőadás

Idén 22. alkalommal, új helyszínen került megrendezésre a két legendás, iskolateremtő urológus professzor emlékére rendezett tudományos rendezvény.

A késői utódok, Romics Imre professzor és Kovács András tanár úr bevezetőjét követően Farkas László professzor, a Magyar Urológusok Társaságának elnöke köszöntötte a nagyszámú hallgatóságot.

Ebben az évben is egy külföldi vendég és egy hazai meghívott urológus előadását hallhattuk.

Anup Patel Londonból érkezett, előadásának címe: „New technology and developments in ureteroscopy and ESWL” volt. Részletesen bemutatta az anterográd és retrográd ma-

nipulációk most tudott teljes tárházát. Színesen dokumentált előadását hallva több hallgató tekintetéből volt kiolvasható a modern műszerek korlátlan használatának vágya.

Holmann Endre előadása József Attila idézettel kezdődött és Pilinszkyvel záródott. E két művész közé harmadiknak becsatlakozva sokunk számára hosszú ideig emlékezetes előadást tartott a felső húgyutak laparoszko-pos sebészetéről. Őszinte előadásában egyben tükröt tartott a hazai urológia elé, ezzel is serkentve a modern endoszkópos szemlélet elterjedését.

A tartalmas téli délelőttöt fogadás zárta, amelyet ismét az AstraZeneca nagyvonalú támogatásának köszönhetünk.

Az urológia aktuális kérdései – kötelező szintentartó tanfolyam

Továbbképző tanfolyam

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, 2009. május 27–29.

