

UROLOGIA ONKOLOGIA



ROWAtinex®

lágycapszula • belsőlegesen oldatos cseppek

- Vese- és húgyúti megbetegedések és tüneteinek kezelésére
- Vese- vagy húgyvezetékben lévő kő esetén
- Újbóli kőképződés
- Görcsoldó
(vesekő, húgyvezetékben lévő kő esetén)
- Gyulladáscsökkentő
- Enyhe húgyúti fertőzések esetén
(vizeletelválasztás elősegítése, enyhe antibakteriális hatás, görcsoldás)
- Növényi eredetű, tisztított hatóanyagok

Cseppek: gyors hatás elérésére

- pl. görcsoldás
- kockacukorra, egyéb élelemre cseppentve, bőséges folyadékkal leöblítve



Kapszula: kúraszerű kezelésre

Vesekímélő étrend:

www.satco.hu

VÉNY NÉLKÜL, GYÓGYSZERTÁRAKBAN KAPHATÓ GYÓGYSZER!

sAtco

SATCO Kft.

Tel.: (+36-1) 371-0530

Fax: (+36-1) 371-0531

E-mail: satco@satco.t-online.hu

www.satco.hu

www.rowatinex.hu



ROWA®

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

UROLOGIA

FŐSZERKESZTŐ – EDITOR IN CHIEF

Romics Imre

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

Szűcs Miklós

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTES – DEPUTY EDITOR IN CHIEF

Szendrói 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**

Sugárterápia
Ágoston Péter

Nukleáris medicina
**Szilvási István,
Dabasi Gabriella**

Nőgyógyászat
Rigó János

Sebészet, ortopédia
**Kupcsulik Péter, Szendrói Miklós,
Harsányi László, Nagy Zoltán**

Képpalkotó eljárások
Gódey 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 hirdetéseket és PR cikkeket kellő gondossággal kezeli, azonban azok tartalmáért felelősséget nem vállal.

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

TARTALOM

Impresszum	1
Bevezető	3
A hólyagtumorok radio-kemoterápiája Radio-chemotherapy of bladder cancer <i>Landherr László</i>	4
Herezacskótályog képében jelentkező mucoepidermoid tüdődaganat Mucoepidermoid lung cancer in the guise of scrotum carcinoma <i>Szendrői Attila, Majoros Attila, Székely Eszter, Kiss Attila, Szűcs Miklós, Nyirády Péter</i>	6
Beszámoló a 12. AAEU (Association of Academic European Urologists) kongresszusról – Párizs, 2013. december 5-8.	9
A PSA-tól a proPSA-ig: összefoglalás a proPSA növekvő szerepéről a korai prosztaták felismerésében és kezelésében	11
Hírek	12
A Fűvészkerti Urológus Napok poszttereinek összefoglalói	13
Zoledronsav: arany standard a prosztaták csontáttéteinek terápiájában Zoledronic acid is gold standard in the therapy of prostate cancer in case of bone metastasis	24

Címlap: Fém injekciós tűk és sterilizáló dobozaik, a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának gyűjteményéből.

Kedves Kolléganő, Kolléga Úr!



A XI. évfolyam első számát tarja a kezében. Interdiszciplináris lap lévén nem meglepetés, hogy a bevezető dolgozatot egy kiváló radiológus írta. Az invazív hólyagdagaganat kezelése sebészi, de vannak lehetőségek, vagy olyan helyzetek, amikor csak sugár-, vagy sebészi és sugárterápiára van szükség. Legtöbbször még a kemoterápia is szükségeltetik. A rendkívül tárgyyszerű, visszafogott vélemény mindenki számára elfogadható lehet.

A ritkaságokból mindig lehet tanulni. Jó esetismertetést nem mindig könnyű írni.

Tradíció, hogy a FUN-on szereplő fiatalok poszttereinek összefoglalóját minden évben közöljük, így azok idézhető előadások lesznek (Scripta manent...)

A prosztatarák-diagnosztika örök téma. Beszámolunk az Európai Urológus Akadémia legutóbbi üléséről is.

Romics Imre

A hólyagtumorerő radio-kemoterápiája

Landherr László

Uzsoki Utcai Kórház, Fővárosi Onkoradiológiai Központ, Budapest

A szerző invazív hólyagdaganatos betegek radio-kemoterápiás lehetőségeit tárgyalja válogatott betegekben.

Kulcsszavak: hólyagtumor, kemoterápia, daganat

Radio-chemotherapy of bladder cancer

The author reports the possibilities of radio-chemotherapy in selected cases of invasive bladder cancer patients.

Key-words: bladder cancer, chemotherapy, cancer

A hólyagtumorerő a daganat okozta halálozásban a nyolcadik-kilencedik helyet foglalják el. Magyarországon évente 2500–2600 új beteg kerül bejelentésre és 790–850 hal meg hólyagrák miatt. A terapeuta számára az igazi kihívást a hólyag izomrétegét infiltráló tumorerő (muscle-invasive and metastatic bladder cancer, MiM-BC) jelentik, melyek az összes eset 25–30%-át teszik ki. Ezen betegek prognózisa rossz, az öt éves túlélés 45% körül van és ez az érték szinte független a terápia milyenségétől. A kezelés *gold standardja* ma is a total cystectomy, de a betegek jelentős része idős (az átlagéletkor 70 év), számos kísérő betegsége van, vagy elutasítja a radikális, jelentős életminőség romlással járó mütéti megoldást. Míg az önmagában adott kemoterápia nem jelent igazi alternatívát a mütéti megoldással szemben, addig a sugárkezelés igen. A Spanish Society of Clinical Oncology (SEOM) már 2011-ben javasolta a **multimodális** terápia a hólyagrákok ellátásában, mely lokalizált betegség esetén lehetővé teszi a cystectomy elkerülését arra alkalmas és jól informált, tehát szelektált betegekben (1).

Az EAU (European Association Urology) 2012-ben frissített guideline-ja az irradiációt már elfogadja mint lehetséges hólyagmegőrző kezelést a cystectomyra *alkalmatlan* betegekben. Az EAU guideline ekkor figyelembe vette a Medline-ban és a Cochrane adatbázisban található áttekintő közleményeket, melyeket urológusokból, onkológusokból és sugárterapeutákból álló komprehenzív testület értékelt (2).

Mint több más szervi lokalizációban, a húgyhólyagrákoknál is a *sugárkezelés alatt szinkron adott kemoterápia* (többnyire mitomycin, fluorouracil, cisplatin) jelentősen fokozza a terápia hatékonyságát. Vannak már próbálkozások gemcitabin adásával is, mely különösen a károsodott vesefunkciójú betegekben lehet előnyös, ha cisplatin nem

adható. Szlovén szerzők 33 inoperábilis, helyileg előrehaladott hólyagrákos betegükben végeztek radio-kemoterápiát 60Gy/6 hét standard besugárzási dózissal és hetenként egyszer adott 75mg/m² gemcitabinnal. Elfogadható toxicitás mellett 81%-os 3 éves betegségmentes túlélési érték el (3). Találhatunk adatokat az MVAC protokoll (methotrexat, vinblastin, doxorubicin, cisplatin) és a sugárkezelés együttes adásáról is, amellyel 80%-os válaszadást tapasztaltak.

