

# UROLOGIA ONKOLOGIA



## BPH kezelése - 1 lépésben



A Duodart egyedülálló módon egyetlen kapszulában, gyorsan *javítja a tüneteket és tartós hatást biztosít* az AUR és a BPH műtéti beavatkozás kockázatának csökkentésében a tamsulosinnal szemben.<sup>1,2</sup>

**DUODART®**   
(dutasteride/tamsulosin HCL) kapszula

**Fedezze fel a különbséget**

**DUODART 0,4mg/0,5mg KEMÉNY KAPSZULA RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS**

**Hatóanyag:** 0,4 mg tamszulozinhidroklorid (mely megfelel 0,367 mg tamszulozin) és 0,5 mg dutasterid kemény kapszulaként. **Javallat:** Közepesen súlyos és súlyos benignus prosztata hyperplasia (BPH) kezelése. Az akut vizeletretenció és a sebészi beavatkozás kockázatának csökkentése közepesen súlyos és súlyos BPH-ban szenvedő betegeknél. **Adagolás:** Feelnőttek (beleértve az időskorúakat is): A Duodart ajánlott adagja napi egy kapszula (0,4 mg/0,5 mg) szájon át bevéve, kb. 30 perccel ugyanazon étkezés után minden nap. A kapszulát egészben kell lenyelni, nem szabad szétrágni vagy kinyitni. A kemény héjú kapszulában található dutasterid kapszula tartalmával való érintkezés a száj- vagy toroknyálkahártya irritációját okozhatja. Ahol alkalmas, a Duodart használható az addigi kettős terápiában egyidejűleg alkalmazott dutasterid és tamszulozinhidroklorid kiváltására, a kezelés egyszerűbbé tétele érdekében. Ahol klinikailag alkalmas, megfontolandó a közvetlen átállítás dutasterid vagy tamszulozinhidroklorid monoterápiáról Duodartra. **Ellenjavallat:** nőknek, gyermekeknek és serdülőkorúaknak; dutasteriddel, egyéb 5-alfa-reduktáz gátlókkal, tamszulozinnal (ideértve a tamszulozin-okozta angioödémát is) vagy a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység esetén; ha az anamnézisben előfordult orthostaticus hypotonia; súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél. **Különleges figyelmeztetések:** A Duodart a kockázat-elfőny körültkint mérlegelése és az alternatív kezelési lehetőségek, köztük a monoterápiák számbavétele után rendelhető.

A szérumszintű prosztata-specifikus antigén (PSA) szintjének meghatározása lényeges a prosztata-rák felismerése szempontjából. Általában 4 ng/ml-nél magasabb szérumszint (Hybritech) esetén további vizsgálatok szükségesek, és megfontolandó a prosztata biopszia elvégzése. Az orvosoknak szem előtt kell tartaniuk, hogy Duodartot szedő betegeknél a 4 ng/ml-nél alacsonyabb kiindulási PSA-érték nem zárja ki a prosztatarák lehetőségét. A Duodart kezelés alatt a szérumszintű PSA-szint bármilyen tartós emelkedését körültekintően ki kell vizsgálni, figyelembe véve azt is, hogy esetleg a beteg nem az előírásoknak megfelelően szedi a Duodartot. Súlyos veseelégtelenségben szenvedő betegek kezelését körültekintően kell elkezdni, mivel ilyen betegeknél nem történtek vizsgálatok. A Duodartot nem vizsgálták májbetegségben szenvedő betegeknél. A Duodart kezelés megkezdése nem ajánlott azon betegek esetében, akiknél szürkehályog műtétet terveznek. A dutasterid a bőrön keresztül felszívódik. A Duodart sunset yellow (E110) színezőanyagot tartalmaz, ami allergiás reakciót okozhat. **Kölcsönhatások:** A Duodarttal nem végeztek interakciós vizsgálatokat. A dutasterid tartós együttadása olyan gyógyszerekkel, amelyek a CYP3A4 enzim erős inhibitorai (pl. ritonavir, indinavir, nefazodon, itraconazol, ketokonazol szájon át adva), a dutasterid szérumszintjének emelkedését okozhatja. A tamszulozinhidroklorid együttadása olyan gyógyszerekkel, melyek csökkenthetik a vérnyomást, ideértve az anesztézia során használatos gyógyszereket és más alfa-1-adrenerg blokkolókat is, a hipotenzív hatások fokozódásához vezethet. A Duodart nem alkalmazható más alfa-1-adrenerg blokkolókkal együtt. A Duodart alkalmazása nők számára ellenjavallt.

**Mellékhatás:** impotencia, megváltozott libidó, ejakulációs zavarok, emlő rendellenességek, szédülés.

**Az alkalmazási előírás dátuma:** 2010. május 28.

**Kiadhatóság:** Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi kórházi diagnózist követő járóbeteg-ellátásban alkalmazható gyógyszer (J).

**TB támogatás, ár:**

Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 30x	Bruttó fogy. ár	Támogatás mértéke	Beteg térítési díja
	7.323 Ft	1.159 Ft	<b>6.164 Ft</b>

www.oep.hu – 2012. április 1-től

**Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást!** További információért forduljon képviselőünkhöz: GlaxoSmithKline Kft., 1124 Budapest, Csörsz u. 43. Tel: 225-5300, fax: 225-5302, www.gsk.hu

**Referencia:**

1. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.
2. Duodart alkalmazási előírás

# UROLOGIA

FŐSZERKESZTŐ – EDITOR IN CHIEF

**Romics Imre**

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

**Szűcs Miklós**

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

**Szendrői Attila**

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG – EDITORIAL BOARD

*Genetika, molekuláris biológia*

**Falus András, Oláh Edit**

*Epidemiológia, statisztika*

**Gundy Sarolta, Józán Péter**

*Patológia*

**Kopper László, Schaff Zsuzsa, Székely Eszter,  
Szende Béla, Tímár József**

*Kemoterápia*

**Kásler Miklós, Bodrogi István,  
Baki Márta, Gécz Lajos, Riesz Péter**

*Urológia*

**Farkas László, Flaskó Tibor, Keszthelyi Attila,  
Nyirády Péter, Szabó Zoltán**

*Sugárterápia*

**Ágoston Péter**

*Nukleáris medicina*

**Szilvási István,  
Dabasi Gabriella**

*Nőgyógyászat*

**Rigó János**

*Sebészet, ortopédia*

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

*Képpalkotó eljárások*

**Gődény Mária, Bérczi Viktor, Bata Pál**

*Laboratórium*

**Ottó Szabolcs,  
Bekő Gabriella**

*Pszichológia*

**Pilling János**

NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET – INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

**Rübben, H.** (Essen, Németország)

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

**Wirth, M.** (Dresden, Németország)

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

**Haas, G.** (Deerfield, IL., USA)

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

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

**Junker, K.** (Homburg, Németország)

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

**Hoznek, A.** (Paris, Franciaország)

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

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

**Weidner, W.** (Giessen, Németország)

**Chapple, C.** (Sheffield, Anglia)

**Mártha Orsolya** (Marosvásárhely, Románia)

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) 415-061, (20) 290-7800, E-mail: lapiroda@vomelin.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	25
Bevezető	27
Romics Imre professzor 65 éves	28
Retroperitoneális tumor terhességben Retroperitoneal tumor during pregnancy <i>Berczi Csaba dr., Osváth Péter dr., Tóth Árpád dr., Flaskó Tibor dr.</i>	31
Pozitív sebészi szél jelentőségének vizsgálata Examination of the importance of positive surgical margin in patients with radical prostatectomy <i>Romics Miklós, Tornóczy László dr., Majoros Attila dr., Romics Imre dr.</i>	35
Beszámoló a 25. Fűvészkerti Urológus Napról	39
EAU 11 <sup>th</sup> Central European Meeting (CEM)	41
MUOT III. Kongresszusa	43
A Magyar Uroonkológus Társaság III. Kongresszusának absztraktjai	44

**Címlap:** Trokár szett a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának gyűjteményéből.

## Kedves Kollégán!/Úr!



Az Uroonkológia IX. évfolyamának 2. számának szerkesztőjeként üdvözlöm az olvasót. Egy tanulságos eset mellett egy szigorló orvostanhallgató dolgozatát ismer-tetjük. A vizsgálat tárgya a pozitív sebészi szél és a kli-nikai paraméterek összefüggése. Beszámolót olvashat-nak a FUN-ról, CEM-ről. Ismertetjük az Uroonkológus Kongresszus (MUOT) előadásainak absztraktjait és programját.

Hasznos időtöltést kívánok.

Romics Imre dr.

## Romics Imre professzor 65 éves

Szerkesztőségünk és tisztelői nevében szeretettel köszöntjük Romics Imre Professzor Urat 65. születésnapján. Tehetnénk ezt a szokásos módon, méltatva elvitathatatlan szakmai és emberi erényeit, Professzor Úr azonban ennek mellőzését kérte. Helyette a tények beszéljenek, az alábbiakban közöljük szakmai életrajzát, azzal, hogy reményeink szerint ez még távolról sem a végleges verzió.

Gratulálunk, Isten éltesse Professzor Úr!

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának munkatársai

### Életrajz

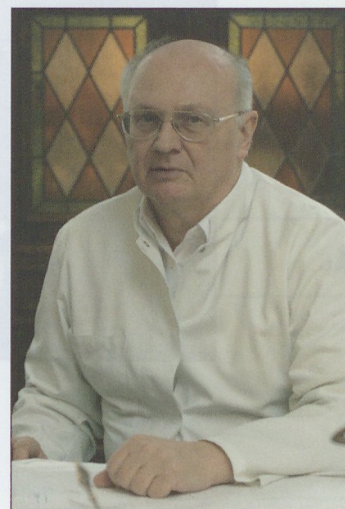
**Név:** Dr. Romics Imre

#### Személyi adatok:

Születési hely, idő: Érd, 1947. május 16.  
 Családi állapot: nős, két gyermek (Katalin 1981, Miklós 1987)  
 Hivatali cím: 1082 Budapest, Üllői út 78/b.

#### Korábbi pozíció:

Magyar Tudományos Akadémia közgyűlési képviselője (2004–2010.)  
 Magyar Tudományos Akadémia II. (klinikai műtéti) Tudományos Bizottság tagja (2007–2010.)  
 Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztályának tanácskozó tagja (2008–2010)  
 Semmelweis Egyetem Kari Tanácsa Klinikai Bizottságának tagja (2007–)



#### Jelenlegi pozíció:

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinikájának igazgatója (1997–)  
 Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János kutatás ösztöndíj szakértői bizottsági tagja (2010–)  
 Magyar Tudományos Akadémia II. sz. Doktori Bizottságának tagja (2011–)  
 Magyar Tudományos Akadémia Klinikai Műtéti Tudományos Bizottság tagja (2011–)  
 Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya Klinikai Tudományos Bizottsága Orvostörténeti Munkabizottságának állandó meghívott tagja (2012–)

Európai Urológus Akadémia teljes tagja (2005–) és elnöke (2010)  
 Országos Urológiai, Szakképzési és Továbbképzési Tanács elnöke (2000–)  
 Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok, Klinikai orvostudományok zsűritagja (2012–)  
 Semmelweis Egyetem Urológiai Szakmai Grémiumának Elnöke (2000–)  
 Semmelweis Egyetem Andrológiai Szakmai Grémiumának Elnöke (2006–2008)  
 Semmelweis Egyetem Szenátusának tagja (2007–)  
 Semmelweis Egyetem Kari Tanácsa Jogügyi és Felügyeleti Bizottságának tagja (2007–)  
 Semmelweis Egyetem Kari Tanácsa Gazdasági Bizottságának tagja (2007–)  
 Semmelweis Egyetem Kari Tanácsa Klinikai Bizottságának elnöke (2012–)

**Képzések és fokozatok:**

Általános orvosi diploma: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest 1971, (300/1971)

**Szakvizsgák:**

laboratórium vizsgálatok 1975. (98/1975.)

urológia 1978 (599/1978.)

onkológia 2010 (140/2010.)

Orvostudományok kandidátusa: 1985. (10684/1985.)

Orvostudomány doktora: 1995. (3458/1996.)

**Továbbképző tanfolyamok:**

Vizeletcitológia (1986. Dűren, Német. Urol. Társ.)

Urodinámia (1987. Aachen, Német Urol. Társ.)

Gyermekurologia (1987. Düsseldorf, Német. Urol. Társ.)

Habilitáció: Budapest 1994 (46/1994.)

Egyetemi magántanár: Semmelweis Orvostudományi Egyetem 1996. (10/1996.)

Egyetemi tanár: Semmelweis Orvostudományi Egyetem (1997. július 1.)

GCP training: 2010. október

**Külföldi munkavállalás:**

Funktionsoberarzt, St. Agnes Hospital, Urológiai és Gyermekurologiai Osztály, Bocholt, Németország (1986. június – 1988. augusztus.)

Oberarzt u.ott. (1991.)

**Díjak:**

Akadémia Kiadó Nívódíj (Az uroonkológia aktuális kérdései c. könyvsorozatért) 1999.

„BMA MEDICAL Book Competition” 1. díj (2004.)

J.Corcós, E.Schick (ed) „Neurogenic Bladder c. könyvfejezet (fejezet: *Romics, Hamvas, Majoros: Complication related to neurogenic bladder dysfunction – II: reflux and renal insufficiency*)

European Board of Urology Európai Urológiai

Képzőhelyé nyilvánította a klinikát (2004.)

Batthyány-Strattmann Díj (2005.)

Markusovszky Lajos Díj (2007.) az Orvosi Hetilapban megjelent „Száz radikális retropubicus prostatectomiával szerzett tapasztalataink (Romics I., Pánovics J., Majoros A., Riesz P.) (2006, 147. évf. 24. szám, 1107-1112.)

Charles Simonyi Kutatói Ösztöndíj (2008.)

Gróf Mikó Imre emlékérem (2010.)

Pro Universitáte emlékérem (Semmelweis Egyetem) (2011.)

Genersich Díj (2011.)

Magyar Érdemrend Tisztikereszt (állami kitüntetés) (2012.)

**Korábbi tudományos társasági és bizottsági tagságok:**

Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya, I. sz.

Doktori Bizottság (1996 - 2001.)

Urológiai Szakmai Kollégium tagja (1997-), elnöke (2000–2004.)

Német Urológus Társaság „West-Ost” Bizottság magyarországi képviselője (2007 –2010.)