Helye: Semmelweis Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika

Kreditpont: 50

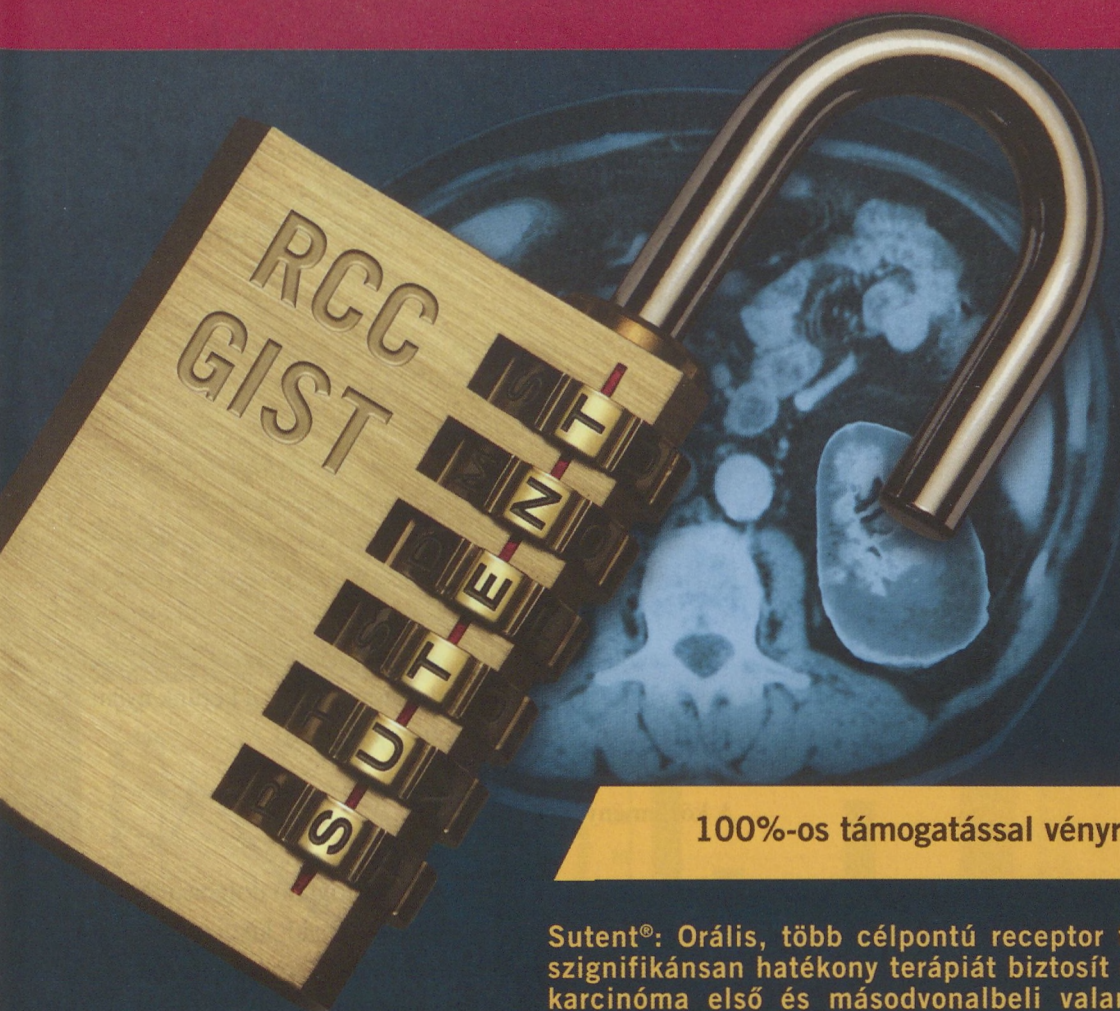
Díja: 42 000,-Ft

Kapcsolattartó személy: Dr. Bánfi Gergely – (1) 210-03-30

Jelentkezési határidő: 2009. május 3.

Jelentkezés az OFTEX portálon keresztül

Nap	Időpont	Hossz	Előadás címe	Előadó
2009.05.27. szerda				
	08:05	40	A laboratóriumi diagnosztika eszközei, lehetőségei	Prof. Romics Imre
	08:45	40	Képkeltő vizsgálatok az urológiai diagnosztikában	Dr. Tarján Zsolt
	09:25	40	Az urológiai endoscopy diagnosztika	Dr. Mavrogenis Stelios
	10:05	40	A prosztata tumor diagnosztikája, a prosztatabiopszia	Dr. Mavrogenis Stelios
	10:45	40	A szervlokalizált prosztata tumor kezelése	Prof. Romics Imre
	11:25	40	A lokálisan előrehaladott prosztata tumor kezelése	Prof. Romics Imre
	13:30	40	Az előrehaladott prosztata tumor kezelése	Dr. Szűcs Miklós
	14:10	40	A felületes és invazív hólyagtumorok diagnosztikája és a felületes hólyagtumorok kezelése	Dr. Riesz Péter
	14:50	40	Az izominvazív hólyagtumorok kezelése	Prof. Romics Imre
	15:30	40	A vesetumor diagnosztikája és prognosztika faktorai	Dr. Szendrői Attila
	16:10	40	A vesetumorok sebészi kezelése	Dr. Pánovics József
2009.05.28. csütörtök				
	08:00	40	Heredaganatok	Dr. Szűcs Miklós
	08:40	40	A penistumor diagnosztikája, kezelése	Dr. Nyirády Péter
	09:20	40	A scrotum betegségei	Prof. Romics Imre
	10:00	40	Sürgősségi ellátás az urológiában	Dr. Nyirády Péter
	10:40	40	Az andrológia aktuális kérdései	Dr. Rusz András
	11:20	40	A BPH diagnosztikája és gyógyszeres kezelése	Dr. Hamvas Antal
	12:00	40	Az egészségügyi finanszírozás aktuális kérdései	Dr. Riesz Péter
	12:40	40	A BPH műtéti kezelése	Dr. Keszthelyi Attila
	14:40	40	A vesedaganatok szervmegtartó műtétei	Dr. Hamvas Antal
	15:20	40	Komplikált húgyúti fertőzések	Dr. Mavrogenis Stelios
	16:00	40	Laparoscopia az urológiában	Dr. Nyirády Péter
2009.05.29. péntek				
	08:00	40	A hatékony gyógyszerrendelés és a racionális gyógyszerfelhasználás	Prof. Kerpel-Fróniusz Sándor
	08:40	40	ESWL	Dr. Mavrogenis Stelios
	09:20	40	Vesekövek incidenciája, diagnosztikája és megelőzése	Dr. Hamvas Antal
	10:00	40	Urodinamiás vizsgálatok az alsó húgyutak funkcionális vizsgálatában, műtét előtti kivizsgálás	Dr. Majoros Attila
	10:40	40	Az inkontinencia formái, kezelésük	Dr. Keszthelyi Attila
	11:20	40	Prostatitis, urethritis, epididymitis, orchitis, balanoposthitis	Dr. Pánovics József
	14:00	40	A húgycsőszűkületek, sipolyok, IPP	Dr. Kelemen Zsolt
	14:40	40	Vesedaganatok adjuváns kezelése és követése	Dr. Szűcs Miklós