James és munkatársai a BC2001 számú prospektív randomizált vizsgálatban 360 beteget soroltak két kezelési csoportba. A vizsgálat elsődleges végpontja a kiújulás-mentes túlélés (disease free survival, DFS), a másodlagos végpont az átlagos túlélés (overall survival, OS) volt. Mindkét kezelési ágon 55–64Gy összdózisú besugárzás történt, az egyik vizsgálati karon a betegeknek a sugárkezelés 1-től 5-ik és 16-tól 20-ik napjáig naponta 500mg/m² fluorouracil és az első napon 12mg/m² mitomycint adtak. **A szinkron radio-kemoterápia** alkalmazása esetén 67%-os 2 éves és 48%-os 5 éves tumormentes túlélési érték el, szemben az egyedüli irradiációval elért 54, illetve 35%-kal szemben. Ez pedig *megegyezik a radikális mütét eredményességével* (4).

Napjainkban sorra jelennek meg közlemények a **hólyagmegőrzés** céljából végzett kombinált kezelésekről. Smith és munkatársai a Pennsylvania Egyetem urológiai osztályáról 2013-as közleményükben **trimodális** kezelést javasolnak: maximális transuretrális reszekciót és kemo-radioterápiát azon betegekben, akiknél a radikális mütét nagy kockázattal járna. Bostoni szerzők a kombinált kezeléssel 70%-os komplett remissziót értek el és a betegségmentes 5 éves túlélés 52% volt (5).

A hólyag megőrzés céljából adott alacsony dózisú indukciós radio-kemoterápia és parciális cystectomy plusz medencei

nyirokcsomó disszekció alkalmazásával elért eredményeiről számolnak be Koga és munkatársai. A tokiói egyetem urológiai klinikáján 1997 és 2010 között 183, T2-4aN0M0 stádiumú beteget kezeltek debulking transuretrális reszekcióval, melyet a radio-kemoterápia követett. A sugárkezelés során 40Gy-t adtak a kismedencére egyidejűleg két alkalommal 5–5 napon keresztül napi 20 mg cisplatin infúzióval kiegészítve. A részleges műtét elvégezhetőségének kritériuma volt a szoliter, vagy intravesicalisan körülírt tumor, mely a hólyagfal kevesebb, mint 25%-át foglalja el és nem érinti a hólyagnyakat és a trigoniumot. Ha a kezelést követően elvégzett parciális műtétnél reziduális tumort tudtak kimutatni, radikális cystectomiát végeztek. A vizsgálatba bevont 183 beteg közül 87-nél komplett klinikai választ értek el, 65 beteg (36%) felelt meg a részleges műtét kritériumainak. Közülük végül 46 beteget operáltak meg, másik 86 betegnél történt radikális műtét és 51-nél semmilyen. A részlegesen operált betegek közül mindössze három esetben volt szövettanilag igazolt izominfiltrációt adó reziduális tumor. A parciális műtéten átesett betegeknel egyetlen esetben sem észleltek kiújulást és az 5 éves daganatmentes túlélés 100% (!) volt (6).

A hólyagfunkció megmentésére való törekvés számos jelével találkozhatunk a szakirodalomban. Bostoni szerzők 348, cT2-4a stádiumú beteget kezeltek kombinált modalitásokkal prospektív vizsgálatban a Massachusetts General Hospital-ban. A kezelés neoadjuváns kemoterápiát követően elvégzett maximális transuretrális reszekcióból, majd cisplatin alapú radio-kemoterápia adásából állt. 40Gy elérése után re-biopsziát végeztek. Azok a betegek, akiknél komplett hisztológiai regressziót találtak, azok további sugárkezelést és adjuváns kemoterápiát is kaptak. 102 betegnél (29%) történt radikális műtét, nem megfelelő válasz, vagy recidíva miatt. A betegek 72%-ánál (T2 esetekkel együtt 78%) sikerült a hólyagmegőrzés! A T3-T4 tumoroknál az 5, 10 és 15 éves betegségmentes túlélés 53, 49 és 49% volt. Mindezek alapján szerzők támogatják a hólyagmegőrző terápiát az arra alkalmas betegeknél (7). Jelentős áttekintő közleménynek számít a nemzetközi irodalomban Weiss és Sauer munkája Frankfurtból és Erlangenből. Németországban a már említett BC2001 számú multicentrikus klinikai vizsgálatban 45 centrum vett részt. Szerzők összegezték a radio-kemoterápiával

szerzett eddigi tapasztalatokat és elért eredményeket, melyek szerintük egyaránt bizonyították a kombinált kezelés előnyét az egyedüli sugárkezeléssel szemben, másrészt azt, hogy egyenértékű alternatíva lehet a radikális műtéttel szemben (8).

Nem egységes viszont az álláspont a műtét előtt végzett (neoadjuváns) és adjuváns kemoterápia szerepét illetően sem. A Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (USA) munkatársai nemrég publikálták erre vonatkozó nagy áttekintő közleményüket. Eszerint a metaanalízis szerint a cisplatin alapú kombinált neoadjuváns kemoterápia megnöveli a túlélést az izmot infiltráló hólyagrakoknál, viszont az adjuváns kezelés hatásosságát egyértelműen bizonyító adatok nincsenek. Ha a beteg károsodott vesefunkciói miatt nem kaphat cisplatin, egyéb kemoterápiás szerek használatára vonatkozóan nincs megbízható adat (9).

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy ma már hatékony alternatív kezelési lehetőség áll rendelkezésünkre a helyileg előrehaladott hólyag daganatok terápiájában. A műtét (maximális transuretrális reszekció) és a radio-kemoterápia (cisplatin alapú), esetleg neoadjuváns kemoterápia alkotta multimodális kezelés lehetővé teszi a radikális műtét elkerülését az arra alkalmas, szelektált betegeknél.

Irodalom:

- Morales R, Font A, Carles J, Isla D. SEOM clinical guidelines for the treatment of invasive bladder cancer. Clin Transl Oncol. 2011 Aug;13(8):552-9.
- Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, et al. Treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer: Update of the EAU guidelines. Actas Urol Esp. 2012;36:449-60.
- Borut K, Lijana ZK. Phase I study of radiochemotherapy with gemcitabine in invasive bladder cancer. Radiother Oncol. 2012 Mar;102(3):412-5.
- James ND, Hussain SA, Hall E, et al. Radiotherapy with or without Chemotherapy in Muscle-Invasive Bladder Cancer. N Engl J Med 2012;366:1477-88.
- Smith ZL, Christodouleas JP, Keefe SM, et al. Bladder preservation in the treatment of muscle-invasive bladder cancer (MIBC): a review of the literature and a practical approach to therapy. BJU Int. 2013. Jan. 29.
- Koga F, Kihara K, Yoshida S, et al. selective bladder-sparing protocol consisting of induction low-dose chemoradiotherapy plus partial cystectomy with pelvic lymph node dissection against muscle-invasive bladder cancer: oncological outcomes of the initial 46 patients. BJU Int. 2012 Mar;109(6):860-6.
- Efstathiou JA, Spiegel DY, Shipley WU, et al. Long-term outcomes of selective bladder preservation by combined-modality therapy for invasive bladder cancer: the MGH experience. Eur Urol. 2012 Apr;61(4):705-11.
- Weiss C, Sauer R. Organerhaltende Radiochemotherapie - eine geprüfte Alternative zur initialen Zystektomie bei Patienten mit muskelinvasivem Harnblasenkarzinom im Vergleich zur alleinigen Radiotherapie. Strahlenther Onkol 2012;188:713-716.
- Meeks JJ, Bellmunt J, Bochner BH, et al. A systematic review of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer. Eur Urol. 2012 Sep;62(3):523-33.

