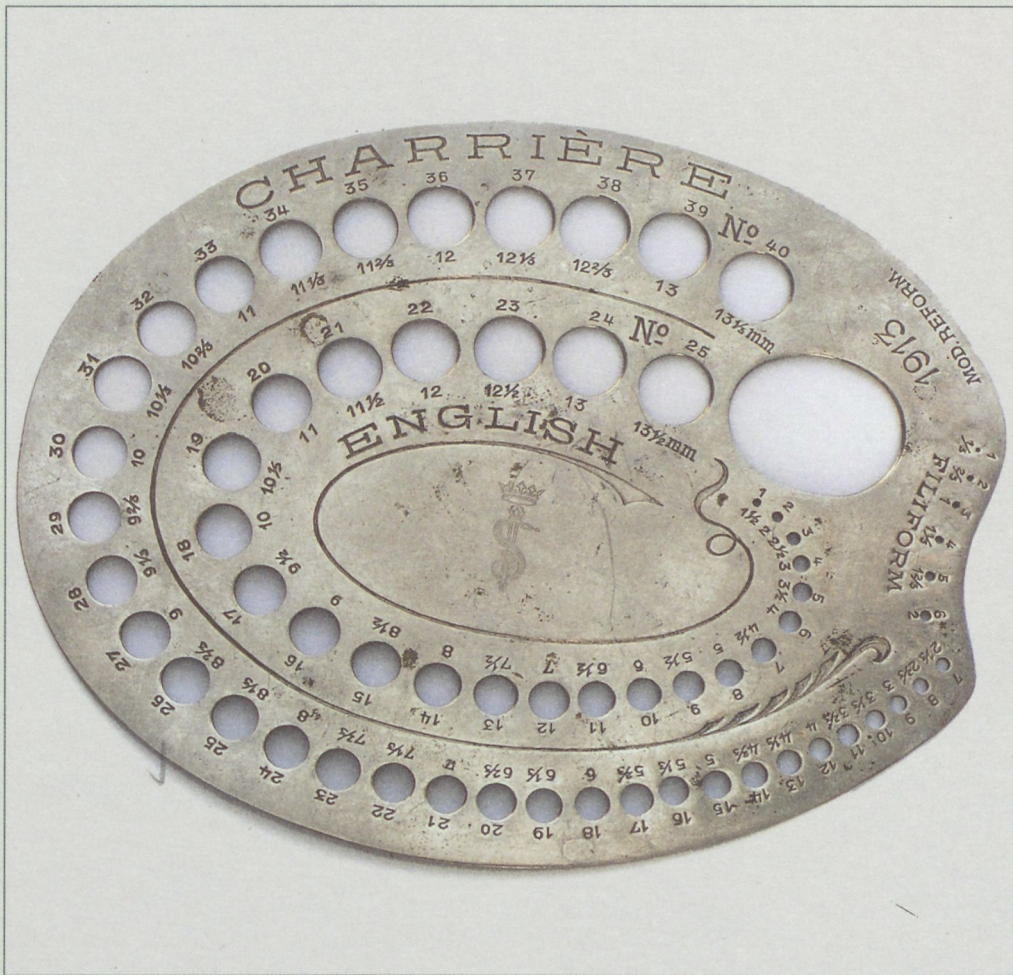


# UROLOGIA

# 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 kapszulánként. **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:** Felőlték (beleértve az időskorúakat is): A Duodart ajánlott adagja napi egy kapszula (0,5 mg/0,4 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. **Ellenjavallatok:** nőknek, gyermekeknek és serdülőkorúaknak, dutasteriddal, egyéb 5-alfa-reduktáz gátlókkal, tamszulozinnal (ideértve a tamszulozin-okozta angioedémát is) vagy a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység esetén, ha az anamnézisében előfordult orthostaticus hypotonia, súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél. **Különleges figyelmeztetések:** A kombinációs terápia a mellékhatás-kockázat (beleértve a szívelégtelenséget) potenciális emelkedése miatt a kockázat-előny körütekintő mérlegelése és az alternatív kezelési lehetőségek, köztük a monoterápiák számbavetele után rendelhető. A Duodart-ot kapó betegeknél 6 hónappal a Duodart-kezelés kezdetét követően új PSA alapértéket kell megállapítani. Ezt követően ajánlott a PSA értékek rendszeres ellenőrzése. A PSA érték Duodart-kezelés során bekövetkező bármilyen igazolt megemelkedése a legalacsonyabb szinthez képest prosztatarákok (különösen előrehaladott prosztatarákok) jelezhet vagy a Duodart kezeléssel kapcsolatos non-compliance-re utalhat. Egy fokozott prosztatarák-kockázatú férfiak körében végzett klinikai vizsgálat (a REDUCE vizsgálat) a 8-10 Gleason pontszámú prosztatarák nagyobb incidenciáját mutatta a dutasterid és a 8-10 Gleason pontszámú prosztatarák közötti kapcsolat nem világos. A Duodart-ot szedő férfiaknál a prosztatarák kockázatának rendszeres értékelése szükséges, beleértve

a PSA-vizsgálatot. Súlyos veseelégtelenségben (kreatinin-clearance kevesebb, mint 10 ml/perc) szenvedő betegek kezelését körültekintően kell elkezdni, mivel ilyen betegeknél nem történtek vizsgálatok. Duodartkezelést elkezdő betegeket figyelmeztetni kell, hogy az ortosztaticus hypotonia első jeleinek (szédülés, gyengeség) észlelésekor üljenek le vagy feküdjenek le, amíg a tünetek el nem múlnak. Ezért a Duodartkezelés megkezdése nem ajánlott azon betegeknél, akiknél szürkehályog műtétet terveznek. Hasznosnak bizonyulhat a tamszulozin felfüggesztése 12 héttel a szürkehályog műtét előtt. A dutasterid a bőrön keresztül felszívódik. A Duodartot nem vizsgálták májbetegségben szenvedő betegeknél. Enyhe vagy közepesen súlyos májkárosodás esetén a Duodart alkalmazásakor óvatossággal kell eljárni. A dutasteridet klinikai vizsgálatokban, valamint a forgalomba hozatalt követő időszakban szedő férfiak körében emlőrákot jelentettek. Az orvosoknak arra kell utasítaniuk betegeiket, hogy azonnal jelezzék, ha bármilyen változást tapasztalnak (pl. csomókat vagy a mellbimbó váladékozását) a mellszövetekben. Jelenleg nem tisztázott, hogy van-e ok-okozati kapcsolat a férfi emlőrák és a dutasterid hosszú időtartamú alkalmazása között. **Gyógyszerköcsönhatások:** A Duodarttal nem végeztek interakciós vizsgálatokat. A dutasterid főleg metabolizmus révén eliminálódik. 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 dutasterid nincs hatással sem a warfarin, sem a digoxin farmakokinetikájára. Dutasterid/tamszulozin nem alkalmazható más alfa-1-adrenerg blokkolókkal együtt. Körültekintően kell eljárni, ha dutasterid/tamszulozint cimetidinnel adnak együtt. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** impotencia, megváltozott libido, ejakulációs zavarok, emlő rendellenességek, szédülés. Nem gyakori: alopecia (főként a testszőrzet hullása), hypertrichosis. A REDUCE vizsgálat kimutatta, hogy a dutasteriddal kezelt férfiaknál a placebo csoporttal szemben nagyobb volt a 8-10 Gleason pontszámú prosztatarák incidenciája. Nem állapították meg, hogy a dutasterid prosztata-térfogatot csökkentő hatása vagy más vizsgálatl kapcsolatos tényezők befolyásolták-e vizsgálat eredményeit.

A szövegellenőrzés dátuma: 2012. 03. 18.

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

**TB támogatás, ár:**

	Bruttó fogy. ár	Normatív támogatás (25%)	
		OEP támogatás mértéke	Beteg térítési díja
Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 30x	7.433 Ft	1.159 Ft	<b>6.274 Ft</b>
Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 90x	20.219 Ft	3.478 Ft	<b>16.741 Ft</b>

www.oep.hu – 2012. augusztus 1-től

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

Amennyiben termékünk alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a Hungary.PH\_Safety@gsk.com e-mail címen vagy a +36/1-22-55-300 telefonszámon!

Az anyag felülvizsgálatának dátuma: 2013. 08. 09.

**Referencia:**

1. Roehrborn CG et al. Eur Urol 2010; 57: 123-131.
2. Duodart alkalmazási előírás 2012. 03. 18.

# 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, Géczy 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**

*Képalkotó 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	49
Bevezető	52
110 éve született Babics Antal professzor	53
Dr. Minder Gyula professzor (1895 – 1982)	54
<b>Retroperitonealis fibrosis kapcsán kialakult ureterszűkület megoldása jejunummal történő bélpótlással</b> Retroperitoneal fibrosis associated ureteral-stenosis solving with jejunal ureteral substitution <i>Járomi Péter dr, Pap-Szekeres József dr, Kraszkó Károly dr, Szabó Zoltán dr</i>	57
<b>Sikerkes kezelés multi-tirozinkináz-gátlóval világossejtes veserákban, izolált központi idegrendszeri áttét esetén</b> Successful management with multi-tyrosine kinase inhibitor in renal cell kidney cancer, in case of central nervous system metastases <i>Solymosi Tibor dr, Kerekes Mária dr, Wijesinghe Ivor dr, Bakó Barnabás dr, Dombovári Gergely dr, Riesz Péter dr</i>	60
<b>Neuroendocrin prostatarákok típusai és klinikopatológiai tulajdonságai</b> The types and clinicopathological features of Neuroendocrin Prostate Cancers <i>Romics Miklós</i>	63
<b>Retroperitoneális tumor terhességben</b> Retroperitoneal tumor during pregnancy <i>Berczi Csaba dr, Osváth Péter dr, Tóth Árpád dr, Flaskó Tibor dr</i>	68
Hírek	71

**Címlap:** Katétervastagság-mérő a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának gyűjteményéből.

3 havonta

1x

**Zoladex**<sup>®</sup>  
goszerelin

10,8 mg

**3 havi depot készítmény**



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

**Hatóanyag:** 10,8 mg goszerelin (goszerelin-acetát formájában). **Terápiás javallat:** Hormonális kezelésre reagáló prosztatacarcinóma. 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, potenciáscsökkenés. Gyakori: emlőduzzanat, az injekció beadásának helyén fellépő reakciók (pl. bőrpír, fájdalom, duzzanat, vérzés), bőrképződés, csontfájdalom, a csontok ásványianyag sűrűségének csökkenése, a glükóz tolerancia csökkenése, paraesthesia, spinális kompresszió, vérnyomás ingadozás, testtömeg-növekedés, szívelégtelenség, myocardialis infarctus, hangulatváltozások, depresszió. **Osztályozás:** II./2 csoport. Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz)

Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! (2012. 06. 20.) OGYI-T-1976/02

**Ár:** Zoladex depot 10,8 mg implantátum fogy. ár: 105 710 Ft; 100% 8h SZ; TB támogatás: 105 410 Ft, térítési díj: 300Ft. Az időközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdőlap/gyógyszer) érhetőek el.

FEZ101004U20120817\_Leszűrés dátuma: 2012.08.17.