100%-os támogatással vényre írható²

Sutent®: Orális, több célpontú receptor tirozinkináz-gátló, amely szignifikánsan hatékony terápiát biztosít metasztatikus vesesejtes karcinóma első és másodvonalbeli valamint gasztrointesztinális stroma tumor másodvonalbeli kezelésében¹

Sutent: 12,5 mg kemény kapszula, 25 mg kemény kapszula 50 mg kemény kapszula **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 12,5 mg szunitinib (szunitinib-malát formájában) kapszulánként, 25 mg szunitinib (szunitinib-malát formájában) kapszulánként, 50 mg szunitinib (szunitinib-malát formájában) kapszulánként. **Terápiás javallatok:** A SUTENT a gastrointestinalis 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. **Adagolás és alkalmazás:** A kezelést vesesejtes karcinóma, 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 75 mg mg fölé emelése, ill. 25 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 körülmények között. Májelégtelenség: 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 körülmények között ellenőrzése mellett. Egyidejű alkalmazásra a CYP3A4 enzimet nem, vagy alig indukáló, ill. gátló alternatív gyógyszer választását kell megfontolni. Gyermekgyógyászati alkalmazás: A SUTENT biztonságosságát és hatását gyermekknél nem állapították meg. Gyermekknél 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 hatosság vonatkozásában fiatalabb és idősebb betegek között. Májelégtelenség: Adagolás módosítás nem ajánlott, ha a SUTENT-et enyhe és közepes fokú (Child-Pugh A és B stádium) májkárosodásban szenvedő betegeknek adják. A SUTENT-et nem vizsgálták Child-Pugh C stádiumú májkárosodásban szenvedő egyéneknek. Veseelégtelenség: Nem végeztek klinikai vizsgálatokat 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%), throm-

bocytopenia (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; gastrointestinális zavarok, mint pl. hasmenés, émelygés, stomatitis, dyspepsia és hányás; bőrelszíneződés; 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. Hepatitis és májelégtelenség a betegek <1%-ában, QT-távolság megnyúlás a betegek <0,1%-ában fordult elő. **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:** 2007.január Sutent 50 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 1 543 571 Ft, Sutent 25 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 772 232 Ft, Sutent 12,5 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 386 562 Ft. Az ár a biztonságos és gazdaságos gyógyszer és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt eljárások alapján negyedévente változhat. Az aktuálisan érvényes árért kérjük, keresse fel az Országos Egészségbiztosítási Pénz-tár honlapját (www.oep.hu). A Sutent 50mg, 25mg és 12,5mg kemény kapszula a Magyar Közlöny 2007. december 14-i számában megjelent 37/a és 37/b EU pontok alapján, a kijelölt egészségügyi intézményekben kiemelt támogatással, vényre írható. **Referencia:** 1. Sutent alkalmazási előírat. A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2007/02, 2. A Sutent a 37/a és 37/b EU pontok alapján, GIST és metasztatikus veserák másodvonalában, a kijelölt centrumokban 100%-os támogatással vényre írható. Magyar Közlöny 3. Figlin RA et al. Overall survival with sunitinib versus interferon-alfa (IFN- α) as first-line treatment of metastatic renal cell carcinoma (mRCC). ASCO 2008 (Abstact: 5024) Oral presentation.

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

Pfizer – 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



Az Uroonkológia című folyóirat szerzőinek

Az Uroonkológia az urológiai daganatok etiológiájával, epidemiológiájával, patológiájával, a képalkotó és egyéb diagnosztikai eljárásokkal foglalkozik. Olyan orvosok érdeklődésére is számít, akik az onkológiai daganatok sebészeti, gyógyszeres és sugárterápiájában részt vesznek.