Herezacskótályog képében jelentkező mucoepidermoid tüdődaganat

Szendrői Attila¹, Majoros Attila¹, Székely Eszter², Kiss Attila³, Szűcs Miklós¹, Nyirády Péter¹

¹Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest,

²Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest,

³Pulmonológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

A szerzők egy 52 éves férfi esetét ismertetik, akinek vizs-
zatérő herezacskótályog miatt két év alatt hét alkalom-
mal végeztek oncotomiát, végül az elváltozást teljes egé-
szében kimetszették. A szövettani vizsgálat anaplasztikus
mucoepidermoid rákátétet igazolt. Az elsődleges daganat-
ot a jobb hörgőrendszerben fedezték fel, több szervben is
áttétet találtak. A beteg a diagnózis felállítását követően
6 hét múlva elhunyt. Esetükkel a herezacskóbőr gyakori
gyulladásos megbetegedéseinek hátterében megbúvó meg-
lepő kórokra és a szövettani vizsgálat fontosságára kíván-
ják a figyelmet felhívni.

Kulcsszavak: herezacskó, bőráttét, mucoepidermoid tüdő-
daganat

Bevezetés

A tüdőrák a bőrbe ritkán ad áttétet (5%), ha mégis, akkor ez
leggyakrabban a mellkason és hasfalán található, csak elvét-
ve fordul elő egyéb helyen, mint esetünkben a herezacskó
bőrén. Az elsődleges daganat a metasztázis jelentkezésekor
az esetek 76%-ában már ismert, és ezáltal a bőrelváltozás
kórismézése is könnyebb (1, 2). A mucoepidermoid rákok
az összes tüdődaganatnak mindössze 0,2%-át teszik ki, és
általában a jól kiérett szövettani altípusba tartoznak,
anaplasztikus fajtájuk ritkább (3, 4, 5, 6).

Esetismertetés

Ötvenkét éves férfi, aki 4 éve Crohn-betegség miatt
azathioprine (Immunan 2x50mg) és mesalazine (Salofalk
3x500) kezelés alatt állt, herezacskójának bal oldalán kiala-
kult duzzanat miatt kereste fel osztályunkat. A megelőző két
évben többször végeztek bemetszést ugyanezen a helyen
kialakult, klinikailag fertőzött atheromának vélt, visszatérő
tályogok miatt. Felvételekor a herezacskó bal oldalán 4 cm
átmérőjű, bőrpírral fedett, tömött tapintatú, mérsékelten

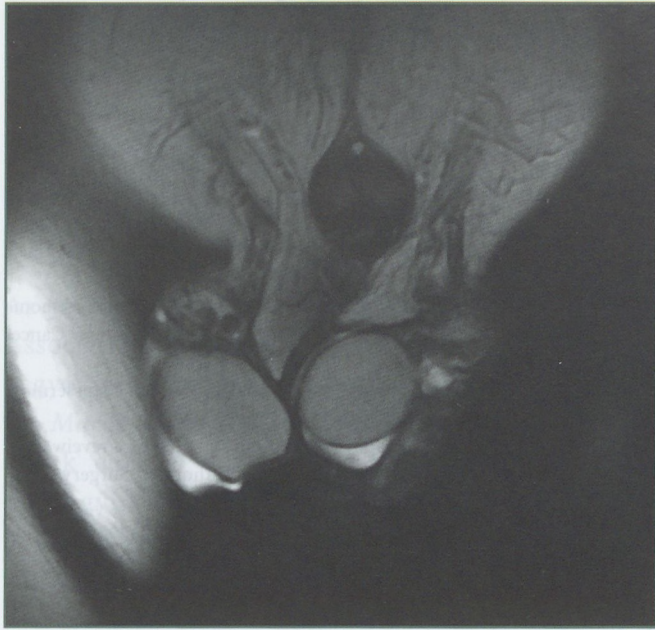
Mucoepidermoid lung cancer in the guise of scrotum carcinoma

The authors would intend to present the case of a
52-year-old man. He had habitual scrotal abscess thus
oncotomy was carried out seven times within two years.
Eventually, however, it was totally dissected out. Histology
results proved the metastasis of anaplastic cancer. Primer
tumor was detected in the right bronchia; moreover,
metastases were found in other organs as well. The
patient died within 6 weeks after the first diagnosis had
been set up.

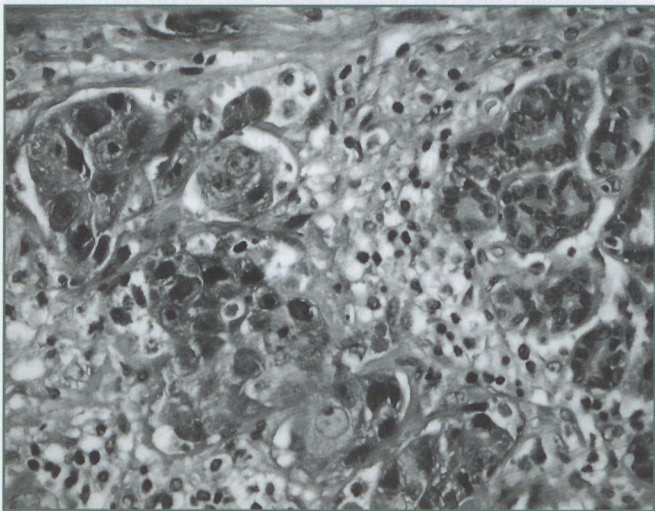
Key-words: scrotum, carcinoma, lung, neoplasm metastasis

nyomásérzékeny, a herétől és a mellékherétől független
terimét tapintottunk. Az ultrahang- és a mágneses rezonan-
cia vizsgálat a széli részen fokozott keringést mutató, homo-
gén, szolid bennékű képletet írt le a subcutisban (1. ábra).
Tekintettel a beteg Crohn-betegségére, sebészeti konzilium-
ot kértünk, amely a herezacskó visszatérő, feltételezhetően
gyulladásos folyamatának hátterében megbúvó végbélsi-
polyt kizárta. Befertőződött atheromának véltük a képletet,
és az ében kimetszettük. A szövettani vizsgálat alacsony
differenciált mucoepidermoid rákot igazolt (2. ábra).

Két hét múlva a beteg bal oldali lágyéki nyirokcsomói meg-
duzzadtak, lázas lett, köhögött, fogyni kezdett. Mivel felme-
rült, hogy rendszerbetegséggel állunk szemben,
nyirokcsomó-biopsziát végeztünk, melynek szövettani
eredménye egyezett az előzővel. Mellkas-CT fedezte fel a
jobb hörgőrendszer kiterjedt daganatát, amelyből
bronchoscopos mintavétel mucoepidermoid rákot igazolt.
Egyéb képalkotó vizsgálatok agyi, mellékvese, retroperito-
nealis és mediastinalis nyirokcsomóáttéteket írtak le (3.
ábra). Gyors állapotromlást tapasztaltak, ciszplatin-etoposid
kezelést indítottak, a beteg 6 héttel a herezacskóáttét eltávo-
lítása után elhunyt.



