

UROLOGIA

ONKOLOGIA



3 havonta
1x

Zoladex[®]
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 prosztatákarcinóma. 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: hõhullámok, veritékezés, libidócsökkenés, potenciáscsökkenés. Gyakori: emlõduzzanat, az injekció beadásának helyén fellépõ reakciók (pl. bőrpír, fájdalom, duzzanat, vérzés), bőrkiütés, 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 érvényû orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenõrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz)

Bõvebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási elõírását! (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 idõközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdõlap/gyógyszer) érhetõek el.

UROLÓGIAI ONKOLOGIA

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, Géczi Lajos, Riesz Péter

Urológia

Farkas László, Flaskó Tibor, Keszthelyi Attila,

Nyirády Péter, Szabó Zoltán

Sugarterápia

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: romics.imre@med.semmelweis-univ.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 a kiadóban 1990 Ft-ért. Tájékoztatjuk, hogy a szerkesztőbizottság vállalja a külön megjelölés nélkül megjelenő cikkekért a felelősséget, a lapban közölt hírdetéseket és PR cikkeket kellő gondossággal kezeli, azonban azok tartalmáért felelősséget nem vállal.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és a kiadó által készített grafikai anyag közlési és sokszorosítási joga a kiadót illeti meg.

TARTALOM

Impresszum	1
Bevezető	3
A prosztatarák korszerű diagnosztikája Modern diagnosis of prostate cancer <i>Nyirády Péter dr.</i>	4
Fertilitási zavarok kivizsgálása során észlelt intratubularis germinális sejtes neoplasiák Testicular Sperm Extraction observed during investigation of fertility problems <i>Gulácsi Alexandra, Glasz Tibor, Takács Tamás, Riesz Péter dr., Nyirády Péter dr., Kopa Zsolt dr.</i>	7
FUN – Urofarsang 2013 – absztraktok	11
Beszámoló az Európai Urológus Akadémia legutóbbi konferenciájáról	23
Central European Meeting (CEM) 2012	24



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.huwww.convention.hu

Címlap: Endoszkópos készlet a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának gyűjteményéből.

Kedves Kollégán/Úr!



Az Uroonkológia X. évfolyam első számával jelentke-zünk. Kilenc év, 32 szám, közel 700 oldal van mögöttünk. Köszönet a szerzőknek, lektoroknak, támogató cégeknek, kiadónak és a szerkesztőknek egyaránt.

Csak remélni tudjuk, hogy az utóbbi években lanyhuló cikkírási kedv új erőre kap.

Nyírády professzor a prosztaták legkorszerűbb diag-nosztikáját foglalja össze. *Gulácsi Alexandra* érdekes, határterületi – onkológiai-andrológiai – esetet ismertet.

Tradíció, hogy a FUN-ra jelentkezett rezidensek abszt-raktjait is közöljük, ezáltal idézhető az előadásuk.

Beszámolóik, hirdetések a végén.

Romics Imre
főszerkesztő

A prosztatatarák korszerű diagnosztikája

Nyirády Péter

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest

A prosztatatarák pontos diagnosztikája máig nem megoldott kérdés. Számos módszer áll rendelkezésre, de az érzékenység és a megbízhatóság szempontjából egyik sem tökéletes. A dolgozat áttekintést nyújt a jelenleg rendelkezésre álló legújabb vizsgálómódszerekről és ismerteti azok előnyét, különös tekintettel a proPSA-ra.

kulcsszavak: prosztatatarák, PSA

Modern diagnostics of prostate cancer

Accurate diagnosis of the prostate cancer is still not a solved question. There are several methods, but no one is perfect from sensibility and reliability point of view. This paper gives an overview about the newest available diagnostic methods and describes the advantage of those with a special interest of proPSA.

key-words: prostate cancer, PSA

Bevezetés

A prosztatatarák korai felismerése jelentős egészségügyi kihívás, tekintettel arra, hogy ritkán okoz klinikai tüneteket, míg nem előrehaladottá válik. Ezt leggyakrabban perifériás zónából kiindulása és így a húgycsőtől való távolsága magyarázza. Ez nagyon komoly egészség- és nemzet- gazdasági problémát jelent, mivel 50 éves kor felett a prosztatatarák az egyik leggyakrabban halált okozó rosszindulatú megbetegedés, mely korai felismerés esetén véglegesen gyógyítható lenne. A prosztatatarák túlélése ugyan Európában és az Egyesült Államokban növekedett, mely betudható a férfiak egészségtudatosabb gondolkodásának, a betegség és annak felismerésének egyre szélesebb körben való „népszerűsítésének”, valamint az egyre korszerűbb vizsgálómódszereknek, de ma is gyakori távoli áttétes stádiumban való felismerése. A prosztatataráknak rendkívül eltérő prognosztikai típusai (alacsony-, közepes- és magas rizikójú) vannak, melyek merőben eltérő ellátást kívánnak, nagyon fontos ezek elkülönítése, mely a túlkezeléssel járó kockázatot és azzal együtt előforduló szövődményt csökkenti. Egyesek szerint a prosztatatarák csak, mint összefoglaló megnevezés használható, mert valójában ugyanazon szervben megjelenő, de merőben más viselkedésű megbetegedésről van szó.

A prosztatatarák diagnosztikája végbélen keresztül, ultrahang vezérelve (TRUS), tübiopsziával történik. A beavatkozást pozitív rectalis digitális vizsgálat (RDV), és/vagy emelkedett prosztatata specifikus antigén (PSA) indokolja. A PSA rendszeres vizsgálatát és a tübiopszia elvégzését

megelőzően az érintett férfit feltétlenül fel kell világosítani arról, hogy a korai felismerés akár megkérdőjelezhető, mivel alapul szolgálhat szükségtelen túlkezelésnek. A prosztatatarák kimutatásában, általánosságban legmagasabb pozitív prediktív értéke a PSA-nak van, mely egy objektív vizsgálómódszer, ellentétben a RDV, vagy akár TRUS vizsgálatokkal, melyek eredménye a vizsgáló személy felkészültségén is múlik. Negatív rectalis tapintási lelet esetén PSA-érték emelkedésével a prosztatatarák jelenlétének valószínűsége egyenes arányban emelkedik. Továbbá, gyanús tapintási lelet legmagasabb pozitív prediktív értéke a PSA. Ennek ellenére a PSA nem prosztatatarák, hanem csak prosztatata specifikus marker, mely álnegatív és álpozitív eredményt is mutathat. Értéke korrall, a prosztatata méretével és prosztatagyulladásban megemelkedik, mely jelentősen megnehezíti a prosztatatarák diagnosztikáját. Ennek kiszűrésére különböző kiigazított PSA vizsgálatokkal történt kísérlet, mint kor specifikus PSA, térfogattal számított PSA (denzitás), továbbá szabad és kötött PSA arány. A PSA kinetikájának mérése is segítségünkre lehet a prosztatatarák biztonságosabb felismerésében. Ezt a célt szolgálja a PSA kettőződési idő és a PSA emelkedési érték, melyet feltétlenül javasolt megvizsgálni a prosztatata biopszia indikációját megelőzően. A fenti kísérletek ellenére a prosztatatarák TRUS vezérelt tübiopsziájának találati valószínűsége átlagosan 20–30%. Ezen érték éppen a klinikai szempontból legfontosabb korai stádiumú prosztatatarákban a legalacsonyabb, mely számos felesleges biopsziát von maga után. Pozitív tapintási lelet és emelkedett PSA esetén is a biopsziák 60%-a nem tud

prostatarákat kimutatni. A biopszia kockázata és esetleges szövődménye nem elhanyagolható, főleg akkor, ha figyelembe vesszük azt a tény, hogy sok esetben olyan prostatarák felfedezésében van szolgálatunkra, amit fel sem kellett volna ismerni. Éppen ezért rendkívül fontos a biopszia indikációjában, hogy van-e jelentős esélye a prostatarák kimutatásának, továbbá az esetlegesen felismert prostatarák egyáltalán fel kellett volna-e ismerni. Más szóval, szükséges lenne azt is jó lenne megbízható találati valószínűséggel tudnunk, hogy a jelenlévő prostatarák milyen típusú, agresszív, vagy nem agresszív. Vagyis, nemcsak felfedezni kell a prostatarákat, hanem azzal is tisztában kellene lennünk, hogy érdemes-e.

A prostatarák diagnosztikájában és a biopszia indikációjában olyan biomarkerre lenne szükségünk, mely nemcsak nagy biztonsággal meg tudná állapítani a betegség jelenlétét, de azt is meg tudná mutatni, hogy a prostatarák milyen stádiumban van, és milyen típusú kezelést igényelne. Így el lehetne különíteni a kezelést nem igénylő, a várható élettartamot, az életminőséget nem befolyásoló és az azonnal, sokszor agresszív, akár multimoduláris kezelést követelő prostatarákat. Sajnos erre a PSA, annak korlátai miatt nem alkalmas, és ez magyarázza azt a rendkívüli erőfeszítést, mely új és pontosabb biomarkerek felfedezésére irányítja a kutatók figyelmét. Ezt a szándékot próbálja segíteni a PCA3, mely egy korai prostatarák antigén, mely a PSA-val ellentétben nem prostata, hanem prostatarák specifikus marker. A vizeletből vizsgálható módszer indikációja jelenleg, negatív biopsziát követően továbbra is emelkedő PSA-érték. A PCA3-nál is biztatóbb specificitással és érzékenységgel kecsegtetőbb és éppen ezért szélesebb körben való elterjedésre számító eljárás a vérből kimutatható [-2]proPSA, mely a szabad és a kötött PSA-értékét is figyelembe véve egy indexnek, a phi-nek (Prostate Health Index) szolgál alapjául. Vizsgálatok igazolták, hogy a [-2]proPSA alapján nagyon jó valószínűséggel elkülöníthető az alacsony kockázatú prostatarák, a legalább 7-es Gleason scorról bíró agresszív tumoroktól (1, 2).

Betegek és módszer

Számos, több intézetben, prospektíven végzett vizsgálat igazolta az új biomarkerek közül a PSA egy korai formájának a [-2]proPSA-nak az elsőbbségét a PSA-val szemben. Az elemzés érzékenysége tovább javítható, ha

mind a kötött, mind a szabad PSA értékét is figyelembe véve a [-2]proPSA mellett, egy úgynevezett phi (Prostate Health Index) értéket számítunk. Egy multicentrikus, kettős vak klinika vizsgálatba 8 intézetből 1372 olyan beteget vontak be, akiknek a PSA értéke 2 és 10 ng/ml között volt. A betegek szabad és kötött PSA értékét ng/ml-ben, míg a [-2]proPSA értékét pg/ml-ben mérték. Az analízisbe olyan, legalább 50 éves férfiakat vontak be, akiknek 1) nem volt prostatarákos anamnéziséjük, 2) az RDV nem volt gyanús, 3) elővizsgálat során a PSA 1,5 és 11 ng/ml közötti értéket mutatott, 4) legalább 6 szeletes prostata biopszián estek át, melyből 5) kórszövettani vizsgálat készült. Kizáró oknak számított, ha 1) gyógyszeres, vagy sebészi beavatkozás befolyásolta az elsődleges PSA-értéküket, 2) vérével idején húgyúti gyulladásban szenvedtek, 3) a végleges Access® Hybritech® PSA-értékük 2 és 10 ng/ml-en kívül esett, 4) a vérével és a biopszia nem megfelelő időben történt, vagy 5) megelőzőekben androgén kezelésben részesültek. A fenti kritériumokat 326 beteg nem teljesítette, így 892 beteg került vizsgálatra. Sem a bevont intézetek, sem a betegek nem ismerték a [-2]proPSA eredményüket, továbbá a [-2]proPSA vizsgálatot végzők nem voltak tisztában a betegek klinikai adataival.

Mérés

A [-2]proPSA, a PSA és a szabad PSA értékét Access 2 Immunoassay Analizátorral és rendszerrel vizsgálták, a [-2]proPSA értékét kétszer mérték meg.

Statisztikai vizsgálat

Elsődleges nulla hipotézis az volt, hogy a phi nem specifikusabb, mint a szabad/teljes PSA arány, 95%-os érzékenységgel. Ezt ROC analízissel mérték.

A résztvevő alcsoportok összehasonlítását Wilcoxon rank érték és chi-square teszttel ellenőrizték, ahol statisztikai szignifikanciának a $p < 0,05$ számított.

Egyéni rizikóértékelés

Megelőzőkben a 2 és 10 ng/ml érték között a prostatarák rizikója 25% volt (3) phi és Gleason score.

A vizsgálatba bevont prostatarákos betegekben minden phi értéknél számolták a 7, vagy magasabb Gleason score arányát. A rizikó arány a 7 és a 7-nél magasabb Gleason score valószínűségét vizsgálta a phi-hez viszonyítva, 0 és 24,9 phi mellett. Cochrane-Armitage teszt határozta meg,

hogy emelkedő phi érték összefügg-e Gleason score 7, vagy magasabb értékkel. ROC analízist használtak a phi klinikai alkalmazhatóságának kimutatására a legalább 4+3 =7 Gleason score érték mellett.

Eredmények

Mind a phi, mind a [-2]proPSA szignifikánsan magasabb volt a prosztatatarákos férfiakban, mint a kontroll csoportban, míg a szabad és a szabad/teljes PSA alacsonyabb volt. A teljes PSA érték és a betegek kora közel azonos volt mindegyik csoportban.