Fontosnak tartja továbbá a témakörhöz tartozó határterületek szakmai információinak közlését. A folyóirat a fenti célokat összefoglaló közlemények, eredeti tudományos munkák, 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 öbber 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 1 000 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

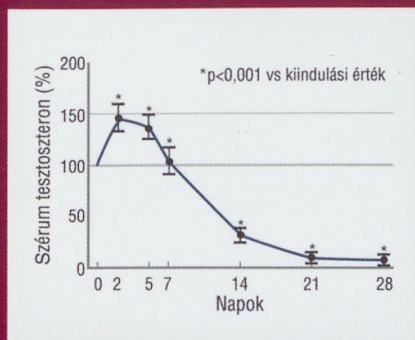
1. A szerkesztőség fenntartja a stiláris javítás és a terjedelmi korrekció jogát, valamint hogy a tartalmi elvárásoknak és a témának nem megfelelő dolgozatokat – a lektori véleményt is figyelembe véve – nem közli.
2. Az orvosi szavak helyesírása az Akadémia állásfoglalása alapján kiadott Orvosi Helyesírási 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.



STOP!

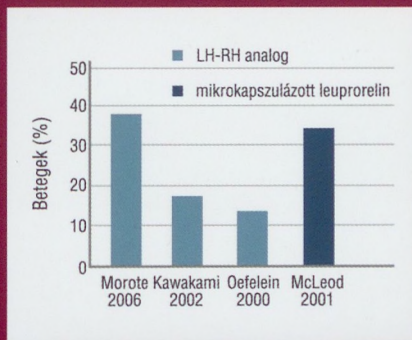
Ön el tud érni, gyors, intenzív és tartós tesztoszteronszupressziót a jelenlegi androgéndepprivációs terápiával?

LH-RH analógokkal nem érhető el gyors tesztoszteronszupresszió, a tesztoszteronszint kezdeti kiugrása miatt



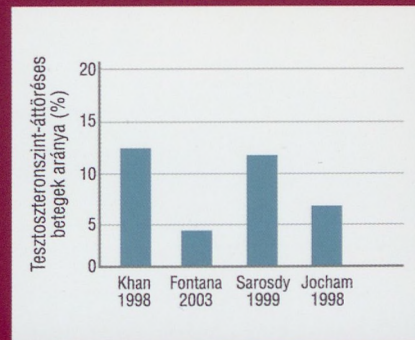
A tesztoszteronszint kiugrása (surge) az LH-RH analóg első dózisa után!

Az LH-RH analógok nem minden betegnél csökkentik a tesztoszteront a sebészi kasztráció szintjére (≤ 20 ng/dl)



A sebészi kasztráció tesztoszteronszintjét (≤ 20 ng/dl) el nem érő betegek aránya^{2,3,4,5}

Az LH-RH analógok nem biztosítanak tartósan alacsony tesztoszteronszintet az összes betegnél

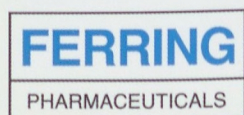


A tesztoszteronszint áttörése (breakthrough) LH-RH analóg kezelés alatt^{6,7,8,9}

Az áttörés (breakthrough) definíciója: tesztoszteronszint emelkedése 50 ng/dl fölé, kivéve Fontana 2003 – 69 ng/dl fölé

LH-RH analóg adásával a tesztoszteron kasztrációs szintje nem érhető el a betegek jelentős hányadánál, és a betegek egy részénél a szupresszió nem tartós – ez szükségessé teszi az ADT újragondolását!

1. Anderson J et al BJU Int 2008. • 2. Morote J et al Urol Int 2006. • 3. Kawakami J, Morales A. J Urol 2002. • 4. Oefelein MG, Cornum R. J Urol 2000. • 5. McLeod D et al Urology 2001. • 6. Khan MS, O'Brien A. Urol Int 1998. • 7. Fontana D et al Urol Int 2003. • 8. Sarosdy MF et al BJU Int 1999. • 9. Jocham D et al Urol Int 1998.



Ferring Magyarország Kft.
1138 Budapest, Váci út 140.
Tel.: 236 3800, Fax: 236 3899

Új távlatok a prosztatatarák kezelésében



Jelenleg a Nexavar az egyetlen 1. szintű evidenciával rendelkező elfogadott gyógyszer metasztatikussal veserák másodvonalú kezelésében*

Tartalmasan, tovább...