**Fontosabb tudományos társasági és bizottsági tagságok:**

Európai Urológus Társaság (1994–)

Historical Committee tagja (2000–)

European School of Urology szervezetének vezetőségi tagja (2004–)

Német Urológus Társaság (1987–)

Amerikai Urológus Társaság, nemzetközi tag (1990–)

Magyar Urológus Társaság vezetőségi tagja (1991–)

Magyar Orvostörténelmi Társaság vezetőségi tagja (2007–)

Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozat Tanácsának elnöke (2010–)

**Kuratóriumi tagságok:**

Illyés Géza Alapítvány kuratóriuma (elnök)

Antal Géza Alapítvány kuratóriuma (elnök)

Gróf Mikó Imre Alapítvány kuratóriuma (2004–)

**Tiszteletbeli tagságok:**

Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen e.V. levelező tagja, (2000–)

Román Urológus Társaság tiszteletbeli tag (2000–)

Német Urológus Társaság, levelező tag (2002)

Szlovák Urológus Társaság tiszteletbeli tagja (2002–)

J. Strossmayer Egyetem (Eszék) honoris causa professzora (2003)

Lengyel Urológus Társaság tiszteletbeli tagja (2005–)

Cseh Urológus Társaság tiszteletbeli tagja (2005–)

A Marosvásárhelyi Egyetem honoris causa professzora (2007)

Német Urológus Társaság tiszteletbeli tag (2009)

Európai Urológus Társaság tiszteletbeli tagja (2010–)

**Fontosabb szerkesztőbizottsági tagságok:**

- Uroonkológia, főszerkesztő (2003–)
- British Journal of Urology – szerkesztőbizottsági tag (2004–)
- EAU Today szerkesztőbizottsági tag (2004–)
- International Urology and Nephrology (USA, 1998–), főszerkesztő helyettes (2012)
- The Open Urology and Nephrology (USA) (2007 -)
- Open Access Journal of Urology (2008–) (New Zealand) tiszteletbeli szerkesztőbizottsági tag
- Klinická Urológia (Szlovákia) (2005–)
- Revista Romana de Urologie (Románia) (2005–)
- Canadian Journal of Urology (2006–)
- Medicinski Vjesnik (horvát) (2009–)
- Central European Journal of Urology (CEJUrol) (Lengyelország)(2009–) (régebben: Polish J. Urol - Urologia Polska – 2005–)

- Orvosi Hetilap (2006)
- Csaláadorvosi Fórum (2000–2007)
- Focus Medicinae (2005–)
- Lege Artis Medicinae (2006–)
- STD és genitális infektológia (2007–)
- Magyar Csaláadorvosok Lapja (2008–)
- Orvosképzés (2008–)

**Tudományos tevékenység:**

Közlemény, publikáció:	438
Előadás:	718
Könyv:	21
Könyvrészlet:	99
Video:	1
Citáció:	465
Impact faktor:	149,367

## HÍREK

2012. március 15-én *Romics Imre* professzor kiemelkedő életpályájának elismeréseként a Magyar Érdemrend Tisztikeresztje kitüntetésben részesült. Ezúton is gratulálunk!





# Retroperitoneális tumor terhességben

Berczi Csaba dr., Osváth Péter dr., Tóth Árpád dr., Flaskó Tibor dr.

DE OEC Urológiai Klinika, Debrecen

A szerzők a terhesség alatt diagnosztizált retroperitoneális daganat esetét ismertetik.

A terhesség 13. hetében levő 31 éves nőbetegben jobb oldali vesetáji panaszai miatt végzett ultrahang vizsgálat nagy retroperitoneális daganat gyanúját vetette fel. Emiatt sürgős mágneses rezonancia vizsgálat történt. A képkötő vizsgálatok 10 cm nagyságú, főleg szolid, kisebb részben cisztózus részeket tartalmazó elváltozást írtak le, mely a vesétől elkülönült. Tekintettel arra, hogy a képkötő vizsgálatok eredményei alapján malignus folyamat gyanúja merült fel és a beteg a terhességnek még az első trimeszterében volt, műtéti feltárás történt. Az operáció során a részben hematomát, részben szolid részt tartalmazó képlet eltávolításra került a jobb oldali vese megtartásával. A szövettani vizsgálat cisztikus adenomát véleményezett, a cisztikus részben nagy hematomával, de malignitást nem mutatott. A terhesség lefolyása ezt követően zavartalan volt és szövődmény sem az anya, sem a magzat vonatkozásában nem jelentkezett

**Kulcsszavak:** terhesség, retroperitoneális daganat

## Bevezetés

A vesetumorok döntő többsége rosszindulatú daganat és csak az esetek kevesebb, mint 5%-ban igazol csak a szövettani vizsgálat jóindulatú elváltozást az eltávolított tumor vagy vese vizsgálata során (pl. adenoma, leiomyoma, angiomyolipoma, oncocytoma).

Ugyanakkor az elsődlegesen a retroperitoneumból kiinduló tumorok – melyek még a vesedaganatokhoz képest is sokkal ritkábban fordulnak elő – nagy része szintén malignus daganat. Ezek elsősorban különböző szarkómák, hisztiocytomák vagy gastrointestinalis stromalis tumorok. A retroperitoneális tumorok eltávolítása után a szövettan csak elvétve mutat benignus elváltozást (1–6).

Az irodalmi adatok szerint a terhesség alatt mind a jó-, mind a rosszindulatú vese-, illetve retroperitoneális daganatok előfordulása kifejezetten igen ritka (5). A külföldi

## Retroperitoneal tumor during pregnancy

The authors report the case of retroperitoneal tumor diagnosed during pregnancy.

A 31 years old female was on the 13<sup>th</sup>. week of pregnancy when abdominal ultrasound examination was performed because of right renal pain, which showed a large retroperitoneal tumor. For this reason magnetic resonance imaging was carried out. The radiological imaging described a 10 cm in diameter mass separating from the right kidney, consisting partly solid, partly cystic components. Based on these findings exploration of the tumor was performed, because of suspicion of malignancy and in consideration of the fact that the patient was in the first trimester. During the operation the tumor including haematoma and solid components was removed, but nephrectomy was not necessary. Histology showed cystic adenoma containing large haematoma in the cystic part, however malignancy was not proved. After the surgery the pregnancy was uneventful and complication did not occur either at of the mother or at the fetus.

**Key-words:** pregnancy, retroperitoneal tumor

közleményekben is csak kevés esetet közöltek le és a hazai szakirodalomban ilyen témájú közleményt nem találtunk. Esetünkben egy terhesség alatt észlelt retroperitoneális elváltozás diagnosztikus nehézségeit és műtéti megoldását ismertetjük.

## Esetismertetés

A 31 éves nőbeteg távolabbi kórtörténetében Hashimoto thyroiditis miatt korábban kétoldali szubtotális thyroidectomy, valamint irritabilis bélszindróma miatti kezelés szerepel. A 13 hetes gravida 2 hete fennálló jobb vesetáji panaszok, lázas állapot miatt jelentkezett klinikánkon. Otthonában vesegyulladás miatt antibiotikumkezelést indítottak. A klinikánkon végzett hasi ultrahang (UH) vizsgálat a jobb oldali vese felső pólusánál 10 cm-s inhomogén, nagyrészt szolid, kis részben cisztikus része-

ket tartalmazó terimét írt le, mely a máj alsó felszínén benyomatot okozott. A látott kép alapján malignus elváltozás gyanúja merült fel. Tekintettel arra, hogy a beteg terhes volt, sürgős mágneses rezonancia (MRI) vizsgálat végzése mellett döntöttünk. Kontrasztanyag érzékenysége miatt a vizsgálat során kontrasztanyagot nem kapott, csak nativ MRI vizsgálat történt. Az MRI a jobb vese felett, a retroperitoneumban 10 cm-s tumort írt le, mely a vesét, a májat és vena cava inferiort komprimálja, diszlokálja (1. ábra). Az MRI lelet szerint a daganat szeptált, éles szélű, részben szolid, részben folyadék komponensű. A kivizsgálást követően a műtéti feltárás mellett döntöttünk, figyelembe véve azt is, hogy az anya még a terhesség első harmadában volt. A beteg laboreredményeiben az anaemián kívül más lényeges eltérés nem volt. A műtét előtt a terhességre való tekintettel szülészeti, genetikai konzíliumot kértünk, mely véleménye szerint maga a műtét kockázata nem haladja meg az átlagos magzati kockázatot. A terhesség megtarthatóságát a végleges szövettani eredmény határozza majd meg. Az altatórvisi konzílium a magzati és anyai kockázatot figyelembe véve a műtétet elvégezhetőnek tartotta.



**1. ábra:** A jobb oldali retroperitoneális daganat MRI képe. A képen jól látható a jobb vese felett elhelyezkedő daganat, valamint a terhes méh.

A műtét során ferde lumbalis metszéből tártuk fel a retroperitoneumot. Itt egy hatalmas tumort találtunk, mely a jobb vese felett helyezkedett el, a környezetével (a hashártyával, a rekesszel és a vesével) jelentősen összenőtt és a vena cava inferiort diszlokálta. A tumor preparálása közben a terime megnyílt és belőle nagymennyiségű, nem friss véralvadék ürült. Ezt követően a még szolid részeket is tartalmazó képletet eltávolítottuk. Az elváltozás a vesétől elkülönült, ezért a vese megtartása mellett döntöttünk. A posztoperatív szak zavartalan volt.

A szövettani eredmény szerint az eltávolított képlet cisztikus adenomának felelt meg. Az eltávolított tumor nagy része cisztikusan ellágyult véralvadékból és sarjszövetből álló hematoma volt heges környezetben, s emellett kisebb részben cisztikus adenomatoid rész, melyben disztrófiás csontosodás is látható volt. A patológus véleménye szerint a bevezetett cisztás rész vonatkozásában traumás eredet felmerül. Az anyag vizsgálata során malignitásra utaló szöveti jelek nem voltak láthatók.

A műtétet követően végzett nőgyógyászati kontrollok az alfafetoprotein (AFP) emelkedését mutatták, ezért amniocentesist végeztek, de a citogenetikai vizsgálat a vett mintából kóros eltérést nem mutatott.

A terhesség további lefolyása zavartalan volt. A páciens a 39. terhességi héten egészséges fiúgyermeknek adott életet, s a 2 éves utánkövetés során semmilyen későbbi szövődés nem volt észlelhető, sem az anya, sem a magzat vonatkozásában.

### Megbeszélés

Mind a vesében, mind a retroperitoneumban előforduló daganatok döntő többsége rosszindulatú, azonban az eltávolított tumorszövetben a szövettani vizsgálat az esetek egy kis részében jóindulatú elváltozást igazol. (pl. adenoma, oncocytoma, angiomyolipoma) (2–4, 7, 9–14).

A kivizsgálás során a terhesség alatt a sugárterhelés magzatkárosító hatása miatt a rutinszerűen használt CT vizsgálat helyett inkább MRI-t alkalmaznak. Azonban, tekintettel arra, hogy a jó-, és rosszindulatú tumoros betegségek radiológiai differenciál diagnosztikája jelenleg még nem teljesen megoldott, így a műtétre malignitás alapos gyanúja miatt kerül sor. Esetünkben, tekintettel arra, hogy az elváltozás nagy kiterjedésű volt és eltérő struktúrájú részeket tartalmazott, a finom tű biopszia elvégzését nem tar-

tottuk indokoltnak, mert ha annak a szövettana adott esetben nem mutat malignus elváltozást, még akkor sem tudtuk volna biztonsággal kizárni, hogy rosszindulatú folyamat áll-e a háttérben.

A terhesség alatt észlelt primer vese vagy retroperitoneális daganatok esetében, természetesen felmerül a kérdés, hogy a műtét még a terhesség alatt, vagy azt követően történjen-e meg (5, 8). Tekintettel arra, hogy a radiológiai módszerekkel a tumor dignitása nem egyértelmű, és ezen daganatok döntő többsége rosszindulatú, így az anya prognózisa szempontjából általában a daganat terhesség alatti eltávolítása javasolt. Bár egyes közlemények a terhesség utolsó trimeszterében elfogadható alternatívának tartják a magzat kihordását szoros kontroll mellett, és majd csak a szülést követően a tumor eltávolítását.

Az általunk ismertetett esetben az anya még csak a terhesség 13. hetében volt, így számára nagy kockázattal járt volna a műtét elvégzése a szülés után. A beteg kivizsgálása során jelentős diagnosztikai problémát okozott a terhességen kívül a beteg kontrasztanyag túlérzékenysége is, mely miatt a kivizsgálás lehetőségei korlátozottak voltak. Természetesen a műtéti indikáció felállításakor figyelembe vettük a műtét esetleges károsító hatásait a magzatra nézve, de prioritásban részesítettük, azt, hogy mindent megtegyünk az anya életkilátásainak biztosítása érdekében.

A műtét során eltávolított képlet szövettani vizsgálata jóindulatú elváltozást mutatott.

A 2 éves utánkövetés alapján a műtét, illetve daganat sem a terhesség további lefolyását, sem a magzat, sem az anya életét nem befolyásolta.

Véleményünk szerint terhesség során észlelt vese vagy retroperitoneális tumor esetén, amikor a malignitás egyértelműen nem zárható ki, a daganat eltávolítása javasolt.