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

*Kedves Kolléganő/Úr!*



*A IX. évfolyam 3. számában egy bravúros műtéti megoldás ismertetését olvashatjuk. A terhesség idején kórismézett retroperitoneális daganat önmagában is ijesztő, kezelése nemes feladat.*

*A neuroendokrin prosztata daganat ritka betegség, és ha ritkán találkozunk vele, nemigen tudjuk „mit kezdjünk vele”. Az irodalmi összefoglaló időszerű.*

*Babics professzor 110 éve született! A megemlékezést együtt olvashatjuk a Minder Gyuláról írt összefoglalóval.*

*dr. Romics Imre*

## 110 éve született Babics Antal professor



*Babics Antal* professor 1902. augusztus 4-én született Veszprém megyében, Lovászpatonán a falusi pékmester nyolcadik gyermekeként. A győri Bencés Gimnáziumban kitűnő eredménnyel érettségizett. Már tizenévesen elhatározta, hogy mindenféleképpen

orvos lesz, ideálja a falusi körzeti orvos volt.

Egyetemistaként családi segítséggel a Ráday utcai Szent Imre Kollégiumban lakott ingyenesen. Általános orvosi diplomája megszerzése után bátyja – aki katolikus pap volt Kaposváron – segítségével externistaként a kaposvári kórházba került.

*Illyés Géza* professor mellett szeretett volna dolgozni, akinek medikusként hallgatta az előadásait.

1929 áprilisában Budapestre utazott egy kedves ismerőse ajánló névjegyével, bekopogott *Illyés Géza* professor Pajor Szanatóriumában lévő magánrendelőjébe. Október 1-én *Illyés* professor felvette externistának. 1930 őszén díjtalan gyakorlonoki kinevezést kapott. 1935-ben díjas tanársegéd lett az Urológiai Klinikán. 1936 szeptemberétől 1 éves ösztöndíjjal Berlinbe utazott, a Kollégium Hungaricumában lakott, 1937 végén érkezett haza. 1938 januárjában adjunktusi kinevezésben részesült. 1940-ben, 38 évesen lett magántanár. *Illyés* professor 1941-ben ment nyugdíjba. 1943 novemberéig *Babics Antal* lett a klinika megbízott vezetője. 1943-ban – bár *Illyés Babics* professzort szerette volna utódjául a klinika igazgatóprofesszori állására – *Minder Gyula* nyert kinevezést. *Minder* a Szent János kórházból érkezett. *Minder* professor 1944 augusztusában elhagyta az országot.

1943 februárjában *Babics Antal*t tartalékos századosként helyezték a 10. Helyőrségi Kórház Urológiai Osztályára, mint osztályvezetőt. Egyszerre dolgozott a katonakórházban, és a Fásor Szanatóriumában. *Minder* professor kinevezésekor elhagyta az Urológiai Klinikát és *Ádám* professor Sebészeti Klinikáján kapott fizetés nélküli klinikusi állást.

*Babics* professzort 1946. február 6-tal nevezték ki a budapesti Urológiai Klinika igazgató tanárává. 1946. április közepén már 52 ágygal működött a klinika. 1948-ban a budapesti egyetemen az urológia kötelező tantárggyá vált.

Az 1950-es években tisztázták a vese nyirokkeringését és a veseelzáródással járó nyirokkeringés patomechanizmusát.

*Babics* professor közel 10 évig volt elnöke a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztályának. Számos hazai és külföldi tudományos társaságnak, köztük a németnek és osztráknak, valamint szakmai folyóiratok szerkesztőbizottságának volt tagja. 1966 és 1978 között vezetőségi tagja volt a Nemzetközi Urológus Társaságnak (SIU). Tankönyvei két évtizeden keresztül számos kiadást mértek. Kilenc monográfiát, számos könyvfejezetet, valamint több mint 200 tudományos közleményt írt. Kétszer volt dékán, kétszer elnöke az Orvos Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének. Tagja volt a TMB-nek, az Országos Közegészségügyi Tanácsnak. Két ciklusban országgyűlési képviselő is volt. A Kútvölgyi úti Állami Kórháznak is volt igazgatója, társelnöke az Autóklubnak, elnöke az Urológiai Társaságnak. Mindemellett közel 20 000 műtétet végzett.

Emberi tulajdonságai közé tartozott mestere, *Illyés* professor iránti őszinte és mély szeretete, tisztelete és ragaszkodása *Illyés* 1951-ben bekövetkezett haláláig. Tőle tanultuk mi is az elődök emlékének ápolását.

Számos magyar kitüntetést kapott, köztük a Kossuth-díjat 1951-ben.

1956-ban a forradalmi kormány egészségügyi minisztere volt. A *Babics*-iskola neveltjei közül sok nagydoktor, kandidátus került ki. Tanítványai közül 4 tanszékvezetői egyetemi tanár, 5 címzetes egyetemi tanár lett. Utódai, *Balogh* és *Frang* professor is tanítványa volt. Ezen kívül sok, jól képzett tanítványa az ország különböző részein felelősségteljes poszton tevékenykedett osztályvezető főorvosi minőségben.

*Babics* professor 1974. július 1-én nyugdíjba vonult, szinte haláláig bejárta a klinikára. 1992. január 17-én hunyt el.

Az *Illyés*-*Babics* professorok teremtette urológiai iskolára jellemző a funkcionális szemlélet, az alaptudományok alkalmazására való törekvés és az alap kutatás támogatása. Ezeket kívül tanítványaiként a betegek szeretetét, lelkiismeretes, odaadó klinikai munkát, az ifjúsággal való szeretetteljes törődést kaptuk örökségül *Babics* professzortól. Több mint 10 éve együtt emlékezünk rá és kortársára, *Noszkay Aurél* professzorral minden év januárjában. A megemlékezés előtt mindig ellátogatunk sírjához, mint ahogy tettük ezt idén júliusban is. Régi tanítványok és késői utódok büszkéek vagyunk megtett útjára és születésének 110. évfordulóján szívből emlékezünk rá.

*dr. Romics Imre*  
egyetemi tanár

## Dr. Minder Gyula professzor 1895–1982

Az **Urológiai Klinika** ünnepi kötetének fejezete (11) szerint **Minder Gyula** 1895-ben született és 1920-ban diplomázott.

Az **Orvosegyesület** évkönyvei alapján: 1925-ben a rendes tagok névsorában „Minder Gyula, 1920. VIII., Gyulai Pál utca 2., Rókus kórház” (6), 1937-ben az alapító tagok körében szerepel „Minder Gyula, 1920. (1937), VIII. Stáhly utca 5.” (12). Az első évszám a rendes taggá választás ideje, a második az alapító tagdíj befizetésének éve. Láthatjuk, hogy már a diploma évében rendes tag lett.

Orvosi kamarai kötetből (1) idézünk:

– a tagok között: „Minder Gyula dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos. K.sz.: húgy- és ivarszervi bántalmak. Okl. Bp. 1920. R: hétfő, szerda, péntek 3-4. Tel.: 186-521. – IV. Türr István u. 8.” (Megjegyezzük, hogy akkor még kisebb Budapest lévén, nem a mai IV. kerületről van szó.)

– a szaknévsorban „húgy- és ivarszervi bántalmak” alatt: „Minder Gyula dr., IV. Türr István u. 8.”

**Balogh Ferenc** történeti összefoglalója méltatja az első klinikai korszakot (2, 3): „Minder Gyula 1925-ben került az Illyés-klinikára. Rendkívül kiterjedt szakirodalmi munkássága hazánkban és külföldön elismertté tette a nevét. Foglalkozott az 1922-ben bevezetett - de nem egészen a mai értelemben vett - pyeloscopiával, amely lehetővé tette, hogy a vesemedence-kiürülés mechanizmusát, illetőleg a húgyvezetés dinamizmusát közelebbről is megismerjük. Töle tudtuk meg, hogy az anatómiai épség nem biztosíték arra, hogy a vizeletürítés is tökéletes. Megismertetett a vesemedence hyper- és hypokinézisének fogalmával. Ezek a vizsgálatok tették lehetővé, pl. a terhességi pyelonephritishez csatlakozó atonia értékelését. Azt is megállapította, hogy a felső húgyutak atóniája fennállhat anélkül is, hogy tünetet, pl. fájdalmat okozna. Foglalkozott még a Koch-bacilluriával, a gonorrhoeás komplementkötési reakcióval, a hólyagdaganatok elektrokoagulációjával. Az ureter alsó szakaszán elhelyezkedő kövek megszületésének elősegítésére több eljárást ismerttetett; pl. Joseph-féle tágítás, szájadékbeégetés. Az endovesicalis beavatkozást (TUR) is szívesen végezte, megfelelő indikáció mellett. Különösebben nem lelkesedett érte, de elismerte előnyét az adenomák bizonyos

esetében, továbbá sphincter-sclerosisnál, sőt prosztatataraknál is, amit abban az időben még sok esetben károsnak tartottak. Írt az úgynevezett idegtelenítési eljárásokról (a vese denervációja, praesacralis sympatectomia). Sokat foglalkozott a kemoterápiával (formaldehid, Urotropin, Coerulamin, Vestin, szulfonamidok stb.). Eredménytelően alkalmazott hormonterápiát cryptorchismus, kezdeti hólyagnyak-adenoma eseteiben. Később a kőképződés mechanizmusát kutatta. Ebben Minder munkatársa volt Róth (Palócz) István. Állatkísérletekben és klinikailag vizsgálta a hydronephrosis kialakulását, valamint a pyelovenosus refluxot. A Klinikán címzetes rendkívüli tanár lett.”

1931-ben az „Urológia, különös tekintettel a gonorrhoeára” tárgyukörből habilitált (11).

**Illyés Géza** professzor klinikája kezdetben a Szent Rókus Kórházban volt, ezért annak emlékkötetében is (4) szerepel: „Illyés Rókus kórházi urológiai sebészeti osztályáról, klinikájáról kerültek ki: Minder Gyula, Melly Béla és Dózsa Jenő kórházi főorvosok, továbbá a szakma számos kiváló művelői.”

Minder Gyula életének egyik kiemelkedő szakasza 1936-ban kezdődött, amikor kinevezték a Szent János Kórház Urológiai Osztályára osztályvezető főorvosnak. Részlet az 1940-es orvosi kamarai kötetből (1):

„Uj Szent János közkórház és fiókja.

a) Uj Szent János közkórház.

I. Hieronymi út 1. Telefon: 150-400

Urológiai sebészeti osztály. Főorvos: Minder Gyula dr. egyetemi magántanár. Alorvos: Zoltán Tibor dr. Segédorvosok: Lini Gyula dr., Józsa Adrián dr.”

Érdeemes néhány további nevet kiemelni a főorvosi karból: a szemész Csapody István, az ortopéd sebész Horváth Boldizsár, a tüdőgyógyász Kovács Ferenc, a sebész Klimkó Dezső, a patológus Kálló Antal, a bőrgyógyász Nebenführer László. Fényes névsor!