A betegek 89,8%-ában 12-szeletes, míg 98%-ában legalább 10 szeletes biopszia történt. A férfiak kora 30,6%-a 50 és 59 év között, 49,9%-a 60 és 69 év között, és 19,6%-a 70 és 84 év között volt. A betegek életkorában, a PSA, a [-2]proPSA, a szabad kötött PSA arányban vagy a phi értékében nem volt különbség a feketék és fehérek között.

Magasabb phi érték magasabb prosztatatarák rizikót jelentett az eredmények tanúsága szerint függetlenül a vizsgált férfiak korától.

A phi szignifikáns kapcsolatot mutatott a biopsziás anyagokban talált Gleason értékkel. A legalább 7-es Gleason score esetén a phi értéke egyértelműen magasabb volt.

Összefoglaló

Az elvégzett vizsgálatok alapján, bizonyítékon alapul, hogy a rákos prosztata epitheliumában a [-2]proPSA termelődése szignifikánsan megemelkedik és ez a változás a szérumban kimutatható. A [-2]proPSA vizsgálat mind magában, de még inkább együttesen kiértékelve a teljes és szabad PSA értékével (számolt phi) értékével jelentős segítségünkre lehet a szükségtelen biopsziák elkerülésére, a magas kockázatú és az agresszív prosztatatarák kiszűrésére a negatív rektalis tapintási leletű, 50 évesnél idősebb férfiaknak, akiknek a PSA értéke 2 és 10 ng/ml között van. Összefoglalva, a meglévő arzenálunk mellett a [-2]proPSA és abból számított phi érték mint egy új és pontosabb biomarker is rendelkezésünkre áll az agresszív prosztatatarák korai felismerésében.

Irodalom:

1. Catalona WJ, Partin AW, Sanda MG és mtsai: A Multicenter Study of [-2] Pro-Prostate Specific Antigen Combined With Prostate Specific Antigen and Free Prostate Specific Antigen for Prostate Cancer Detection in the 2-0 to 10.0 ng/ml Prostate Specific Antigen Range. *J Urol* 2011;185:1650-55.
2. Stephan C, Vincendeau S, Houllgatte A és Semjonov A: Prostate Health Index (phi) using [-2]proPSA improves detection of prostate cancer preferentially identifying aggressive cancers. *IFCC-WorldLab Berlin* 2011.
3. Catalona WJ, Richie JP, Ahmann FR és mtsai: Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trial of 6,630 men. *J Urol* 1994; 151:1283.

Fertilitási zavarok kivizsgálása során észlelt intratubularis germinalis sejtes neoplasiák

Gulácsi Alexandra¹, Glasz Tibor², Takács Tamás¹, Riesz Péter¹, Nyirády Péter¹, Kopa Zsolt¹

1 Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest

2 Semmelweis Egyetem II.Sz. Patológiai Intézet, Budapest

Azoospermia miatt végzett spermiumnyerés – TeSE (Testicular Sperm Extraction) során az átlag férfi populációnál gyakrabban fordul elő a heredaganat rákmegelőző állapota, az ITGCN (Intratubularis Germinalis Sejtes Neoplasia). Eredményeink segítségével szeretnénk felhívni a figyelmet a sub illetve infertilis férfiaknál a here malignus megbetegedéseinek emelkedett kockázatára, valamint a herebiopsziák szövettani vizsgálatának fontosságára, illetve ennek kapcsán c-Kit immunhisztokémia elvégzésének szükségességére.

Kulcsszavak: ITGCN, heretumor, TeSE, infertilitás, c-Kit

Bevezetés

A here rosszindulatú daganatának incidenciája 0,4 %, azonban ez a leggyakoribb malignus megbetegedés a 15 és 44 év közötti férfiak körében (1). A heretumороk több mint 95%-a csírasejt eredetű (Germ Cell Tumor), seminoma és non seminoma típusú. Ezek a tumorok intratubularis csírasejtes neoplasiából alakulnak ki, kivéve a spermatocytás seminomát, Yolk sac tumort és a teratomákat (2).

Az ITGCN (Intratubular Germ Cell Neoplasia) a csírasejt eredetű heretumoroknak (a fent említett 3 típuson kívül) daganatmegelőző állapota (3), az esetek 50%-ában 5 éven belül invazív tumor fejlődik ki (4). A régebbi nomenklátúra CIS – carcinoma in situ és TIN – testicularis intraepithelialis neoplasia néven említi, mivel azonban ez nem epithelialis lézió, hanem a heretubulusokból eredeztethető, az ITGCN elnevezés használata ajánlott.

Az intraepithelialis germinalis sejtes neoplasiák a WHO klasszifikáció alapján 2 csoportba sorolhatók; nem specifikus, azaz unspecified (ITGCNU) és specifikus, ami a csírasejt eredetű neoplasiák felosztását követi.

Az egészséges fiatal felnőttek körében két nagyobb tanulmány is vizsgálta az ITGCN gyakoriságát. Dániában valamivel 1% alá becsülték, ami megegyezik a hererák kockázatával a dán férfi populációban (5). Linke és munkatársai

Testicular Sperm Extraction observed during investigation of fertility problems

An elevated incidence of ITGCN (Intratubular Germ Cell Neoplasia) – a premalignant malformation of testicular cancer – can be shown performing TeSE (Testicular Sperm Extraction) in azoospermic males. By our retrospective analysis results we would like to underline that sub/infertile men have a higher risk for testicular malignancies. It is also emphasized the need and importance of histological examination extended with c-Kit immunohistology in all TeSE samples.

Key-words: ITGCN, testicular cancer, TeSE, infertility, c-Kit

Németországban 1388 egészséges férfi közül 6 esetben igazoltak ITGCN-t, azaz 0,43%-ban, ami szintén a csírasejtes heretumороk gyakoriságával korrelál (6).

A hererákos betegek 60%-ánál subfertilitás, illetve infertilitás található, a hererák kockázata pedig közel 20 szorosra az egészséges populációban tapasztalt sub/infertilitás mellett (7). Több tanulmány is foglalkozik az ITGCN gyakoriságával is infertilis populációban, melyek 0–3,5% közötti eredményekről számolnak be, átlagban 0,74%. A legfrissebb, 2007-es vizsgálatban szigorúbb beválasztási kritériumok alapján Olesen és munkatársai 2,2 %-ra becsülték az ITGCN előfordulását a subfertilis dán férfiak körében (8).

Az elmúlt évtizedekben az e területen végzett klinikai vizsgálatok arra a kérdésre fókuszáltak elsősorban, hogy a nemzőképesség csökkenése a malignus folyamat következtében alakul ki, vagy éppen az infertilitás tekinthető a hererák kockázati tényezőjének. A kutatások mindkét megbetegedés közös okát igazolták. A hererák emelkedett kockázata pl. cryptorchismus, vagy infertilitás esetén ok-okozati kapcsolatra vezethető vissza, csakúgy, mint microlithiasis, gonad dysgenesis, hypospadiasis esetén – melyeket egységesen Testicularis Dysgenesis Szindrómaként neveznek. Oka a csírasejtek hibás differenciációja, transzformációja, mely genetikai, endokrin valamint környezeti okokra vezethető vissza. (5)

Az ITGCN tünetmentes elváltozás, fizikális vizsgálat során nem tapintható, képalkotó vizsgálatok során nem ábrázolódik, tumormarker-eltérést (AFP, β hCG, NSE, LDH) nem okoz. Diagnózisa csak herebiopátium szövettani vizsgálata során állítható fel. Számos kórképben, a fent említett TDS (cryptorchismus, microlithiasis, hypoadiashis, gonad dysgenesis, felnőttkori intertilitás és hererák) esetén létjogosultsága van a szövettani vizsgálat elvégzésének, melyet az alábbi eredmények meggyőzően alátámasztanak.

Testicularis csírasejtes daganat eltávolítása során az ellenoldali here ellenőrzése szükséges, mivel az egyoldali heretumor miatt végzett castratio során az ellenoldali heréből vett biopszia 5%-ban igazolt ITGCN-t. 5 éven belül 50%-ban progredialt heretumorrá, 7 éven belül pedig 70%-ban (9).

Cryptorhizmus miatt pubertáskorban végzett castratio során 4%-ban igazoltak ITGCN-t (10), valamint dysgeneticus gonádok vizsgálata során – androgén insensitivitási szindrómában az eltávolított herékben 62,5 %-ban igazolták ITGCN jelenlétét (11).

Egyoldali ITGCN esetén az általánosan ajánlott terápia egyoldali castratio – az ellenoldali here épsége esetén. Ritkán, metachron ITGCN esetén kétoldali castratio jön szóba élethosszig tartó hormonális terápiával (12).

Alacsony dózisu radiotherápia (14-20 Gray) egyoldali és kétoldali ITGCN esetén is szóba jöhet, azonban a postirradiatios biopsziák csak a Sertoli sejtek épségét igazolják, ezért a hormonpótlásról gondoskodni kell (13,14).

Kisebb sugárdózis esetén (14-16 Gray) csökken az infertilitás kialakulása és a tesztosteron- termelés is elégséges maradhat (15). Alacsony dózistartományban azonban gyakoribb relapsusról számolnak be különböző tanulmányok (16, 17). Az irodalom nem számol be kemoterápia végzéséről csak egyidejű hereráknál végzett adjuváns kezelés részeként. Azonban az utánkövetés során az eredmények 30%-ban igazolták ITGCN perzisztálását, valamint 42%-ban későbbi visszatérését (18).

Anyag és módszer

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának Andrológiai centrumában fertilitási problémával jelentkező, sebészi spermiumnyerésre került betegek adatait retrospektív vizsgálat során elemeztük.

Szövettani jellemzők

Az Intratubularis Csírasejtes Neoplasia alatt értjük a heretubulusok basalmembránján elhelyezkedő atípusos sejteket, melynek jellemzője a nagyobb sejtmag, nagyszámú sejtmagvacska valamint glikogénben gazdag citoplasma. Mivel a fixatios eljárások során a glikogén kioldódik, immunhisztokémiai módszerek segítségével azonosíthatók. A placenta specifikus alkalikus foszfatáz PLAP a kioldódott glikogén ellenére detektálható a citoplasmában az ITGCN sejtek többségében. (19)

1994-ben *Meyts* és *Skakkabaek* c-Kit protoonkogén produktum jelenlétét igazolta az ITGCN és invazív tumork vizsgálat során, 61%-ban az egész tumor területén, 39%-ban pedig focalisan expresszálódott a c-Kit protoonkogén. Ezen eredmény is alátámasztja a csírasejtek hibás transzformációjának szerepét a heretumor kialakulásában (20). A vizsgálat magas szenzitivitásának köszönhetően a herebiopátiumok elemzésénél rutin lépéssé vált.

A Semmelweis Egyetem II. Sz. Patológiai Intézete a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően infertilitás miatt végzett herebiopátiumok szövettani vizsgálata során minden esetben c-Kit immunhisztokémiát is végez.

Eredmények

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának Andrológiai centrumában fertilitási problémával jelentkező, sebészi spermiumnyerésre került betegek adatait retrospektív vizsgálat során elemeztük. 2009. május és 2011. július között azoospermia miatt 92 kétoldali sebészi spermiumnyerés (TeSE – testicular sperm extraction) történt. Minden esetben cryopreservatiora és szövettani vizsgálatra is sor került. A szövettani vizsgálatokat a II. Sz. Patológiai Intézetben végezték. A 92 minta feldolgozása során minden esetben történt c-Kit immunhisztokémia is, mely 2 esetben igazolta ITGCN jelenlétét, azaz az esetek 2,17 %-ban.

Esetismertetések

Első betegünk 35 éves férfi, aki 2002 óta meddő kapcsolatban él. Még 2003-ban, első vizsgálat során, más intézetben normozoospermia alsó határán lévő spermaképet

írtak le, ekkor Andriol kúrán esett át, azonban kontroll során rosszabb spermaképet találtak. Ezután tamoxifent szedett, további kontroll, kezelés nem történt.

Intézetünkben 2011 tavaszán jelentkezett. Elmondása alapján urológiai anamnézise negatív, hereleszállási zavarról nem tud. Fizikális vizsgálata során jobb oldali 16 cm³, bal oldali 13 cm³ ép here igazolódott. Bal oldali mellékherében borsónyi cysta volt tapintható. Funiculusok, ductusok, penis eltérés nélkül. További vizsgálataink során azoospermiát, normal pH mellett hypospermiát találtunk. Hormonprofilban eltérés nem volt, citogenetikai vizsgálata negatív. Transrectalis UH eltérést nem igazolt. Kétoldali TeSE végzésére került sor, mely II. spermatocytá szinten igazolt érési gátlást, valamint a jobb oldali herében ITGCNU-t írt le. Betegünket tájékoztattuk a terápiás lehetőségekről, a castratio elvégzésébe nem egyezett bele, radioterápiás kezeléssel esett át, gyermekvállalás más alternatívája mellett döntött.