#### Irodalom:

1. Ahn KS, Han HS, Yoon YS, Kim HH, Lee TS, Kang SB, Cho JY.: Laparoscopic resection of nonadrenal retroperitoneal tumors. *Arch Surg.* 2011;146(2):162-7.
2. Bakker RF, Stoot JH, Blok P, Merkus JW.: Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma with sarcoma-like mural nodule: a case report and review of the literature. *Virchows Arch.* 2007;451(4):853-7.
3. Dierickx I, Jacomen G, Schelfhout V, Moerman P, Corveleyn P, Spiessens T, Amant F, Berteloot P.: Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest.* 2010;70(3):186-91.
4. Fernández-Ruiz M, Rodríguez-Gil Y, Guerra-Vales JM, Manrique-Municio A, Moreno-González E, Colina-Ruizdelgado F.: Primary retroperitoneal liposarcoma: clinical and histological analysis of ten cases. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33(5):370-6.
5. Ghosh SB, Tempe A.: Retroperitoneal adenocarcinoma of unknown origin presenting as a rare cause of obstructed labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279(3):427-9.
6. Del Gobbo A, Bimbatti M, Ferrero S.: A case report of mesenteric mucinous cystoadenoma with review of the literature. *BMC Gastroenterol.* 2010; 14;10:105.
7. Kaliszewski K, Bednarz W, Łukieńczyk T, Rzeszutko M, Boryń M, Olewiński R, Dawiskiba T, Spodzieja J, Dawiskiba J.: Retroperitoneal tumours--analysis of own clinical material--a six-year retrospective study. *Hepatogastroenterology.* 2010;57(97):47-51.
8. Kashima K, Yahata T, Fujita K, Tanaka K.: Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma associated with pregnancy. *Int J Gynecol Cancer.* 2008;18(5):908-12.
9. Lee SY, Goh BK, Teo MC, Chew MH, Chow PK, Wong WK, Ooi LL, Soo KC.: Retroperitoneal liposarcomas: the experience of a tertiary Asian center. *World J Surg Oncol.* 2011; 1;9:12.
10. Li Q, Gao C, Juzi JT, Hao X.: Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. *ANZ J Surg.* 2007;77(4):237-40
11. Sogaard AS, Laurberg JM, Sorensen M, Sogaard OS, Wara P, Rasmussen P, Laurberg S.: Intraabdominal and retroperitoneal soft-tissue sarcomas--outcome of surgical treatment in primary and recurrent tumors. *World J Surg Oncol.* 2010 12;8:81.
12. Strauss DC, Hayes AJ, Thway K, Moskovic EC, Fisher C, Thomas JM.: Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma. *Br J Surg.* 2010;97(5):698-706.
13. Virseda Rodríguez JA, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Carrión López P, Martínez Ruiz J, Martínez Sanchiz C, Perán Teruel M.: Primary retroperitoneal tumors: review of our 10-year case series. *Arch Esp Urol.* 2010;63(1):13-22.
14. Zhou Z, McDade TP, Simons JP, Ng SC, Lambert LA, Whalen GF, Shah SA, Tseng JE.: Surgery and radiotherapy for retroperitoneal and abdominal sarcoma: both necessary and sufficient. *Arch Surg.* 2010;145(5):426-31.

3 havonta  
1x

**Zoladex**<sup>®</sup>

goszerelin

10,8 mg

**3 havi depot készítmény**



**Zoladex depot 10,8 mg implantátum előretöltött fecskendőben**

**Hatóanyag:** 10,8 mg goszerelin (goszerelin-acetát formájában). **Terápiás javallat:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatatacarcinóma. A kezelés mindaddig folytatható, amíg az a beteg állapotát kedvezően befolyásolja. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Nőknek történő alkalmazás. **Adagolás:** Férfiak: 3 havonta egy 10,8 mg os depot implantátum adandó szubkután az elülső hasfalba. **Mellékhatások:** Nagyon gyakori: hőhullámok, veritékezés, libidócsökkenés, potenciacsökkenés. Gyakori: emlőduzzanat, az injekció beadásának helyén fellépő reakciók (pl. bőrpír, fájdalom, duzzanat, verses), bőrképződés, csontfájdalom, a csontok ásványianyag sűrűségének csökkenése, a glükóz tolerancia csökkenése, paraesthesia, spinális kompresszió, vérnyomás ingadozás, testtömeg-növekedés, szívelégtelenség, myocardialis infarctus. **Osztályozás:** II./2 csoport. Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). OGYI-T-1976/02

Kérjük, olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását! (2011. 08. 24.) [www.ogyi.hu](http://www.ogyi.hu)

Ár: Zoladex depot 10,8 mg implantátum fogy. ár: 106 164 Ft; 100% 8h SZ; TB támogatás: 105 864 Ft, térítési díj: 300Ft. Az időközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdőlap/gyógyszer) érhetőek el.

PEZ.0082HU20111021

1113 Budapest, Bocskai út 134-146.

Tel: +36-1-883-6500

Fax: +36-1-883-3336

[www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)

**AstraZeneca**  
Összeköt az Egészség

# Pozitív sebészi szél jelentőségének vizsgálata radicalis prostatectomián átesett betegekben

Romics Miklós<sup>1</sup>, Tornóczy László dr.<sup>2</sup>, Majoros Attila dr.<sup>3</sup>, Romics Imre dr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Kóréletani Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

A radikális prostatectomia során eltávolított szövet sebészi felszínén megfigyelhető tumorsejtek inkomplett lokális reszekcióra és kedvezőtlen prognózisra engednek következtetni, pozitív prediktorai a betegség relapszusának. Munkánk során kapcsolatot kerestünk betegeink sebészi margin státusza és a biokémiai, klinikai recidíva arányok, illetve onkológiai és patológiai paraméterek között.

**Kulcsszavak:** prosztatarák, radikális prostatectomia, pozitív sebészi szél

A sebészi technika rohamos fejlődésének ellenére a pozitív sebészi szél jelenléte a radikális prostatectomia során eltávolított specimenek esetében még mindig igen gyakori, az esetek harmadában előforduló (1) jelenség, ami jelentősen növeli a biokémiai, lokális és szisztémás progresszió esélyét (2). Emellett a sebészi szélen kimutatható malignus sejtek a posztoperatív radio- és/vagy hormonterápián keresztül a kezelés költségét is növelik (3).

A pozitív sebészi szél, azaz a Positive Surgical Margin (PSM) patológiai szempontból így írható le: „Tumorsejtek jelenléte a specimen azon felszínén, ahol az operatőr a metszést ejtette” (4).

A sebészi széleket elérő tumorszövet inadékvát daganateltávolításra utal, a nemzetközi szakvélemény pedig abban is egyet ért, hogy a PSM jelenléte egy a prosztatarák radikális prostatectomia utáni relapszusának prediktorai közül. Tudnunk kell azonban, hogy olyan előrehaladott körülmények mellett, mint a hét feletti Gleason-érték (GS), a vesicula seminalis inváziója, vagy a nyirokcsomóáttét, a PSM semmilyen prognosztikai értékkel nem rendelkezik (5, 6).

A PSM-nek két típusa ismert: az iatrogén és a nem-iatrogén. A prosztatára korlátozott, tehát a szervén túl nem terjedő

**Examination of the importance of positive surgical margin in patients with prostatectomy**

Visible tumor cells on the surface of the resected tissue after radical prostatectomy signify incomplete local resection and an unsuccessful outcome of the disease and have a positive predictive value for the progression of the tumor. In our study we were trying to find correlation between the state of the surgical margin after radical prostatectomy and the rate of biochemical failure or clinical relapse and so the oncological parameters in these cases as well.

**Key-words:** prostate cancer, radical prostatectomy, positive surgical margin

daganat esetében a prosztatatok megsértésével iatrogén PSM keletkezik (4). Az iatrogén jelző egyben arra is utal, hogy szélesebb disszekcióval a pozitív margin elkerülhető lett volna. Nem-iatrogén PSM esetén pedig a tumor már extraprostatikus terjedést mutat, és a periprostatikus szöveteket is érinti, elérve a műtéti specimen szélét. Ezentúl, a pozitív sebészi szél, ugyanúgy, mint az extraprostatikus tumorterjedés, lehet fókális (csak egy helyen, és legfeljebb két metszeten megfigyelhető) kiterjedésű, vagy extenzív (7).

## Célkitűzéseink

Az eddig bemutatott kutatási eredmények ismeretében kerestük a sebészi szél és az egyéb onkológiai és patológiai paraméterek közti kapcsolatot. Ezen felül vizsgálni kívántuk a PSM predikciós értékének mértékét a daganat kiújulását illetően.

## Betegek és módszerek

Kétszázhatvankét prostatectomizált beteg adatait értékeltük, elemeztük, (1. táblázat) és vizsgáltuk a pozitív sebészi

**I. táblázat:** A betegcsoportokat jellemző patológiai és onkológiai paraméterek.

Paraméterek	Összes beteg	PSM	NSM
<b>n (%)</b>	<b>262 (100)</b>	<b>89 (34)</b>	<b>173 (66)</b>
PSA (átlag) (ng/ml)	13,9	17,3 +/-12,2	11,2 +/-9
Gleason-érték (preop.)	6,2	6,7 +/-1,7	5,8 +/-1,4
Gleason-érték (posztop.)	7,2	7,4 +/-1,6	6,3 +/-1,6
BCR biokémiai relapszus	67 (25,6)	29 (33)	38 (23)
Klinikai recidíva	19 (7,35)	5 (5,6)	14 (8,1)
Nyirokcsomó érintettség	12 (4,6)	11 (12,3)	1 (0,5)

szél más patológiai faktorokkal való összefüggését. Pozitív marginnak vélelmeztük a szövettani diagnózist, ha a malignus sejtek a sebészi szél több pontján is jelen voltak, de abban az esetben is, ha csak egy ponton, de legalább 2 milliméter hosszan voltak láthatók.

## Eredményeink

A 262 betegből 89-nél volt felismerhető a PSM (34%), 173 esetben pedig nem volt jelen margininfiltráció (tehát ezen betegek alkották az NSM – azaz Negative Surgical Margin – csoportot) (66%). A PSM-csoport átlagéletkora 64, míg az NSM-csoporté 63,7 év volt.

Azon 89 beteg közül, akikben a sebészi felszínen tumorsejtek voltak láthatóak, 29-ben jelentkezett biokémiai recidíva (33%), míg a sebészi szél tumoros infiltrációjától mentes betegek közt szignifikánsan alacsonyabb volt a relapszus aránya (38/173 beteg (23%),  $p = 0,036$ ). Lokális klinikai recidívát 5 esetben figyeltünk meg a PSM betegek csoportjában (5,6%), míg 14-et (8,1%) a negatív sebészi marginú betegek közt (A különbség nem szignifikáns).

Megvizsgáltuk a daganatok szövettani jellemzői közt felmerülő különbségeket is a két csoportban. Amint az várható volt, a PSM jelenléte mellett gyakrabban láttunk magasabb preoperatív és posztoperatív Gleason értékeket, mint az NSM esetén. Az első csoportban a preoperatív GL-értékek átlaga 6,7 volt, a posztoperatív pedig 7,4, míg a negatív sebészi felszínnel bíró csoportban 5,8 és 6,3 volt ugyanez a két érték. A két csoport között látható eltérés mind a preoperatív ( $p = 0,025$ ), mind a posztoperatív ( $p = 0,013$ ) értékeket tekintve szignifikáns.

Ugyancsak szignifikáns ( $p < 0,0001$ ) volt a különbség az

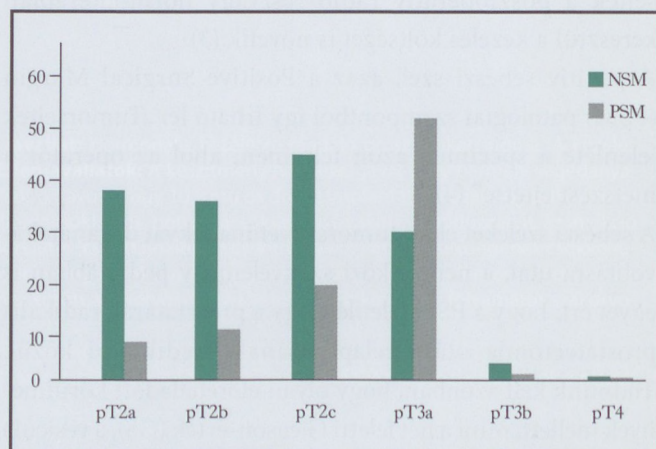
egyres tumorstádiumok gyakoriságában a két csoport közt (1. ábra).

Megfigyeltük továbbá a nyirokcsomóáttétek gyakoriságát is a két csoportban. Azok közt, ahol a sebészi széleket elérte a daganat, tizenegyszer láttunk nyirokcsomóérintettséget (12,3%), ellenben azokkal, ahol a sebészi szél tumorsejttől mentes volt, mindössze egyetlen nyirokcsomó-metasztázist (0,5%) véltünk felfedezni ( $p = 0,0018$ ).

A preoperatív PSA értékeik alapján is elemeztük a betegeket. A pozitív sebészi marginú betegek esetén az átlag 17,3 ng/ml volt, míg a másik csoportban 11,2 ng/ml. A különbség szignifikáns ( $p = 0,033$ ).

## Megbeszélés

A pozitív sebészi szél incidenciája különböző forrásokat összehasonlítva igen tág határok között mozog. A különböző szakirodalmi források 5 és 43% (8, 9, 10) közötti gyakoriságról számolnak be nyílt műtéttel végzett radikális prostatectomia esetében. A nagymértékű szórás abból ered, hogy a PSM előfordulásának aránya az egyes betegcsoportokban több tényezőtől is függ. Azon betegpopulációban, ahol alacsonyabb volt a preoperatív PSA, kisebb arányban jelent meg a PSM, mint magasabb PSA értékek esetén. Míg az általunk operált betegek műtét előtti PSA-értéke átlagosan 13,89 ng/ml volt, addig sok Nyugat-európai publikációban ugyanezen érték a tízet sem haladja meg (11, 12). Az általunk kezelt betegek tehát



**1. ábra:** A margin status és a tumorstádiumok közötti kapcsolat. A pozitív sebészi felszín gyakorisága szorosan korrelál a tumorstádiummal ( $p < 0,0001$ ).

agresszívabb tumor stádium mellett kerülnek műtetre, így a pozitív sebési szél incidenciája is frekvenciátalibb, így látható, hogy a betegek szelekcója erősen befolyásolja a sebési szél státuszának kimenetelét, és a betegség recidívájának esélyét is.

Emellett elengedhetetlen megemlíteni azt is, hogy a PSM méretbeli definícója továbbra is meghatározásra vár, így lehet, hogy egyes kutatócsoportok csak a 2 millimétert meghaladó hosszúságú, vagy multiplex megjelenésű szél-érintettséget értelmeznek pozitívnek, míg mások már a marginon levő egyetlen malignus sejt jelenlétét is PSM-nek definiálják.

Saját anyagunkban a két betegcsoport (PSM és NSM betegek csoportja) kifejezett különbséget mutatott a biokémiai recidíva megjelenésének arányában. Kijelenthetjük, hogy a PSM pozitív predikciós értékkel rendelkezik a BCR-re nézve ( $p = 0,036$ ).

A preoperatív ( $p = 0,025$ ) és posztoperatív ( $p = 0,013$ ) meghatározott Gleason score-k is szignifikánsan magasabbak a PSM csoportban.