A kórházi jubileumi évkönyv (9) sorai: „Dr. Minder Gyula egyetemi orv. tanárt 1936-ban nevezték ki a János kórház urol. sebészeti osztály főorvosává és 1942-ben Dr. Illyés Géza professzor nyugalomba vonulása után az urológiai klinika vezetését, mint nyilvános rendes tanár vette át. Nagy klinikai tapasztalattal rendelkezve működésének hat éve alatt szerencsésen egyesítette a két vezető urológiai inté-



zet egymástól sok tekintetben eltérő alapelveit, megtartva mindkettőből az értékes és fejlődőképes tudományos irányt és gyakorlatot. Néhány év alatt is jelentékeny tudományos munkásságot fejtett ki. Már 1938-ban megindította a „Magyar Urológia” c. folyóiratot, melynek felelős szerkesztője volt az 1943-ban megjelent utolsó számig. (Főszerkesztő Prof. Dr. Illyés Géza, szerkesztő Dr. Deutsch Imre voltak.) 1941-ben pedig munkatársaival közösen az „Urológiai megbetegedésekben szerzett újabb tapasztalataink” c. 200 oldalas munkájukat közölte. Az osztály urológiai iskolát teremtő vonalát ő is továbbfejlesztette és közvetlen tanítványai közül vezető állásba kerültek: Dr. Zoltán Tibor, a szombathelyi megyei kórház urol. oszt. főorvosa, Dr. Lini Gyula – később klinikus, a dunaújvárosi kórház urol. oszt. főorvosa, Dr. Józsa Adrián az ORFI urol. oszt. főorvosa (Budapest).” A későbbi kiadvány (14) az előbbi szöveg néhány soros összegzése.

**Balogh Ferenc** (2, 3) utal ezen időszakra: „...az osztályt diagnosztikai és műtéti vonatkozásban a modern követelményeknek megfelelő magas szintre emelte. Itt is jelentős tudományos munkásságot fejtett ki.

Az Urológiai Klinika vezetését Minder 1942 októberében vette át, és ezt a funkciót 1944 decemberéig töltötte be. Nekem több mint két évig volt főnököm. Volt alkalmam megismerni emberi magatartását, haladó gondolkodását, hatalmas munkabírást, a tudományos munkában való nagyfokú elmélyülését, szívós kitartását. Úgy érzem, hogy helyes lenne, ha személyét 40 év távlatából helyére tennénk, mivel érdemei elvitathatatlanok, még akkor is, ha 1944 végén – talán nem is egészen önszántából – elhagyta hazáját.” (Balogh, 2, 3).

Magasi összeállításából (7): „1920. január 25.-én a Rókus Kórház-i osztály klinika, Illyés Géza nyilvános rendes tanár lesz. Kiváló szakemberek nevelődnek keze alatt: Adler-Rácz Antal, Borza Jenő, Dózsa Jenő, Minder Gyula, Melly Béla.”

**Magyar Urológiai Társaság:** 1925-ben alakult meg. A 127 rendes tag között Minder Gyula, 1934. június 2-án a társasági ülésen két esetet ismertetett. Az 1937. évi ülésen titkár, előadó. 1939. június 7-én felkért hozzászóló. 1941. május 28-án előadó (11). A Magyar Orvosok Tudományos Egyesületének Szövetsége 1936 júniusában Budapesten tartotta a Magyar Orvosi Nagyhét hatodik ülészetét. Június 6-án a Magyar Urológiai Társaság ülésén egy előadás és 10 bemutatás volt, Minder Gyula a vesecarbunculusok műtéteiről szolt.

Minder Gyula szerkesztett egy 198 oldalas könyvet: Az urológiai megbetegedésekben szerzett újabb tapasztalataink címmel.

E sorok írója korábban is méltatta Minder Gyulát, írásából (13) részletek: „A Magyar Orvosok Tudományos Egyesületeinek Szövetsége Budapesten, 1937. május 30. és június 5. között rendezte a Magyar Orvosi Nagyhét hetedik ülészetét. A főreferátumot báró Dr. Korányi Sándor egyetemi tanár tartotta Az öregedés címmel. A témához az urológusok részéről Dr. Minder Gyula egyetemi magántanár, a Budapest Fővárosi Szent János Közkórház osztályvezető főorvosa csatlakozott. Az említett tudományos ülés jegyzőkönyvét a főtítkár, a rendkívüli tehetségű és tudású Dr. Horay Gusztáv szerkesztette. Idézzük Dr. Minder Gyula szövegét: 'Az öregedés az urológiát két ok miatt érdekli, egyrészt, mert az urogenitalis traktus az öregkorban sok bajt okoz, sőt a prostatahypertophia kifejezetten az öregkor megbetegedése, másrészt az öregedéssel, mint biológiai jelenséggel, azért kell törődnünk, mert az urológiai eszközös vizsgálatok nem mindig reakciómentesek, azok elviselése az öregkorban mindig gondot okoz, mert az öregedő szervezet egyik főjellegzetessége, hogy ellenálló és reakcióképessége sokkal kisebb és kiszámíthatatlanabb, mint a fiatalabb szervezeté. Az öregemberek urológiai vizsgálata még inkább azokon végzett műtétek mindig bizonyos kockázatot jelentenek, de a kockázatot vállalni kell, mert a szakorvosnak az öregedéssel kapcsolatos legfontosabb hivatása éppen abban nyilvánul meg, hogy a localis baj megszüntetésével a dysharmonikus öregedést ismét harmonikussá alakítsa.' Megjegyezzük, hogy érdemes tanulmányoznunk a teljes anyagot, amely az Orvosképzés című szakfolyóirat 1937. évi 27. évfolyam 688–696. oldalán jelent meg.”

**Novák** (10) hatalmas bibliográfiájában Minder Gyula 25 munkájának adatait sorolja. A témákból: prosztatátályog, vesekövek, hólyagvérzések, vesedaganatok, mellékheregyulladás, hólyag idegentestek, góckérdések, ureterkövek, hólyag diverticulumok.

1935-ben évfordulós kötet látott napvilágot, az Urológiai Klinika 15 éves születésnapjára (5). Minder Gyula írt az anuriáról, az érzéstelenítő eljárásokról, a vesedaganatokról, a nőgyógyászati vonatkozásokról. Imponáló a szerzőnkénti bibliográfiában Minder Gyula 63 (!) írása (néhány ugyanaz magyar és más nyelven).

Dr. Minder Gyula svájci életrajzában is publikált. Így jelent meg életrajza Svájcban (15):

1952. (1): „Minder Jules Hugo. Dr. med., former o. Prof. of Urology Univ. Budapest. b. Budapest, Jan. 17, 1895. s. of André Jacques M., manager of mills, and Helen Baroty. Educ: Univs, Budapest and Zurich. m. Rose Julia Bolliger, March 1933. Career: 1931 Doc., 1940 e.o. Prof. Univ. Budapest; 1942 o. Prof. Univ. Budapest; 1935-44 Chief-surgeon of Urological Clinic Univ. Budapest; 1938-42 Pres. of Hungarian Urological Society; since 1945 specialis+ of Urology FMH Zurich. Publ: More than 90 scientific articles in Hungarian, French, English, German, Spanish; 1938-44 Editor of Hungarian Urology; Lehrbuch der Urologie, 1945 (Spanish ed. 1948); Leitfaden für Prostatiker, 1950. Member: International Urological Society; Swiss Urological Society; Corresponding Member of Italian and German Urological Societies. Address: 16 Börsenstrasse, Zurich 1. T. 23 11 61.”

1980. (16): „Minder Julius, Dr. med., em.ö. UProf. Budapest, Spezialarzt f. Urol.; Börsenstr. 16, CH-8000 Zürich [Budapest 17.1.95]. UPDoz. Budapest 31, ao.Prof. 40 u. Chefarzt urol.-chir. Abt. d. UKlin. 35-41, öö.Prof. u. Dir. Urol. UKlin. 42-45; Präs. Urol. Ges. Ungarns 38-42. Urologie.”

1982-ben közölték halálhírét (17): „Prof. Dr. med. Julius Minder, Spezialarzt für Urologie, Zürich, geb. 1895.”

#### Köszönetnyilvánítás:

Prof. Dr. med. Urs Boschung értékes segítségét e helyen is nagyon köszönjük.

dr. Vértés László

#### Irodalom:

1. Az Országos Orvosi Kamara hivatalos névjegyzéke. Budapest, 1940. 9., 196., 262.
2. Balogh F.: A magyar urológia fejlődése a két világháború között Orvosi Hetilap, 1984. 125. 101.
3. Balogh F.: A magyar urológia fejlődése a két világháború között. Orvostörténeti Közlemények, 1983. 101. kötet, 71.
4. Hollán H.: Adatok és szemelvények a Szent Rókus Kórház és fiókjai alapításának és fejlődésének történetéből. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1967. 156.
5. Illyés Géza professzor tanítványai: Dolgozatok a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Urológiai Klinikájáról, annak 15 éves fennállása alkalmából. Budapest, 1935.
6. Johan B. (szerk.): A budapesti királyi Orvosegyesület 1925. évi évkönyve. Budapest, 1925. 10.
7. Magasi P.: Az európai urológia kialakulása és fejlődése. Orvostovábbképző Egyetem jegyzetei. Budapest, 1988.
8. Minder Gy.: Dr. Török Sándor, Necrolog. Magyar Urológia, 1938. 1. 228.
9. Noszkay A.: Az urológiai sebészeti osztály kialakulása, fejlődése és jelenlegi működése. In A Fővárosi János Kórház Jubileumi Évkönyve, Budapest, 1970. 37.
10. Novák E.: A magyar sebészirodalom bibliográfiája. Budapest, 1939.
11. Romics I. (szerk.): 85 éves a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája. Szállási Á.: Az urológia magyarországi útja 1945-ig. Budapest, 2005. 13.
12. Salacz T. (szerk.): A budapesti királyi Orvosegyesület jubiláris évkönyve, 1837-1937, Budapest, 1938. 9.
13. Vértés L.: Dr. Minder Gyula professzor, a gerontológia egyik első tudora. INKO Form, 2001. 6. 11.
14. Wabrosch G., Vanik M.: Az Urológiai sebészeti osztály kialakulása, fejlődése és jelenlegi irányvonala. In Szent János Kórház Centenárium évkönyve. Budapest 1995. 104.
15. Girsberger H. és E. (szerkesztők): Who's who in Switzerland, Zürich, 1952. 346.
16. Schuder, Werner (szerkesztő): Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender, Berlin, New York, 1980. 2582.
17. Todesnachrichten. Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1982. 112. 288.

# Retroperitoneális fibrosis kapcsán kialakult ureterszűkület megoldása jejunummal történő bélpótlással

Járomi Péter dr.<sup>1</sup>, Pap-Szekeres József dr.<sup>2</sup>, Kraszkó Károly dr.<sup>1</sup>, Szabó Zoltán dr.<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét, Urológiai Osztály

<sup>2</sup>Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét, Általános Sebészeti Osztály

A retroperitoneális fibrosis ritka, progresszív betegség, mely az ureterek obstrukciója révén hydronephrosis kialakulásához vezethet. Képző eljárásokkal igazolható az elváltozás, melynek szövettani vizsgálata erősíti meg a diagnózist és segít kizárni a malignus alapbetegséget. Konzervatív kezelés eredménytelensége esetén sebészi beavatkozás javasolt. Az ureter béllal való pótlása hatékony megoldást jelent előrehaladott esetekben jó életminőség biztosítása mellett.