Második páciensünket 2009 óta vizsgálták meddő kapcsolat miatt, két alkalommal végzett spermavizsgálat azoospermiát igazolt, ezért Andrológiai Centrumunkba irányították. Anamnézisében 7 éves korban végzett jobb oldali orchidopexia szerepel. Fizikális vizsgálat során jobb oldali 8 cm³-es, atrophisált herét, valamint bal oldali 12 cm³-es ép herét és Gr. III varicokelét találtunk. Bal oldali mellékherében borsónyi cysta volt tapintható, ductusok, funiculusok, penis épnek bizonyult. Hormonstatusában 2x magasabb FSH, hyperprolactinemia igazolódott. Citogenetikai vizsgálata negatív, AZF teszt mikrodeléciót nem igazolt. Scrotalis UH jobb oldali here atrophiat és microlithiasist, bal oldali varicokelét és bal oldali refluxot írt le. Hasi UH vizsgálata negatív. A cryopreservatio során mindkét oldalon találtak hímivarsejteket. Szövetteni vizsgálat során a jobb oldali atrophisált herében ITGCNU igazolódott, bal oldali herében pedig spermatida szinten érési gátlás. Tumormarkerek és CT vizsgálat negatív volt. Betegünk felvilágosítása során tekintettel a további kezelésekre nem irradiatit hanem jobb oldali castratiót javasoltunk, melybe a beteg beleegyezését adta.

Megbeszélés

Az ITGCN (Intratubular Germ Cell Neoplasia) a csírasejt eredetű heretumoroknak daganatmegelőző állapota, az esetek 50%-ában 5 éven belül invazív tumor fejlődik ki

belőlük. A here malignus betegségeiben szenvedők 60%-ánál subfertilitás, illetve infertilitás található. Vica versa a hererák kockázata is emelkedett sub/infertilitás esetén, közel 20 szorosa az egészséges populációban tapasztaltanak. Az ITGCN gyakoriságát több tanulmány vizsgálta az elmúlt években, ezek 0–3,5% közötti eredményekről számolnak be, az átlagos előfordulás 0,74%. Legújabb szigorú beválasztási kritériumok alapján végzett vizsgálat szerint az ITGCN előfordulását 2,2 % subfertilis férfiak körében.

Az ITGCN tünetmentes elváltozás, nem tapintható, képalakító vizsgálatok során nem ábrázolódik, tumormarker-emelkedéssel nem jár. Diagnózisa csak sebészi spermiumnyerés során eltávolított herebiopátum szövettani vizsgálatával állítható fel.

A testicularis dysgenesis syndroma meghatározása és a szakmai protokollokba történt bevezetése óta a herebiopsiák végzésének indikációs területe kiszélesedett.

Az ITGCN fontossága miatt mindezen eljárások során is szükséges ezen elváltozások szűrése, a szövettani vizsgálat és az immunhisztokémiai reakció elvégzése. A korai felismerés és megfelelő kezelés megelőzheti a későbbi invazív hererák kialakulását.

Következtetés

ITGCN szignifikánsan gyakrabban fordul elő subfertilis férfiak körében, ezt intézetünk anyagán is bizonyítottuk. Eseteink felhívják a figyelmet az infertilitás kivizsgálása során elvégzett sebészi spermiumnyerés során a szövettani vizsgálat és a c-Kit immunhisztokémiai reakció fontosságára.

Irodalom:

1. Fossa SD et al. (2005) Risk of contralateral testicular cancer: a population-based study of 29,515 US men. *J Natl Cancer Inst* 97: 1056-1066
2. Ulbright TM, Amin MB, Young RH. *Tumors of the Testis, Adnexa, Spermatic cord and Scrotum*, 1st edition. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology 1999.
3. Skakkebaek NE Possible carcinoma-in-situ of the testis. *Lancet*. 1972 Sep 9;2(7776):516-7.
4. von der Maase H, Giwercman A, Skakkebaek NE. Radiation treatment of carcinoma-in-situ of testis. *Lancet*. 1986 Mar 15;1(8481):624-5.
5. Skakkebaek NE, Rajpert-De Meyts E, Main KM. Testicular dysgenesis syndrome: an increasingly common developmental disorder with environmental aspects. *Hum Reprod*. 2001 May;16(5):972-8.
6. Linke J, Loy V, Dieckmann KP. Prevalence of testicular intraepithelial neoplasia in healthy males. *J Urol*. 2005 May;173(5):1577-9.
7. Raman JD, Nobert CF, Goldstein M. Increased incidence of testicular cancer in men presenting with infertility and abnormal semen analysis. *J Urol*. 2005 Nov;174(5):1819-22; discussion 1822.

8. Olesen IA, Høi-Hansen CE, Skakkebaek NE, Petersen JH, Rajpert-De Meyts E, Jørgensen N. Testicular carcinoma in situ in subfertile Danish men. *Int J Androl.* 2007 Aug;30(4):406-11; discussion 412.
9. Daugaard G et al. (1992) Management of extragonadal germ-cell tumors and the significance of bilateral testicular biopsies. *Ann Oncol* 3: 283-289
10. Rogers E, Teahan S, Gallagher H, Butler MR, Grainger R, McDermott TE, Thornhill The role of orchietomy in the management of postpubertal cryptorchidism. *JAJ Urol.* 1998 Mar;159(3):851-4.
11. Cassio A, Cacciari E, D'Errico A, Balsamo A, Grigioni FW, Pascucci MG, Bacci F, Tacconi M, Mancini AM. Incidence of intratubular germ cell neoplasia in androgen insensitivity syndrome. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1990 Oct;123(4):416-22.
12. Giwercman A, Berthelsen JG, Müller J, von der Maase H, Skakkebaek NE. Screening for carcinoma-in-situ of the testis. *Int J Androl.* 1987 Feb;10(1):173-80.
13. Schmoll HJ, European consensus on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG). *Ann Oncol.* 2004 Sep;15(9):1377-99.
14. Sedlmayer F, Höltl W, Kozak W, Hawliczek R, Gebhart F, Gerber E, Joos H, Albrecht W, Pummer K, Kogelnik HD; Austrian Uro-Oncology Group (AUO). Radiotherapy of testicular intraepithelial neoplasia (TIN): a novel treatment regimen for a rare disease. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001 Jul 15;50(4):909-13.
15. Dieckmann KP, Besserer A, Loy V. Low-dose radiation therapy for testicular intraepithelial neoplasia. *J Cancer Res Clin Oncol.* 1993;119(6):355-9.
16. Petersen PM, Giwercman A, Daugaard G, Rørth M, Petersen JH, Skakkebaek NE, Hansen SW, von der Maase H. Effect of graded testicular doses of radiotherapy in patients treated for carcinoma-in-situ in the testis. *J Clin Oncol.* 2002 Mar 15;20(6):1537-43.
17. Classen J, Dieckmann K, Bamberg M, Souchon R, Kliesch S, Kuehn M, Loy V; German Testicular Cancer Study Group. Radiotherapy with 16 Gy may fail to eradicate testicular intraepithelial neoplasia: preliminary communication of a dose-reduction trial of the German Testicular Cancer Study Group. *Br J Cancer.* 2003 Mar 24;88(6):828-31.
18. Dieckmann KP, Classen J, Souchon R, Loy V Management of testicular intraepithelial neoplasia (TIN)-a review based on the principles of evidence-based medicine *Wien klin Wochenschr* 2001 Jan 15;113(1-2):7-14
19. Sigg C, Hedinger C. Atypical germ cells of the testis. Comparative ultrastructural and immunohistochemical investigations. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol.* 1984;402(4):439-50.
20. Rajpert-De Meyts E, Skakkebaek NE. Expression of the c-kit protein product in carcinoma-in-situ and invasive testicular germ cell tumours. *Int J Androl.* 1994 Apr;17(2):85-92.

26. Fűvészkereti Urológus Napok (FUN)

Helyszín:

Danubius Health Spa Resort Hévia

Időpont:

2013. február 15-16.



A tanfolyam elnöke: Prof. Nyirády Péter

Szervezője: Convention Kft.

Külföldi vendégeink: Prof. H. Rübber (Essen, D),
Prof. H. Pandha (Surrey, UK),
Prof. J. Gajewski (Halifax, CDN)

www.convention.hu

Füvészkerti Urológus Napok poszttereinek és előadásainak összefoglalói

1.

Prostatabiopszia hatékonyságának felmérése Klinikánkon

Benyó Mátyás, Mohai Csaba, Murányi Mihály,
Kiss Zoltán, Berczi Csaba, Flaskó Tibor
*Debreceni Egyetem Orvos- és
Egészségtudományi Centrum (DEOEC),
Urológiai Klinika, Debrecen*

A prosztatacarcinoma diagnózisának rögzítése a transzrectalis prosztatavizsgálat (RDV), valamint szérum Prostatata Specifikus Antigén (PSA) koncentráció alapján indikált prosztata biopszia alapján történik. A helyes indikáció felállításával a negatív eredményű mintavételek száma csökkenthető, így kevesebb beteg tehető ki az esetleges szövődményeknek. Jelen vizsgálat célja a DEOEC Urológiai Klinikáján 2011. évben elvégzett prosztatabiopsziák elemzése, hatékonyságnak és „perioperatív” paramétereinek retrospektív elemzése, valamint a nyert adatok nemzetközi publikációkkal történő összehasonlítása volt.

2011-ben összesen 215 prosztatabiopszia történt. Az életkori megoszlás 44-91 évig terjedt, átlagos érték 76 év volt. Az elemzés során csoportosítottuk a betegeket a legutolsó szövettani mintavétel alapján. A prosztatacarcinoma tekintetében negatív és pozitív szövettani diagnózissal rendelkező csoportok adatai közül a PSA értékeket, az RDV és az UH szerint prosztata méret eredményeit, valamint a panaszok gyakoriságát vetettük össze.

Az elvégzett biopsziák esetében a pozitív minták aránya 46% (98/215), ami a nemzetközi irodalomban leírt 40% körüli értékhez hasonló. Dokumentált szövődmény 11 esetben (5%) fordult elő. Fájdalomcsillapítás 28 (13%) betegnél került alkalmazásra, ami elmarad a nemzetközi ajánlások javaslatától. A kórházi nyilvántartás alapján antibiotikum profilaxisban 155 fő (72%) részesült. Egyértelmű összefüggést találtunk arra nézve, hogy szignifikánsan magasabb a daganatos betegek PSA-ja, mint a nem daganatos betegeké, illetve gyakrabban találtunk náluk RDV-tal tumorra gyanús eltérést. Ugyanakkor az urológia panaszok előfordulása, illetve a nagyobb prosztata méret a nem daganatos csoportra volt jellemzőbb.

Eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy jók a betegbeavatkozási kritériumok, valamint biztonságosan végzik a prosztatabiopsziákat az Urológiai Klinikán, kevés beteget téve ki az esetleges szövődmények veszélyének, illetve feleslegesen megterhelő beavatkozásoknak. A szövődmények száma alacsony. A dokumentáció tekintetében észlelt hiányosságok kiküszöbölendők. Az antibiotikum-profilaxisban részesülő betegek aránya 100%-ra emelendő. A fájdalomcsillapításnak több módja is rendelkezésre áll, ezek alkalmazását a nemzetközi irányelvek is javasolják.

2.

Átmeneti, fals pozitív PSA emelkedés radikális prostatectomia után

György Sándorné, Frick Ágnes, Böszörményi-
Nagy Géza
*Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Urológiai Osztály,
Budapest*

2007. január és 2011. december között 110 laparoszkópos radikális prostatectomiát végeztünk. A betegek utánkötése az Európai Urológus Társaság irányelvei szerint, háromhavonta végzett PSA-vizsgálattal történik. A konzekvensen emelkedő PSA-értékek esetén is az európai irányelvek szerint járunk el és kezeljük a beteget sugárkezeléssel és/vagy hormonkezeléssel a stádiumtól függően. Megfigyeltük a munka során, hogy időnként tapasztalunk olyan PSA-szint emelkedést, mely után a PSA-érték visszatér az eredeti, azaz a 0,1 ng/mL alatti szintre. Retrospektív vizsgálataink alapján megállapítottuk, hogy a 2007. január és 2011. decembere között operált 110 beteg utánkötése során 17 esetben (15,5%) fordult elő, hogy a kezdetben 0,1 ng/mL alatti PSA-érték megemelkedett, majd a következő vizsgálatoknál, és azt követően is 0,1 ng/mL alatt maradt. Két betegnél fordult elő, hogy a PSA-szint emelkedése kétszer is jelentkezett az utánkötés során. Szerettük volna megtudni a jelenség okát, ezért megvizsgáltuk a mintavételek időpontját és körülményeit, valamint az evvel kapcsolatos szakmai közleményeket. A mintavételek időpontjai nem estek egy időbe, a vérvételek körülményeiben sem találtunk olyan eltérést, amivel magyarázni tudnánk a jelenséget. Egy közlemény foglalkozik hasonló tapasztalatokkal, az észlelt eltérés

háttérben antitest reakciót vagy mintavételi hibát nem találtak. Gyakorlati következtetésükkel teljesen egyetértünk, egy emelkedett PSA-értéket nem lehet alapul venni, ez alapján nem szabad a beteg kezelését elindítani, három hónappal később vett minta vizsgálata döntheti el a teendőket.

3.

A húgyhólyagrák neuroendokrin daganatai

Kubik András¹, Kovács Attila², Hargitai D.¹, Riesz Péter¹, Nyirády Péter¹

1. *Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest*

2. *Semmelweis Egyetem, II. Sz. Pathológiai Intézet, Budapest*

Bevezetés: A neuroendokrin daganatok (NET) testszerte megjelenhetnek. Neuroendokrin jellegzetességet módosult hám- vagy neuroecrodermalis eredetű daganatok is mutathatnak. Biológiai viselkedésük, így kezelésük jelentősen különbözik a konvencionális hámtumoroktól, ezért pontos diagnózisuk kiemelkedő fontossággal bír.

Az urogenitalis traktus a ritka lokalizációk közé tartozik. A szerzők jelen vizsgálatukban a szövettanilag diagnosztizált húgyhólyag neuroendokrin tumoros betegek követését végezték.