A Nexavar tableta

**metasztatizáló vesesejtes karcinóma
indikációban interferon vagy IL-2 kezelést
követően 100%-os támogatással**
(Eü. 100% 37/b) vényre írható a kijelölt intézmény urológus vagy klinikai onkológus szakorvosa által.



Az ÉLETRE koncentrálnál

Előrehaladott veserák kezelésére, ha a citokinek hatástalanok vagy nem alkalmazhatók

Rövidített Alkalmazási előírás: Nexavar 200 mg filmtableta (112 db/doboz)

Minőségi és mennyiségi összetétel: 200 mg szorafenib filmtablettánként (szorafenib-tozilát formájában). **Terápiás javaslatok:** A Nexavar olyan, előrehaladott stádiumban lévő vesesejtes karcinómában szenvedő betegek kezelésére javasolt, akiknél a korábbi interferon-alfa, illetve interleukin-2 alapú terápia hatástalan volt, illetve akik ilyen kezelésre alkalmatlannak tekinthetők. A Nexavar a hepatocelluláris karcinóma kezelésére javasolt. **Adagolás és alkalmazás:** A Nexavar-kezelésnek a daganatellenes terápiák alkalmazásában jártas orvos felügyelete mellett kell történnie. A javasolt adagja felnőtteknek 400 mg naponta kétszer. Étkezések között vagy alacsony zsírtartalmú étellel ajánlatos bevenni. A kezelést addig kell folytatni, amíg klinikailag kedvező hatás, illetve amíg törhetetlen toxicitás lép fel. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Mellékhatások:** A leggyakoribb mellékhatás a kéz-láb bőrréakció és a bőrkiütés, rendszerint a kezelés első hat hetében jelentkeznek. A dermatológiai toxicitás helyi tüneti kezeléssel, a terápia átmeneti felfüggesztésével és/vagy az adag módosításával, vagy súlyos esetekben a kezelés beszüntetésével tartható kézben. A betegeknél az artériás hipertónia gyakoribb előfordulását figyelték meg. A magas vérnyomás általában enyhe vagy közepes mértékű volt, a kezelés korai szakaszában alakult ki, és hagyományos antihypertenzív terápiaival kezelhető volt. Fokozódhat a vérzékenység kockázata. Nagyon gyakori mellékhatások: lymphopenia, hypophosphataemia, haemorrhagia, hypertonia, hasmenés, hányinger, kiütés, alopecia, kéz-láb szindróma, erythaema, viszketés, hányás, kimerültség, fájdalom, fokozott amilázaktivitás, fokozott lipázaktivitás. Gyakori mellékhatások: leukopenia, neutropenia, anaemia, thrombocytopenia, anorexia, depressió, perifériás szenzoros neuropathia, tinnus, rekedtség, székrekedés, stomatitis, dyspepsia, dysphagia, száraz bőr, hólyagos dermatitis, akne, a bőr hámlása, izületi fájdalom, izomfájdalom, merevedési zavar, asthenia, láz, influenza-szerű megbetegedés, testsúlycsökkenés, átmeneti transzaminázaktivitás-fokozódás. **Felhasználhatósági időtartam:** 30 hónap. Legfeljebb 25°C-on tárolandó. **Forgalomba Hozatali Engedély jogosultja:** Bayer HealthCare AG, D-51368 Leverkusen, Németország. **Forgalomba Hozatali Engedély első kiadásának/megújításának dátuma:** 2006. július.

Kérjük a használat előtt feltétlenül olvassa el a teljes Alkalmazási előírást!

A Nexavar metasztatikussal veserák másodvonalú kezelésében 100%-os mértékben TB által támogatott. (Eü. 100% 37/b) a kijelölt centrumokban (www.oep.hu). Fogyasztói ár 1.006.092 Ft

Irodalom: *Coppin et al.: Targeted therapy for advanced renal cell carcinoma (Review). The Cochrane Library 2008, Issue 2



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bayer Hungária Kft., 1123 Bp., Alkotás u. 50.
Tel.: 1-487-41-00, Fax: 1-212-15-74

per os
Nexavar®
(sorafenib) tableta