Továbbá az egyes tumorstádiumok gyakoriságában is szignifikáns eltérést véltünk felfedezni a PSM és NSM csoportok között. A magasabb tumorstádium gyakoribb PSM megjelenéssel társult. Ugyanígy, a nyirokcsomóáttétek mellett is szignifikánsan gyakrabban volt látható a sebési felszín érintettsége, mint az N0 estekben ( $p = 0,0018$ ).

A két csoport között a klinikai recidíva gyakoriságában nem volt szignifikáns különbség ( $p = 0,49$ ), mely is azt bizonyítja, hogy a tumorrelapszus egy multifaktoriális esemény, nem magyarázható egyedül a sebési felszín státuszával. Másrészt meg kell jegyeznünk, hogy anyagunkban a rövid utánkötési idő a klinikai recidíva és a PSM előfordulás kapcsolatának korrekt vizsgálatához még nem elegendő.

A két csoportban a preoperatív PSA eredményeinek összehasonlításakor szignifikáns különbséget találtunk, ennek értelmében kijelenthető, hogy a mi vizsgálati eredményeink alátámasztották azt a mások által már megfigyelt összefüggést, miszerint az RP előtti PSA érték korrelál a PSM megjelenésével, ugyanis a pozitív sebési szélel jellemzett csoportba tartozó betegeink preoperatív PSA-átlagja 17,3 ng/ml, míg az NSM kategóriában 11,2 ng/ml volt.

A fent leírtak értelmében kimondhatjuk, hogy azon betegek, akik a PSM csoportba soroltattak, szorosabb és hosz-

szabb utánkötést igényelhetnek, mint akik esetében a sebési szél felszínén nem találtak malignus sejteket, tekintve hogy PSM esetében nagyobb eséllyel jelentkezik újra a daganat, és lehet szükség adjuváns hormon-, radio- vagy kombinált terápiára.

#### Rövidítések:

**PSA** – Prostatata specifikus antigén

**PSM** – Pozitív sebési szél

**NSM** – Negatív sebési szél

**BCR** – Biokémiai kiújulás

**CR** – Klinikai recidíva

**GS** – Gleason-érték

#### Irodalom:

1. Freedland SJ, Aronson W, Presti Jr JC, et al. Should a positive surgical margin following radical prostatectomy be pathological stage T2 or T3? Results from the SEARCH database. *J Urol* 2003;169:2142–6.
2. Ofer Yossepowitch, Anders Bjartell, James A. Eastham, Markus Graefen, Bertrand D. Guillonneau, Pierre I. Karakiewicz, Rodolfo Montironi, Francesco Montorsi; Positive Surgical Margins in Radical Prostatectomy: Outlining the Problem and Its Long-Term Consequences, *European Urology* 2009;55: 87–99
3. Hong YM, Hu JC, Paciorek AT, Knight SJ, Carroll PR. Impact of radical prostatectomy positive surgical margins on fear of cancer recurrence: results from CaPSURETM. *Urol Oncol* 2010; 28: 268–73
4. Epstein JI, Amin M, Boccon-Gibod L, et al. Prognostic factors and reporting of prostate carcinoma in radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy specimens, *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2005; 216:34–63.
5. Matthew T. Gettman, M.D., Michael L. Blute, M.D., Radical prostatectomy: Does surgical technique influence margin control?, *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 28 (2010) 219–225
6. Stamey TA, McNeal JE, Yemoto CM, Sigal BM, Johnstone IM. Biological determinants of cancer progression in men with prostate cancer. *JAMA* 1999;281:1395–400.
7. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Schnall M, Tomaszewski JE, et al. A multivariate analysis of clinical and pathological factors that predict for prostate specific antigen failure after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Urol* 1995;154:131–8.
8. Gettman MT, Blute ML. Critical comparison of laparoscopic, robotic, and open radical prostatectomy: Techniques, outcomes, and cost. *Curr Urol Rep* 2006;7:193–9.
9. Swindle P, Eastham JA, Otori M, Kattan MW, Wheeler T, Maru N, et al. Do margins matter? The prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 2005;174:903–7.
10. Swindle PW, Kattan MW, Scardino PT. Markers and meaning of primary treatment failure. *Urol Clin North Am* 2003;30:377–401.
11. Guillonneau B, Cathelineau X, Barret E, Rozet F, Vallancien G., Laparoscopic radical prostatectomy: technical and early oncological assessment of 40 operations. *Eur Urol*. 1999;36(1):14–20

12. Jianqing Zhang, MD, Kevin R. Loughlin, The Role of Endorectal Coil MRI in the management of patients with prostate cancer and in determining radical prostatectomy surgical margin status: A report of a single surgeon's practice, *Urology*. 2007 June; 69(6): 1134–1137.
13. Graefen M, Noldus J, Pichlmeier U, et al. Early prostatespecific antigen relapse after radical retropubic prostatectomy prediction on the basis of preoperative and postoperative tumor characteristics. *Eur Urol* 1999;36:21–30.
14. Kausik SJ, Blute ML, Sebo TJ, et al. Prognostic significance of positive surgical margins in patients with extraprostatic carcinoma after radical prostatectomy. *Cancer* 2002;95:1215–19.
15. Swindle P, Eastham JA, Ohori M, Kattan MW, Wheeler T, Maru N, et al. Do margins matter? The prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 2005; 174: 903–907.
16. Cheng L, Darson MF, Bergstralh EJ, et al. Correlation of margin status and extraprostatic extension with progression of prostate carcinoma. *Cancer*. 1999;86:1775-1782.
17. Fadi Brimo, Alan W. Partin, and Jonathan I. Epstein, Tumor Grade at Margins of Resection in Radical Prostatectomy Specimens Is an Independent Predictor of Prognosis, *UROLOGY* 76: 1206–1211, 2010.
18. Blute ML, Bostwick DG, Bergstralh EJ, Slezak JM, Martin SK, Amling CL, et al. Anatomic site-specific positive margins in organ-confined prostate cancer and its impact on outcome after radical prostatectomy. *Urology* 1997;50:733–9.
19. Fesseha T, Sakr W, Grignon D, Banerjee M, Wood DP Jr., Pontes JE. Prognostic implications of a positive apical margin in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 1997;158:2176–9.
20. van den Ouden D, Hop WC, Kranse R, Schroder FH. Tumour control according to pathological variables in patients treated by radical prostatectomy for clinically localized carcinoma of the prostate. *Br J Urol* 1997;79:203–11.
21. Koppie TM, Bianco FJ Jr., Kuroiwa K, et al. The clinical features of anterior prostate cancers. *BJU Int* 2006;98:1167–71.
22. Shekarriz B, Upadhyay J, Bianco FJ Jr, Impact of preoperative serum PSA level from 0 to 10 ng/ml on pathological findings and disease-free survival after radical prostatectomy. *Prostate*. 2001 Aug 1;48(3):136-43.



## Beszámoló a 25. Fűvészkerti Urológus Napról

A Hotel Hélia Thermal kínált méltó környezetet a jubileumi Fűvészkerti Urológus Napnak (FUN). A hagyományokhoz híven a hazai előadók mellett külföldi előadó is színesítette a programot, az idén *prof. Karl Pummer* (Graz, Ausztria). A rajta kívül felkért *prof. Herbert Rübben* (Essen, Németország) hirtelen betegsége és *prof. Josip Galic* (Eszék, Horvátország) a kedvezőtlen időjárás miatt nem tudtak részt venni a tudományos fórumon. Először *Romics Imre* professor tekintette át sok diával illusztrálva az elmúlt 25 FUN történetét, őt *Pajor László* professor (Szegedi



*Pummer professor és Romics professor*

Tudomány Egyetem Urológiai Klinika) követte, aki a nemi átalakító műtétek technikáját, nehézségeit és lehetőségeit ismertette. Karl Pummer a prosztatadaganatos betegek aktív megfigyelésének (active surveillance) és szoros utánkövetésének (watchful waiting) előnyeit és hátrányait vázolta fel. *Flaskó Tibor* (DEOEC, Urológiai Klinika) igazgató a laparoszkópos cystectomiával szerzett kezdeti tapasztalatokról számolt be a nemzetközi publikációk tükrében. *Farkas László* professor (PTE, Urológiai Klinika) a dél-dunántúli régió urológiai ellátásának nehézségeit ismertette. Rübben professor előadását, amelyben a húgyhólyagdaganatok kezelésének újdonságaival foglalkozott volna, távollétében *Riesz Péter* adjunktus (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) Rübben diáival tartotta meg. Az urogynecologiai betegek kivizsgálásának és kezelésének magyarországi helyzetét *Majoros Attila* adjunktus (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) vázolta fel és tett javaslatot egy egységes, szakmákon átívelő betegellátási

rendszer kidolgozására. *Szendrői Attila* adjunktus (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) a jóindulatú prosztata-megnagyobbodás kezelésének új irányelveit foglalta össze. Ezt egészítette ki *Nyirády Péter* docens (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) előadása a gyógynövény tartalmú készítmények alkalmazásának lehetőségeivel és *Michael Marberger* professor (Bécs, Ausztria) a prosztata jóindulatú megnagyobbodása, gyulladása és daganata közötti kapcsolat elemzésével. Délután *Bánfi Gergely* (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) kerekasztal-megbeszélés során egy évek óta, változó sikerrel kezelt beteg komplikált történetével vázolta fel az urológiai fertőzések kezelésének nehézségeit és lehetséges buktatóit. Az esetismertetés remek lehetőséget nyújtott az urológus és infektológus szakma irányelveinek összehasonlítására és gyakorlati alkalmazhatóságuk elemzésére. Ezt követően *Nyirády Péter* docens foglalta össze a BPH kombinációs kezelésének előnyeit nagy multicentrikus vizsgálatok eredményeivel alátámasztva. Az immáron hagyományos „bonbon” *Vajda Sándor* (Borosjenő, Erdély) szívbe markoló előadása volt, amelyben a kereszthalál fiziológiai történéseit elemezte orvosi szemmel. *Szűcs Miklós* főorvos (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) – mint az Urológiai Klinika Uroonkológiai Centrumának munkatársa és hazánkban a legtöbb ilyen kezelést végző szakember – az átteses vesedaganatok gyógyszeres kezelésének magyarországi helyzetét vázolta fel. *Lovász Sándor* főorvos (Jahn Ferenc Kórház, Budapest) az interstitialis cystitis diagnosztikájának és kezelésének új lehetőségeiről számolt be. *Keszthelyi Attila*



*Romics professor és Vajda Sándor*

# SUTENT® az egyetlen finanszírozott, elsővonalú célzott terápiás kezelés, jó és közepes prognózisú áttétes vesedaganatban<sup>1</sup>

## A referencia standard, mely megnyitja a lehetőségeket<sup>2</sup>

### Két évet meghaladó medián teljes túlélés metasztatikus vesesejtes karcinóma elsővonalú kezelésében<sup>3</sup>

**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:** SUTENT a gastrointestinális strómból 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. A SUTENT a pancreas nem reszekálható vagy metasztatizáló, jól differenciált, progrediáló neuroendokrin daganatainak (PNET) kezelésére javallt felnőtteknél. A SUTENT PNET indikációban való elsővonalbeli kezeléséért történő alkalmazására vonatkozó tapasztalat korlátozott.

**Adagolás és alkalmazás:** A szunitinibbel történő kezelést daganatellenes szerek alkalmazásában jártas orvosnak kell elkezdenie. GIST-ben és MRCC-ben 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 hathetes kezelési ciklusnak. PNET-ben a SUTENT ajánlott adagja naponta egyszer 37,5 mg per os, előre meghatározott gyógyszermentes időszakok nélkül. GIST-ben és MRCC-ben a dózismódosítások 12,5 mg-os lépésenként történhetnek, az egyéni biztonságossági szempontok és a tolerabilitás alapján. A napi adag 75 mg fölé emelése, ill. 25 mg alá csökkentése nem javasolt. PNET-ben a dózismódosítások 12,5 mg-os lépésenként történhetnek, az egyéni biztonságosság és tolerabilitás alapján. A fázis III pNET vizsgálatban alkalmazott legmagasabb adag naponta 50 mg volt. Az egyéni biztonságosság és tolerabilitás alapján szükség lehet az adagolás megszakítására. 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 lépésekben (GIST-ben és MRCC-ben maximum 87,5 mg/nap adagig, ill. pNET-ben 62,5 mg/nap adagig) a tolerabilitás körütekinté ellenőrzése mellett. Erős CYP3A4 gátlók, mint pl. a ketokonazol egyidejű alkalmazását kerülni kell. Ha ez nem lehetséges, szükség lehet a SUTENT adagjának csökkentésére GIST-ben és MRCC-ben a minimális napi 37,5 mg-os adagig, ill. pNET-ben napi 25 mg-os adagig, a tolerabilitás körütekinté ellenőrzése mellett. Egyidejű alkalmazásra a CYP3A4 enzim nem, vagy alig indukáló, ill. gátló alternatív gyógyszer választását kell megfontolni. **Gyermekgyógyászati alkalmazás:** A szunitinib biztonságosságát és hatosságát 18 év alatti betegeknél klinikailag nem igazolták. Nincsenek rendelkezésre álló adatok. A SUTENT alkalmazása gyermekpopulációban nem javasolt. **Alkalmazás időeknéi:** A SUTENT klinikai vizsgálatában észlelt betegek kb. 25%-a 65 éves vagy annál idősebb volt. Nem észleltek szignifikáns különbséget a biztonságosság és a hatásosság vonatkozásában fiatalabb és idősebb betegek között. **Majéletlenség:** Adagolás módosítás nem ajánlott, ha a SUTENT-et enyhe és közepes fokú (Child-Pugh A és B stádium) májkárosodásban szenvedő betegeknél adják. A SUTENT-et nem vizsgálták Child-Pugh C stádiumú májkárosodásban szenvedő egyéneknek. **Veseéletlenség:** Nem végeztek klinikai vizsgálatokat károsodott vesefunkciójú betegeknél. **Alkalmazás**

**módja:** A SUTENT-et szájon át kell alkalmazni. Étkezés közben vagy étkezéstől függetlenül is bevehető, 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:** SUTENT-tel kezelt betegeknél állkapocs osteonecrosis (ONJ) esetét jelentették. Az esetek többsége azoknál a betegeknél jelentkezett, akik korábban vagy egyidejűleg iv. biszfoszfonátkezelésben részesültek, mely esetén az ONJ kockázata ismert. Ezért a SUTENT és az iv. biszfoszfonátok egyidejű vagy szekvenciális alkalmazása óvatosságot igényel. Szolid tumorokban szenvedő betegeknél a SUTENT-tel összefüggő legfontosabb súlyos mellékhatások a tüdőembólia (1%), thrombocytopenia (1%), tumorvérzés (0,9%), lázas neutropenia (0,4%) és hipertensio (0,4%) voltak. A leggyakoribb (a betegek legkevesebb 20%-ában előforduló), bármilyen súlyosságú mellékhatások: fáradékonyság; gastrointestinális zavarok, mint pl. hasmenés, emélgés, stomatitis, dyspepsia és hányás; bőrelszíneződés; dysgeusia és anorexia voltak. A leggyakoribb, 3-as súlyosságú mellékhatás a fáradékonyság, hipertensio és neutropenia volt, míg a leggyakoribb, 4-es súlyosságú mellékhatás az emelkedett lipáz aktivitás volt szolid tumoros betegeknél. Hepatitis és májéletlenség a betegek <1%-ában, QT-távolság megnyúlás a betegek <0,1%-ában fordult elő. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Britannia. **A forgalomba hozatali engedély száma:** 1/06/347/001-EU/1/06/347/004. **A forgalomba hozatali engedély első kiadásának/megújításának dátuma:** Az engedély első kiadásának dátuma: 2006. július 19. **A szöveg ellenőrzésének a dátuma:** 2010. december. 50 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 1 453 367 Ft, SUTENT 25 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 729 289 Ft, SUTENT 12,5 mg kapszula 30x fogyasztói ár: 367 248 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 árértékű kérjük, keresse fel az Országos egészségügyi Pénztár honlapját ([www.oep.hu](http://www.oep.hu)). A SUTENT 50mg, 25mg és 12,5mg kemény kapszula a Magyar Közlöny 2010. évi 77. számában (2010. május 13.) megjelent 37/a és 37/b Eü pontok alapján, a kijelölt egészségügyi intézményekben kiemelt támogatással, vényre írható.