Anyag és módszer: Klinikánkon a 2002–2012 között történt transurethralis hólyagtumor reszekciók közül a szövettani vizsgálat 12 esetben igazolt neuroendokrin tumort. A betegek adatainak retrospektív felmérését végeztük, illetve a rendelkezésre álló paraffinos blokkokból TMA-t készítettünk, melyen immunhisztokémiai reakciókat végeztünk:

- neuroendokrin markerek: chromograninA, synaptophysin, CD56
- hám markerek: CK AE1/AE3, CK7, CK20, CK5/6
- bazális hám marker: p63
- proliferációs marker: Ki67
- egyéb: TTF1.

Eredmények: A húgyhólyagban 12 differenciálatlan (kissejtes) carcinomát és egy paragangliomát diagnosztizáltunk. A betegek átlagos életkora a daganat felfedezésekor 70,4 év (58–80 év) volt, közülük 7 férfi és 6 nő. Cystoscopos vizsgálattal 8 esetben (62%) bizonyult szolid elváltozásnak a hólyagfolyamat. A daganatok 62%-a (8 esetben) a jobb oldalfalon, 16%-a (2 esetben) a bal oldalfalon, egy-egy pedig a kupolában és a hólyagnyakon helyezkedett el. Minden esetben végeztünk képalkotó vizsgálatokkal stá-

dium felmérést, mely alapján három betegnél igazolódott metastasis a tüdőben – egy-egy esetben a májban és a kismedencei retroperitoneális régióban is. Egy esetben fordult elő recidíva, míg három esetben történt radikális cystectomy, egy esetben kiegészítve kemoterápiával, illetve további két esetben csak kemoterápia.

Következtetés: Az urogenitális tumorok esetében NET diagnózisához legalább egy neuroendokrin marker pozitívítása szükséges. Ezen tumorok elkülönítése a konvencionális húgyúti daganatoktól fontos terápiás konzekvenciával bír. Jól differenciált NET esetén reszekció elégséges, differenciálatlan kissejtes carcinoma esetében nincs általánosan elfogadott kezelési protokoll, az irodalomban a leghatékonyabbnak a kombinált neoadjuváns-sebészi terápia bizonyult.

A tüdő mellett a húgyhólyag az a szerv, melyben a kissejtes carcinoma a neuroendokrin tumor leggyakoribb formája, melynek morfológiai jellemzői megegyeznek a tüdőben előfordulóival. TTF-1 expresszió az irodalmi adatok alapján a hólyag kissejtes carcinomájában is előfordulhat 25–40%-ban. Ettől az aránytól eredményünk jóval elmaradt, de a vizsgált tumorok közül az egyértelmű TTF-1 pozitivitást két esetben találtunk.

A neuroendokrin daganatok az uro-onkológiai gyakorlatban is speciális prognosztikai jellemzőkkel és terápiás következményekkel bírnak, így egyénre szabott kezelésüket szoros klinikopatológiai együttműködésre kell alapozni.

4.

Vena cava inferior thrombosis okozó vese leiomyosarcoma kezelése

Kiss Zoltán¹, Szerafin Tamás², Böszörményi-Nagy Géza³, Benyó Mátyás¹, Murányi Mihály¹, Flaskó Tibor¹

1. *DE OEC, Urológiai Klinika, Debrecen*

2. *DE OEC Kardiológiai Intézet, Szívsebészeti Nem Önálló Tanszék, Debrecen*

3. *Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Urológiai Osztály, Budapest*

Bevezetés: A vese sarcomáinak leggyakrabban előforduló hisztológiai altípusa, a leiomyosarcoma ritka entitásnak számít az urológiai gyakorlatban, a malignus vesetumorok mindössze 0,12 %-a. Többnyire nőket érint és leginkább a 40–50 év körülieket. A vesetumorok 4–10 %-ához társul vena renalis, illetve vena cava

inferior thrombus. Poszterünkön vena cava inferior thrombosis okozó vese leiomyosarcoma esetét mutatjuk be.

Esetismertetés: Az 57 éves nőbeteg anamnézisében két évvel ezelőtt lezajlott bal oldali mélyvénás thrombosis szerepel. Hasi ultrahang vizsgálat során derült fény jobb oldali vesetumorára, vena renalis, illetve vena cava inferior thrombosisra. Jobb oldali arteria renalis embolisatio, illetve vesebiopsia történt, amely leiomyosarcomát igazolt. Az elvégzett képalkotó vizsgálatok alapján több intézetben inoperábilisnak nyilvánították a daganatot. Öt hónap múlva klinikánkon, a beteg fizikális vizsgálata során a jobb oldali hasfelet kitöltő, mobilis, gyermekfejnyi rezisztenciát találtunk. A praeeoperatív MR-vizsgálat 12 x 14 x 16 cm-es vesedaganatot és 21 cm hosszúságú, illetve 7 cm szélességű vena cava inferior érintettséget véleményezett. A tumor thrombus a vena cava inferior intrahepaticus szakaszáig terjedt. Mellkas, illetve koponya CT-vizsgálat metastasist nem igazolt. Klinikánkon módosított Chevron-metszésből jobb oldali radikális nephrectomiát, thrombectomiát, részleges cavectomiát és a vena cava inferior infrarenalis szakaszának ligaturáját végeztük el rekonstrukció nélkül. Szövettani vizsgálat során 27 cm átmérőjű leiomyosarcomát írtak le. A vena cava lumenét kitöltő tumormassza mikroszkópos szerkezete megegyezett az előbb leírttal, a daganat infiltrálta az érfalat. A kilencedik posztoperatív napon az alkalmazott antikoaguláns kezelés ellenére tüdőembólia lépett fel. Thrombolytikus terápia mellett a további posztoperatív szak zavartalanul telt és a beteget panaszmentesen bocsátották otthonába.

Megbeszélés: A leiomyosarcoma agresszív viselkedésű daganat, amelynek ellátása során elsőként a sebészi kezelés választandó. Vena cava inferiorban megjelenő tumorthrombus esetén a prognózis rosszabb, ilyenkor rendszerint a tumor már nagyméretű. Amennyiben a thrombus a vena cava lumenét teljes mértékben kitölti vagy a cavafalhoz szorosan hozzátapad, úgy indokolt lehet a cava infrarenalis ligaturája, ami biztonságosan elvégezhető, hiszen ezen esetekben már kiterjedt vénás kollaterális hálózat alakul ki.

5.

Sikeres kezelés szekvenciálisan adott target terápiákkal metasztatikus renocelluláris carcinómában

Solymosi Tibor¹, Kerekes Mária², Wijesinghe Ivor Oszkár³, Dombovári Gergely¹, Riesz Péter¹

1. Borsod Abaúj Zemplén Megyei Kórház, Klinikai Onkológiai és Sugárterápiás Szűrőcentrum, Miskolc

2. Borsod Abaúj Zemplén Megyei Kórház, Klinikai Diagnosztikai-, Intervenció- és Sugárterápiás Intézet, Miskolc

3. Miskolc Kft., Urológiai Osztály, Miskolc

4. Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest

Összefoglalás: A szerzők metasztatikus renocelluláris carcinómában szenvedő idős nőbeteg kóresetét ismertetik, akinél hosszú túlélést értek el szekvenciálisan adott target terápiákkal. Az elért eredményt metszetképalkotó vizsgálatokkal demonstrálják. A beteg onkológiailag stabil állapotban van Ecog:1 performance státussal.

6.

Vese ancient Schwannoma

Guruzda Sándor, Cifra János

TM Balassa János Kórháza, Urológiai Osztály, Szekszárd

A Schwannoma (neurilemoma) egy ritka, perifériás ideghüvely tumor, legelső leírása Verocay-tól származik 1908-ból, Neurinomá-nak nevezte el. Az ideg körüli Schwann sejteiből származik, melyek a myelin termelését végzik, és általában az idegekkel összefüggésben a fejen, nyakon, végtagokon, hátsó mediastinumban, valamint az esetek mintegy 3%-ban a retroperitoneumban alakul ki. Veséből kiinduló Schwannomát eddig 22 esetben írtak le, zömében középkorú férfiakban. Mivel túlnyomórészt benignus daganatok, általában csak differenciál diagnosztikai problémát okoznak. A degeneratív vagy másképpen ancient Schwannoma egy ritka változata a Schwannomáknak, első leírója Ackerman és Taylor voltak még 1951-ben, a daganatban ilyenkor cystikus necrosisok, meszesedések és bevézések jelennek meg, melyek a daganat növekedésével elégtelenné váló vérrellátás következményei. Az „ancient” kifejezés a daganat szövettani altípusára utal. A vese

Schwannomák nagyon ritkák és gyakran véletlenül kerülnek felismerésre patológiai vizsgálat kapcsán. A szerzők ismertetik egy 53 éves férfi esetét, akinél a CT-kép világossejtes vese-carcinoma gyanúját keltette, ezért radikális nephrectomiát végeztek. Szövettan eredménye ancient Schwannoma.

7. Hydronephrotikus vesében kialakult B-sejtes lymphoma

Vargha Judit, Szendrői Attila, Nyirády Péter
*Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika,
Budapest*

A szerzők egy bal oldali vesecolica háttérben felismert retroperitonealis lymphomás beteg esetét ismertetik, akinél sikeres onkológiai kezelése után betegsége a PET-CT alapján hydronephrotikus bal veséjében újult ki. Onkológiai javaslatra elvégezték a nephrectomiát a retroperitonealis daganat egyidejű eltávolításával, a szövettani vizsgálat a vesében lymphoma jelenlétét igazolta. Jelenleg a beteg panaszmentes, további onkológiai kezelése folyamatban. Esetünket a kezdeti diagnosztikus nehézségek mellett ritkasága, valamint a társszakták sikeres együttműködése miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

8. Vese ritka secunder daganata – tüdőrák áttéte a vesében

Bécsi Áron, Hamvas Antal, Nyirády Péter
*Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika,
Budapest*

Bevezetés: Hazánkban vezető morbiditási és mortalitási tényezők a tüdő rosszindulatú daganatai. A kiterjedt szűrőprogramok ellenére jelentős számban találkozunk előrehaladott állapotú, távoli áttétet adó esetekkel. A vesében jelentkező tüdődaganat metastasisok ritkák, mégis a primer tüdőcarcinoma jelentős előfordulása miatt, figyelemre méltó ezen betegségcsoport urológiai vonatkozása. Két eset kapcsán áttekintjük a tüdőcarcinoma metastasis képzési hajlamát, és az ezzel kapcsolatos diagnosztikai problémákat.

Esetbemutató: Eset 1.: A 64 esztendőes férfi betegnél tüdődaganat miatt neoadjuváns sugárterápiát majd a bal tüdő eltávolítását végezték. A szövettan planocellularis carcinoma volt. A sebészi beavatkozást követően kombinált kemo-

és sugárterápiát kapott. Az ezt követő 2 évben több alkalommal került vizsgálatra véres vizelet miatt, melynek háttérében vérzékeny prosztatát, húgyúti infekciót valószínűsítettek, negatív hasi ultrahang leletek mellett. Az ismételt jelentkező, jobb oldali deréktáji fájdalommal társuló haematuria kapcsán végzett laboratóriumi vizsgálatok, a korábbiakhoz képest emelkedett gyulladási, valamint romló vese paramétereket mutattak. Mellkasi röntgen vizsgálatot végeztek, mely a jobb tüdőben kerekárnyékot írt le. A továbbiakban mellkasi és hasi CT készült, mely a jobb tüdő, valamint mindkét vese daganatos elváltozását, valamint a jobb oldali vese afunkcióját, illetve térfoglaló folyamat gyanúját mutatta ki. Kórházi felvételét követően jobb oldali transperitonealis nephrectomiára, valamint a vese zsíros tokjának és a hilust körülvevő tumoros massa eltávolításra került sor. A patológiai feldolgozás során, a vesemedence hámbélését elfoglaló, vese zsíros tokjába, valamint a vénákba is betörő 9 cm-es daganat, szövettanilag planocellularis carcinomának adódott. Így a hystologiai eredmény a korábbi tüdőcarcinoma késői metastasisát igazolta. Eset 2.: 63 éves férfi betegnek tüdődaganat miatt végeztek tüdőlebeny eltávolítást, mely szövettanilag planocellularis carcinomának adódott. Egy évvel a mellkassebészeti beavatkozást követően vérvizelés, jobb oldali vesegörcs miatt jelentkező vizsgálatra. Panaszai háttérben hasi ultrahangvizsgálat vetette fel jobb vesében térfoglaló folyamat jelenlétét. Az elvégzett CT-vizsgálat a jobb vese alsó pólusában írt le 5 cm átmérőjű, valamint a máj több gócu apró daganat gyanús területét. A veseelváltozásból vett aspirációs cytológia malignus sejteket igazolt, melyek eredetét tekintve vagy primer veseüregrendszeri vagy korábbi tüdődaganat áttétjének vélte. A betegnél lumbalis metszésből nephrectomia történt. A szövettani vizsgálat a korábbi tüdőcarcinoma áttétjét igazolta.