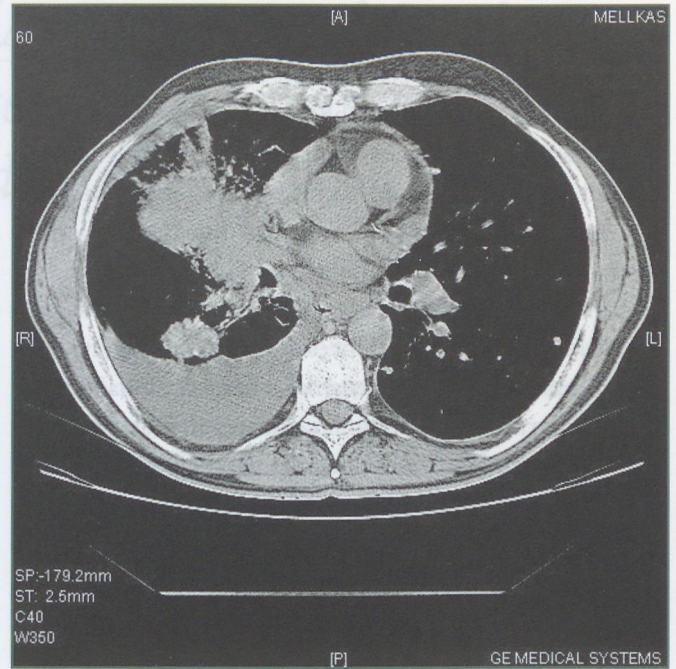
1. ábra: A herezacskó elváltozás MR képe



2. ábra: A kimetszett daganat szövettani képe (HE)

Megbeszélés

A herezacskóbőr körülírt gyulladással járó folyamata mindennapos jelenség az urológiai gyakorlatban. Kórismézése elsősorban megtekintésre és tapintásra épül, ultrahangos vizsgálata segíthet a beolvadás, a here és mellékhere érintettség megítélésében. Ha a gyulladás beolvadást mutat, feltárás, és a tályog tartalmának kiürítése a teendő, szövettani vizsgálat nem történik. Visszatérő fertőzés esetén kutatni kell a kiváltó okot, amely lehet helyi: végbélsipoly, atheroma, vagy szisztémás: immunszuprimált állapot, cukorbetegség.



3. ábra: A mellkasi CT-n látható kiterjedt, primer daganat

A herezacskó bőrébe adott áttét igen ritka jelenség, leggyakrabban prosztata- és vesedaganat áll a háttérben, de melanómát, a végbél és a tüdő elszarusodó laphámrákját is leírták már. Tapintással általában fájdalomtalan, mobilis csomó a jellemző, ritkán kifekélyesedő, infiltratív folyamat, illetve többszörös göb képében jelentkezik (7). Ultrahanggal szolid, hypoechogén, körülírt tumor látható, amely a herétől és a mellékherétől jól elkülönül (8). A herezacskó jóindulatú daganatait (lipoma, atheroma), körülírt gyulladással járó megbetegedéseit, rendszerbetegségek (leukaemiák, lymphomák) scrotalis jelentkezését nehéz elkülöníteni a szolid daganatok scrotumbőr-áttéteitől, főleg ha a primer tumor addig nem volt ismert. Herezacskóáttét esetén sebészi kezelésre differenciáldiagnosztikai nehézség, illetve a metasztázis által okozott tünetek miatt, palliatív céllal kerülhet sor, hiszen ekkor már az esetek 80%-ában disszeminált betegséggel állunk szemben (1). A túlélés a kiindulási daganattól függetlenül rövid, a betegek 35%-a egy hónapon belül meghal, az átlagos túlélés 2,9 hónap (9).

A mucoepidermoid tüdődaganat a bronchusok nyálmirigyének hámból ered, az összes tüdőrák mindössze 0,2%-át teszi ki és gyakrabban fordul elő gyermekekben (3, 4, 5, 6). Tünetesegény, a primér daganat vérköpés, köhögés, tüdőembólia, tüdőgyulladás képében jelentkezik, de néha csak az áttétek hívják fel a figyelmet a beteg-

ségre (10, 11, 12). A sejtmag polimorfia, a mitotikus aktivitás és a sejtnekrózis alapján két nagy csoportját különíthetjük el, a gyakoribb low grade variáns általában hosszú távú túlélést biztosít, amennyiben maradéktalanul sikerült eltávolítani, ellentétben az esettanulmányunkban is szereplő ritka high grade, anaplasztikus típusal, amely 1 éven belül a beteg halálát okozza.

Esetünkben a megelőző két évben végzett sebészi beavatkozások során nem történt szövettani vizsgálat, nem ismert, mióta volt jelen a daganat a herezacskó falában. A mucoepidermoid rák anaplasztikus változata gyorsan progrediáló és befolyásolhatatlan betegség, ezért feltételezhető, hogy a korábbi tályogok helyén alakult ki az áttét, és nem a már két éve jelenlévő metasztázis talaján alakultak ki az abscessusok. A daganat kialakulására hajlamosító szisztémás tényező lehetett a Crohn-betegség, valamint annak immunszuppresszív kezelése. Az áttét kialakulását elősegítő helyi tényezőként pedig az idült, visszatérő gyulladás következtében megváltozott szöveti környezet lehetőségére merül fel. Ezen környezeti tényezőket teszik a felelőssé azért is, hogy a tályogok, sipolyok falából elsődlegesen hám eredetű daganatok indulnak ki.

Következtetés

Dolgozatunkkal a herezacskóbőr gyakori gyulladásos megbetegedéseinek hátterében megbúvó meglepő kórokra és a szövettani vizsgálat fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet.

Esetünkben a scrotalis metasztázis hívta fel a figyelmet a primér tüdődaganatra. Az irodalmat áttekintve mucoepidermoid rák herezacskóáttétének ismertetését nem találtuk.

Irodalom:

1. Terashima T és Kanazawa M: Lung cancer with skin metastasis. Chest 1994; 106: 1448-1450
2. Metcalf JS, Maize JC, Shaw EB: Bronchial mucoepidermoid carcinoma metastatic to skin. Report a case and review of the literature. Cancer 1986;58:2556-2559
3. Heitmiller RF, Mathisen DJ, Ferry JA, Mark EJ, Grillo HC: Mucoepidermoid lung tumours. Ann Thorac Surg 1998; 47(3):394-399
4. Vadasz P, Egervary M: Mucoepidermoid bronchial tumors: a review of 34 operated cases. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2000; 17:566-569
5. Shimizu J, Watanabe Y, Oda M és mtsárai: Clinicopathologic study of mucoepidermoid carcinoma of the lung Int. Surg 1998; 83:1-3
6. Yousem SA, Hochholzer L: Mucoepidermoid tumors of the lung Cancer 1987;60:1346-1352
7. Ferguson MA, White BA, Johnson DE és mtsárai: Carcinoma en cuirasse of the scrotum: an unusual presentation of lung carcinoma metastatic to the scrotum J. Urol 1998; 160:2154-2155
8. Dogra V, Saad W, Gottlieb RH és mtsárai: Sonographic appearance of scrotal wall metastases from lung adenocarcinoma AJR 2002; 179:1647-1648
9. Schoenlaub P, Sarraux A, Grosshans E és mtsárai: Survival after the occurrence of cutaneous metastasis: a study of 200 cases Ann Dermatol Venereol 2001; 128:1310-1315
10. Wolf KM, Mehta D, Claypool WD: Mucoepidermoid carcinoma of the lung with intracranial metastases. Chest 1988; 94(2):435-438
11. Devbhandari M, Stamenkovic S, Walker W és mtsárai: Unusual presentation of mucoepidermoid carcinoma with recurrent pulmonary embolism. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2002; 22:482-484
12. Vogelberg C, Mohr B, Fitze G és mtsárai: Mucoepidermoid carcinoma as an unusual cause for recurrent respiratory infections in a child. J PediatrHematol Oncol 2005; 27/3 :162-165

Beszámoló a 12. AAEU (Association of Academic European Urologists) kongresszusról – Párizs, 2013. december 5-8.