**Kulcsszavak:** retroperitoneális fibrosis, Ormond kór, bélureter

## Bevezetés

A retroperitoneális fibrosis (Ormond kór) ritkán előforduló, döntően gyulladással szövőszaporulat, mely a retroperitoneumban elhelyezkedő struktúrákat károsíthatja kompressziós hatása révén. Makroszkóposan fehéres színű, kötőszövetes terime, mely leggyakrabban a vese hílusától a medence bejáratáig terjed, ritkán a betérjed a mediastinumba, illetve a medencébe. Incidenciája 1:200000-hez, a férfi nő arány 3:1-hez, a betegek átlagéletkora 50 év. Az első leírás 1905-ben Albarran nevéhez fűződik, de 1948-ban Ormond fogalmazta meg különálló klinikai entitásként. Kialakulásának első fázisában gyulladással szövőszaporulat jelenik meg, mely egy autoimmun reakció részjelensége, majd a gyulladással szövőszövet fibrotikus átalakulása történik. Az esetek 70 %-a idiopathiás, kialakulásában daganatos betegség (8–10%), gyógyszerek, gyulladással szövőbetegség, vérzés, fertőzés, periarteritis állhat. Tünetei nem specifikusak, leggyakrabban fájdalom, súlycsökkenés, étvágytalanság, alszárodema, magas vérnyomás, vesegörcs fordul elő. A laborparaméterekben magasabb süllyedés, emelkedett kreatinin és anaemia emelendő ki. Diagnosztikájában hasi UH és retrograd pyelographia

## Retroperitoneal fibrosis associated ureteral-stenosis solving with jejunal ureteral substitution

Retroperitoneal fibrosis is a rare and progressive disease potentially obstructing both ureters developing hydronephrosis. Imaging studies can show the caused changes, histological examination confirms the diagnose and helps to exclude malignancy. If conservative therapy fails surgical treatment is the choice of therapy. In severe cases small intestine (ileum, jejunum) can be used to substitute ureter providing good function and quality of life.

**Key-words:** retroperitoneal fibrosis, Ormond's disease, jejunal ureteral substitution

hydronephrosist igazol. CT, illetve MRI vizsgálat hydronephrosis jelenléte mellett jól elhatárolt, izomdenzitású területet ábrázol az ureter külső kompressziójával és mediál felé történő diszlokációjával (1). Egy 19 beteg kórtörténetét feldolgozó tanulmány szerint a fibrotikus terület felszínének növekedése arányos a betegség súlyosságával (2). A képző vizsgálatok a betegség követésében is jelentős szerepet játszanak. Amennyiben obstrukció igazolódik vizeletdeviáció (DJ, PNS) javasolt. CT, MRI vagy UH vezérelt biopszia a malignitás kizárása szempontjából fontos. Kezelése első lépésben gyógyszeres, mely corticosteroidok és immunszuppresszánsok alkalmazását jelenti. Egyes tanulmányok tamoxifen és corticosteroidok tamoxifennel történő kombinált kezelését vizsgálta. Az immunoterápia súlyos mellékhatásai ellenére (leukopenia, candidiasis, hepatitis, pancreatitis) hatékony kezelést biztosít. A konzervatív kezelés sikertelensége esetén műtéti megoldás jön szóba. Az ureterolyis és peritonizálás elvégezhető nyílt vagy laparoskopos módszerrel, illetve robottal hatékonyan (3,4). A műtét mindkét oldalon elvégezhető a betegség gyakori ellenoldali progressziója miatt. Egy 65 beteg anyagát feldolgozó tanulmány szerint a sebészi kezelés immunszuppresszív kezeléssel való kombinálása jó hosszútávú eredménnyel ad 6

%-os kiújulási aránnyal (5). Az ureterolysis kivitelezhetetlensége esetén az ureter béllal való pótlása javasolt, mely leggyakrabban ileumfelhasználást jelenti. Utánkövetésében és a progresszió megítélésében képalkotó vizsgálatok szükségesek.

## Esetismertetés

T. I. 47 éves nőbeteg. Anamnézisében hypertonia, cholelithiasis miatt laparoscopos cholecystectomy, négy hónappal később ileus miatt colon reszekció történt, melynek szövettani vizsgálata panniculitis okozta extraluminalis folyamatot igazolt. Kétoldali ureterocclusio miatt DJ stentelés és baloldali PNS-behelyezés szerepel. Reroperitonealis feltárást végeztünk, melynek során az ureterek felszabadítása a folyamat jelentős kiterjedése miatt nem volt kivitelezhető. Ezt követően a baloldali ureterfelszabadítás sikertelensége, a baloldali ledált vesefunkció és a későbbiekben kialakult abscedáló pyelonephritis miatt baloldali nephrectomia történt. Az eltávolított vese szövettani vizsgálata krónikus pyelonephritist és retroperitonealis zsírszövetben Ormond kórnak megfelelő kötőszövet felszaporodást igazolt. A folyamat jobb oldali progressziója következtében az ureter disztális 2/3-a vizeletvezetésre alkalmatlanná vált, ezért tartós vizeletdeviálásra volt szükség a soliter jobb vesében. A beteg kora, jó általános állapota, jó vesefunkciója miatt és életminőségének javítása érdekében ureterpótlásra szántuk el magunkat, melyet



1 ábra: Kipreparált ureter



2 ábra: Ureter-bél anasztomózis

a korábbi hasi műtétek miatt kialakult összenövések és az ileum rövid mesenteriumának okán jejunum felhasználásával valósítottunk meg meglehetősen nehéz körülmények közepette (1., 2. ábra). A postopeatív időszak eseménytelenül zajlott, képalkotó vizsgálatok jól működő béluretert igazoltak (3. ábra), jó vesefunkciós értékek mellett.



3 ábra: Kontrasztos töltés bélpótlás után

Kontrollvizsgálat során vesefunkciós értékei mérsékelten emelkedettek voltak, iv. urographia során a soliter jobb vesében kielégítő kontrasztanyag kiválasztást és jól működő béluretert igazolt.

### Megbeszélés

A retroperitonealis fibrosis ritka, progresszív betegség, mely az ureterek obstrukcióját okozva hydronephrosis kialakulásához vezet, akár mindkét oldalon. Képzőanyagvizsgálatokkal igazolható a postrenalis obstrukció, mely a háttérben 8–10 %-ban előforduló daganatos betegség miatt UH vagy CT vezérelt biopsziával szövettanilag erősíthető meg. Konzervatív kezelés sikertelensége esetén nyílt vagy laparoszko-pos módszerrel ureterolysis és peritonizálás végezhető el. Előrehaladott esetekben, amennyiben az ureter felszabadítása nem lehetséges béllal történő pótlás állíthatja helyre a vizelet útját jó életminőség biztosítása mellett, amennyiben a vesefunkció megfelelő (6). Esetünkben az ileum felhasználása a korábbi hasi műtétek és az ileum rövid mesenteriuma miatt nem volt megvalósítható, emiatt jejunummal történő pótlást végeztünk. A kontroll vizsgálatok során kielégítő vesefunkciós értékek mellett jól működő bélureter volt látható.

### Következtetések

- A retroperitonealis fibrosis kivizsgálása során a malignus alapbetegség kizárása fontos
- Konzervatív kezelés sikertelensége esetén sebészi kezelés javasolt.
- Az ureterolysis és peritonizálás kivitelezhetetlensége esetén béllal történő pótlás jelenthet megoldást
- Utánkövetése progresszív jellege miatt fontos

### Irodalom:

1. Wein A. J., Kavoussi L. R., Novick A. C., Partin A. W., Peters, Campbell-Walsh Urology, 9th edition, 2007. Vol.2. 1215-1218, 1266
2. Sinescu I., Surcel C., Mirvald C., Chibelea C., Gingu C., Avram D., Hirza M., Manu M. A., Lazar R., Savu C., Udrea A., Image fractal analysis in retroperitoneal fibrosis – 5 years of experience with 19 patients, EAU 9th Central European Meeting European Urology Supplements 8 (2009) 657–702
3. Ploumidis A., Pavlakis P., Athanasiadis G., Garaganis G., Robotic assisted ureterolysis for the management of ureteral obstruction due to retroperitoneal fibrosis: a minimal invasive option, European Urology Supplements 10 (2011) 8, 557–566
4. Bayazit Y., Izol V., Aridogan I.A., Eken A., Doran S., Laparoscopic intraperitonealization of ureter and usage of tissue adhesion barrier in retroperitoneal fibrosis, European Urology Supplements 2007;6(2):301
5. Poyi Kadem M., Ohlmann C., Pfister D., Thüer D., Wille S., Engelmann U.H., Heidenreich A., Diagnosis, conservative and surgical management of retroperitoneal fibrosis, European Urology Supplements 2007;6(2):96
6. Kakuk Gy, Klinikai Nephrológia, Medicina, Bp. 2004. V. fejezet (Szisztémás betegségek és a vese) 203-310

# Sikeres kezelés multi-tirozinkináz-gátlóval világossejtes veserákban, izolált központi idegrendszeri áttét esetén

Solymosi Tibor dr.<sup>1</sup>, Kerekes Mária dr.<sup>2</sup>, Wijesinghe Ivor dr.<sup>3</sup>, Bakó Barnabás dr.<sup>4</sup>, Dombovári Gergely dr.<sup>1</sup>, Riesz Péter dr.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház,  
Klinikai Onkológiai és Sugárterápiás Szűrőcentrum, Miskolc (1, 5)

<sup>2</sup>Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház  
Klinikai Diagnosztikai-, Intervenció- és Sugárterápiás Intézet, Miskolc

<sup>3</sup>MiSEK Kft. Urológiai Osztály, Miskolc

<sup>4</sup>Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat Gasztroenterológia, Miskolc

<sup>5</sup>Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

A szerzők ismertetik egy nőbeteg sikeres kezelését sunitinib adásával áttétes vesesejtes carcinómában, aki-nél izolált hypophysis áttét panhypopituitarismust okozott. Az eredményt MRI vizsgálattal igazolják, kitérnek a mellékhatásokra.

**Kulcsszavak:** metasztatikus veserák, sunitinib

## Bevezetés

A vese rosszindulatú daganatai az összes tumorok 2–3%-t alkotják (1). A statisztikai adatok szerint az előfordulási gyakoriság emelkedő tendenciát mutat. A diagnózis felállításakor 15–20%-ban már távoli áttétek fordulnak elő (2). A metasztatizáló esetek kórjósolata a legutóbbi időkig igen rossz volt. Ennek egyik oka, hogy a konvencionális kemo-terápiás szerekkel szemben a betegség rezisztens, ezek alkalmazásával mindössze 10% körüli remissziós rátát sikerült elérni (1, 3).

Nem sokat javított a helyzeten az immun-, és kemo-immun terápia alkalmazása sem (1). Az előrehaladott stádiumú vesesejtes carcinoma kezelésében áttörést hozott a biológiai válaszmódosítók felhasználása.

## Esetismertetés

T.G.-né jelenleg 71 éves nőbeteg anamnesisében hypertonia, ISZB betegségek szerepelnek. 3,5 évvel ezelőtt véres vizelet-ürítés, testsúlyvesztés miatt urológiai kivizsgálás történt.

Hasi UH során a bal vese alsó harmadában 50x60 mm-es

**Successful management with multi-tyrosine kinase inhibitor in renal cell kidney cancer, in case of central nervous system metastases**  
The authors report on the successful treatment with sunitinib of a female patient, suffering from metastatic renal cell carcinoma, accompanied with panhypopituitarism, caused by isolated metastasis into the pituitary gland. Results are supported by magnetic resonance imaging and side effects also discussed accordingly.

**Key-words:** mrc, sunitinib

inhomogén szolid képletet írtak le. A jobb vese, máj, többi hasi szerv kóros eltérés nélküli volt. Hasi CT-n a bal vese alsó harmadi tumor méretét 51x50x57 mm-nek adták meg, perirenalis hypervascularisatioval. Mellkas rtg. csontizotóp staging vizsgálatok távoli áttétet nem igazoltak.