Összefoglalás: A tüdődaganatok leggyakrabban agyba, csontba, májba és mellékvesékbe adnak áttéteket, gyakoriságukat tekintve a felsorolás szerinti sorrendben. A vese áttét gyakorisága 1,4%. A tüdőcarcinomák metastasisainak korai felismerését nehezíti, hogy sok esetben a távoli áttétképzést nem előzi meg kimutatható lokális nyirokcsomó áttét. Negatív nyirokcsomó CT-lelettel rendelkező tüdőcarcinomas betegek 25%-nál mutattak ki extrathoracalis metastasis. A stagingénél végzett CT-vizsgálatok kiértékelése során normálisnak elfogadott 10 mm átmérőjű, eltávolításra került hilaris nyirokcsomókban is mutattak

ki micrometastasisokat. A kontroll CT-felvételeket a tüdő-csúcsok magasságától végzik, úgy hogy distalisan, a máj ábrázolásával a mellékvesék is a vizsgált területbe essenek, de a vesék legtöbbször nem kerülnek látótérbe.

A vesék szekunder daganatai leggyakrabban – az esetek 27 %-ában – tüdő eredetűek. Kimutatásukban a CT-vizsgálat az egyik legfontosabb diagnosztikus eszköz. A definitív diagnózist a percutan vesebiopszia, illetve daganat eltávolítása után végzett szövettani vizsgálat biztosítja.

Következtetés: A vérvizelés jelentkezésekor minden esetben gondolnunk kell a húgy-ivarszervi rendszer daganataira. Arra utaló kórelőzmény esetén meg kell fontolnunk a másodlagos daganat jelenlétének lehetőségét. Ezek kizárása érdekében javasolt a kontrasztanyag CT-vizsgálat elvégzése, amennyiben azt a vesefunkciós értékek megengedik. A tüdőcarcinomák áttétei esetén, diagnózis felállítását követően a betegség kezelése, a daganat típusának megfelelően, a helyesen megválasztott műtét vagy kemoterápia lehet.

9. Célzott kezelés mellett kialakuló vesesejtes daganat ritka bőr metastasisa a fejtetőn

Mihály Zsuzsanna¹, Szűcs Miklós², Szendrői Attila², Bata Pál³, Hársing Judit⁴, Nyirády Péter²

1 Semmelweis Egyetem I. Sz.

Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

2 Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest

3 Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás, Klinika Budapest

4 Semmelweis Egyetem Bőrgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A vesesejtes daganat (RCC) betegek áttétei leggyakrabban a tüdőben (55%), májban, csontban (30–30%), és ritkábban az ellenoldali vesében, mellékvesékben, agyban és a retroperitoneális nyirokcsomókban alakulnak ki. RCC esetén a bőráttek nagyon ritkák leggyakrabban a hajas fejbőrön és az abdominális régióban figyelhetőek meg.

Esetismertetés: 72 éves nő betegnél nephrectomiát végeztünk, amely szövettani vizsgálata igazolta a vesesejtes veserákot (pT3G3). A szövettani leletre tekintettel klinikai vizsgálatba történő adjuváns célzott daganatellenes kezelést ajánlottunk meg, amelyet a beteg elutasított.

Szoros követése során a fél évvel a műtétet követő CT-vizsgálat tüdő és retroperitoneális nyirokcsomó metastasisokat igazolt. Ezt követően megkezdtük célzott terápiás kezelését sunitinib-bel. A kezelés során fellépett súlyos gastrointestinalis és cardiovascularis mellékhatás, valamint egy húgyúti fertőzés miatt belgyógyászaton kórházi kezelésre szorult a beteg.

A kezelést követő kontroll CT-n az áttétek RECIST szerinti progressziója mutatkozott, így a célzott terápiás kezelést megszakítottuk másodvonalbeli Everolimus-kezelésre egyéni igénylést nyújtottunk be. A következő kontrollra a fejtetőn kialakuló két 3 és 4 cm átmérőjű kidudorodó livid bőráttek miatt érkezett. A fenti diagnózist a bőrgyógyászaton végzett szövettani mintavétel eredménye is igazolta. Az egyéni méltányossági engedély megérkezésével egyidőben a beteget fokozódó állapot rosszabbodást követően elvesztettük.

Összefoglalás: A vesesejtes rákok egy harmadában alakul ki a nephrectomiát követően távoli áttét. A bőrmestasisok előfordulása igen ritka és rossz prognózissal társul. Betegünknel 6 hónappal a primer tumor eltávolítását követően alakult ki tüdő metastasis. A megkezdett sunitinib-terápia ellenére 2 hónapon belül az áttétek progressziója és a fejtetőn új bőr metastasisok jelent meg. A primer daganat eltávolítása után 13 hónappal a beteget elvesztettük.

1. Flanigan RC, Campbell SC, Clark JI, Picken MM. Metastatic renal cell carcinoma. Current treatment options in oncology. 2003 Oct;4(5):385-90. PubMed PMID: 12941198.
2. Koga S, Tsuda S, Nishikido M, Matsuya F, Saito Y, Kanetake H. Renal cell carcinoma metastatic to the skin. Anticancer research. 2000 May-Jun;20(3B):1939-40. PubMed PMID: 10928130.

10. Súlyos vérzéshez vezető angiomyolipoma jelentősége két eset kapcsán

Szabó Balázs, Majoros Attila, Pánovics József, Nyirády Péter

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest

A vese jóindulatú daganatai közül a leggyakoribb az angiomyolipoma (AML). Radiológiai képe jellegzetes, így UH- és CT-vizsgálattal a malignus daganatoktól általában elkülöníthető. A kisebb, 4 cm alatti daganatok ritkán okoznak klinikai tüneteket és lassan nőnek, elegendő lehet rendszeres követésük. A nagyobb, panaszokat okozó angiomyolipomák kezelése sebészi eltávolítás. Vérzés esetén artériás embolizáció is megkísérélhető.

Eseteink kapcsán szeretnénk bemutatni az angiomyolipomák jelentőségét. Klinikánkra két nőbeteg került felvétele veseredetű heveny vérzés miatt, melynek háttérben szövettanilag megrepedt angiomyolipoma igazolódott. Mindkét beteg esetében ismert volt az AML jelenléte, azonban a rendszeres urológiai kontrollokról elmaradtak. A betegek hirtelen kialakult vesetáji fájdalom, véres vizelet és vérvesztés tüneteivel jelentkeztek. Az egyik esetben embolizációt követően a panaszok részlegesen szanálódtak, de négy nap elteltével veseeltávolítás vált szükségessé. A másik esetben az akut CT-vizsgálat aktív vérzést mutatott a perirenalis térbe, így azonnali feltárás és nephrectomia történt.

A jóindulatú angiomyolipoma ritkán igényel sebészi kezelést, azonban heveny vérzés esetén azonnali műtét válhat szükségessé. A ruptura valószínűsége 4 cm feletti tumor méret esetén jóval magasabb, ezért lényeges, hogy a betegek a rendszeres urológiai kontroll vizsgálatokon megjelenjenek és az esetleges méretnövekedést még időben felfedezzük. A 4 cm feletti tumorok és a dignitás bizonytalansága esetében törekedjünk az elektív, lehetőleg szervmegtartó műtétre! Sajnos az akut esetekben általában már nincs lehetőség reszekció végzésére!

11. A here intratubularis csírasejtes tumorainak előfordulása nemzőképesség-zavar esetén.

Gulácsi Alexandra¹, Glasz Tibor²,
Takács Tamás¹, Riesz Péter¹, Kopa Zsolt¹
1 Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika,
Andrológiai Centrum, Budapest
2 Semmelweis Egyetem II. Sz. Patológiai Intézet,
Budapest

Bevezetés: A here rosszindulatú daganatának incidenciája 0,4 %, azonban ez a leggyakoribb malignus megbetegedés a 15 és 44 év közötti férfiak körében. A heretumorkok több mint 95%-a csírasejt eredetű, seminoma és non seminoma típusú. Ezek a tumorok intratubularis csírasejtes neoplasziából alakulnak ki, kivéve a spermatocytás seminomát, a Yolk sac tumort és a teratomákat. Az intratubularis germinális sejtes neoplasia, ITGCN (Intratubular Germ Cell Neoplasia) a csírasejt eredetű heretumorkoknak (a fent említett 3 típuson kívül) daganatmegelőző állapota, korábban in situ carcinoma volt az elnevezése. Az esetek 50%-ában 5 éven belül invazív tumor fejlődik ki belőle.

A hererákos betegek 60%-ánál subfertilitás, illetve infertilitás található. A sub/infertilis férfiak körében pedig a hererák kockázata közel 20-szorosa az egészséges populációban tapasztaltnak. Gyakoribb az ITGCN előfordulása is nemzőképesség-zavar esetén, *Olesen* és munkatársai 2,2%-ra becsülték.

Anyag és módszer: A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának Andrológiai Centrumában fertilitási zavar miatt testicularis spermium extraction átesett betegek adatait retrospektív vizsgálat során elemeztük. A szövettani vizsgálatokat a II. Sz Patológiai Intézetben végeztük. ITGCN és heretumorkok szövettani vizsgálata során c-Kit protoonkogén produktum jelenlétét igazolták. A vizsgálat magas szenzitivitásának köszönhetően a herebiopátumok elemzésénél a c-Kit immunhisztokémiai vizsgálat rutin lépéssé vált.

Eredmények: 2009. május és 2011. július között 92 azoospermias betegnél végeztünk kétoldali sebészi testicularis spermiumnyerést (TeSE – Testicular Sperm Extraction). Minden esetben cryopreservációra és szövettani vizsgálatra került sor. Mind a 92 minta szövettani elemzése c-Kit immunhisztokémiai vizsgálatot is magába foglalt, az adatok feldolgozása során két esetben igazolódott ITGCN jelenléte, azaz az esetek 2,17 %-ában.

Következtetés: ITGCN szignifikánsan gyakoribb sub/infertilis férfiak körében, ezáltal felhívjuk a figyelmet a nemzőképességzavar kivizsgálásában, illetve kezelésében, a heréből történő sebészi spermiumnyerés esetén a minták szövettani vizsgálatának, és ennek során a c-Kit immunhisztokémiai vizsgálat végzésének fontosságára.

12. A testis epidermoid cisztáinak kezelési lehetőségei

Romics Miklós¹, Kulka Janina², Nyirády Péter¹
1 Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika és
Uroonkológiai Centrum, Budapest
2 Semmelweis Egyetem,
II. Számú Patológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A here epidermoid cisztája egy igen ritkán előforduló benignus, ún. tumorszerű elváltozás, mely eltávolítása, szemben a here más tumoraival, nem igényel teljes semicastratiót. A heremegtartó kezelést azonban csak biztos radiológiai és laborvizsgálatok által alátámasztott diagnózis mellett választható. A legfontosabb differenciál-

diagnosztikai kérdés általában a tumor érett teratomától való elkülönítésében rejlik.

Esetismertetés: A 36 éves beteg a jobb herében észlelt fájdalomtalan, cseresznyéni terimével jelentkezett klinikánkon. Ultrahang- és laborvizsgálatok elvégzése után magas castratot végeztünk. A szövettani vizsgálat a Price kritériumok alapján epidermid cisztát véleményezett a castratum vizsgálatán. A kismencedei CT-vizsgálat nem talált áttétet. Habár a specifikus tumormarkerek vizsgálata nem történt meg, ezen esetben a heremegtartó kezelés megfelelő választás lett volna a castratio helyett.

Megbeszélés: Az utóbbi húsz évben intézetünkben igen kis számban, mindössze öt esetben fordult elő epidermoid cysta a herében. Minden esetben semicastratio történt, annak ellenére, hogy a nemzetközi irodalom ezen kázusokban gyakran kiemeli a konzervatív sebészeti terápia létjogosultságát, amennyiben a specifikus tumormarkerek (PLAP, ITGCN) negatív eredményt adnak. A jövőben ezért az epidermoid cisztára gyanús esetekben különösen fontos a heremegtartó kezelés megfontolása, annál is inkább, mivel ezen betegek szinte kivétel nélkül fertilis korúak, fiatalok (átlagéletkor: 28,5 év).

13.

A nagy imitátor

Murányi Mihály, Benyó Mátyás, Kiss Zoltán,
Flaskó Tibor

DE OEC, Urológiai Klinika, Debrecen

A nagy imitátor jelzöt számos fertőző és nem fertőző megbetegedés viselte már. Nem kétséges, hogy a tüdőt, csontot, bőrt, központi idegrendszert, hasüregi szerveket – a legkülönbözőbb tünetekkel kísérve – megbetegíteni képes tuberculosisa illik a meghatározás. Az urogenitalis rendszert is érintheti a TBC, sokszor más betegség tüneteit utánozva. Két vesetuberculosisban szenvedő betegünk esetét ismertetjük.

1. eset: Az 51 éves nőt 2 éve történt bordatörése óta fennálló bal oldali derékfájás, hónapok óta tartó tisztázatlan eredetű láz és CT-vizsgálattal igazolt bal oldali pyelectasia miatt küldték klinikánkra más intézetből. Retrograd ureteropyelographiát végeztünk: a bal ureterszájadék felhúzott, környezete hyperaemiás, az ureter kaliber ingadozó volt, a vesében margaréta-jelet figyeltünk meg. A veséből ürülő sűrű, gennyes vizelet tenyésztése *Mycobacterium tuberculosis*-t igazolt. A gátlószeres keze-

lés indítása után 2 hónappal nephrectomiát végeztünk. A szövettani vizsgálat a veseparenchyma pusztulását okozó vesetuberculosis-t igazolt. Egy éves gátlószeres kezelést követően a beteg jól van.