**Referencia:**  
1. Magyar Közlöny 2010/77 (2010. május 13.), 2. Hutson T.E., Sunitinib (SUTENT) for the treatment of metastatic renal cell carcinoma, Expert. Rev. Anticancer Ther., 2008;8(11):1723-1731, 3. Motzer R. J. et al., Overall Survival and Updated Results for Sunitinib Compared With Interferon Alpha in Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma, Journal of Clinical Oncology, 2009;27(22):3584-3590

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

Pfizer – Társ az onkológiában

**Pfizer Oncology**

További információért kérjük, forduljon a Pfizer kft.-hez!  
1123 Budapest, Áltótás u. 53.  
telefon: 488-3700, fax: 488-3777  
[www.pfizer.hu](http://www.pfizer.hu)

**SUTENT®** capsules  
sunitinib malate



adjunktus (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) a radikális cystectomiák során szerzett személyes tapasztalatait osztotta meg jól illusztrált előadásában. Este a hagyományokhoz híven, a hotel nagytermében került megrendezésre az urofarsang és bál, amely a komoly szakmai programot követően kikapcsolódási lehetőséget teremtett a személyes kapcsolatok ápolása mellett. A Cocktail zenekar húzta a talp alá valót és a Szomszédnéni Produkciós Iroda szórakoztatta a nagyérdeműt.

Másnap, *Mavrogenis Stelios* (Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika) a nagyméretű, komplex húgyúti kövek – új, az Urológiai Klinikán nemrég bevezetett – eltávolításával kapcsolatban a kezdeti tapasztalatokat ismertette. *Nádas György* főorvos (Kapás utcai Rendelőintézet, Budapest) az urológiai alapellátásban

dolgozók, míg *Sebesi József* (Veszprémi kórház, Urológiai Osztály) a rezidensek helyzetének ismertetésével váltottak ki parázs, építő jellegű vitát. A prosztadaganatos betegek kezelésében *Böszörményi-Nagy Géza* főorvos (Bajcsy Kórház, Urológiai Osztály) a GnRH analógok alkalmazási lehetőségeit, míg *Riesz Péter* adjunktus a személyre szabott kezelés fontosságát taglalta. A tesztírás előtt a poszter szekcióban a fiatal urológusok is bemutatkozhattak.

Összességében a jubileumi FUN méltó folytatása volt az eddigi 24 FUN-nak, a hazai urológia porondján hangsúlyos rendezvénysorozatnak, melyet a 230 résztvevő érdeklődése is bizonyít.

*Szendrői Attila dr.*

## EAU 11<sup>th</sup> Central European Meeting (CEM)

Idén tizenegyedik alkalommal került megrendezésre az Európai Urológus Társaság, immár hagyományos, közép-európai találkozója a CEM. Október 28-án és 29-én Temesváron gyűltek össze szép számban régióink urológusai. A konferencia remek lehetőséget biztosított arra, hogy bemutathassuk egymásnak tapasztalatainkat, sikereinket, továbbá hogy közösen kereshessük a válaszokat a problémás kérdésekre. A színvonalas tudományos programok során bepillantás nyerhettünk egymás munkásságába, a közösségi programok közben régi barátok találkozhattak egymással, valamint új kapcsolatok szövődhettek.

A temesvári rendezésre való tekintettel, többségben a román kollégák képviselték magukat, de a lengyelek, csehek, horvátok is jelentős számban érkeztek. A 371 résztvevő között (teljesség igénye nélkül) jelen voltak még szlovákok, osztrákok, törökök, szerbek, stb. A helyszín közelsége ellenére Magyarországról – a klinikákról és a vidéki kórházak urológiai osztályairól – 17-en képviseltük a hazai urológusokat, de nagy örömeinkre szolgált, hogy erdélyi kollégáinkkal együtt tudtunk részt venni ezen a nemzetközi rendezvényen.

A pénteken kezdődő tudományos ülést *Marberger* professzor, majd *Bucuras*, temesvári professzor beköszöntő szavai nyitották meg. A „Prostatacarcinoma nem kuratív

kezelése” szekcióban *C. Gingu* az emelkedő PSA mellett szükséges kezelésről, *R. Zdrojowy* a korszerű hormontérápiáról, *Gero Kramer* a kasztráció rezisztens prosztata daganat kezeléséről adott elő, valamint értékes, áttekinthető előadást hallhattunk *Szűcs Miklóstól* az antiandrogének szerepéről. A délelőtti poszter szekciókban prosztata carcinoma, rekonstrukciós sebészet, urogynaecologia, andrológia és pénisz carcinoma témák köré csoportosultak a előadások. A programban képviseltettük magunkat, *Romics Imre* professzor és *Nyirády Péter* által, üléselnökként, míg *Majoros Attilával* poszter előadóként. A „Mikor szükséges prosztata rebiopszia?” című panelban *J. De La Rosette* elnökletével *Tállai, Voinea, Student* és *Remzi* doktorok elemeztek különböző érdekes és tanulságos eseteket. A délutáni poszter szekciókban prosztata carcinomával, urothelialis carcinomával, húgyúti kövességgel és vesebetegségekkel kapcsolatos poszterek kerültek terítékre. Magyarországot *Járomi Péter* képviselte fluoreszcens cystoscopiával kapcsolatos tanulmányával. A további programban *Holman* és *Petrik* doktorok elnökletével, *Geavlete, Hora, Bucuras* és *Türk* professzorok előadását hallgathattunk a felső húgyutak köveinek korszerű kezeléséről: a felxibilis URS szerepéről, a laparoscopos köeltávolításról, és a szimultán PCNL-el történő retrográd URS végzéséről. A programot

Marberger professzor a silodosin BPH kezelésében betöltött jelentőségéről szóló előadása zárta.

A második nap tudományos programjának nyitó szekciójában az urológiai tumorsebészetben alkalmazott nyirokcsomó eltávolítás korszerű gyakorlati alkalmazásáról volt szó: *Van Poppel* a vesecarcinomával kapcsolatosan, *Coman* a nyirokcsomó eltávolítást követően kialakuló lymphokéleról, *Vesely* a képkeltő eljárások jelentőségéről tartott előadást. *Pytel Ákos* a radicalis prostatectomia kapcsán elvégzendő lymphadenectomia indikációiról és a különböző műtéti típusokról adott áttekintő képet. Az utolsó poszter szekcióban urothelialis carcinoma, BPH és vese carcinoma témákban adtak elő a résztvevők. Hazánkból *Szendrői Attila* poszterét *Szűcs Miklós* ismertette. *Kocvara* professzor gyermekkori enuresis nocturna aktualitásait taglaló összefoglalóját követően, a záró panelben *Babjuk* professzor vezetésével *Van Poppel*, *Glück*, *Zdrojowy*, *Surcel* és *Romics Imre* professzor urak vitatták meg az alacsony progressziójú prosztata daganatok esetében alkalmazható aktív surveillance kezelés lehetőségeit. A program *Bucuras* és *Marberger* professzorok zárszavával fejeződött be.

A tudományos programok után lehetőségünk nyílt megtekinteni Temesvárt, mely fejlődése során magába olvasztotta az itt élő számos náció sajátosságait, hagyományait. Nyomot hagytak a városon az itt élő németek, románok, szerbek és nem utolsó sorban a magyarok. Ez a sokszínűség, a város gazdag kultúrája tette ideális színhellyé

Temesvárt egy ilyen nemzetközi konferencia megrendezésére. A városban számos magyar vonatkozású emléket fedeztünk fel, többek között *Bolyai János* kaszárnyáját, ahol kidolgozta a nem Euklideszi geometria alapjait, *Klapka György*, *Komárom hősének* szülőházát, *Tőkés László* templomát, ahonnan a *Securitate* el akarta hurcolni, és ahonnan a romániai forradalom kiindult. Számos gyönyörű temploma, impozáns terei és műemlék épülete, bámulatos erődrendszerének maradványai szavatolták, hogy nem csak tudományosan, de számos esztétikai élménnyel is gazdagodjunk. A vendéglátóink az esti órákban különleges programmal kedveskedtek nekünk a város operaházában. A megrendezett opera-operett gálán többek között *Verdi*, *Bizet* operarészletei mellett, ifj. *Johann Strauss*, *Lehár Ferenc* és *Kálmán Imre* „slágerei” csendültek fel. A rendezvényt vacsora követte a dalszínház szuterénjében.

Összességében egy magas színvonalú, jól szervezett „Meetingen” vehettünk részt, amely nem csak a tapasztalt urológusoknak, de a fiatal generációnak is lehetőséget adott, hogy megmutassa saját kutatási eredményeit, teret biztosított a nemzetközi fórumon való bemutatkozásra, remek kulturális élményt nyújtott és segítette a közép-európai urológusok közötti jó kapcsolatrendszer erősödését.

Nem kell elkeserednünk, ha lemaradtunk az idej alkalomról. Jövő ilyenkor mindnyájunkat szeretettel vár *Drezda* és a XII. CEM.

Bécsi Áron dr.

## MUOT III. Kongresszusa 2012. május 18.

- 10:00 – 10:15 Megnyitó  
*Prof. Romics Imre*
- 10:15 – 10:30 A prosztatatarák sebészi terápiája  
*Dr. Berczi Csaba*
- 10:30 – 10:45 A radioterápia mellett alkalmazott hormonterápiáról. Mit, mikor és meddig?  
(*Ferring szimpózium*)  
*Dr. Ágoston Péter*  
Case surfing (esetismertetés)  
*Prof. dr. Romics Imre*
- Kasztráció rezisztens prosztatatarák kezelése (esetismertetés)  
*Dr. Horváth András*
- 11:15 – 11:25 Gondolatok és tapasztalatok a prosztatatarák kórismezéséről  
*Dr. Varga Imre*
- 11:30 – 11:45 A hererák sebészi kezelése  
*Dr. Pusztai Csaba*
- 11:45 – 12:00 A hererák kemoterápiája  
*Dr. Géczy Lajos*
- 12:00 – 12:15 A hólyagrák sebészi kezelése  
*Dr. Keszthelyi Attila*
- Előrehaladott húgyhólyag-daganatos beteg esete (esetismertetés)  
*Dr. Bécsi Áron*
- A húgyhólyag ritka daganata – inflammatorikus myofibroblasztos tumor (esetismertetés)  
*Dr. Beliczay Barbara*
- 12:30 – 12:45 A hólyagrák gyógyszeres kezelése  
*Dr. Riesz Péter*
- 13:00 – 13:10 Veseüregrendszeri és ureterdaganatok előfordulása osztályunk anyagában az elmúlt öt évben  
*Dr. Járomi Péter*
- 13:10 – 14:00 Ebédszünet
- 14:00 – 14:15 A péniszrák komplex kezelése  
*Dr. Nyirády Péter*
- 14:15 – 14:30 A veserák sebészi kezelése 2012  
*Dr. Szendrői Attila*
- Miért „okoz” veserákot a CT vizsgálat és „hogyan” gyógyítja azt? (esetismertetés)  
*Dr. Bata Pál*
- A CT vizsgálat korlátai és előnyei két „atípusos” onkológiai eset kapcsán, az uro-radiológiai konzultáció jelentősége (esetismertetés)  
*Dr. Melcher Bálint*
- 15:00 – 15:30 Kávészünet
- 15:30 – 15:45 A veserák gyógyszeres kezelése  
*Dr. Szűcs Miklós*
- Célzott daganatgátló kezelés komplett remisszió esetén? (esetismertetés)  
*Dr. Küronya Zsófia*
- Felfüggeszhető-e a célzott kezelés? (esetismertetés)  
*Dr. Szűcs Miklós*
- Veséből kiinduló choriocarcinoma, multiplex tüdőáttétekkel (esetismertetés)  
*Dr. Küronya Zsófia*
- Világossejtes veserák másodvonalbeli sunitinib terápiájának eredményessége áttétes rectumtumor kezelésében (esetismertetés)  
*Dr. Maráz Anikó*
- Jó anamnézis – fél diagnózis (esetismertetés)  
*Dr. Moldvay Judit*
- Bulky nyirokcsomóáttétet okozó veserák 10 éves túlélése (esetismertetés)  
*Dr. Szabó Balázs*
- 16:30 – 16:45 Sunitinib – az áttétes veserák elsővonalbeli kezelése  
(Pfizer szimpózium)  
*Dr. Szűcs Miklós*
- 16:45 Tesztvizsga  
*Dr. Szűcs Miklós*
- 17:00 Tanfolyamzárás  
*Prof. dr. Romics Imre*

# A Magyar Uroonkológus Társaság III. Kongresszusának absztraktjai

1

**Miért „okoz” veserákot a CT vizsgálat és „hogyan” gyógyítja azt?**  
dr. Bata P.<sup>1</sup>, dr. Szendrői A.<sup>2</sup>, dr. Tamás Hangody L.<sup>1</sup>,  
dr. Kékesi D.<sup>1</sup>, dr. Tárnoki Á.<sup>1</sup>, dr. Tárnoki D.<sup>1</sup>,  
dr. Karlinger K.<sup>1</sup>, dr. Bérczi V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika,  
Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai  
Centrum, Budapest

Az uro-radiológiában a sikeres diagnózis alapvető feltétele a megfelelő vizsgálati technika alkalmazása, emellett a vizsgálatot végző személy tapasztalata és adott témakörben való jártassága is igen fontos kritérium, ellenkező esetben téves diagnózis fordulhat elő.