Műtéti előkészítést követően Miskolc Kft., Semmelweis Kórház Urológiai Osztályon radikális nephrectomia történt. Szövetten: vesesejtes carcinoma klasszikus világossejtes formája, tumor átmérője 4,5 cm a nyirokerek, artériák, uretercsont tumormentesek, Furman grade I, pT1, pNx, pMx.

A kórosetet onkológiai bizottság véleményezte, a beteg uroonkológiai gondozásba került.

Rendszeresen járt ellenőrző vizsgálatokra, eredményei negatívak voltak. 3 évvel a tumoros nephrectomia után fülzúgás, általános gyengeség miatt neurológiai kivizsgálás történt.

Koponya CT, majd MR vizsgálaton a sella turcika megnagyobbodott, felfújott, a nagy részét 14x18x15 mm területen a kontrasztanyagot inhomogénen halmozó terime töltötte ki. Az intra- és extracelluláris liquor terek, valamint az agyálmólyom kóros eltérés nélküli volt.

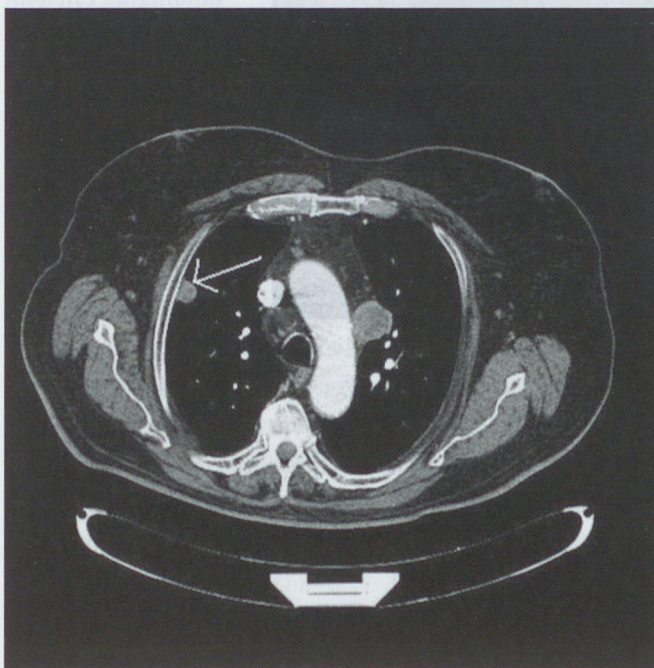
Vélemény: tumor hypophyseos cerebri. Mellkas-has-kismedence CT, valamint csontizotóp staging vizsgálatok áttét vonatkozásában negatívak voltak.

Endokrinológiai szakvizsgálat panhypopituitarismust állapított meg, majd elkezdődött a hormon szubsztitúció és műtéti eltávolításra tett javaslatot. Műtéti előkészítést követően idegsebészeti osztályon transzphenoidealis hypophysectomia történt. Szövetten: világossejtes vesecarcinoma, mely összevetve a korábbi vesecarcinoma szövettenával, ennek áttétjének megfelelő volt. Onkológiai bizottság első terápiaként agyi irradiációra, majd prognózisbecslést követően biológiai terápiára tett javaslatot.

Betegünknel dehydrálás mellett teljes koponya irradiációt végeztünk, 20x1,8Gy dózisban, melyet jól tolerált. Az irradiáció után egy hónappal elvégzett koponya MR vizsgálaton a sellában residuális tumor került leírásra (1. ábra). Idegsebészeti konzílium újabb műtéti beavatkozást kontraindikált.

A Motzer-féle kockázati faktorok alapján a közepes prognosztikai csoportba került betegünk.

Kardiológiai szakvizsgálaton a szív bal kamra ejekciós frakciót 78%-nak véleményezték, tehát alkalmas a tervezett terápiára. Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikán első vonalban multi-tirozinkináz-gátló gyógyszerrel látták el a beteget. Sunitinib 1x50 mg naponta per os 4 hétig,



**1 ábra:** Koponya MR vizsgálat eredménye egy hónappal az irradiáció után

majd 2 hét szünet, a 4/2 adagolási séma szerint kezdte a terápiát. 5 hónappal a sunitinib alkalmazása után az elvégzett koponya MR vizsgálaton a sellában leírt residuális tumor mérete 50%-al csökkent (2. ábra).

Mellékhatások a kezelés során:

- grade I. mucosistist észleltünk, mely ulcogant 2x1 napi adásával 3 hét után megszűnt.
- grade I. anaemiája miatt per os neoferrofolgammát kapott naponta 1x1 tablettát.
- szérum hypokalaemiája miatt a hormon szubsztitúcióként adott hydrocortison dózisát reggel 10 mg, este 5 mg-ra csökkentettük.

Ischaemiás szívbetegségét havonta ekg vizsgálattal ellenőrizzük, egyensúlyban van.

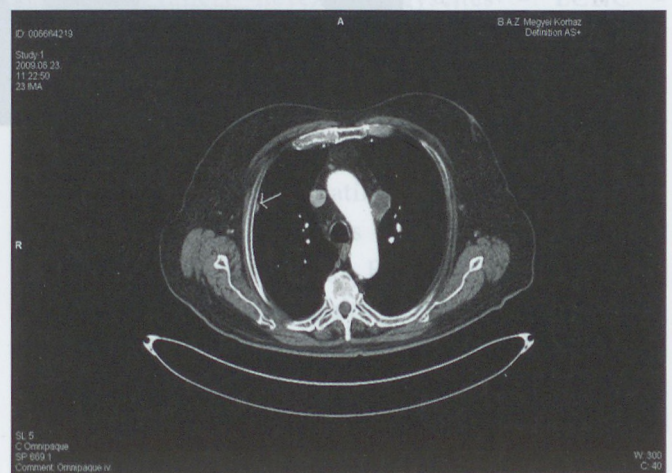
Hypertóniájára cilazapril naponta 1x2,5 mg-t adunk. A pajzsmirigy hormonpótlásként L-thyroxin 1x50 mg-t kap.

A 6. hónapban általános gyengeség, visszatérő mucositise miatt a sunitinib adagolásánál áttértünk a 2/1 sémára, 2 hét szedés, egy hét szünet.

## Megbeszélés

Az irodalom szerint vesesejtes carcinomában szenvedő betegeknél 8–10%-ban alakul ki központi idegrendszeri áttét. Hazánkban a sunitinib készítményt távoli áttétes világossejtes veserák elsővonalbeli kezelésére kijelölt onkológiai centrumok alkalmazhatják az alacsony és a közepes prognosztikai csoportban.

A sunitinib több transzmembrán-lokalizációjú növekedési faktor receptor intracellularis tirozin-kináz egységének



**2 ábra:** Koponya MR vizsgálat eredménye 5 hónappal a sunitinib alkalmazása után

gátlója. Gátolja a platelet derived growth factort (PDGFR alfát és PDGFR bétát), vascular endothelial growth factor (VEGFR1,-2 és -3-at), a tirozin-kináz receptor (KIT)-t, és a transzmembrán tirozin-kináz receptor (RET)-t (4).

Motzer RJ és mtsai szerint az átlagos progressziómentes túlélés (medián PFS) sunitinib esetén 11 hónap volt, míg az interferon alfa (INF $\alpha$ )-t adva a betegeknek 5 hónap volt. A teljes túlélés a sunitinib karon 28,1 hónap volt, míg az INF $\alpha$  karon 14,1 hónap (5).

A betegünknél leírt mellékhatások jól kezelhetőek voltak, a biológiai terápia bevezetése óta onkológiailag stabil állapotban van, a korábbiak megfelelő aktív életet él.

#### Irodalom

1. Eckhardt S.: Tabularium onkologiae Melánia Kft., Budapest, 2002:139.
2. Kásler M.: A komplex onkodiagnosztika és onkoterápia irányelvei. Semmelweis kiadó, Budapest, 2008:527.
3. Di Lorenzo, G, Autorino R. et al.: Metastatic Renal Cell Carcinoma: Recent Advances in the Targeted Therapy, Era Eur.Urol., 2009; 56:959-971.
4. Kopper L.,Tímár J.,Becságh P., Nagy Zs.: Célzott diagnosztika és célzott terápia az onkológiában. Semmelweis kiadó, Budapest 2011:318.
5. Motzer R.J.,Huston T.E.,Tomczak P. et al.: Overall survival and updated results for sunitinib compared with interferon alfa in patients with metastatic renal cell carcinoma. J. Clin. Oncol 2009;27:3584-3590.

## HÍREK

**2012. július 1-én** Nyirády Péter professzor kapott kinevezést az Urológiai Klinika vezetésére. Prof. Romics Imre, korábbi klinikaigazgató Karádi István dékán jelenlétében adta át Illyés Géza márvány kezét és az igazgatói szoba kulcsát.





# Neuroendocrin prosztatatarákok típusai és klinikopatológiai tulajdonságai – összefoglalás

Romics Miklós

Semmelweis Egyetem, ÁOK, egyetemi hallgató

**Bevezetés:** A felnőtt férfiakban megjelenő prosztatatarákok legnagyobb részét az adenocarcinomák adják, melyeknek diagnosztikai és terápiás háttere széles körben ismert. Egyes esetekben viszont olyan szövettani típusokkal is találkozunk, melyek felismerése és kezelése is nagyobb körültekintést igényel, minthogy klinikopatológiai tulajdonságaik rendkívül eltérők az adenocarcinomáétól. Összefoglalásunkban a neuroendocrin prosztatatarákok eddig ismert diagnosztikai és kezelési ismereteit foglaltuk össze.

**Betegek és módszerek:** Munkánkban a nemzetközi onkológiai és klinikai szaklapok által publikált ismerteket az utóbbi két évtizedben kezelt betegeink adataival összesítjük. Ezen adatok alapján tárgyaljuk az említett tumortípus szövettani és klinikai tulajdonságait.

**Eredményeink:** Összefoglalásunkban bemutatjuk a neuroendocrin tumorok eredetét és keletkezésének mikéntjét és felhívjuk a figyelmet a célravezető diagnosztikai és terápiás eszközökre is.

**Kulcsszavak:** neuroendocrin, prosztatatarák, kissejtes karcinóma

## Bevezetés

A felnőtt férfiakban megjelenő prosztatatarákok túlnyomó többsége adenocarcinoma, melyek histológiai jellemzésére a Gleason-rendszer biztonsággal használható. Egyes esetekben azonban a daganat olyan speciális szövettani tulajdonságokkal rendelkezik (mint akár a gyűrűsejtes tumorok esetében), melyek kívül állnak a Gleason-rendszer diagnosztikai spektrumán, így ezeket külön entitásként kell kezelnünk, ezen tumortípusok klinikopatológiai tulajdonságai ugyanis nagyban eltérhetnek az adenocarcinomáétól. Írásunkban a neuroendocrin prostatocarcinoma diagnosztikájával, prognózisával és terápiájával foglalkozunk.

## Neuroendocrin tumorok

A neuroendocrin sejtekből kiinduló daganatok három altípusra oszthatók: 1) a malignitások 1–2%-áért felelős

## The types and clinicopathological features of Neuroendocrin Prostate Cancers – Review

**Introduction:** The majority of prostate cancers, appearing in adult males, are adenocarcinomas with a well known diagnostic and therapeutic implication. Other types of tumor are more complicated to diagnose and to treat since their different clinicopathological attributes. In our review we would like to discuss the diagnostic and clinical features of the neuroendocrin prostate cancers.