2. eset: Az 57 éves nő 2 hete tartó antibiotikum-kezelésre nem szűnő láz, vizeletcsípés, húgycsőfájdalom miatt érkezett ambulanciánkra. Ultrahangos vizsgálaton a bal vese parenchymája duzzadt, echoszegény volt; 3 cm-es pyelonkő, a vese alatt 8 cm-es abscessus ábrázolódott. A kő a felső kehely tágulatát okozta, ezért ide DJ-katétert vezettünk. A tályogot percutan pungáltuk és draináltuk; a sűrű, világoszöld gennyből multirezisztens *Proteus morganii* tenyésztett ki. Antibiotikum hatására láza, panaszai megszűntek. 2 hónappal később a pyelonkő percutan eltávolítását terveztük, ám a vese parenchymája továbbra is vastag és hypoechogén volt, ezért a műtétet elhalasztottuk. DJ-katétert kicseréltük, további antibiotikum-kezelést alkalmaztunk. Vizelettenyésztés kórokozót ekkor nem igazolt. A DJ-katéter csere után 1 héttel láz miatt vettük fel Klinikánkra. Vizelettenyésztése ismételtén negatív volt. Láza intravénás antibiotikum-kezelésre sem szűnt meg. CT vizsgálat a bal vese multiplex tályogos átalakulását mutatta ki, ezért nephrectomiát végeztünk. A szövettani vizsgálat vesetuberculosis-t mutatott ki, a vesében összefolyó jelleggel sajtos necroticus területek voltak. A beteg gátlószeres kezelése jelenleg is folyik.

A tuberculosis az emberiséget évezredek óta kísérő, tizedelő kór. A védőoltásnak, az antituberculosikumoknak, a szűrésnek és a javuló életkörülményeknek köszönhetően mára a fejlett országokban, Magyarországon is jelentősen csökkent a TBC incidenciája. A kedvező adatok azonban a gömőkór iránti éberséget nem csillapíthatják, különösen a szervezet védekezőképességét rontó tényezők (alultápláltság, immunsupressív állapotok) megléte esetén. A *M. tuberculosis* számos tulajdonságban eltér más baktériumoktól, az ellene kialakuló immunválasz speciális, a betegség tünetrendszere változatos, a baktérium hagyományos táptalajon nem tenyészik. A kórisme felállítása ezért nehézkes, sokszor késik. A diagnózis egyetlen módja, ha észben tartjuk a TBC-re jellemző tüneteket, jeleket és gyanú esetén a baktérium kimutatására célzott vizsgálatot végzünk.

14. Osztályunkon közepsugaras, és katéteres pozitív vizeletmintákból nyert baktériumok, továbbá azok antibiotikum érzékenysége 2010–2012 között

Magyar András, Köves Béla, Tenke Péter
Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Urológia Osztály,
Budapest

Célkitűzések: Mivel a kórokozók spektruma, virulenciája és antibiotikum érzékenysége területileg, osztályonként, illetve időben is eltérő lehet, ezek ismerete elengedhetetlen a húgyúti infekciók megfelelő empirikus kezeléséhez. Emellett az osztályok antibiotikum felhasználásának nyomon követése alapvető fontosságú a hatékony infekciókontroll stratégiájának megtervezése érdekében. Osztályunkon megvizsgáltuk a közepsugaras, és katéteres vizeletmintákból nyert kórokozók előfordulását, továbbá a leggyakoribb kórokozók antibiotikum érzékenységét 2010 és 2012 között.

Módszerek: 2010–2012 között, osztályunkon minden közepsugaras, vagy katéteres vizeletmintában kitenyészett kórokozót, továbbá azok antibiotikum érzékenységét rögzítettük. Az antibiotikum-érzékenységet korong diffúziós módszer segítségével vizsgáltuk, Mastascan Elite urine screen (MUS) rendszerrel.

Eredmények: Az osztályon vett közepsugarú vizeletminták (n=1053) átlagosan 30%-a bizonyult pozitívnak valamilyen kórokozóra nézve a vizsgált időszakban. Ez az arány az évek során érdemben nem változott. A leggyakoribb kórokozók sorrendben az *Escherichia coli* (2010-ben 67%, 2012-ben 58%), az *Enterococcus faecalis* (23%, érdemben nem változott) és a *Klebsiella pneumoniae* (8%→12%) voltak.

A katéteres vizeletminták (n=242) 63%-a bizonyult pozitívnak. Ez az érték sem változott lényegesen a 3 év alatt. Az osztályon vett katéteres vizeletminták esetében az *E. coli* aránya kisebb volt, 2010-ben 39%, 2012-ben 34%. Ezzel szemben a 2010-ben még 34%-os *E. faecalis* 2012-re a pozitív minták 49%-ban volt jelen, így 2012-re a leggyakoribb kórokozónak bizonyult katéteres vizeletminták esetén. A *Klebsiella pneumoniae* 2010-ben 21%-ban volt megtalálható, aránya három év alatt 18%-ra csökkent.

A kitenyészett *E. coli* a legérzékenyebbnek imipenemre, gentamicinre, nitrofurantoinra és amikacinra bizonyult. Ciprofloxacilin és norfloxacin érzékenysége a katéteres

vizelermintákban 26%-ot csökkent, így 2012-re 61%-os, viszont a közepsugarú mintákban 5%-ot javult, így 2012-re 86%-os. Az *E. faecalis* esetében változás nem történt. Érzékenysége vancomycinre továbbra is 100%.

A közepsugarú vizeletmintákból kitenyészett *Klebsiella pneumoniae* antibiotikum érzékenysége esetén drámai változás történt: 2010-ben még 100%-os érzékenysége ceftazidimre, ciprofloxacinnra, cefixime-re, ceftriaxonra, cefuroximra, cefepime-re és norfloxacin-ra 31–33%-kal csökkent 2012-re. A 100%-os gentamicin és amikacin érzékenysége 83–85%-ra csökkent. A katéteres vizeletmintákban a *Klebsiella pneumoniae* 2010-ben is csupán amikacinra, imipenemre és ertapenemre volt érzékeny, ami 2012-re sem változott.

Következtetés: Húgyúti idegentestek mellett nagyobb arányban fordulnak elő Gram-pozitív kórokozók, legfőképpen az *E. faecalis*. Növekvő arányuk a nemzetközi trendeknek megfelel. A katéterviselés melletti antibiotikum szedés fokozza a rezisztencia kialakulásának kockázatát, ez lehet a magyarázat a katétert viselő betegek esetén gyakran alkalmazott fluorokinolonok *E. coli* esetén észlelt érzékenységének csökkenésére. Az *E. faecalis* vancomycin érzékenységének csökkenésével egyelőre nem kell számolnunk osztályunkon. A *Klebsiella pneumoniae* rezisztenciájának nagy spektrumú növekedése ugyanakkor komoly aggodalomra ad okot. Minden osztály számára javasoljuk a kórokozók spektrumának, illetve érzékenységének évenkénti feltérképezését, a megfelelő terápiás stratégia, és az antibiotikum-rezisztencia kialakulásának megakadályozása érdekében.

15.

LUTS kezelése Cialis®-sal

Szolnoki György

Szent János Kórház, Urológiai Osztály, Budapest

Az elmúlt év végén jelentette be a Lilly cég, hogy a LUTS okozta tünetek kezelésére is alkalmazható a Cialis® tabletta. hét évvel ezelőtt LUTS-os panaszokkal jelentkező 24 beteg 3 hetes kúráját végeztem el, napi 5 mg Cialis® alkalmazásával. Mind az IPSS, mind a max. flow, mind a residuális vizeletmennyiség, mind az élet minőségi index, mind pedig a szexuális aktivitás is növekedett a kezelés nyomán. A korábbi közlemény publikálására nem kerülhetett sor, mert a Cialis® alkalmazása csak az ED-kezelésre volt engedélyezve.

Összefoglalva: a LUTS okozta tüneteket hatásosan lehet javítani a Cialis®-sal. Kérdés az, hogy 4–5-ször magasabb költség miatt elterjed-e ez a kezelés a hagyományos konzervatív gyógyszeres kezeléssel szemben?

16. **Inkontinencia műtét után kialakult illetve inkontinencia és klasszikuscystocele műtét után recidivált cystocele alternatív megoldása**

Szabó József¹, Bálint Lóránt Csaba²

1 Székelyudvarhelyi Városi Kórház,
Sebészeti Osztály, Székelyudvarhely

2 Marosvásárhelyi Sürgősségi Kórház,
Urológiai Klinika, Marosvásárhely

Bevezetés: Cystocele esetében a húgyhólyag a meggyengült elülső hüvelyfalat bedomborítja. Ezen kórkép a nők életének ötödik-hatodik évtizedében jelenik meg, gyakran társulva stressz-inkontinenciával. A minimál-invazív műtéti megoldások elterjedése lehetővé tette a kórkép gyors és hatékony ellátását.

Célkitűzés: Inkontinencia műtét után kialakult, illetve inkontinencia és klasszikus cystocele műtét után recidivált cystocele alternatív megoldásából szerzett tapasztalataink bemutatása.

Anyag és módszer: Az udvarhelyi kórházban inkontinencia megoldására TOT technikát, TOT technikához társított klasszikus cystocele műtétet, illetve nagyfokú cystocele esetén elülső nagy polipropilén háló implantátumot (Cysto-swing) helyeztünk be együléses módszerrel. Az elmúlt 5 évben 206 inkontinencia műtétet végeztünk TOT technikával. Az inkontinenciához 38 (18,45%) esetben társult cystocele, amikor a TOT technikához klasszikus cystocele műtétet is társítottunk. Esetanyagunkban az utóbbi 2 évben a TOT technikával műtött esetek közül 24 alkalommal észleltünk cystocele újonnan kialakulását vagy recidívát. A TOT technikával műtött betegeknél 20 (11,9%) esetben alakult ki újonnan cystocele, TOT technikához társított klasszikuscystocele műtétnél 4 (10,53%) esetben recidivált a cystocele. Cysto-swing behelyezését követően kiújulást nem észleltünk. Az újonnan kialakult és recidivált cystoceleek megoldására együlésben behelyezett a foramen obturatoria alsó részén áthúzott hátsó polipropilén hálót alkalmaztunk. A használt módszert a kontinenciás viszonyok megőrzése indokolta.

Eredményeink: Megoldódott a cystocele mind a 24 műtött esetünkben. Azonnali kilökődés és számottevő műtéti

szövődményeink nem voltak. A viszonylag rövid utánkövetés alkalmával cystocele recidíva nem alakult ki.

Következtetés: Inkontinencia műtéten átesett pácienseknél kialakuló vagy recidiváló cystocele kezelésében a foramen obturatoria alsó részén behelyezett hátsó háló kis megterhelést jelent, ugyanakkor a kontinencia megtartásával a cystocele megbízható alternatív megoldásának bizonyult.

17. **Gyermekkori akut vizelet elakadás és vizeleti nehezítettség ritka okai**

Tölgyesi Judit¹, Sulya Bálint¹, Kiss András¹,
Karsza Levente², Merksz Miklós¹

1 Heim Pál Gyermekkorház, Urológiai Sebészeti
Osztály, Budapest

2 Heim Pál Gyermekkorház, Sebészeti Osztály,
Budapest

Bevezetés: Gyermekkorban a hirtelen fellépő vizeleti nehezítettség, illetve vizeleti képtelenség ritkán kialakuló tünet. A közelmúltban osztályunkon ápolott három betegünk kórtörténetét ismertetjük.

Esetismertetés: 1. eset: V. Richárd 10 éves fiú egy napja fennálló vizeleti képtelenség, penisre lokalizált fájdalom miatt éjjel sürgősségi osztályunkon jelentkezett. Hasi ultrahang vizsgálat bal oldali, kisebb vesében üregi tágulatot mutatott, ügyeletes sebész 500 ml vizeletet bocsátott le. Vizeleti képtelensége megmaradt, ezért másnap felvételre került osztályunkra. A vizsgálatok bal oldali kisebb vese üregeiben IV. fokú vesicoureteralis refluxot, a húgycső distalis szakaszán elakadt relatíve nagy, hosszúságú követ mutattak, a kő eltávolítása urethrotomia útján történt. Kőanalízis: cisztin. Diéta, bő folyadékbevitel mellett kőrecidívát nem észleltünk, nephrológiai gondozása folyik.

2. eset: V. Jázmin Orsolya 11 éves leány anamnézisében súlyos fokú székrekedés, akut pyelonephritis szerepel. Felvétele előtt 3 nappal hasi panaszok, vizeleti nehezítettség miatt fordult orvoshoz. A szakrendelőben elvégzett vizsgálatok a húgycsőben idegentestet mutattak, mely rtg. felvételen rücskös felszínűnek, mérszintenzitásúnak mutatkozott, a hólyag bal oldalára további apró kőárnyék vetült. A cseresznye nagyságú, kemény, tüskés kő per urethram nem volt eltávolítható, ezért a hólyagba visszalöktük, és sectio alta útján mindkét követ (a kisebb a hólyagfalba impaktálódott) eltávolítottuk. Kőanalízis

szerint a mag: struvit + karbonát apatit, köpeny: kálciumoxalát-dihidrát.

3. eset: Cs. Mónika 13 éves leány. 24 órán túli vizeleti képtelenség miatt felnőtt urológiai osztályon hétvégi ügyeletben 2500 ml vizeletet bocsátottak le, katétert állandósítottak. Kórházunkban UH-vizsgálat bal oldali ureter- és vese üregi tágulatot, extrém méretűre tágult, bélsárral kitöltött sigmabelet és hasonlóan tág rectumot mutatott, mely diszlokálta és komprimálta a hólyagot. A sebészeti szakvizsgálat Hirschprung betegséget kizárt, béltisztítás után a gyermek testsúlya 10 kg-mal csökkent. Az állapot rendezése műtéti úton történik: első lépésként colostoma készítése, majd a későbbiekben bélreszekció, és reanastomosis tervezett.