Az amerikai, közel 100 éves exkluzív, kicsiny létszámú Association of Genitourinary Surgeons mintájára, a nagyon kevés európai tag közül hárman – *F. Debruyne*, *M. Marberger* és *L. Boccon-Gibaud* alapították meg ennek európai változatát. (Egyébként 2000-ben, a Ferihegyi repülőtéren, az első CEM-ről hazatérve, a beszállásra várva.)

Az ez évi elnök *Claude Abbou* (Párizs) volt. Tavaly Salzburgban, 2011-ben Moszkvában, 2010-ben Budapesten tartottuk ülésünket.

Az első előadó *R. Hautmann* (Ulm) volt. Pár éve az Uroonkológiai Kongresszuson azon csodálkoztunk, milyen sok T1-es beteg került cystectomiára, most a T3–T4-es hólyagtumorok esetében végzett orthotopikus újhólyag-képzésről számolt be. Akkor is, most is kicsit csodálkoztunk. Sikeres műtétekről számolt be, de az éjszakai inkontinenciák száma magas volt, – a kontinencia nappal sem 100%, – ami az életminőséget kétségtelenül negatívan befolyásolja.

V. Ficarra (Udine) robot-asszisztált vesereszekció utáni vesefunkció romlásról számolt be partiális vesereszekció után, azt eGFR funkcióval mérve. A vesekárosodásnak klinikai jelentősége nincs, mert bár szignifikáns, de kicsiny mértékű. A 30 percen túli meleg ischaemia károsodás klinikailag is jelentős.

Kok, *Bucholz*, *Bangma* (Rotterdam) köves betegeknek dolgozott ki egy életmód-projektet („Diameter” an e-tool to support lifestyle advice and compliance)

P. Bastian (Düsseldorf) korábbi müncheni tapasztalatait 266 húgycsőplasztikai műtét kapcsán osztotta meg a hallgatósággal. „One stage” bulbáris urethroplasztikai műtéteinél penisből, illetve 21%-ban dermatommal készített combbőrrel készített lebennyel végezte. 72% volt az első lépcső után sikeres.

J. Rassweiler (Heilbronn) robot-asszisztált flexibilis uretroskopot mutatott be. Eddig 35 sikeres műtétet végeztek.

C. Chapple (Sheffield) nagyszerű előadást tartott a tissue engineering helyzetéről és főleg jövőjéről női stressz-inkontinencia és prolapszus eseteiben. Igazi state-of-art és reménykeltő előadás volt.

O. Yossepowitch (Tel Aviv) alacsony dózisu orális desmopressint javasol orthotopikus újhólyag esetén az éjszakai enuresis csökkentésére.

P. Radziszewski (Varsó) a hólyagfájdalom-szindróma biomarkerét foglalta össze. Bárcsak lenne hamarosan klinikai relevanciájuk is.

D. Pushkar (Moszkva) 3 dimenziós képalkotó eljárást mutatott női prolapszusok ábrázolására. Így egy „volumen” tudott ábrázolni és kiszámítani, ami a műtét eredményességét segíti elő. *J. N'Dow* (Aberdeen) antimikróbás és antiszeptikus anyaggal bevont katéter preventív hatását vizsgálta, de ennek pozitív hatását nem sikerült bizonyítani.

P. Mulders (Nijmegen) az eddig ismert prosztatarák biomarkereit foglalta össze, kiemelve a PCA3 jelentőségét.

M. Ribal (Barcelona) invazív hólyagdaganatok mRNA és miRNA expressziójával mutatta ki, hogy mely betegek profitálhatnak a neoadjuváns terápiaiból.

G. Thalmann (Bern) hólyagdaganatos betegek nyirokcsomóit vizsgálva epitheliális markerrel mikrometastázisok kimutatásáról számolt be.

J. van Moorselaar (Amszterdam) miRNA vizsgálattal a betegség prognózisát, illetve a szükséges adjuváns terápiát igyekezett vizsgálataival megítélni; biztató eredménnyel.

Ugyancsak plazmában cirkuláló miRNA vizsgálatok diagnosztikai értékét vizsgálta *A. Tubaro* (Róma), de a 100%-os eredmény még várat magára.

P. Wiklund (Stockholm) – végre! – klinikai anyagot tárt a hallgatóság elé. 34515(!) kezelt és 21533(!) prosztatarákos 15 éves követés adatait ismertette. A konklúzió: „surgery is superior to radiotherapy” a lokálisan kiterjedt és „at least equivalent” a nem lokalizált esetekben.

A. Villers (Lille) az MRI-vel célzott biopsziáról tartott előadást. Biztos jobb, mint az ultrahangos célzás, de számunkra ez a távoli jövő...

P. Dasgupta, (London) a British J. Urol. Int. főszerkesztője a prosztatatarák immunoterápiájával foglalkozott. Régi téma, még mindig nem gyakorlat...

McNeill (Edinburgh), J. Damber (Gothenburg) előadásai szintén alap kutatásokkal foglalkoztak.

W. Månsson (Lund) mint korábban, most is klinikai kérdéssel foglalkozott előadásában. „How do we optimize urological cancer care?” Azt vizsgálta, hogy egyes európai országokban mennyi a minimálisan optimális műtéti szám. Svédországban 2011-ben 2434(!) radikális prostatectomia történt, amit 38 osztályon végeztek, és 17 ezek közül kevesebb, mint 36-ot végzett. A 421 cystectomiát 24 osztályon végezték, 9 közülük kevesebb, mint 10-et végzett.

H. Abol-Enein (Mansoura, Egyiptom) természetesen hólyagdaganatról értekezett, mégpedig a HCV-infekció és a hólyagtumor szoros összefüggéséről.

P. Boström (Turku) a „Finnbladder”, hólyagtumor-vizsgálatokkal foglalkozó csoport munkáját ismertette. (Egyszer a Finnprostate ülésén vettem részt Helsinkiben. A munkamegbeszélés finnül folyt.)

S. Shariat (Bécs), Marberger utódja a ciszplatin rezisztencia vagy válasz megítélésének lehetőségeit tárgyalta invazív hólyagdaganatos betegekben.

Active surveillance-ről két előadást is hallhattunk. M. Roupret (Párizs), H. van der Poel (Amszterdam). Egyikük sem említette, hogy a biopszia Gleason score-ja 30%-ban alábecsült és ezt számba kell venni a döntés előtt.

P. Stattin (Umea) Svédországon belüli incidencia és szűrési taktika különbözőségeit és konzekvenciáját tárgyalta. Valószínűleg nálunk sem egységes a szemlélet...

S. Joniau (Löwen) nagy vitát kiváltó előadást tartott. Szerinte 3 vagy több nyirokcsomó befolyásolja a CSS-t, de kettő vagy egy, nem.