**(Materials and methods:)** We have summarized the knowledge published in international journals with our own experiences with neuroendocrin prostate cancer. Based on these informations we would like to discuss the histological and clinical characteristics of neuroendocrine prostate tumors. **Results:** In our work we present the the neuroendocrin tumor's nature and demonstrate the expedient diagnostic and therapeutic tools as well.

**Key-words:** neuroendocrin, prostate cancer, small cell cancer

kissejtes NE carcinóma; 2) a szintén ritka „carcinoid-like” tumor; és a már ismert prostata adenocarcinoma 3) fokális NE differenciációval, mely a három entitás közül a leggyakoribb (ugyanett nevezik nagysejtes – LCNC – carcinómának is). Tehát az ún. „kissejtes prosztatatarák” csak egy alfaja a neuroendocrin tumoroknak a prosztatában, holott gyakran, hibásan, a NE carcinoma kifejezést helyettesítik vele (1). Immunhisztokémiai vizsgálatokkal kimutatható, hogy gyakorlatilag minden prostatocarcinómában fellelhető bizonyos mértékű chromogranin-pozitív NE sejtszaporulat (2,3). Extenzív vagy multifokális NE sejtszaporulat viszont csak a prostatocarcinómák 10%-ában látható. Utóbb leírt esetekben a tumorok klinikopatológiai tulajdonságai viszont sokban különböznek az adenocarcinomáétól, gyakran rosszabb prognózissal és rövidebb túlélési idővel járnak, mindazonáltal terápiás algoritmusuk is eltér, így nagyobb figyelmet és szorosabb utánkövetést igényelnek.

## Neuroendocrin sejtek a prosztatában

A prostata szövetében háromféle epitheliális sejtípus található, melyek ugyanazokból a pluripotens őssejtekből differenciálódnak: androgénreszponzív bazális sejtek, androgéndependens szekretoros (lumináris) sejtek és androgén-independens neuroendocrin sejtek, melyeket elsőként *Pretl* írt le az urethro-prostatikus területen, 1944-ben. (NE tumorok rossz prognózisa főként NE sejtek androgén independenciájából ered (4). Habár a három sejt bölcsője sokak szerint megegyezik, egyesek inkább hisznek ezen sejtek migrációs eredetében a paraganglionalis szövetek irányából. 5A NE sejtek születéskor diffúzan helyezkednek el a prosztatában, majd számuk gyorsan lecsökken és csak pubertásban jelennek meg újra (6). Ezután számuk újra emelkedik, míg számuk el nem érnek egy, a feladatuk elvégzéséhez „optimális”, számot. Ez a sejtszám perzisztál 25 és 55 éves kor között.)<sup>7</sup>

### Funkció és morfológia

A NE (más néven „APUD”) sejtek elsődleges szerepe a prostata növekedésének és differenciálódásának regulációjában rejlik, a pubertás után pedig a prostata szekréción feladatait is ők irányítják (8). (A NE sejteket viszont nem hormonok, hanem Interleukinok (IL-2 és 6) és növekedési faktorok (EGF, TGF $\alpha$ ) szabályozzák (9, 10). Ezt alátámasztja mindaz, amit a szervezet más területein (tüdő, mellékvese) megismert NE sejtek funkciójáról és fiziológiájáról, szekrétumainak tulajdonságairól már tudhatunk: működésük során elsősorban serotonint, chromogranin A-t és B-t, secretogranint vagy chromograin C-t és Thyroid-stimulating hormone-like peptidet (TsHP-t) termelnek. Egyes kisebb NE subpopulációkban még előfordulhat calcitonin, katalcalcin, és calcitonin related peptid, vagy parathyroid hormone-related peptid (PTHrH) is. Ezeken felül még megemlíthető a nem konzisztensen jelen lévő bombesin, gastrin-releasing peptid vagy a somatostatin.

A felsoroltak közül a serotonin, calcitonin gene-related peptid és a bombesin „growth hormon factor” hatással rendelkezik, míg a somatostatinnak a neuroszekréción gátló hatása van. A felsorolt vegyületek egy része pedig a szekréción stimuláló hatással is fel van ruházva, mint a PTHrH, a chromogranin, a serotonin, vagy a bombesin (11). Ezen regulációs peptidek kifejtetik hatásukat

lumekrin, endokrin, parakrin és autokrin módon is. Széles körben elfogadott az az álláspont, mely szerint a NE sejtek növekedést serkentő peptidjei segíthetik elő a nem-NE carcinoma-sejtek szaporodását, mikor az androgénszint lecsökken. Az androgén depletio hatására carcinoma-sejtek androgénreceptor- és bcl-2-negatív NE sejtekké differenciálódtak. Ezt bizonyítja az is, hogy hosszútávú ADT-terápia mellett 10%-ban jelenik meg differenciálatlan NE carcinoma (12, 13, 14). Ez *in vitro* (az LNCaP sejtvonal felhasználásával) és *in vivo* (xenograft modellekkel) módon is bizonyítást nyert (15).

Ahhoz, hogy egy sejtet teljes biztonsággal NE sejtnek nevezhessünk, az adott sejtnek teljesítenie kell a következő kritériumok többségét:

1. szekréción granulumai vannak,
2. a szekréción a vérpálya irányába végzi,
3. a szekréción vesiculákban peptid hormonok, vagy biogén aminok vannak,
4. gyakran argyofil vagy argentaffin,
5. és immunreaktív választ produkál neuron-specifikus enoláz (NSE), Chromogranin-A, vagy más NE-marker elleni antiszérummal szemben (16).

A prostata NE sejtjeinek két morfológiai alaptípusa van: a palack-alakú NE sejtek, melyek karcsú lábaikkal egészen a lumenig érnek, és ún. a zárt típusú sejtek, sejtfüggetlenül. Ezeken belül még számos altípus fedezhető fel, függően a cytoplazmatikus granulumaik denzitásának mértékétől, és azok tartalmától (1).

### Oncogenesis

Neuroendocrin sejtek (mind a fiziológiás, mind a malignus sejtek) terminálisan differenciáltak, de bizonyos neoplasziát indukáló hatásokra számuk megemelkedhet, mégpedig a, még arra képes, sejtcsoportok transzdifferenciációján keresztül (17). Ezek a sejtek pedig nem mások, mint a már neoplastikussá vált sejtek, melyeket transzdifferenciációra serkentő hatások érnek, mint az androgén-depletio, egyes információt hordozó molekulák jelenléte (epinephrin, VIP, bombesin, calcitonin, növekedési faktorok és citokinek), vagy éppen intercelluláris interakciók. Ezek közül *in vitro* bizonyított hatása van az ADT-nak (LNCaP sejtvonal felhasználásával) (18), az IL-6-nak, NS-398-nak és más Cox-2-inhibítornak (19). Amikor a rákos sejtek átalakulnak NE

sejteké, elveszítik androgén receptoraikat és a PSA-expressziós képességüket, de felruháznak a NE sejtekre jellemző morfológiai és endokrinológiai tulajdonságokkal. A fent említett differenciáló faktorok jelentősen gyakrabban állnak fenn ADT-terápia esetén. A keletkezett sejtek tulajdonságai gyakorlatilag mindenben megegyeznek a fiziológiásan jelen lévő NE sejtekkel, de morfológiai és genetikai tekintetben az őket körbevevő tumorsejtekkel is hasonlóságot mutatnak (20). Az azonban még tisztázatlan, hogy milyen környezeti faktorok és milyen jelátviteli utakon váltják ki a NE tumorok megjelenését, növekedését.

### Diagnosztika

A NE tumorok gyakran rendelkeznek olyan, már említett, elsődlegesen disztinktív mikorszkópikus cytomorphológiai jegyekkel, melyek tudatában egyértelműen felismerhető lehet a NE carcinoma. A LCNEC esetében hyperchromatikus maggal és jól látható nucleolusszal rendelkező, halvány plazmájú tumorsejtek csomókat, vagy fészkeket alkotnak. Továbbá jellemző a fokozott mitotikus aktivitás (átlagosan 30 mitotikus alak esik 10 látóterre). A kissejtes NE tumort pedig az elfolyósodó maggal, hypochromatikus magvacskával és kevés cytoplasmával rendelkező, apró vagy közepes sejtek csoportjai jellemzik, továbbá DNS enkrusztáció figyelhető meg az erek falában (más néven az Azzopardi-jelenség.) Ez a kép gyakorlatilag identikus a tüdőben előforduló SCLC (small cell lung cancer) szövettani képével. Még a zabszemre emlékeztető sejtalakok is felismerhetőek, úgy, mint a kissejtestüdőrák esetében. Mindezen tulajdonságok alapján gyakran Gleason 5-ösnek értékelik ezeket a tumorokat, azonban az ilyen esetek terápiás vonzata egészen eltérő az adenocarcinómákhoz képest (21, 22).

A bizonytalanabb esetekben megkönnyítheti a diagnózist az immunhisztokémiai vizsgálatok használata. Az ismertett NE tumorok több, mint 50%-ban umminoreakciót mutattak Neron-specifikus enoláz (NSE), vagy serotonin jelenlétében, míg ugyanez a arány PSA és PAP esetén kevesebb, mint 10% volt. Ugyanakkor egy adenocarcinómák esetén pozitív eredményt láttak PSA, PAP és cytokeratin festésre. A rutin diagnosztikus eljárásban ezen eszközök használata azonban nem ajánlott, mint-hogy NE differenciációt, habár változó mértékben, szinte minden adenocarcinómában fellelhetünk (23).

Az utóbbi két évtizedre visszatekintve, klinikánkon csupán egy fél tucat dokumentált eset fordult elő, ezek nagy része kissejtes típusú volt, kisebb hányada pedig carcinoid. A helyes szövettani diagnózis felállításához szinte minden esetben szükség volt az immunhisztokémiai vizsgálatok elvégzésére. A PSA kimutatása a szövettani anyagokban minden esetben negatív eredményt hozott, és a savanyú foszfatáz kimutatás eredménye is, egy esetet kivéve, negatív eredményt hozott. Ezzel szemben a NSE két vizsgálatból kétszer, a synaptophysin ötből négyszer, a cytokeratin háromból egyszer, míg a chromogranin négy tesztből kétszer mutatott pozitív eredményt. A tumorsejtek az általunk látott esetekben monomorph, vagy közepesen polimorph, kerek, vagy ovális alakú sejtek voltak, prominens nucleolusszal és igen vékony plazmaszegéllyel. Ezek a sejtek jellemzően kisebb fészkeket szigeteket képeznek, esetleg trabekulákba rendeződnek. Az általunk megfigyelt esetekre ezen kívül még jellemző volt az is, hogy a daganatok szövettani képében gyakran markánsan jelen voltak az adenocarcinoma karakterisztikáját mutató malignus sejtcsoportok.

### Prognózis

Neuroendocrin tumorok ugyan megjelenhetnek de novo is, de sokkal gyakoribb az az eset, mikor a NE komponens a primer tumor megjelenésénél később manifesztálódik. Nem ritka, hogy a hormonterápiában részesülő, előrehaladott stádiumban lévő betegekben, hirtelen atípusos helyen (mint például a májban) jelennek meg áttétek a PSA-szint emelkedése nélkül.