Megbeszélés: A gyermekkori vizeletelakadás, vizeleti nehezítettség irodalmi adatok szerint leggyakrabban központi idegrendszeri eltérések (17%), hólyag diszfunkció (15%), húgyszervi gyulladás (13%), gyógyszer vagy drog hatás (13%) miatt alakul ki, megemlíthető még az obstipatio (13%) és a lokális gyulladások (7%) oki szerepe. Betegeink kórtörténetei jól példázzák, hogy a gyermek-urológiai centrumnak ritka esetek ellátására is fel kell készülnie. Erre lehetőséget ad hasonlóan jól felkészült társszakmákkal való együttműködés.

18.

Péniszprotézis késői komplikációi

Kiss Zoltán, Varga Attila, Murányi Mihály,
Benyó Mátyás, Flaskó Tibor

DEOEC, Urológiai Klinika, Debrecen

Bevezetés: Az erectilis diszfunkció megoldására ma már gyakran alkalmazott harmadvonalbeli kezelésként a pénisz protézis. Szövődményei, mint mechanikai károsodás, illetve infekció, jól ismertek, de megléte esetén számolni kell egyes urológiai betegségek diagnosztikai, illetve kezelési nehézségeivel is. Poszterünkön saját anyagunk ismertetése kapcsán bemutatjuk a péniszprotézis okozta késői szövődmények kezelésével szerzett tapasztalatunkat, illetve rámutatunk a péniszprotézis mellett kialakuló húgyhólyag daganat terápiás nehézségeire.

Esetismertetés: 1. eset: A 68 éves férfitbeteg anamnézisében 20 évvel korábban végzett szemirigid péniszprotézis beültetése szerepel. 19 évvel később vizelet retenciót okozó benignus prosztata hyperplasia miatt más inté-

zetben transurethralis prosztata-reszekciót végeztek. A műtét átmeneti javulást hozott, de később gyógyszeres kezelés mellett jelentkező vizeletretenció miatt állandó katéter viselése mellett döntöttek. A beteg általános állapota miatt ismételt műtét nem volt lehetséges. Péniszfájdalmak miatt a beteg kérésére a protézist, majd a hólyagkatétert is eltávolítottuk. Jelenleg alfa-blokkoló kezelés mellett panaszmentes.

2. eset: Az 56 éves férfitbetegnél 20 évvel ezelőtt történt péniszprotézis beültetése. Klinikánkon húgycső-, illetve hímvesszőfájdalmak miatt jelentkezett. A bal oldali protézis a húgycsövet dekubitálta, a húgycsőnyílásban volt látható. Bal oldali protézisét azonnal, a jobb oldalt hat hét múlva a beteg kérésére távolítottuk el. Urológiai szempontból jelenleg panaszmentes.

3. eset: A 61 éves férfitbeteg anamnézisében nyolc évvel korábban, erectilis diszfunkció miatt behelyezett szemirigid péniszprotézis beültetése szerepel. Haematuria miatt került felvételre klinikánkra. Cystoscopia során húgyhólyag tumor igazolódott. A reszektoszkóp transurethralis bevezetése nem volt lehetséges, ezért a daganat reszekcióját epicystostomás csatornán keresztül végeztük el. Kontroll cystoscopiák daganatos recidívát nem igazoltak, de az igen kifejezett dysuriás panaszok, subtotalis vizelet retenció miatt állandó katéter behelyezése mellett döntöttünk. Transurethralis prosztata-reszekció elvégzése, illetve az időközben kialakult hólyagkövek endoszkópos eltávolítása a protézis miatt nem volt lehetséges. A protézis eltávolítása után az endoszkópos műtétek elvégezhetőek voltak. Jelenleg panaszmentes.

Megbeszélés: Eseteink felhívják a figyelmet a péniszprotézis késői szövődményeire, illetve demonstrálják a protézis mellett jelentkező urológiai betegségek diagnosztikai és terápiás nehézségeit. Javasoljuk, hogy a protézist viselők rendszeresen vegyenek részt urológiai kontrollon.

19.

Szigony alakú idegentest okozta kismedencei sérülés ellátásának technikai nehézségei

Bordás N.¹, Vancsura János¹, Nagy József², Soós Károly³, Berényi T.⁴, Holman Endre¹, Maróti Csaba¹

*Semmelweis Halasi Kórház Nonprofit Kft.,
Invazív Mátrix, Kiskunhalas*

1. Urológiai osztály,
2. Traumatológiai osztály,
3. Sebészeti osztály,
4. Aneszteziológia és Intenzív terápiás osztály,

A szerzők szigony alakú idegentest okozta kismedencei sérülés ellátásának technikai nehézségeit ismertetik.

29 éves elmeszociális otthonban gondozott férfi, alkoholos befolyásoltság alatt, kovácsoltvas kerítéssel próbált átmászni, amely közben a kerítés szigony alakú hegye a symphysis felett félderde irányban a kismedencébe fúródott. A sérültet tűzoltók tudták leemelni a kerítésről, úgy hogy a kerítés egy jelentős darabját flexszel kivágták és a sérültet az idegentesttel együtt szállították be a Semmelweis Halasi Kórházba. A praeoperatív felmérés, radiológiai és laborvizsgálatok után a beteget az intézetben megoperálták.

Sebész, érsebész, traumatológus és urológus közreműködésével a szigony alakú idegentestet sikeresen eltávolították a férfi testéből. Az idegentest miatt külön technikai nehézséget jelentett a műtéti terület megközelítése, aminek megoldásához a sebészeti team fém erővágót vett igénybe.

Az összehangolt, szakszerű mentés és a multidiszciplináris orvosi ellátás eredményeként a beteg maradványtünetek nélkül gyógyult.

20.

Ritka kórkép gyermekkori akut scrotum háttérében

Sulya Bálint¹, Tölgyesi Judit Eszter¹, Karsza Levente³, Bartók Márta², Polovitzter Mária², Kiss András¹, Merksz Miklós¹

- 1 Heim Pál Gyermekkorház Urológiai Osztály, Budapest
- 2 Heim Pál Gyermekkorház Radiológiai Osztály, Budapest
- 3 Heim Pál Gyermekkorház Sebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: Gyermekkorban az akut scrotalis fájdalom esetén mindaddig herecsavarodásra gondolunk, amíg annak ellenkezője be nem bizonyosodik. Differenciáldiagnosztikailag a herecsavarodáson kívül a panaszok háttérében állhat még: here- illetve mellékhere függelék csavarodása, trauma, epididymitis, orchitis, kizárt sérv, here infarctus, dermatitis, cellulitis, vasculitis, és mint esetünkben spermatocele csavarodás. Poszterünkön ez utóbbi igen ritka, lehetséges okot, valamint kezelését mutatjuk be.

Esetismertetés: 12 éves fiú jelentkezett ambulanciánkon fájdalmas és duzzadt jobb oldali scrotumféllel. Ultrahang vizsgálat a megtartott keringésű here mellett szilva nagyságú cisztikus képletet mutatott. Műtéti feltárás során a mellékhere fejből kiinduló, torquálódott, elhalt spermatocelet találtunk, melyet a szintén necrotizált mellékhere fejével együtt reszekáltunk. Szövetteni vizsgálat klinikai diagnózisunkat megerősítette.

Megbeszélés: Spermatocele a mellékhere fejből kiinduló, általában jó indulatú, cisztikus képlet. Igen gyakori, here ultrahang vizsgálat során különböző méretben, a férfiak 30%-ban megtalálható. Az esetek túlnyomó többségében nem okoz panaszt, ezért kevés kivételtől (nagy méret, nyomásérzékenység) eltekintve nincs szükség sebészi beavatkozásra. Torquálódása az irodalomban leírt, igen ritka oka az akut scrotumnak. Kórismézésében color-Dopplerrel kiegészített ultrahang vizsgálat, majd a szövetteni vizsgálat van segítségünkre. Terápiája sebészi: a képlet eltávolítása. Bár ritka kórkép, az elkülönítő kórismézés során érdemes gondolni rá, különösen, ha a betegnek az anamnézisében spermatocele szerepel.

Húgyúti fertőző betegségek komplementer és alternatív terápiája tőzegáfonya-koncentrátummal

Korábbi antibiotikum-kezelés következménye

Új nagy-britanniai felmérések szerint a húgyúti fertőzések egy részét antibiotikum-rezisztens baktériumok okozzák, ezért az ilyen betegek 50%-a 7-12 nappal az antibiotikumos kezelés (amoxicillin vagy trimethoprim) megkezdése után visszatér házi orvosához a tünetek fennmaradása miatt. A vizsgált esetek tanulmányozása arra az eredményre jutott, hogy a húgyúti fertőző betegség (HFB) előtt kevesebb, mint egy hónappal szedett antibiotikum növeli az antibiotikum-rezisztens baktériumok megtelepedésének esélyét. Sikertelen a gyógyítás, ha az antibiotikum-dózis nem éri el a baktérium minimális citosztatikus/citotoxikus koncentrációját és nem képes kiirtani a baktériumokat a húgyutakból. Súlyos komplikációk, pl. cystitis, pyelonephritis, terhes nőknél méhen belüli növekedés-visszamaradás (IUGR), vagy akár szepszis léphet fel komplikációként urethritis után. Ezért ajánlott speciális kiegészítő kezelés is adni. Minden patogén esetében sok folyadékfogyasztás mellett tőzegáfonya kivonatot tartalmazó kapszulák szedése javasolt a tőzegáfonya nem specifikus, így additív hatása miatt. Ez egy természetes, hatékony és biztonságos kúra, terhesség alatt is alkalmazható és jelentősen csökkentheti az antibiotikum-rezisztens baktériumok szaporodásának esélyét.

A rekurrens HFB elmélete és a tőzegáfonya

A húgyút baktériumokkal szembeni természetes védelmét a szervezet THG proteinje (a húgyúti epithelium-membránhoz kötődő Tamm-Horsfall glycoprotein) biztosítja, de van akinél ez hiányzik vagy csökkent mennyiségű. A THG akadályozza az E. coli baktériumok megtelepedését a húgyútban és gyulladás kialakulását. Ugyanilyen hatású anyagot tartalmaz a tőzegáfonya: proantocianidineket (PAC). A kapszulázott tőzegáfonya-kivonat rendszeres fogyasztása segíti a húgyút védelmét a baktériumok megtelepedésével, HFB kialakulásával szemben.

Klinika: gyermekkori húgyúti fertőzés megelőzése

A húgyúti fertőzések gyermekkorban a második leggyakrabban előforduló bakteriális fertőzések. 2011-ben a University of British Columbia (Kanada, Vancouver) urológus csoportja 40 gyermekben vizsgálta a tőzegáfonya megelőző hatékonyságát, akiknél a megelőző évben legalább kétszer alakult ki HFB. A randomizált, placebo-kontrollált kísérletben a magas PAC-tartalmú tőzegáfonyalét naponta fogyasztó gyerekeknél a következő évben a HFB kiújulása 0,4 per gyermek volt, míg a kontroll-csoportban ennek közel háromszorosa: 1,15 per gyermek. Hasonló eredmények mutatkoztak felnőttekkel végzett vizsgálatokban az OceanSpray Cranberry-hatóanyagával. **A vizsgálatok konklúziója: a tőzegáfonya-kivonat alkalmas a HFB alternatív profilaktikus terápiájaként.**

A TŐZEGÁFONYA hatóanyagai

- megakadályozzák az E. coli baktériumok megtapadását és szaporodását a húgyútban, mely sok folyadékfogyasztás mellett kiürülhet a húgyútból;
- elősegítik a húgyúti fertőzések gyorsabb gyógyulását, rövidíthetik az antibiotikum kezelések időtartamát;
- az antibiotikum kezelés mellett bakteriosztatikus hatásuk által kiküszöbölik új, antibiotikum-rezisztens baktériumtörzsek kialakulását.

A vizeletkiválasztó szervek védelmében

10 éve minőségével bizonyít

Pharmaforte

CRAN-C
étrend-kiegészítő

Egyszerű, biztonságos, természetes,
hiszen gyümölcs.

400 mg amerikai tőzegáfonya
(cranberry) koncentrátum
C-vitaminnal

OÉTI által bevizsgált
termék.



Kapható étrend-kiegészítőként gyógyszertárakban, gyógynövényboltokban.

Tel: 06-30-2100-155, www.pharmaforte.hu



Beszámoló az Európai Urológus Akadémia legutóbbi konferenciájáról

Az Association of the Academic European Urologists tagjai tizenegyszer gyűltek össze, legutóbb Salzburgban, szokás szerint december első hétvégéjén. 2011-ben Moszkva, egy évvel azelőtt Budapest volt a házigazda. A kongresszus elnöke G. Janetschek professzor volt.

A „társaságnak” 80 tagja van. Körülbelül 60-an voltunk, 30 benyújtott absztraktot fogadott el a tudományos bizottság. Az elmúlt 3 évben társaság ügyvezető titkárja B. Tombal professzor volt.

A tudományos program másfél napos. Nem véletlen, hogy a pénteki szekció onkológiával kezdődött. Abrahamsson, az EAU főtitkára az összejt kérdés és az onkológiai daganatok lehetséges kapcsolatáról beszélt. Állat- és humánkísérletek alapján a cytokeratin-7 expressziójának vizsgálata a betegség progressziójáról adhat további információt.