A társaságnak 23 emeritus (65 év feletti) és közel 70 aktív tagja van. A mostani közgyűlés 75-ben maximálta az aktív tagok számát. Kivételesen 10 fiatal „vendéget” hívtunk most meg, ezekből lesznek, lehetnek aktív tagok. Kizárólag egyetemi (academic) urológusok. Magyarországot Nyirády Péter aktív és jómagam, mint emeritus tag képviseltük.

Romics Imre

A PSA-tól a proPSA-ig: összefoglalás a proPSA növekvő szerepéről a korai prosztatatarák felismerésében és kezelésében

From prostate-specific antigen (PSA) to precursor PSA (proPSA) isoforms: a review of the emerging role of proPSAs in the detection and management of early prostate cancer

Satoshi Hori, Jean-Sebastien Blanchet, John McLoughlin
BJU International 2013; 112,6,717–728.

A PSA prosztatatarákszűrésre való alkalmazása igen népszerű, annak ellenére, hogy számos esetben körültekintésre van szükség. Korlátozottan megbízható prosztatatarákos és nem prosztatatarákos betegek elkülönítésében, valamint azoknál, akik a betegség agresszív és kevésbé agresszív formájában szenvednek. Ez kifejezetten a 10 ng/ml alatti PSA érték esetében igaz. Kutatások és tanulmányok foglalkoznak azzal, hogy melyik marker segíthet a fent említett kérdések eldöntésében.

Bevezetés

PSA – más néven human kallikrein 3, a proteázok családjába tartozó androgén regulált szerin-proteáz, mely a 19.q13.4 régió által kódolt. A prosztata ductalis és epithelialis sejtjei termelik, a prosztatán belül magas koncentrációban van jelen. A PSA elsődlegesen egy 17 aminosavas szekvenciával szekretálódik, mely kettéhasad egy inaktív prekursor eznimmé, a proPSA-vá és proteáz inhibitorok által inaktivált komplex PSA-vá. Egészséges férfiaknál normál mirigystruktúra esetén a PSA csak csekély része kerül a keringésbe, milliószor kisebb koncentrációban, mint ahogyan a mirigyen belül jelen van – ezen tulajdonsága miatt alkalmazható szérum markerként a prosztata megbetegedései esetében. Sajnos nem egyértelműen rákspecifikus, azaz nem különbözteti meg a malignus megbetegedést a jóindulatú megnagyobbodástól, kifejezetten a 2–10 ng/ml közötti zónára igaz (a szürke zóna).

A szérumban lévő tPSA (total PSA) 80–95%-a proteáz inhibitorokkal komplex formában van jelen – cPSA. Kis hányadban szabad formában is jelen van – free PSA – azonban enzimatikusan inaktív. A free PSA frakció 3

típusú inaktív PSA molekulából áll: benign PSA (BPSA) – mely a transitionális zónában expresszálódik, BPH-ra jellemző, pro-PSA – mely a perifériás zónából származik, prosztatatarákra specifikus, valamint intakt PSA, melynek szerepe eddig tisztázatlan.

A ProPSA N-terminális végén lévő 7 aminosavból álló fehérje különböző hosszúságú formákra hasad poszttranszlációs proteolitikus átalakulás során, így megkülönböztünk (-7), (-5), valamint (-2) proPSA-t, mely molekuláknak különböző jelentőségük van a diagnosztikában.

Módszer

A szerzők irodalmi kutatást végeztek a PubMed-en 2012 márciusáig megjelent cikkek között, kiválasztva a prosztatatarák, proPSA és Phi kapcsolatával foglalkozó angol nyelvű, megfelelő minőségű, a témában releváns tanulmányokat.

Az irodalmat több szempont alapján elemezték.

- *Fejlődő PSA specificitás* – pro PSA szerepe a korai prosztatatarák diagnosztikájában.
A proPSA izoformái fPSA-val és BPSA-val összevetve segítik a diagnosztikát 2–10 ng/ml total PSA szint között. További vizsgálatok szükségesek a proPSA szerepének tisztázására alacsony PSA-szint melletti agresszív megjelenési formák esetén.
- *ProPSA (-5,-7) klinikai használata* – A legtöbb vizsgálat szerint a (-5,-7) proPSA nem specifikusabb vizsgálat mint a szabad PSA ill total PSA 10 ng/ml alatti PSA-szint esetén.
- *ProPSA (-2) klinikai használata* – Ígéretes eredmények születtek a (-2) proPSA vizsgálatával kapcsolatban. Ezen forma tűnik a legmegbízhatóbb markernek a prosztatatarák igazolásában, különösen a 2–10 ng/ml közötti szürke zónában.
- *Phi a korai prosztatatarák felismerésében* (Phi – Beckman Coulter Inc. – által kifejlesztett matematikai algoritmus proPSA, tPSA és fPSA használatával).

PHI, valamint (-2)proPSA is prediktív jelentőséggel bír a korai prosztatatarák felismerésében, valamint a progresszió előrejelzésében akár biopsziával igazolt kórkép, akár radikális prostatectomia utáni szövettani eredmény mellett.

- *ProPSA és Phi szerepe az active surveillance során* – Az eddigi tanulmányok meglehetősen hiányosak a kérdés megválaszolásában, azonban biztató eredmények születtek. Későbbi vizsgálatok célja, hogy proPSA és Phi segítségével kiválaszthatóak legyenek azon betegek, akik a legtöbbet profitálnak az active surveillance-ból.
- *Költséghatékonyság és Phi* – Egészség-gazdaságtani vizsgálatok a Phi alkalmazását költséghatékonynak tartják mint a csak PSA alapú szűrést és követést.

Összefoglalás

Több mint egy évtizede ismert, hogy a proPSA egyes formái különböző mértékben expresszálódnak a prosz-

tatarákos betegek szöveteiben és szérumában. Kifejezetten a (-2)proPSA és Phi ígéretes a szürke zónába tartozó esetek malignus és benignus megkülönböztetésében, valamint a rák agresszivitásának megjósolásában. Törekvések vannak a progresszió, valamint a metasztatikus progresszió előrevetítésében ezen markerek segítségével.

Habár bizonyított klinikai szerepe még nincs az új markereknek, a közeljövőben számos kiterjesztett multicentrikus prospektív tanulmány, valamint egészség-gazdaságtani analízis segítségével a mindennapi gyakorlatban is hasznos segédeszközzé válhat.

Gulácsi Alexandra

HÍREK

2013. december 16-án a Magyar Uroonkológus Társaság közgyűlésén **Romics Imre professzort** újabb 4 évre elnökké választották. Az új vezetőségi tag **Szendrói Attila** lett.

2014 januárjában hosszú betegség után, 85 éves korában **elhunyt dr. Fekete Sándor**, a nagybányai urológiai osztály volt osztályvezetője. Fekete Sándor az erdélyi urológia kiemelkedő magyar képviselője volt. A városban is közismert és tisztelt orvos volt.

Az egyre csökkenő magyarság bizalommal fordulhatott hozzá Nagybányáról és környékéről.

Isten nyugalomoztassa!

Ugyancsak ez év januárjában halt meg **dr. Dorin Nicolescu** a marosvásárhelyi urológiai klinika egykori, azaz a mostani igazgatónő, Mártha Orsolya elődjének, Radu Bojának az elődje volt. Nicolescu Dorin Szászrégenben született, akcentus nélkül beszélt magyarul. A legvadabb „vatrás” időkben is mértéktartó volt, semmilyen szélsőséghez nem csatlakozott. Osztályán sok magyar dolgozott; sem őket, sem a magyar betegeket soha semmilyen hátrány nem érte. Dorin sokszor járt klinikánkon is, magyar kongresszusokon is, de a nemzetközi kongresszusokon is ott láttuk. Az ő indítványára „kezdtünk” Vásárhelyre járni, magyar nyelvű magyar előadásokat tartani. Halálával egy européer, erdélyi román értelmiségi, egy jó barát hagyott itt minket.