Így a NE prostatocarcinómában szenvedő betegek gyakran már igen előrehaladott stádiumban kerülnek kezelésre, az esetek nagy részében már tüdő-, máj-, vagy agyi áttét is megtalálható. Kiemelendő, hogy a szintén gyakran előforduló csontmetastazisok a NE tumorok esetében inkább osteolytikusak, eltérően az adenocarcinómáknál megszokott osteoblastos csontáttétektől (24). A szakirodalmi adatok alapján az átlagos túlélési intervallum az első diagnózistól számítva fél és másfél év közé esik. (Szemben az adenocarcinómával, ahol a betegek 85%-a esetében haladja meg a túlélés az öt évet (25, 26).

A biopsziás anyagokban látott neuroendocrin differenciáció prognosztikai értékéről szóló tanulmányok ellentmondó eredményeket hoztak. A legtöbb kutatócsoport

nem talált szoros kapcsolatot az NE sejtek száma és a tumor stádiuma, vagy a NE differenciáció jelenléte és a daganat grade-je között. Viszont fontos megemlíteni, hogy ugyanekkor a neuroendocrin differenciáció jelenléte gyakrabban jár együtt a csontmetasztázis megjelenésével és rosszabb túléléssel (27). Általánosságban tehát kijelenthető, hogy minél magasabb egy prosztatatumorban a NE sejtek száma, annál kedvezőtlenebben ígérkezik a betegségkimenetele (28).

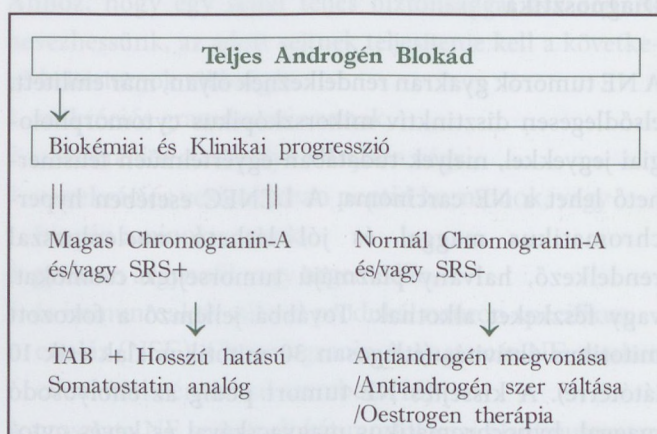
A klinikánkon kezelt egyes betegek esetére is igaz volt, hogy azon beteg, akiben az immunhisztokémiai vizsgálat diffúzan megjelenő neuroendocrin differenciációt mutatott, abban nagyobb arányban jelent meg metastázis, mint ahol kisebb arányban vannak jelen az APUD-sejtek.

## Terápia

A prosztaták terápiai algoritmusának meghatározása több aspektusból is a tumor androgén-ösztrógen tengelytől való függésén alapszik, de mint már említettük, a prosztaták tetemes hányada hordoz magában NE sejteket (és ezáltal a NE tumorok karakterisztikáját), ezért olyan terápiai megközelítést érdemes választanunk, mely a NE sejtek növekedést reguláló hatását, így például a chromogranin, vagy egyéb, hasonló hatású peptidek termelését célozza meg. A terápia célkeresztjébe tehát a NE sejteket szabályzó faktorokat, és nem a gonádális tengely részeit kell állítani. Sajnos nem könnyű eldönteni, hogy melyik az a beteg, akinél már nem érdemes ADT-val próbálkozni. Általában elmondható, hogy azon esetekben, ahol a szövettani képen az NE sejtek jelenléte már igen sűrűnek mondható, vagy a serum chromogranin-A érték többszörösen meghaladja a küszöbértéket, a tumor már hormonrezisztensnek tekinthető (29, 30).

Ezen sejtek tehát sem nem szaporodnak, sem androgén receptorokat nem expresszálnak, így a chemo-, radio- és hormonterápia is igen kis sikerrel kecsegtet. (Megemlítendő azonban, hogy a kissejtes tüdőrákban használatos modern (főképp a membrán glikolipidjeit és glikoproteinjeit, valamint receptor tyrosin-kinázokat célzó) kemoterápiás kezelés megnövelte az átlagos túlélést, míg a hormonkezelés jellemzően hatástalan volt ezekben az esetekben (32, 33). Ezzel szemben például a somatostatin analógok kísérleti körülmények között sikeresen akadályozták a NE sejtek szekréciós tevékenységét és növekedését (34). Ezt a gondolatmenetet

követi a bombesin-antagonisták felhasználása, hatását, a kissejtes carcinoma sejtvonal növekedésének inhibícióját, már in vitro és in vivo is bizonyították. Továbbá, az NE sejteket szabályzó növekedési faktorok elleni gyógyszerek (mint a rekombináns, monoklonális VEGF antitest, a Bevacizumab) és receptor antagonisták (a GRP-receptor elleni BW2258U89, vagy a VEGFR-2 elleni 2D6474) is ígéretes megoldásnak mutatkoznak. De amíg ezen újdonságokra várunk, addig is használható az Irinotecan (topoizomeráz-I inhibitor), a paclitaxel (mint taxán) és a gemcitabine (nucleosid analóg) is terápiai opciót jelenthet a kissejtes NE carcinoma, vagy más NE tumor kezelésében.



**1 ábra:** Egy lehetséges terápiai stratégia azon prosztaták kezelésére, akik már a hormonterápia alatt is progressziót mutatnak. Az algoritmus alapja a serum Chromogranin-A meghatározás, vagy ha mód van rá, a prosztata szövetében kimutatható mRNS aktivitás vizsgálata. (Forrás: A. Sciarra et al. – 2003)

### Rövidítések:

<b>NE</b>	neuroendokrín
<b>APUD</b>	amin precursor uptake and decarboxylation
<b>LCNC</b>	Large Cell Neuroendocrin Carcinome
<b>PAP (PSAP)</b>	prosztata típusú acidphosphatase
<b>PSA</b>	prosztata-specifikus antigén
<b>NS-398</b>	(N-[2-(cyclohexyloxy)-4-nitrophenyl]-methanesulfonamide)(szelektív COX2 inhibitor)
<b>SRS</b>	Somatostatin-receptor szcintigráfia
<b>TAB</b>	Teljes Androgén Bloká
<b>GRP-receptor</b>	Gastrin releasing peptid receptor
<b>SCLC</b>	small cell lung cancer (kissejtes tüdőrák)

**Irodalom:**

1. Abrahamsson PA. Neuroendocrine, differentiation and hormone-refractory prostate cancer. *Prostate (Suppl)* 1996; 6:3–8
2. David J Grignon, Unusual subtypes of prostate cancer, *Modern Pathology* (2004) 17, 316–327, advance online publication, 13 February 2004;
3. Bonkhoff H. Neuroendocrine cells in benign and malignant prostate tissue: morphogenesis, proliferation and androgen receptor status. *Prostate (Suppl)* 1998;8: 18–22
4. Abrahamsson PA, Waldstrom LB, Almmets J. Peptide-hormone and serotonin-immunoreactive cells in normal and hyperplastic glands. *Pathol Res Pract* 1986;181: 675–83
5. Aumüller G, Leonhardt M, Janssen M, Konrad L, Bjartell A, Abrahamsson PA., Neurogenic origin of human prostate endocrine cells., *Urology*. 1999 May;53(5):1041–8.
6. di Sant'Agnese PA, Davis N, Chen M, deMesy Jensen K. Age-related changes in the neuroendocrine (endocrine-paracrine) cell population and the serotonin content of the guinea pig prostate. *Laboratory Invest* 1987;57: 729–34
7. Battaglia S, Casali AM, Botticelli AR. Age-related distribution of endocrine cells in the human prostate: a quantitative study. *Virchows Arch (a)* 1994;424: 165–8
8. Pearse AGE. The cytochemistry and ultrastructure of polypeptide hormone-producing cells APUD series and the embryologic, physiologic and pathologic implications of the concept. *J Histochem Cytochem* 1969;17: 303–13
9. Iwamura M, Koshihara K, Cockett ATK. Receptors for BPH growth factors are located in some neuroendocrine cells. *Prostate (Suppl)* 1998;8: 14–7
10. Diaz M, Abdul M, Hoosein N. Modulation of neuroendocrine differentiation in prostate cancer by interleukin 1 and 2. *Prostate (Suppl)* 1998;8: 32–6
11. di Sant'Agnese PA, Cockett ATK. The prostatic endocrine-paracrine regulatory system and neuroendocrine differentiation in prostatic carcinoma: a review and future directions in basic research. *J Urol* 1994;152: 1927–31
12. Shah RB, Mehra R, Chinnaiyan AM et al. Androgen-independent prostate cancer is a heterogeneous group of diseases: lessons from a rapid autopsy program. *Cancer Res*. 2004;64:9209–9216.
13. Aprikian AG, Cordon-Cardo C, Fair WR et al. Characterization of neuroendocrine differentiation in human benign prostate and prostatic adenocarcinoma. *Cancer*. 1993;71:3952–3965.
14. Jongsma J, Oomen MH, Noordzij MA et al. Kinetics of neuroendocrine differentiation in an androgen-dependent human prostate xenograft model. *Am J Pathol*. 1999;154:543–551.
15. Bang YJ, Pirnia F, Fang WG et al. Terminal neuroendocrine differentiation of human prostate carcinoma cells in response to increased intracellular cyclic AMP. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1994; 91:5330–5334.
16. Abrahamsson PA, Waldstrom LB, Almmets J. Peptide-hormone and serotonin-immunoreactive cells in normal and hyperplastic glands. *Pathol Res Pract* 1986;181: 675–83
17. Schalken JA, van Leenders G. Cellular and molecular biology of the prostate: stem cell biology. *Urology*. 2003;62:11–20.
18. Luca Cindolo, Monica Cantile, Neuroendocrine Differentiation in Prostate Cancer: From Lab to Bedside, *Urol Int* 2007;79:287–296
19. Deeb PD, Murphy DJ, Parsons SJ, Cox ME: Interleukin-6 and cyclic AMP-mediated signaling potentiates neuroendocrine differentiation of LNCaP prostate tumour cells. *Mol Cell Biol* 2001; 21: 8471–8482.
20. Sauer CG, Roemer A, Grobholz R: Genetic analysis of neuroendocrine tumour cells in prostatic carcinoma. *Prostate* 2006; 66: 227–234.
21. Amin MB, Grignon DJ, Humphrey PA, et al. Gleason Grading of Prostate Cancer: A Contemporary Approach. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, 2004.
22. Epstein JI, Yang XJ. Prostate Biopsy Interpretation. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, 2002.
23. John H. Eichhorn, MD, and Robert H. Young, MD, Neuroendocrine Tumors of the Genital Tract, *Am J Clin Pathol* 2001;115 (Suppl 1):S94–S112
24. Rusthoven JJ, Daya D. Small-cell carcinoma of the vagina: a clinicopathologic study. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114:728–731.
25. Amato RJ, Logothetis CJ, Hallinon R, et al. Chemotherapy for small cell carcinoma of prostatic origin. *J Urol*. 1992;147:935–937.
26. Oesterling JE, Hauzeur CG, Farrow GM. Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: a clinical, pathological and immunohistological study of 27 patients. *J Urol*. 1992; 147:804–807.
27. McWilliam LJ, Manson C, George NJ., Neuroendocrine differentiation and prognosis in prostatic adenocarcinoma., *Br J Urol*. 1997 Aug;80(2):287–90.
28. Young RH, Srigley JR, Amin MB, et al. Tumors of the Prostate Gland, Seminal Vesicles, Male Urethra, and Penis. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 2000. Atlas of Tumor Pathology, 3rd Series, Fascicle 28.
29. Jongsma J, Oomen MHA, Noordzij MA, Romijn JC, Schroder FH, van Steenbrugge GJ. Androgen-independent growth is induced by neuropeptides in human prostate cancer cell lines. *Prostate* 2000; 42: 34–44
30. Kadmon D, Thompson T, Lynch G, Scardino P. Elevated plasma chromogranin A concentrations in prostatic carcinoma. *J Urol* 1991; 146:358–64
31. Wistuba II, Gazdar AF, Minna JD. Molecular genetics of small cell lung carcinoma. *Semin Oncol*. 2001;28:3–13.
32. Murray N, Salgia R, Fossella FV. Targeted molecules in small cell lung cancer. *Semin Oncol*. 2004;31:106–111.
33. Hindson DA, Knight LL, Ocker JM. Small-cell carcinoma of the prostate: transient complete remission with chemotherapy. *Urology*. 1985;26:182–184.
34. Wyrnik D, Bloom SR. The use of longacting somatostatin analog octreotide in the treatment of gut neuroendocrine tumors. *J Endocrin Metab* 1991;73: 1