Az előadásunkban részletesen két esetet szeretnénk ismertetni. Mindkét esetben a fenti diagnosztikus kritériumok meglétének hiánya vezetett téves diagnózishoz. Egy- és kétoldali vesetumor került diagnosztizálásra, és a betegeket műtétre jegyezték elő. Klinikusi kérésre konzulensi tevékenységünk keretében végeztük a vizsgálatok áttekintését, és a látottak alapján a korábbi vizsgálatokon hozott diagnózisokat tévesnek, illetve bizonytalannak tartottuk, ezért kontroll vizsgálatot javasoltunk a műtét elvégzése előtt. A kontrollvizsgálatok igazolták feltevésünket: a vesetumornak diagnosztizált eltérések fokális gyuladások voltak, melyek a két vizsgálat között eltelt idő alatt eltűntek, így a kontroll vizsgálat a vesékben már térfoglalást egyik betegnél sem igazolt.

Amennyiben nem megfelelő módszert alkalmazunk a diagnosztikai tevékenységünk során, az további vizsgálatokat tesz szükségessé, a beteg gyógyulását hátráltatva vagy azt elodáztatva, és az egyes módszerekre jellemző fizikai terhelést összességben növelve. A technikai követelményeken túl azonban legalább olyan fontos a vizsgálatot végző személy felkészültsége, és a társszakmák szoros együttműködése, továbbá a megfelelő kommunikáció a diagnosztika és a klinikusok között, mert így számos hibalehetőség megszűnik, a munkamenet egyértelművé válik, a beteg felesleges terhelése elkerülhető.

2

**Előrehaladott húgyhólyag daganatos beteg esete**

dr. Bécsi Á.

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai  
Centrum, Budapest

68 esztendőes férfibeteg esetét mutatjuk be. Jelentős súlyvesztés, thrombocytosis, fehérvérsejtszám emelkedés, makroszkópos haematuria miatt belgyógyászaton vizsgálták, mely során hasi ultrahang vizsgálattal húgyhólyag lumenében 7x5 cm-es terimét észleltek, mely miatt urológiai konzíliumot kértek. Az elvégzett

cystoscopy során a húgyhólyagot kitöltő daganatot igazoltunk. A hasi ultrahang vizsgálat során és a mellkas röntgen felvételeken áttét gyanúja nem merült fel. A húgyhólyagdaganat transzurethralis reszekcióját követően a haematurias epizódjai megszűntek. A második ülésben végzett reszekciónál észleltük feculens vizeletét, mely miatt bél, húgyhólyag sipolyt igazoltunk. Sürgősséggel feltárást végeztünk, mely során a húgyhólyagból kitörő distalis ileum kacsokat befogó daganat masszát találtunk, peritoneum carcinosissal. Akut cystectomiát végeztünk kétoldali nephrostoma képzéssel, valamint az érintett bélszakaszok reszekciójával. Szövettanilag a daganat tranziciocelluláris carcinomának T4bGIII-nak adódott. A lényegében eseménytelen posztoperatív időszakot követően otthonába bocsájtottuk, majd a műtétet követő 21. napon jobb oldali transzrenális drainjének kicsúsítása valamint műtéti sebszétválás miatt ismételt felvételre került. A transzrenális drain behelyezését követően romló általános állapota mellett hasi sebében széklet ürülését észleltük, mely mellett opiát fájdalomcsillapításra szorult. A beteg állapota fokozatosan romlott, majd ezt követően exitált. A boncolás többgócú áttéteket igazolt a tüdőben, a jobb mellékvesében, valamint nyirokcsomókban, a halál közvetlen okaként a bal oldali gennyes bronchitisszel társuló tüdőgyulladást jelölt meg.

3

**A húgyhólyag ritka daganata – inflammatorikus myofibroblastos tumor**

<sup>1</sup>dr. Beliczay B., <sup>2</sup>dr. Mavrogenis S.

<sup>1</sup>Jávorszky Ödön Kórház, Urológiai Osztály, Vác

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és Uroonkológiai  
Centrum, Budapest

**Bevezetés:** A húgyhólyag inflammatorikus myofibroblastos tumora ritkán előforduló, nagyrészt ismeretlen eredetű és biológiai viselkedésű kórkép, mely tünetei és a látott cisztoszkópos kép alapján szarkómát utánozhat.

**Esetismertetés:** Egy 22 éves férfi masszív vérvizeléssel jelentkezik klinikánkon. Az elvégzett Uh-on véralvadékkal telt hólyag ábrázolódott, laborparaméterei közül mérsékelt anaemia emelkedő ki. Cisztoszkópos vizsgálattal a kupolában egy vérezékeny, széles alapú, nekrotikus daganatot észleltünk. Anaemiát okozó vézés miatt a tumor transzurethralis koagulációját, a biztos diagnózis felállítására céljából TUR-biopsziát végeztünk. CT vizsgálat során a hólyagban egy 40x15x20 mm-es tumor látszott, kórosan megnagyobbodott nyirokcsomót nem írt le, csontokban és egyéb szervekben áttét nem volt kimutatható. A hisztológiai vizsgálat inflammatorikus myofibroblastos tumort igazolt. A szövettani vizsgálat eredményének birtokában részleges cystectomiát, valamint kismencedei lymphadenectomiát végeztünk, a szövet hisztológiai feldolgozása megerősítette korábbi diagnózisunkat.

**Következtetés:** A húgyhólyag inflammatorikus myofibroblasztos tumorát egyéb, esetleg malignus elváltozásoktól biztosan csak szövettani mintavétel segítségével tudjuk elkülöníteni. Mivel a szakirodalomban áttétet még nem írtak le, elégséges a betegség épben történő reszekciója, tekintettel azonban a helyi kiújulás eshetőségére a beteg szoros utánkötése szükséges.

4

#### Kasztráció rezisztens prosztatarák kezelése – Esetismertetés

dr. Horváth A., dr. Szűcs M., dr. Romics I.

*Semmelweis Egyetem Budapest, Urológiai Klinika és*

*Uroonkológiai Centrum, Budapest*

Előrehaladott prosztatarák esetén a rutinszerűen választott kezelési módszer a hormonális kezelés, mely során lehetőség van a sebészi kasztrációra, avagy antiandrogén bevezetést követően az LHRH-agonista depot injekciók adására (kémiai kasztráció). A hormonális kezelés során átlagosan 2 év után észleljük a hormonrezisztens állapot kialakulását, melyet követően hormonmanipuláció végzése javasolt. Alkalmazható a teljes antiandrogén blokádnak (TAB), majd az antiandrogén megvonás, illetve a nagy dózísú monoantiandrogén terápia adása.

További ismételt progresszió esetén ketokonazol vagy ösztrogén származékok adása mérlegelhető, majd következő terápiás lépcsőként kemoterapeutikumok adása javasolt. Elsőként alkalmazott kemoterápiás kezelés napjainkban a docetaxel-kezelés, korábban mitoxantron alkalmaztunk. Csontmetasztasisok esetén biszfoszfonát kezelés javasolt illetve progresszió esetén a csontok palliatív sugárkezelése is szóba jön.

Új terápiás lehetőség kasztráció rezisztens prosztatarák esetén az abiraterone kezelés, mely taxán kezelést követően kialakult progresszió esetén javasolt. Az abiraterone egy új speciális hormonkezelés, mely az intracelluláris receptorokon hatva a CYP 17 orális irreverzibilis gátlásával gátolja a tesztoszteron termelését a herékben, mellékvesében, prosztátában.

Két kasztráció rezisztens prosztatarákos betegünk esetét mutatjuk be, akik 7 és 9 évvel a prosztatarák diagnózisát követően jelenleg 1 éve abiraterone-kezelésben részesülnek. Mindkét beteg érdemben panaszmentes, általános állapotuk kiváló, PSA értékeik csökkenő tendenciát mutatnak, munkaképességük továbbra is megtartott.

5

#### Vese üregrendszeri és ureterdaganatok előfordulása osztályunk anyagában az elmúlt öt évben

dr. Járomi P., dr. Kraszkó Károly, dr. Szabó Zoltán,

*Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét*

A vese üregrendszeri és ureterdaganatok előfordulása ritka. Az összes vesedaganat mindössze 5–10 %-ban találkozunk üregrendszeri tumorról. Az ureterdaganatok a felső húgyúti transitionális sejtes daganatok 25 %-ban fordulnak elő. A leggyakoribb tünete a mikroszkópos haematuria és a vesetáji

fájdalom. Diagnosztikájában a kiválasztásos urographia, ultrahang, CT vizsgálat, illetve vizelet cytologia, ureteroscopia és nephroscopia segít. Kezelésében a nephroureterectomia, endoszkópos eltávolítás és lokális kemo-, illetve immunoterápia jön szóba. A szerzők az elmúlt öt évben 15 esetben végeztek ureteronephrectomiát vese üregrendszeri és uretertumor miatt. 7 esetben uretertumor, 8 esetben pyelontumor miatt történt a beavatkozás, egy esetben endoscosopos úton. Szövettani vizsgálat 9 esetben felületes (Ta, T1), 6 esetben az izomréteget is infiltráló (T2, T3) tumort igazolt, egy esetben carcinoma in situ igazolódott egy izominvazív tumor mellett. A reszekciós szél egy esetben volt pozitív és egy esetben fedeztek fel dysplasiát a distalis ureterconokban. Öt éves utánkötésünk során négy esetben észleltünk a húgyhólyagban daganatot. Eseteinket az üregrendszeri és ureterdaganatok relatíve nehéz diagnosztikája és az utánkötés fontossága miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

6

#### Komplett remisszió metasztatikus vese carcinomában sorafenibbel. Felfüggeszthető-e a célzott kezelés? – Esetismertetés

dr. Küronya Zs., dr. Bodrogi I., dr. Gécz Lajos

*Országos Onkológiai Intézet C Belgyógyászati Osztály, Budapest*

**Bevezetés:** A célzott terápia bevezetése előtt a metasztatikus vese carcinoma standard kezelésének a citokin terápia számított. Az IFN-alfa és interleukin-2 kezelések hatására 5–27 %-os tumorválasz alakult ki, jelentős mellékhatások árán. A kezelt betegek 5–8 %-nál lehetett elérni komplett remissziót. Ma a célzott kezelések jelentősen javítják a betegség kimenetelét, célzott kezelésekkel jelenleg a betegek 8–39 %-nál lehet elérni parciális remissziót (PR). Irodalmi esetismertetések alapján komplett remissziót (mely ritkaság), sorafenibbel vagy sunitinibbel sikerült elérni. Jelenleg nem ismert olyan biomarker, melynek segítségével sikerülne kiválasztanunk a biztosan reagáló betegeket. Arra sem lehet ma választ kapni, hogy meddig kell alkalmazni a célzott kezelést.

**Esetismertetés:** 68 éves férfi beteg köhögés miatt jelentkezett orvosánál. Kivizsgálásakor mellkas röntgenen és mellkas CT-vel is igazolt több gócu, jobb felső lebenyi elváltozást észleltek. Hasi CT a j. vese közép-alsó harmadában ventralisan egy 6x5 cm-es, körülhatárolt, kontrasztanyagot inhomogénen, mérsékelten halmozó képletet írt le. 2009. 06. 08.-án jobb oldali radikális nephrectomia történt. A szövettani vizsgálat világossejtes vesesejtes carcinomát igazolt, a mellékvesében pheochromocytomával. A betegnél szövettani lelet alapján citokin terápia terveltünk. A beteg azonban 2009. 07. 07.-én sürgősséggel Országos Kardiológiai Intézetbe került felvételre, ST elevációval járó myocardialis infarctus gyanúja miatt. Az elvégzett vizsgálatok alapján akut MI-t kizártak, angiographiával pulmonalis embolia sem igazolódott. Coronariák vizsgálata során a DA-n „pressure wire” méréssel stenosiszt igazoltak, emiatt stentelés történt. Beavatkozást követően „non oliguriás” veseelégtelenség alakult ki, mely konzervatíván kezelhető volt.

Ellenőrző sziv ultrahang vizsgálattal a bal kamra hypokineze volt kimutatható, EF: 42 % Ledált bal kamra funkció miatt szoros kardiológia ellenőrzés mellett Roferon terápiát indítottunk, melyre parciális remissziót észleltünk. 2009. decemberében a beteg további cytokin terápia felfüggesztését kérte. További ellenőrzésekor 2010 márciusában pulmonalis disszeminációt észleltünk. Ekkor történt kardiológiai kontrollvizsgálatok funkcionális értékeiben változást nem észleltek. 2012 májusában újabb ellenőrző vizsgálat történt, mely jelentős progressziót mutatott. Ebben a stádiumban cardialis státusza alapján sunitinib terápiát elvetettük, sorafenib-kezelést indítottunk csökkentett dózisban. Két ciklus után a beteg komplett remisszióba került, cardialis ellenőrzése során sem észleltek progressziót. A beteg összesen 4 ciklus kezelésben részesült, kontrollvizsgálatai során sem lokális recidiva, sem metasztázis nem igazolható. A további kezelést elutasította.

**Következtetés:** Esetünkben sorafenibbel értünk el komplett remissziót. A szükségessé váló további kezeléshez betegünk nem járult hozzá. A beteg rendszeres ellenőrzés alatt áll, egyelőre progressziót nem észlelünk. Esetünkben a gyógyszeres kezelésre adott válasz esetleges volt. Jelenleg a célzott kezelésekre biztosan reagáló esetek kiválasztására biológiai markerekkel nem rendelkezünk, jövő feladata ezen markerek meghatározása.