Az örök világosság fényeskedjen néki!

Füvészkerti Urológus Napok poszttereinek összefoglalói

1.

Mikrosebészeti spermiumnyerés (mTESE) eredményei a szövettani vizsgálat tükrében non-obstruktív azoospermia (NOA) esetén

Zóber Tamás¹, Székely Eszter², Fél Tamás¹, Riesz Péter¹, Kopa Zsolt¹

¹Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Andrológiai Centrum, Budapest

²Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A NOA diagnosztikájában és terápiájában az elmúlt években történt változások jelentősen javították a sebészi spermiumnyerés sikerességét. Centrumunk vezetete be hazánkban a mikrosebészeti eljárásokat ebben a betegcsoportban.

Betegek és módszerek: 2011 és 2013 között 35 NOA esetén végeztünk mikrosebészeti spermiumnyerést. Külön hangsúlyt fektettünk a herék volumenének korrekt mérésére, ultrahangos ellenőrzésére, valamint vizsgáltuk a részletes hormonstátuszt is. A kötelező citogenetikai vizsgálat mellett lehetőség szerint az Y kromoszóma mikrodéliációit is ellenőriztük.

A sebészi spermiumnyerés során – az akkori szakmai irányelveknek megfelelően – sikertelen multifocalis, random testicularis spermium extractiot (TeSE) követően vagy az azzal egy ülésben végeztük a mikrosebészeti TeSE-t.

A sebészi spermiumnyerés eredményessége alapján a betegeket két csoportra osztottuk a mélyfagyasztás, ill. ICSI, és a szövettani vizsgálat eredményének függvényében; „Sp+”:spermiumot találtunk és „Sp-„: nem találtunk spermiumot a mintában.

Eredmények: Az „Sp+” csoport átlagos here mérete 10,8 ml, a „Sp-”csoporté 9,4 ml volt. Bár az Sp-csoport átlagos FSH értéke kifejezetten magasabb volt (19,9 IU/l), mint az Sp+ csoporté (13,8 IU/l) a különbség statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,36$). A mintákban 26 esetben találtunk (74,3%,Sp+), míg 9 esetben nem találtunk (25,7%, Sp) spermiumot. Szövettani feldolgozás során az „Sp+”csoportnál a betegek 56,8%-nál a Johnsen score 4–9,

az „Sp-”44,4%-a Johnsen score 3–6 közé esett. Az „Sp+” 46,2%-a, és az „Sp-” 55,6%-a volt Johnsen score 2.

Következtetések: Non-obstruktív azoospermiában a mikrosebészeti spermiumnyerési arány a Johnsen score-tól független tényező.

2.

A mikrosebészeti spermiumnyerés előnyei nem obstruktív azoospermia esetén – egy speciális eset kapcsán

Fél Tamás¹, Kanyó Katalin², Zóber Tamás¹, Riesz Péter³, Kopa Zsolt³

¹Péterfy Sándor u-i Kórház, Budapest

²Budai Meddőégi Centrum-Szt. János kórház, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika Uroonkológiai Centrum, Budapest

Az utóbbi években az operatív andrológiában a mikrosebészeti műtéti technika térhódítását látjuk. A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika Andrológiai Centruma az andrológiai mikrosebészeti teljes palettáját műveli, immár mindennapos tevékenységként.

Jelenlegi esetbemutatásunkkal a nem obstruktív azoospermiák esetében szeretnénk bemutatni, milyen előnyökkel jár a mikrosebészeti megközelítés, miért ez a preferált módszer.

Eset: 29 éves férfit meddő kapcsolat miatt más intézetben vizsgáltak. Azoospermiát találtak, konvencionális sebészi spermiumnyerést végeztek, spermiumot nem tudtak nyerni. Szövettani vizsgálat késői érési gátlást véleményezett. Ezután normális hormonstátus mellett GnRH kezelést folytattak, majd ismételt kétoldali konvencionális spermiumnyerés történt. Spermiumot most sem találtak. Két alkalommal donor sperma felhasználásával lombikprogramon vettek részt, sikertelenül.

Ezt követően, intézetünkbe kerülve mindkét oldali kisebb herevolumen (j.o.: 10 cm³, b.o.: 11 cm³) mellett nem obstruktív eredetű azoospermiát igazoltunk. Genetikai károsodást nem találtunk, érdemi hormoneltérés nem igazolódott, a herék ultrahang-vizsgálata intratesticularis eltérést nem mutatott.

Mindkét oldali mikrosebészeti spermiumnyerést végeztünk, melynek során mindkét herében 2–2 db spermiumot sikerült találnunk. A Budai Meddségi Centrumban ezeket a spermiumokat különleges eljárással – zona pellucidában fagyasztva – tárolták és két alkalommal ICSI végzésére fel tudták használni. Két-két Embrio Transfer történt, az első sikertelen, a második kimenetele még nem ismert.

Esetünk egyértelműen igazolja, hogy míg a konvencionális sebészi spermiumnyerés során páciensünknel spermiumot izolálni nem tudtak, a mikrosebészeti technika segítségével sikerült hímivarsejtet nyerni és – bár a szövettani feldolgozás II. típusú spermatoocytá szinten érési gátlást mutatott ki – ezeket lombikprogramban felhasználni, esélyt adva saját genetikai állományú utód nemzésére.

Ez az érdekes eset hűen demonstrálja a mikrosebészeti műtéti technika előnyét NOA esetében.

A mikrosebészeti spermiumnyerés előnyei nem obstruktív azoospermia esetén – egy speciális eset kapcsán.

3. Testicularis feminisatio – esetbemutató

Bécsi Áron, Bánfi Gergely, Nyirády Péter
Simmelweis Egyetem, Urológiai Klinika
Uroonkológiai Centrum, Budapest

Bevezetés: A testicularis feminisatióban, a testosteron sejteken kifejtett hatásának elmaradása miatt, XY karyotípus mellett női fenotípus alakul ki. Oka a teljes androgénrezisztencia (complet androgen insensitivity syndroma – CAIS), melyet az X kromoszómán elhelyezkedő androgén receptor gén veleszületett mutációi okoznak. A betegség X kromoszómához kötötten, recesszíven öröklődik. Előfordulása 1:20 000–1:60 000 között van.

Esetbemutató: 21 éves, gyermekkorában kétoldali lágyéki sérvműtéten átesett nőbeteg primer amenorrhéával fordult nőgyógyászhoz. Panaszai háttérben hüvelyi ultrahangvizsgálat méh aplasiát igazolt. Az endokrinológiai vizsgálat emelkedett testoteron szintet, valamint XY karyotípust igazolt. Hasi CT-vizsgálat az arteria iliaca communisok előtt 20 illetve 25 mm legnagyobb átmérőjű tojásdad képleteket írt le. Felmerült a testicularis feminisatio lehetősége, ezért negatív here tumormarker vizsgálatot követően a CT-vizsgálaton észlelt képleteket laparoszkopos úton eltávolítottuk. A szövettani vizsgálat éretlen hereszövetet mutatott a malignizálódás jelei nélkül. A beteg jelenleg ösztrodiol pótlásban részesül.