A. Bartell, kiváló svéd tudós prosztatatarákkal kapcsolatos génkutatásairól számolt be. Ugyancsak a svéd P. Stattin arról számolt be, hogy országában a prosztatatarákos betegek 98%-ának adatai rögzítve vannak egy nemzeti adatbázisban. G. Thalmann Bernből a csontáttétes betegek betegségének progresszióját jelző gén vizsgálatáról számolt be. Janetschek (Salzburg) izotóppal jelzett indikarmin előnyeiről számolt be laparoscopos lymphadenectomia során. Érdekes intraoperatív filmmel tette látványossá előadását. B. Malavaud (Toulouse) a prostatatabiopszia indikációját illetve csökkentési lehetőségeit tárgyalta. (Franciaországban évente 250 ezer biopsziát végeznek.) C. Bangma (Rotterdam) a multiparaméteres MRI értékelésének nehézségeit és előnyeit vizsgálta a prosztatatarák kórismézésében. Jó radiológus kell hozzá! P. Wiklund (Stockholm) 34500 beteg radikális prostatectomiás és radioterápiás 15 éves eredményeit hasonlította össze, és a sebészet superioritását találta. Is open radical prostatectomy still the gold standard? címmel Wirth (Drezda) tartott előadást és hasonlította össze a nyílt és robottal végzett prostatectomiákat. Csak a transzfúziós arányban találtak jobb eredményt robottal, de ez a betegszelekcióval is magyarázható – mondta Manfred Wirth. N. Clarke (Manchester) a prostatadaganatos betegek gyógyszerkipróbálásaival kapcsolatos problémákat vetette fel. J. Palou,

(Barcelona) az ESU új elnöke a cystectomiák nálunk is ismert nehézségeit ismertette. A túlélést az első TUR és a radikális műtét között eltelt idő befolyásolja. C. Llorente (Madrid) arról tartott előadást, hogy intézetükben egy surveillance program fut azon betegek részvételével, akiknek felületes, kicsi, egyszeri tumorrecidívájuk van. Ezeket a betegeket nem operálják, csak követik. Onkológiailag „safe” – mondta. Lehet, hogy nem is kell minden 3–5 mm-s recidívát TUR-ni? B. Djavan (New York) egy új „NanoTherm” terápiáról beszélt melyet fázis I vizsgálatban alkalmaztak lokális prosztatatarákos betegekben. Mágneses nanoparticulás prostatában való diszperziójáról van szó. I. Eardly (Leeds) most nem ED-ről, hanem urológiai műtétek utáni infektív endocarditis kialakulásáról értekezett. Sok van, legfeljebb nem vesszük észre... C. C. Schulmann (Brüsszel) ESWL-t ajánlott erectilis dysfuncióban. Az előadást követően mosollyal kísért kérdéseket tettek fel a résztvevők a kissé reklámízű, itt szokatlan előadáshoz. J. L. H. R. Bosch (ennyi előnévvel csakis holland lehet) Utrechtből sokat foglalkozik a BPH-val; ez alkalommal is a nocturnalis polyuriáról tartott előadást. A megfigyelt betegeknél gyakran átmeneti és spontán is változhat, ismeretlen okok miatt. F. Burkhardt (Bern) thoracalis epidurális anesthesiát ajánl a postoperatív fájdalom kezelésére. Elmondása szerint semmilyen mellékhatása nincs. F. Cruz (Porto) az Onabotulinum toxin A hatását vizsgálta ulceratív és nem ulceratív IC (interst. cystitis)-ben. Nem talált a hatásban különbséget. O. Hakenberg (Rostock) peniscarcinómában talált suppressor gének prognosztikai jelentőségét tárgyalta. L. Türkeri (Isztambul) vesedaganatos betegek recidívájának preoperatív prognosztikai modelljét dolgozta ki. P. Mulders (Nijmegen) vesedaganatos betegek immun- és targeted együttes terápiájának lehetőségéről értekezett. P. Radziszewski (Varsó) egy multicentrikus vizsgálat eredményeit mutatta be: radioterápia szövődményeit urológiai betegekben. 103 lengyel urológiai osztály adatait dolgozták fel. Cystitist 58%-ban, hólyagvérzést 41%-ban, csökkent hólyagkapacitást 20%-ban, ureterstenosis 39%-ban találtak. A Krakóból érkezett ugyancsak lengyel P. Chlosta, – még mint vendég és nem tag, remélem az lesz – laparoscopos műsphincter beültetéséről számolt be.

Magyarországot Nyirády Péter professzorral ketten képviseltük, ő üléseelnöki tisztet is betöltött.

Az egész napos tudományos programot este bankett követte a Hotel Residenzben, ahol egy zenekar (gyöngyösiek!) sok

magyar operettel, népdallal szórakoztatta a résztvevőket.

A következő találkozó Párizsban lesz, 2013 decemberének első hétvégéjén.

Romics Imre

Central European Meeting (CEM) 2012

Idén 12. alkalommal került megrendezésre a CEM – Central European Meeting – melynek ezúttal Drezda adott otthont. Drezda a kelet-német Szászország fővárosa, gazdasági, pénzügyi központja. Ezen régió Cseh- és Lengyelország közelében helyezkedik el, szoros kapcsolatban állva Közép-Európával, ideális helyszínt nyújtva egy nemzetközi találkozónak.

A város színes történelmi múltra tekinthet vissza. Az ősi szláv településhez 1206-ban csatlakozott egy német városka, mely a folyó déli partján helyezkedett el. Ez a város régi központja, az Altstadt. Ekkor már oklevélben is megemlíti a város nevét: Drezdany, aminek jelentése: „síksági erdőlakók”.

Építészeti stílusa sajátos. Drezda számos barokk épülettel büszkélkedhet, az I. (Szász) Ágost alatt uralkodó stílust pedig drezdai barokk néven említik. Szászország gazdasági fellendülésében jelentős része volt az európai porcelán feltalálásának, melyet még ma is művészi színvonalon állítanak elő a közeli Meissenben. Drezda jelentős része elpusztult a II. Világháború végén, 1945-ben, a szövetséges légierő által végrehajtott szőnyegbombázásban. A szövetségesek február 13-án és 14-én három hullámban támadták Drezdát, a támadásnak áldozatul esett a barokk belváros, a tüzes pokolban több tízezer ember halt meg.

A kongresszus helyszíne a város központjában, közvetlenül a Neumarkt szomszédságában elhelyezkedő Hilton Hotel volt. Németország először rendezte a regionális találkozót, mely az évek során egyre ismertebbé vált és az egyik leglátogatottabb közép-európai kongresszussá nőtte ki magát – említette Prof. Manfred Wirth, az esemény elnöke, mikor 2012. október 12-én reggel megnyitotta a találkozót, köszöntve ezzel a jelenlévő több mint 280 résztvevőt.

Németország mellett Csehország, Lengyelország, Ausztria, Szlovákia, Románia, Horvátország, Szlovénia és Magyarország képviseltette magát. Régió kívülről érkező résztvevők is megtisztelték jelenlétükkel az eseményt, kollégák

Törökországból, Görögországból, Svédországból, Szerbiából. A legtöbb előadót Romániából köszönthettük.

A kongresszus 2 napig zajlott. 3 teremben, 9 szekcióba csoportosítva hallhattuk a több mint 250 poszter prezentációt. A 2 percig tartó előadásokat további 2 perc megbeszélés követte. A prezentációk mellett 3 témában – BPH, prosztatacarcinoma, vesecarcinoma – felkért előadások is szerepeltek, olyan szakemberek tolmácsolásában, mint S. Madersbacher és B. Djavan Bécsből, M. Wirth Drezdából, J. Breza Pozsonyból, P. Macek Prágából, a magyarországi Bajory Zoltán, aki a BPH sebészi terápiájáról és Szendrői Attila, aki a veserák biopsziájáról tartott előadást.

A kongresszus lehetőséget adott az Európai Urológus Társaság jelen lévő vezetőinek konzultációra 2 tanácskozási ülés keretében. A szakmai program mellett társasági események színesítették a 2 napot. A hosszú nap után a résztvevők a Hotel Westin Bellevue-ben pihenhették ki fáradalmaikat egy kellemes vacsora keretében. Másnap délután a szekciók befejeztével, a kongresszus zárásaként kihirdették a 6 legjobb poszternek járó elismeréseket, melynek szerzői pénzbeli jutalomban részesültek, a szponzorok által felajánlva – valamint a posztereket kifüggesztik majd Milánóban az Európai Urológus Társaság éves kongresszusán. A díjazottak között volt jelen írás szerzője, Gulácsi Alexandra (Simmelweis Egyetem).

Egy év múlva ismételtén megrendezésre kerül a CEM, melynek akkor Prága ad otthont.

Magyarországot 13 résztvevő képviselte.

Budapestről prof. Nyirády Péter, prof. Romics Imre, Szendrői Attila, Domján Zsolt, Fazakas Zsolt, Köves Béla, Németh Zsolt, Gulácsi Alexandra, Szabó Balázs, Bécsi Áron, Romics Miklós, Szegedről Bajory Zoltán, Pécsről Benkő Tamás.

Üléseelnök volt prof. Nyirády Péter, Bajory Zoltán.

Felkért előadást tartott Bajory Zoltán, Szendrői Attila.

Gulácsi Alexandra

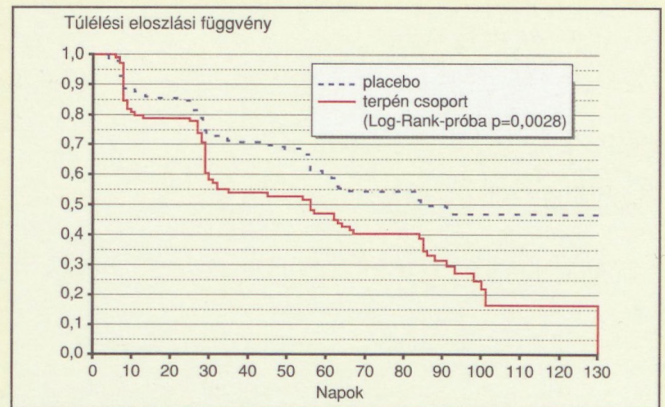
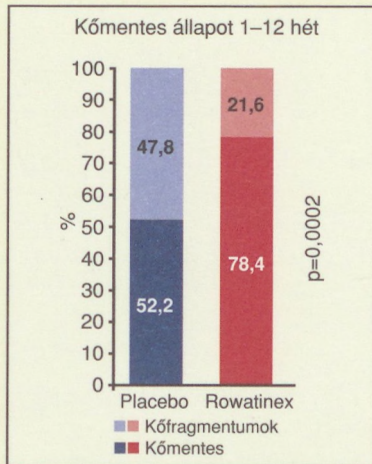
ROWAtinex®

kapszula • cseppek



S. W. Baker nyomán: Nilus, Murchison- (Kabarega-) vízesés

Nephrolithiasis, ureterolithiasis és az ezekhez kapcsolódó tünetek. Műteti köeltávolítás 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 Rowatinox: Results of a Placebo Controlled Randomised Trial I. Romics, G. Siller, R. Kohnen, S. Mavrogenis, J. Varga, E. Holman

Urologia Internationalis 86(1):102-9.2011.

Romics I., Siller Gy., Kohnen R., Mavrogenis S., Varga J., Holman E.: A Special Terpene Combination (Rowatinox®) Improves Stone Clearance after Extracorporeal Shockwave Lithotripsy in Urolithiasis Patients: Results of a Placebo-Controlled Randomised Controlled Trial

sAtco

SATCO Kft.



ROWA®

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

Elérhető egyéb adat a www.satco.hu honlapon

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.^{1,2}

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 tamszulozinak) 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:** Felőrték (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 toronykáihártya irritációját okozhatja. **Ellenjavallatok:** nőknek, gyermekeknek és serdülőkorúaknak, dutasteriddel, egyéb 5-alfa-reduktáz gátlókkal, tamszulozinnal (ideértve a tamszulozin-okozta angioedémát is) vagy a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység esetén, ha az anamnézisben előfordult orthostaticus hypotonia, súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknél. **Különleges figyelmeztetések:** A kombinációs terápia a mellékhatás-kockázat (beleértve a szívelégtelenséget) potenciális emelkedése miatt a kockázat-előny körülmények mérlegelése és az alternatív kezelési lehetőségek, köztük a monoterápiák számbavetele után rendelhető. A Duodart-et 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 prosztatarákot (különösen előrehaladott prosztatarákot) 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 dutasteriddel szedő betegeknél a placebo-csoporthoz képest. A dutasterid és az előrehaladott stádiumú 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 elkezdeni, mivel ilyen betegeknél nem történtek vizsgálatok. Duodartkezelést elkezdő betegeket figyelmeztetni kell, hogy az ortosztaticus hypotonia első jeleinek (szédülés, gyengeség) észlelésekor üljenek le vagy fekdjjenek le, amíg a tünetek el nem múlnak. Ezért a Duodartkezelés megkezdése nem ajánlott azon betegek esetében, 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. Enyhé vagy közepesen súlyos májkárosodás esetén a Duodart alkalmazásakor óvatosan 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 mellszövetükben. 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 dutasteriddel 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 vizsgálatokkal kapcsolatos tényezők befolyásolták-e vizsgálat eredményeit.

A szöveggellenőrzés 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	1.132 Ft	6.301 Ft
Duodart 0,4 mg/0,5 mg kemény kapszula 90x	20.219 Ft	3.395 Ft	16.824 Ft

www.oep.hu – 2012. október 1-től

Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást!

További információért forduljon képviselőnkhez: 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. 09. 27.

Referencia:

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