7

#### Veséből kiinduló choriocarcinoma, multiplex tüdő áttétekkel – Esetismertetés

<sup>1</sup>dr. Küronya Zs., <sup>1</sup>dr. Bodrogi István, <sup>2</sup>dr. Vereczkey Ildikó,

<sup>1</sup>dr. Géczy Lajos

<sup>1</sup>Országos Onkológiai Intézet C Belgyógyászati Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Országos Onkológiai Intézet Patológiai Osztály, Budapest

**Bevezetés:** A choriocarcinoma ritka malignus trophoblast tumor, melynek etiológiailag két eltérő formáját ismerjük, a gesztációt és a nem gesztációs choriocarcinomat. A nem gesztációs eredetű choriocarcinoma az ovarium germinatív sejtes (csírasejtes) tumorai közé tartozik. Az extragenitális megjelenés rendkívül ritka. Fogamzóképes korú nőknél a diagnosztika célja a tumor gesztációs vagy germinatív sejtes eredetének eldöntése, mely meghatározza a prognózt és a terápiát. Esetünkben primer vesetumor klinikai képében jelentkező choriocarcinomat észleltünk, multiplex pulmonalis metastasisokkal.

**Esetismertetés:** A 30 éves nőbeteg kórtörténetében egy éve jelentkező fulladás, fáradékonyság szerepelt. 4 napja tartó hasi fájdalom, hányinger miatt SBO-n látták el. Kivizsgálásakor (hasi uh, hasi CT) a bal vese középső és alsó harmadában 66x59x74 mm-es terimét verifikáltak, v. renalis thrombussal. Mellkas CT mk. tüdőfél lebenyeiben 2–10 mm átmérőjű kerekded góccokat mutatott.

A beteg 2009. 07. 06-án bal oldali radikális nephrectomián esett át. A szövettan grade 2-es chromophob vesesejtes carcinomat igazolt. Metastaticus vesedaganat további ellátására irányították intézetünkbe. Szövettani metszeteinek felülvizsgálata során, patológus konziliárius egyértelműen choriocarcinomat véleményezett. Ezt igazolta az extrém magas értékű szérum

beta HCG szint is (44114 mU/ml). Gyógykezelését felülvizsgálva, BEP-protokoll mellett döntöttünk. Az első kemoterápiás kezelést követően HCG értéke már jelentősen csökkent, második ciklus után normalizálódott. Összesen 4 ciklus kemoterápiás kezelést kapott. A 4. kezelés után történt kontroll mellkas-CT komplett regressziót igazolt.

**Következtetés:** Az extragonadalis, nem gesztációs choriocarcinoma előfordulása rendkívül ritka. Az irodalomban közölt esetekben, a primer tumor elsősorban a középvonalbeli képletekből indul ki. (mediastinum, retroperitoneum, tobozmirigy) Betegünk anamnézisében 3 szülés szerepel. Utolsó szülése 2 évvel előzte meg betegségét. Részletes kivizsgálást követően extragenitális csírasejtes tumorként indítottuk el a beteg kezelését. Ennek megfelelően a beteg komplett remisszióba került, rendszeres ellenőrzés alatt áll. Kórtörténetének kedvező alakulásában a korrekt patológiai diagnózisnak kulcsszerepe van. Esetünk is igazolja, a klinikus és patológus szoros együttműködésének fontosságát.

8

#### Világossejtes veserák másodvonalbeli sunitinib terápiájának eredményessége áttétes rectum tumor kezelésében –

##### Esetismertetés

dr. Maráz A., dr. Tiszlavicz L., dr. Cserháti A., dr. Kahán Zs.

Szegedi Tudományegyetem, Onkoterápiás Klinika és Patológiai Intézet, Szeged

Világossejtes veserák (pT1b, Nx Fuhrmann grade III, mikroszkópikus érinvázió) miatt nefrektomizált 67 éves férfi protokoll szerinti követését végeztük 3 éven át. Mediastinalis nyirokcsomó áttét és lokális recidiva igazolódott a CT felvételeken 2009 májusában. Elsővonalas kezelésként, az akkori hazai terápiás lehetőségek alapján interferon-alpha kezelés indult. A cytokin terápia mellett grade 2 thrombocytopenia és grade 3 hepatotoxicitás alakult ki. A 3 hónapos kontroll képalkotók progressziót mutattak.

Másodvonalban sunitinib-terápia indult 2009 októberében (50 mg 4/2 ciklusban). Az első 2 ciklus után részleges remisszió alakult ki, de dózisredukció (37,5 mg) volt szükséges hematológiai mellékhatások miatt. Ezt követően 15 hónapon át stabil betegség mutatkozott, következő dóziscsökkenés (25 mg) 6 ciklus után, ismételt grade 3 hematológiai mellékhatás miatt történt. A teljes sunitinib terápia 18 hónapig tartott. Képpalkotó kontroll 12 ciklus után mutatott mediastinalis és locoregionalis progressziót.

A sunitinib-terápia felfüggesztése után grade 3 hasmenés jelentkezett. Colonoscopia második primer daganatként rectum tumort (10–14 cm) igazolt, mely miatt rövid preoperatív sugárkezelés után reszekció történt (pT3 N2 grade3 VEGFR 3+ rectum adenocarcinoma). Ezután végzett mediastinalis nyirokcsomó biopszia a rectum tumor áttétét véleményezte. A CT képeket retrospektíven értékelve, korábban lokális recidivaként leírt konglomerátum is a rectum tumor retroperitonealis nyirokcsomó áttétének bizonyult.

Jelenleg a beteg colorectalis protokoll szerinti kemoterápiás kezelésben részesül.



Esetünk tanulsága kettős. Klinikailag egyértelműnek tűnő áttétes daganat esetén is célszerű az onkológiai kezelés megkezdése előtt hisztológiai verifikáció elvégzése az áttétből. Esetünk alapján a sunitinib monoterápia potenciális hatékonyságot mutat áttétes rectum tumor elsővonalas kezelésében, bár a valós klinikai eredményesség meghatározásához prospektív fázis 2–3 vizsgálatok szükségesek.

9

### A CT vizsgálat korlátai és előnyei két „atípusos” onkológiai eset kapcsán, az uro-radiológiai konzultáció jelentősége

<sup>1</sup>Melcher B., <sup>2</sup>Bata P., <sup>1</sup>Nyirády P., <sup>1</sup>Szűcs M., <sup>1</sup>Szendrói A., <sup>1</sup>Romics I.

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

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A korai stádiumú veserákok sikeres diagnózisának alapvető feltétele a megfelelő vizsgálati technika alkalmazása, vagyis háromfázisú vizsgálatokat végzünk MDCT géppel, kontrasztanyag beadása mellett. A megfelelő detektálás segítséget nyújthat a nehéz differenciál diagnosztikai problémát jelentő intrarenalis, 3 cm alatti vagy atípusos morfológiát mutató elváltozások esetén. **Esetismertetés:** Két tanúságos esetet ismertetünk előadásunkban. Mindkét esetben hydronephroticus, afunkciós vese miatt vált szükségessé műtét. A nephrectomia előtt készült CT-vizsgálat tumort az érintett vesékben egyértelműen nem mutatott ki, azonban a patológiai vizsgálat mindkét esetben intrarenalis daganatot igazolt. Eseteinkben radiológiai diagnosztikai akadályként az atípusos kontraszthalmozás, illetve a nem megfelelő technikával végzett vizsgálat igazolódott.

**Következtetések:** A vesefolyamatok pontos diagnózisához mindig elengedhetetlen a megfelelő vizsgálati technika alkalmazása. Azonban még ennek ellenére is a kontrasztanyag halmozásának hiánya és atípusos volta vagy a csökkent vesefunkció, valamint az intrarenalis lokalizáció együttes előfordulása a vizsgálatot oly mértékben korlátozhatja, hogy diagnosztikus értéke igen alacsony maradhat. Ezen technikai akadályok miatt válik igen fontossá a klinikus és a diagnosztika közti konzultáció, a vizsgálat együttes tervezése és az eredmények közös értékelése, a csapatmunka, mely igazán hatékonyá teszi a diagnózis meghozatalának és a gyógyításnak a folyamatát a beteg érdekében.

10

### Jó anamnézis – fél diagnózis

<sup>1</sup>dr. Moldvay J., <sup>2</sup>dr. Pápay J., <sup>3</sup>dr. Szűcs M.

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet,

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

A 68 éves, nemdohányzó fogtechnikus anamnézisében T2a-N0-M0, grade III vesesejtes carcinoma miatti jobb oldali transzparietalis nephrectomia szerepel.

Az egy hónappal később készült mellkas CT-n felső lebenyi túlsúllyal multiplex, néhány mm-es góccokat, valamint mediastinalis és hilaris lymphadenopathiát írtak le. Ennek alapján multiplex pulmonalis metastasist véleményeztek és felvetették lymphangiitis carcinomatosa gyanúját. A tünet- és panaszmentes betegnél pulmonológiai konziliumot követően – különös tekintettel a foglalkozására, a vesetumor patológiai stádiumára, valamint a tüdőben észlelt góccok elváltozások radiomorphológiájára – bronchoscopos tüdőbiopszia történt. A szövettani vizsgálat nem-nekrotizáló granulomatosus léziót igazolt, amelynek háttérében foglalkozási ártalom gyanúja merül fel. Esetünk jól példázza egyes disszeminált tüdőelváltozások szövettani verifikálásának szükségességét.

11

### Case surfing – Esetről esetre

Prof. dr. Romics I.

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

Tankönyvek és a betegek ismerete szerint is alacsony PSA-koncentráció rák ellen szól, a magas szint tumorra utal. Számos esetben egyik állítás sem igaz; mint eseteink igazolják.

Diagnosztikus nehézséget okoznak a PSA variációk, biopsziás technikák és a szövettani értékelés.

A betegkövetésben is számos meglepetés érhet. Multiplex csontmetasztasisal 5 vagy akár 12 éves túlélés. PSA recidíva radikális prostatectomia után 8–10 évvel létező gyakorlat, csak éppen a magyarázat nem ismert.

Nem csak a medicinában általában, de az uroonkológiában sem mindig 4 a 2x2.

12

### Tíz éves túlélést mutató áttétes vesedaganat esete

dr. Szabó B., dr. Szendrói A., dr. Szűcs M., dr. Romics I.

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

**Bevezetés:** A veserákok kuratív kezelését a daganat sebészi eltávolítása jelenti. A kemoterápia csak palliatív, a progressziót lassító kezelésként alkalmazható. A korábbi immuno-kemoterápiás kezelésekkhez képest jobb eredmények és kedvezőbb mellékhatások várhatók a tyrozinkináz-gátlók bevezetésétől, azonban hosszú távú eredményeink még nem állnak rendelkezésre. Esetünkben a daganat felfedezését követő 10 éves túlélésről számolhatunk be. **Esetbemutató:** P. J. 54 éves férfi beteg jobb veséjének tényleges folyamatát rutin hasi UH során észlelték 10 évvel ezelőtt. A CT-vizsgálat extrém kiterjedésű, a vena cava inferior-t és aortát is érintő nyirokcsomó metastasisokat ábrázolt. A beteget klinikánkra irányították, ahol jobb oldali radikális nephrectomiát végeztünk, eltávolítva a vesét és a paraaortális nyirokcsomó konglomerátumokat. Szövettani vizsgálat világossejtes veserákot igazolt, pT3N1M0 stádiumban. Posztoperatív időszakban kombinált immuno-

kemoterápiában részesült. A műtét után 2 évvel pulmonalis progresszió jeleit tapasztalták kontroll mellkas-RTG felvételen, melyet bronchoscopiával igazoltak. Ezt követően a beteg sunitinib kezelésben részesül, metastasiainak teljes regresszióját észleljük 6 éve.

**Következtetés:** Az áttétes vesesejtes rák kezelése az utóbbi évtizedek vívmányainak köszönhetően sokat fejlődött. Az ebben az esetben tapasztalt, kifejezetten hosszú túlélés és a kezelésekre adott jelentős tumorregresszió azonban nagyon ritka. Egyelőre nem ismertek azok a tényezők, melyek a gyógyszeres kezelésre adott daganatválaszt előre jeleznék.

13

### Felfüggeszthető-e a célzott daganatgátló kezelés komplett remisszió esetén? – Kontra

<sup>1</sup>dr. Szűcs M., <sup>2</sup>dr. Bata P., <sup>1</sup>dr. Mavrogenis S., <sup>1</sup>dr. Riesz P., <sup>1</sup>dr. Bécsi Á., <sup>3</sup>dr. Kapi Zs., <sup>1</sup>dr. Romics I.

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápia Klinika, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

**Bevezetés:** Az áttétes vesedaganatok célzott daganatgátló kezelésnek eredményeként csupán néhány százalékra tehetően, de örömdetesen egyre gyakrabban láthatunk képalkotóval igazolt teljes tumoros regressziót. Felfüggeszthető-e ekkor a kezelés? Milyen felbontású képalkotó által véleményezett teljes daganatmentesség esetén fontoljuk meg ezt a lépést? Szerepe lehet-e döntésünkben a kezelés mellékhatásainak az életminőséget is rontó megléte és/ vagy ezzel kapcsolatban a beteg döntése? Van-e létjogosultsága ekkor a kezelés újratekintésének?

Tényleges veszély-e a terápia elhagyását követő agresszív daganatos progresszió?

**Anyag és módszer:** Bemutatott két betegünk tanúsága kapcsán válaszunk egyértelmű nem, a kezelés felfüggesztése veszélyes, az ezután fellépő progresszió gyors és végzetes lehet. A kezelést megszakítását mindkét esetben a képalkotókkal felvetett teljes regresszió, és kezelés mellékhatásai miatt a beteg kérésére történt.

Csak az egyik betegünknel van eddig adat arra, hogy a terápia újraindítása ismét hatásos volt.

**Összefoglalás:** A korszerű képalkotó vizsgálatok sem minden esetben alkalmasak a teljes daganat regresszió megítéléséhez. Az áttétes vesedaganat letális betegség, a kezelés felfüggesztését követő tumoros flare up jelenség veszélye olyan mértékű, hogy a célzott daganatgátló kezelést az irodalomban is folyamatos adagolással ajánlják.

14

### Gondolatok és tapasztalatok a prosztatarak kórismézéséről

dr. Varga I.