# 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 vesetumrok 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 tumorkok – melyek még a vesedaganatokhoz képest is sokkal ritkábban fordulnak elő – nagy része szintén malignus daganat. Ezek elsősorban különböző szarkómák, hisztiocytomák vagy gastrointestinalis stromalis tumorkok. A retroperitoneális tumorkok 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 eventless 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 natív 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 metszésből 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 bevérzett 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 utánkötés 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 műtetre 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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Kashima K, Yahata T, Fujita K, Tanaka K.: Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma associated with pregnancy. Int J Gynecol Cancer. 2008;18(5):908-12.
- 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.
- Li Q, Gao C, Juzi JT, Hao X.: Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. ANZ J Surg. 2007;77(4):237-40
- 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.
- 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.
- Virseda Rodriguez 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.
- Zhou Z, McDade TP, Simons JP, Ng SC, Lambert LA, Whalen GF, Shah SA, Tseng JF.: Surgery and radiotherapy for retroperitoneal and abdominal sarcoma: both necessary and sufficient. Arch Surg. 2010;145(5):426-31.



## HÍREK

### Fontos események a közeljövőben



#### EAU 12th Central European Meeting (CEM)

Helyszín:  
**Drezda, Németország**

Időpont:  
**2012. október 12-13.**

 **European  
Association  
of Urology**

#### 26. Fűvészkerti Urológus Napok (FUN)

Helyszín:  
**Danubius Healt Spa Resort Hélia**

Időpont:  
**2013. február 15-16.**



A tanfolyam elnöke: Prof. Nyirády Péter  
Társelnöke: Prof. Romics Imre  
Szervezője: Convention Kft.

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



Magyar Uroonkológus Társaság

#### Magyar Uroonkológus Társaság IV. Kongresszus

**2013. május 24. Budapest, Novotel Centrum**

(1088 Budapest, Rákóczi út 43-45.)

A tanfolyam elnöke: **Prof. Romics Imre**  
Szervezője: **Convention Kft.**

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

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

## HÍREK

A Magyar Uroonkológus Társaság (MUOT)  
III. kongresszusa, Budapest

Immáron harmadik kongresszusát tartotta 2012. május 18-án a Magyar **Uroonkológusok Társasága**. A 140 feletti regisztrált résztvevő az egynapos rendezvényen mindvégig megtöltötte a budapesti Novotel Szálló rendezvénytermét.

*Romics Imre* professzor, bevezetőjét követően az uroonkológiában végzett tevékenységéért *Szűcs Miklósnak* a Semmelweis Egyetem klinikai főorvosának *Antal Géza* emléklapoktetet adományozott.



*Dr. Szűcs Miklós* átveszi *Romics professzortól* az *Antal Géza-emléklapoktetet*

Ebben az évben is szervrendszerek szerint tekintettük át az urológiai daganatok kezelésében végbement változásokat, amely bemutatását érdekes esetek ismertetésével színesítettük.

Elsőként a prosztatadaganat volt a téma.

*Berczi Csaba* (Debrecen) a sebészi terápia indikációit, lehetőségeit foglalta össze nagyszámú műtét tapasztalatai alapján. Ezt követte *Ágoston Péter* (Országos Onkológiai Intézet) színes előadása a sugárterápiát kiegészítő hormonkezelés szükségességéről. Külön, kockázati csoportok szerint elemezte a neoadjuváns és adjuváns hormon megvonás idejét és módját. Ezután *Romics professzor* és *Horváth András* (Semmelweis Egyetem) érdekes esetismertetései következtek.

A prosztaták szekciót *Varga Imre* (Medicina 2000) eszmefuttatása zárta, amely az alapellátás problémáit vetette fel a számok tükrében.

A hererák kezelésében az utóbbi időben lényeges változás nem történt szögezte le *Géczi Lajos* (Országos Onkológiai Intézet). A kemoterápiás protokoll árnyalatnyi változásait, a sugárkezelés további visszaszorulását onkoteamek döntései határozzák meg.

*Pusztai Csaba* (Pécs) a lymphadenectomiák helyét és szerepét körvonalazta, külön kitérve az általa magas szinten művelt laparoscopos technikára.

Harmadik téma a hólyagdaganat kezelése volt. Az előadók a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájáról kerültek ki. *Keszthelyi Attila* a radikális cystectomiák eredményeit és buktatóit sorolta fel, *Riesz Péter* a gyógyszeres kezelés lehetőségeit vonultatta fel, külön kitérve a felszínes daganatok morfológiájára. Az esetismertetések *Bécsi Áron* és *Beliczay Barbara* szolgáltatta.

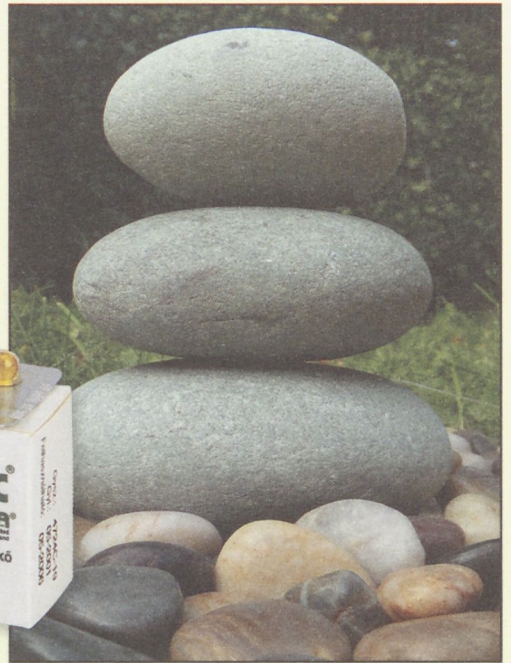
A délutáni programot *Nyirády Péter* (Semmelweis Egyetem) összefoglaló előadása nyitotta a hímvesszőrák komplex kezeléséről.

Utolsó, de talán legnagyobb érdeklődése számot tartó téma a vesedaganatok kezelése volt. Valóban ez tűnik most az uroonkológia leginkább dinamikus változó részének. A szekciót *Szendrői Attila* a vesedaganat sebészetéről szóló átfogó előadása nyitotta, amelyet *Bata Pál* (ugyancsak Semmelweis Egyetem) képekkel gazdagon illusztrált összefoglalója követett. Ismét megbizonyosodhattunk arról, hogy egy szakértő radiológus milyen nagymértékben járulhat hozzá a pontos diagnózishoz, és így a megfelelő kezeléshez. Az esetismertetések *Maráz Anikó* (Szegedi Tudományegyetem) *Küronya Zsófia* (Országos Onkológiai Intézet), *Moldvay Judit*, *Szabó Balázs*, *Melcher Bálint* (Semmelweis Egyetem) nyújtották. *Szűcs Miklós* a veserák gyógyszeres kezelésében végbement változásokat több oldalról világította meg.

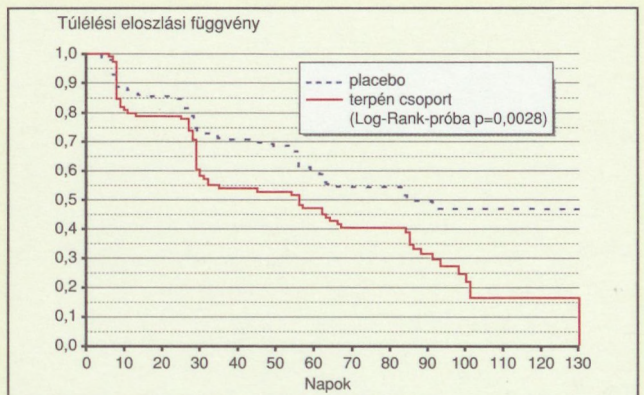
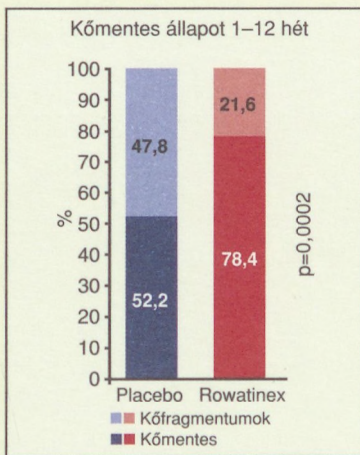
A tesztkérdések után *Romics Imre* professzort köszöntöttük 65. születésnapja alkalmából. Az ünnepelt utolsó kérdése ez volt: „eljönnétek jövőre is?” Az egyöntetű „igen” válasz után sok reménnyel készülünk a jövő évben tartandó IV. MUOT-ra.

# ROWAtinex<sup>®</sup>

kapszula • cseppek



Nephrolithiasis, ureterolithiasis és az ezekhez kapcsolódó tünetek. Műtéti kőeltávolítás és spontán kőtávozás után kőprofilaxis. Enyhe húgyúti infekciókban a diuresis elősegítése.



ROWATINEX vs. placebo hatékonysága ESWL keltette kőfragmentum eliminációjára (N=222) Ebeling, L. et al. 17.FUN, 2007

European Urology Suppl. Vol.9. Issue 12 Dec. 2010 ISSN 1569-9056: Improving Stone Clearance After Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy in Urolithiasis Patients by a Special Terpene Combination Rowatinex: Results of a Placebo Controlled Randomised Trial I. Romics, G. Siller, R. Kohnen, S. Mavrogenis, J. Varga, E. Holman

sAtco

SATCO Kft.



ROWA<sup>®</sup>

Pharmaceuticals Ltd.,  
Bantry, Co. Cork,  
Ireland.



H-1119 Bp., Fehérvári út 89-95.  
Tel.: (+36-1) 371-0530 • Tel./fax: (+36-1) 371-0531  
E-mail: [satco@satco.t-online.hu](mailto:satco@satco.t-online.hu)  
Elérhető egyéb adat a [www.satco.hu](http://www.satco.hu) honlapon

# 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 Kosnil vörös A (E 124) színezékre, illetve bármely összetevőre való túlérzékenység. **Nemkívánatos hatások:** Ritkán hasi diszkomfort érzés, hányinger, hasmenés előfordulhat. A A Kosnil 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 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. Ártámogatásban 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