Szakorvosi Rendelőintézet Urológia, Dunakeszi

A közelmúlt éveinek változásai a prosztatarak diagnosztikában, az orvos technológiában, műtéttechnikákban, valamint a gyógyszeres és onkológiai lehetőségek kiszélesedésében átértékelésre készítik az ambuláns urológiai gyakorlatot a szakellátás alap szintjén az 50 év feletti férfiak folyamatos szűrésé kapcsán. Kellő kritikával kezelendők azok a külföldi vélemények, melyek tagadják a szűrés fontosságát és a megszívlelendő tanulságok levonásával a hazai viszonyok között azok átértékelése javasolt. A prosztatara pozitív tapintási lelete, a magas PSA-érték és a pozitív hisztológia biztonságán kívül sokszor a kevésbé egyértelmű esetekben a lehető legkorábbi véleményalkotás igénye szükségelteti többször a szakorvos részéről a korábbi évek rutinját, szakmai megérzéseit is, mint nehezen meghatározható – nehezen standardizálható – segítő kelléket. Cél a lehető legkorábbi stádiumában kiszűrni a prosztatara daganatos eseteket, ezáltal csökkentve az előrehaladott állapotban élénk kerülők arányát! Mindez nem csupán emberi, szakmai, hanem finanszírozói érdek is egyben. A kiszűrt esetek komplex ellátása szükségelteti esetenként több intézmény korrekt szakmai együttműködését is. A szűrési feladat kiemelt és nélkülözhetetlen része az a speciális kommunikációs technika, mely eredményeként a beteg a saját sorsáért aggódva, a szükséges kontrollokon megjelenjen és cél az is, hogy a bizonytalan situációkban is a végleges eredményhez jutásig sikerüljön betegeinket segítő partnerre tenni. A komplex változások kapcsán valószínűsíthető az a jövőkép, mikor a prosztatarak korábbi felismerésével és személyre szabott terápiájával még biztonságosabban befolyásolhatóak betegeink életkilátásai.



# AFINITOR<sup>®</sup>

(everolimusz) tabletta

## Új pálya új esély\*

**Előrehaladott vesesejtes carcinómában szenvedő betegeknek, akiknek betegsége VEGF\*\* ellenes – TKI\*\*\* kezelés mellett vagy azt követően progressziált.†**

**Rövidített alkalmazási előírás:** Afinitor 5 mg tabletta; Afinitor 10 mg tabletta (Novartis)

ATC: L01XE10

**Hatóanyag:** 5 mg everolimusz tablettánként; 10 mg everolimusz tablettánként. **Terápiás javallatok:** Pancreas eredetű neuroendokrin tumorok: Az Afinitor az inoperábilis vagy metasztatikus, jól vagy közepesen differenciált, pancreas eredetű neuroendokrin tumorok kezelésére javallt, progresszív betegségben szenvedő felnőttekben. Vesesejtes carcinoma: Az Afinitor az olyan, előrehaladott vesesejtes carcinómában szenvedő betegek kezelésére javallt, akiknek a betegsége a VEGF (vascularis endothelialis növekedési faktor-vascular endothelial growth factor) ellenes kezelés mellett vagy azt követően progressziált. **Adagolás:** A javasolt adag naponta egyszer 10 mg everolimusz szájon át minden nap ugyanabban az időpontban, következetesen étkezéssel együtt vagy attól függetlenül, egészben. Ha a dózis csökkentésére van szükség, akkor a javasolt adag napi 5 mg. Közepes fokú májkárosodásban szenvedő betegeknek (Child Pugh B stádium) az adagot napi 5 mg-ra kell csökkenteni. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, egyéb rapamicin származékkal vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Nemkívánatos mellékhatások Nagyon gyakori:** Fertőzések, anaemia, thrombocytopenia, hyperglykaemia, hypercholesterinaemia, hypertriglyceridaemia, étvágytalanság, dysgeusia, fejfájás, pneumonitis, dyspnoe, epistaxis, köhögés, stomatitis, hasmenés, nyálkahártya gyulladás, hányás, hányinger, bőrkülés, száraz bőr, pruritus, körömbetegség, fáradtság, gyengeség, perifériás oedema, láz, testsúlycsökkenés. **Gyakori:** Leukopenia, lymphopenia, neutropenia, diabetes mellitus, hypophosphataemia, hypokalaemia, hyperlipidaemia, hypocalcaemia, dehydratio, insomnia, conjunctivitis, szemhéj-oedema, hypertonia, vérzés, tüdőembolia, haemoptysis, szájszárazság, hasi fájdalom, szájüregi fájdalom, dysphagia, dyspepsia, emelkedett alanin aminoszterázszint, emelkedett aszpartát aminoszterázszint, kéz láb szindróma, erythema, bőrhámítás, dermatitis acneliformis, onychoclasia, bőrelváltozás, enyhe alopecia, arthralgia, emelkedett kreatininszint, veseelégtelenség (beleértve az akut veseelégtelenséget), proteinuria. **Nem gyakori:** Tiszta vörösvértest aplasia, pangásos szívelégtelenség, mélyvénás thrombosis, akut respiratoricus distress szindróma, angiooedema. **Gyakoriság nem ismert:** vérzések. A fertőzéseknek egy része súlyos (pl. légzési- vagy májelégtelenséghez vezető) és alkalmanként halálos volt. Az Afinitor összefüggésbe hozták a hepatitis B reaktiválódásának súlyos, köztük halálos kimenetelű eseteivel. **Nem fertőzőes eredetű pneumonitis (beleértve az intersticiális tüdőbetegséget)** esetek némelyike súlyos volt, és ritkán végzetes kimenetelt észleltek. **Veseelégtelenség** eseteit (beleértve az akut veseelégtelenséget) észlelték Afinitorral kezelt betegekben, néha halálos kimenettel. **Figyelmeztetés:** A nem fertőzőes eredetű pneumonitisre kell gondolni és radiológiai vizsgálatot kell végezni azoknál a betegeknek, akiknél pl. hypoxia, pleurális folyadékgyülem, köhögés vagy dyspnoe jelentkezik és a fertőzőes, neoplasticus és egyéb okokat kizárták. A betegeknek el kell mondani, hogy azonnal számoljanak be minden új vagy súlyosbodó légúti tünetről. **Fertőzések:** Az Afinitor immunosuppresszív tulajdonságokkal rendelkezik és a betegeket fogékonytá teheti a fertőzésekkel, különösen az opportunista patogénekekkel szemben. Ha invazív szisztémás gombafertőzést diagnosztizálnak, akkor az Afinitor azonnal abba kell hagyni, és a beteget gombaellenes kezelésben kell részesíteni. **Túlérzékenységi reakciók:** Anaphylaxia, dyspnoe, mellkasi fájdalom vagy angiooedema jelentkezhet. **Szűfékelyek:** Stomatitist és orális mucosistit észleltek ilyen esetekben lokális kezelés javasolt. **Veseelégtelenség esetei:** A beteg vesefunkcióját rendszeresen ellenőrizni kell, főként egyéb rizikófaktorok jelenléte esetén. **Laboratóriumi vizsgálatok és monitorozás:** Az Afinitor kezelés megkezdése előtt, majd azt követően rendszeresen a veseműködés, az éhomi vércukorszint és a teljes vérékép ellenőrzése javasolt. Az Afinitor kezelés elkezdése előtt a betegnek optimálisan beállított vércukorszintet kell elérni. **Májkárosodás:** Az Afinitor súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknek (Child Pugh C stádium) nem szabad alkalmazni. **Vakcinációk:** Az Afinitor kezelés alatt az élő vakcinák alkalmazását kerülni kell. **Sebgyógyulási zavarok:** Csökkenhet a sebgyógyulási képesség, ezért az Afinitor perioperatív időszakban történő alkalmazásakor óvatosság ajánlott. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Az everolimusz felszívódását és azt követő eliminációját befolyásolhatják azok a készítmények, amelyek hatnak a CYP3A4-re és/vagy a PgP-re. **Terhesség, szoptatás:** Az Afinitor terhesség alatti és fogamzásgátlást nem alkalmazó, fogamzóképes nőknek történő alkalmazása nem javasolt. Fogamzóképes nőknek hatékony fogamzásgátlást kell alkalmazniuk. Az Afinitor szedő nők nem szoptathatnak. **Forgalomba hozatali engedélyének jogosultja:** Novartis Europharm Limited, Wimblerhurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Nagy Británia **Helyi képviselő:** Novartis Hungaria Kft. (Pharma részleg), Budapest. Tel: (06-1)-457-500. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!** Az alkalmazási előírás dátuma: 2011. november 22.

EU forgalomba hozatali engedély számok	Gyógyszernév	Kiszerezés	ATC-kód	Fogyasztói ár bruttó
EU/1/09/538	Afinitor 5 mg tabletta	30 ; 60 vagy 90 tabletta	L01XE10	† Ft
EU/1/09/538	Afinitor 10 mg tabletta	30 ; 60 vagy 90 tabletta	L01XE10	† Ft

† A termék társadalombiztosítási támogatásba való befogadása folyamatban van. (2012. április 3-án hatályos adat).


Az időközben bekövetkezett változásokról információt talál a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) oldalon.

\* logo hivatkozása: Jean-Jacques Patard. Treatment Algorithms in Metastatic Renal Cell Carcinoma, Including the Potential Role of the Novel Oral Mammalian Target of Rapamycin Inhibitor Everolimus. EUSUP-548; No of Pages 6

\*\* VEGF – vascularis endothelialis növekedési faktor

\*\*\* TKI – tirozin kináz inhibitor

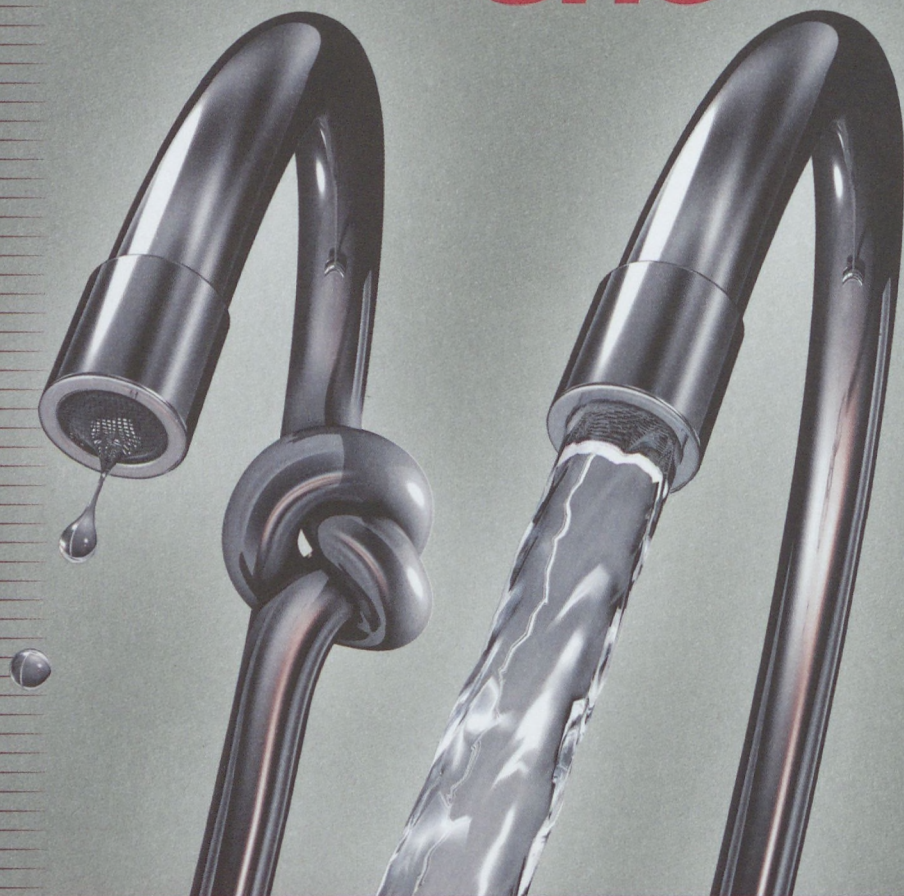
1. Afinitor tabletta alkalmazási előírása (2011 november 22.)

 **NOVARTIS**  
ONKOLÓGIA

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

# Prostamol®

## UNO



## Megkönnyíti folyó ügyeit!

- *Összetett hatás (gyulladásgátló, ödémcsökkentő, 5 $\alpha$ -reduktáz gátló hatás)*
- *Tamsulosinnal és finasteriddel egyenértékűnek tekinthető hatás<sup>1</sup>*
- *Klinikailag bizonyított*

Prostamol® uno 320 mg lágy kapszula rövidített alkalmazási előírás

**Összetétel:** 320 mg szabalpálma természetes kivonata kapszulánként. **Javallatok:** A vizeletürítési nehézségek tüneti kezelésére a benignus prosztata hyperplasia Alken szerint I. és II. stádiumában. **Adagolás:** Naponta 1 kapszula, amit étkezés után, egészben, kellő mennyiségű folyadékkal, mindig ugyanabban az időben kell bevenni. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagára, a Kosnili vörös A (E 124) színezékre, illetve bármely összetevőre való túlérzékenység. **Nemkívánatos hatások:** Ritkán hasi diszkomfort érzés, hányinger, hasmenés előfordulhat. A Kosnili vörös A színezék okozhat túlérzékenységi (allergiás) reakciókat. **Farmakodinámiai sajátosságok:** A dihidrotesztoszteron (DHT) fokozott termelődése vezető helyen szerepel a benignus prosztata hyperplasia etiológiájában. A DHT a citoplazma androgén receptoraihoz kötődve serkenti a prosztata növekedését. A DHT az 5- $\alpha$ -reduktáz enzim hatására a tesztoszteronból keletkezik. A szabalpálma (Serenoa repens) természetes kivonatának antiandrogén hatást tulajdonítanak. Gátolja a DHT receptorokhoz való kötődését, valamint az 5- $\alpha$ -reduktáz hatását. A kivonatnak a prosztata megnagyobbodását gátló további hatásai: a prolaktin receptorhoz való kötődésének, valamint jelátviteli folyamatoknak a gátlása, gyulladásgátló hatás az 5-lipoxigenáz gátlásán keresztül, a prosztata epithelium proliferációjának gátlása, ödémcsökkentő hatás. **Kiadhatóság:** Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! OGYI-T-7184/01-03 Alkalmazási előírás dátuma 2010.02.17. Ártalmogatásban nem részesül. A dokumentum lezárásának dátuma: 2012. január 30. 1. EAU Guidelines on the Treatment of Non-neurogenic Male LUTS, 2011



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.  
2040 Budaörs, Neumann János u. 1.  
Tel.: +3623/501-301