Következtetés: A teljes androgén rezisztenciában szenvedő betegek kezelése összetett orvosi feladat, mely nőgyógyász, retroperitoneális beavatkozásokban járatos sebész, endokrinológus és pszichológus bevonását igényli. A CAIS-ban szenvedő betegek retineált heréjében gyakrabban alakul ki malignus daganat, ezért a herék eltávolítása előtt tumormarker vizsgálat javasolt. A herék eltávolítása, a női nemi jellegek kialakulásában való vezető szerepe miatt, a pubertás előtt csak nagyon indokolt esetben javasolt.

4.

Az anyai tényezők értékelése az akut és krónikus megbetegedések és a velük összefüggő gyógyszeres kezelések szerepe az izolált hypospadiasis (IHS) kialakulásában

Mavrogenis Stelios¹, Szabó János Ferenc¹,
Czeizel Endre², Urban Róbert³, Ács Nándor⁴
¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti
Központ, Uroonkológiai részleg, Budapest
²Genetikai Ártalmak Társadalmi Megelőzése
Alapítvány, Budapest
³ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Személyiség-
és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest
⁴Simmelweis Egyetem, II. sz. Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Jelen tanulmányunk célja az összes lehetséges anyai tényező értékelése volt az izolált hypospadiasis (IHS) kialakulásában a népesség alapú Veleszületett Rendellenességek Eset-Kontroll Monitorjában (VREKM) az 1980 és 1985 közötti időszakban.

A betegeket, illetve a CA-kkal (Congenitális Anomáliák) érintett eseteket a VRONY-ból (Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása) választottuk ki a VREKM számára. Az eseteket izolált, illetve multiplex vagy szindrómás veleszületett rendellenességekre bontottuk. Csak azokat az eseteket választottuk ki, amelyeket a születés utáni első három hónapban jelentettek be. Az enyhe CA-s – esetek 23%-át, fogantatást megelőző eredetű génmutációk vagy kromoszomális aberrációk okozta CA-szindrómás eseteket kizártuk.

A kontrollcsoportot CA-mentes újszülöttek alkották.

Az adatok 3 forrásból származnak:

– Prospektív, orvosilag feljegyzett adatok.

– Retrospektív anyai beszámolókból.

– Kiegészítő adatgyűjtés: védőnőktől.

A kitettségi információ a betegek 96,3%-ában volt elérhető.

Eredmények: A krónikus anyai betegségek közül az epilepszia, a méhnyak erosio gyakrabban fordult elő a beteganyáknál, mint a populáció-kontrollos anyáknál.

Tanulmányunk megerősítette, hogy az orális nystatin, phenobarbitál, progesztinek alkalmazása nagyobb IHS-kockázatal jár. A hydroxyprogesterone használata nem mutatott szignifikáns kapcsolatot az IHS rizikójával.

Kimutattunk a lynch-szindróma lehetséges teratogén hatását az IHS kialakulásában. Az orális ethynilestradiol, az orális Limovan® és a parenterális Limovanil®-olaj injekció használata társult az IHS nagyobb kockázatával.

Vizsgálatunk hangsúlyozza a dóziseffektus-jelenség fontosságát, mivel az ethynilestradiol nagy dózisai kapcsolatot mutattak az IHS nagyobb kockázatával, míg az alacsony dózisu ösztrogén-származékokat tartalmazó fogamzásgátló tabletták nem mutattak ilyen összefüggést.

5. Lymphocele a kiterjesztett kismedencei műtéteknél

Engert Zoltán Vendel

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház,
Urológiai Osztály, Szombathely

Az uro-onkológiai műtétek után 5–19%-ban, a kismedencei exenterációkat követően pedig 20–49%-ban lehet lymphocele kialakulásával számolni. Noha 90%-uk panaszmentes és spontán regresszió is megfigyelhető, a 10% tünetekkel jelentkező eseteknél akár súlyos, szepitikus szövődmény is felléphet. Ezért ezeket mindenképpen operatív módon kell megoldani, a konzervatív kezelés itt már nem elégséges. A szerzők elemzik 262 kiterjesztett kismedencei lymphadenectomia szövődményrátáját, a kialakult nyirokcsomók okait taglalják és megelőzésére tett intézkedéseket mutatják be. Hat betegnél (2%) alakult ki szövődményes lymphocele, melyek közül 5-nél UH vezérelt punctio és drainage történt, 1 eset viszont feltárást igényelt, részleges exstirpatio, marsupialisatio történt. A postoperatív időszakban a betegek panasz- és tünetmentessé váltak, meggyógyultak.

6.

A lokálisan előrehaladott prosztaták kezelési perspektívái (esetismertetés)

Varju Viktor¹, Riesz Péter², Nyirády Péter²

¹MH Egészségügyi Központ Urológia-Andrológia Osztály, Budapest

²Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

Bevezetés: A szerzők egy lokálisan előrehaladott prosztatákos beteg diagnosztikájában és kezelésében szerzett tapasztalataikról számolnak be. A prosztaták sebészeti kezelésének megközelítése az elmúlt években átalakuláson ment keresztül, amely a nagy intézetek eseteinek irodalmi áttekintéseiből is nyomon követhető.

Szerzők véleménye alapján a lokálisan előrehaladott prosztaták esetében még nyirokcsomó-pozitivitás esetén is a radikális prostatectomia, kiterjesztett lymphadenektómiával kombinálva választható eljárásnak tűnik.

Esetismertetés: 67 éves férfi beteg dysuriás panaszok miatt jelentkezett urológiai kivizsgálásra. Emelkedett PSA-érték (17,56 ng/ml) és a prosztata tapintási lelete alapján felmerült prosztata malignoma gyanúja miatt elvégzett TRUS biopszia Gleason sc. 3+5-ös adenocarcinomát igazolt. Hasi-kismedencei MR-vizsgálat többgócú, szervre lokalizált folyamatot verifikált, csontszcintigráfia csontmetasztázist nem igazolt. Preoperatív vizsgálatokat követően radikális prostatectomiát és kétoldali kiterjesztett lymphadenectomiát végeztünk. A műtéti feltárás során a daganat extrakapszuláris terjedését észleltük, a folyamat a hólyagnyakat, mindkétoldali vesicula seminalist, valamint a rektum mellső falát is infiltrálta. Utóbbi miatt a prosztátát a rektumról csak élesen preparálva lehetett eltávolítani, és a végbélre terjedés miatt annak mellső falából is történt reszekció, majd a bél hosszanti irányú varrása. A beteget a posztoperatív 6. napon, drén és állandó katéter eltávolítását követően emittáltuk. Szöveti vizsgálat pT4 N1 adenocarcinomát igazolt, az eltávolított nyirokcsomó-konglomerátum 30%-ban igazolt metastázist. Műtét után 2 hónappal a beteg kontroll PSA értéke 0,24 ng/ml, Onko-Team a továbbiakban kombinált, hormon+irradiációs terápiát javasolt.

Következtetés: Bár a preoperatív diagnosztikában szignifikáns szerepet játszó MR-vizsgálat a nyirokcsomó-status megismerésében határozott segítséget nyújthat, a daganat lokális kiterjedése, környezetéhez való viszonya sokszor

csak a műtét, vagy a szövettani feldolgozás során válik egyértelművé.

A szerzők véleménye alapján a lokálisan előrehaladott prosztaták esetén a radikális prostatectomia a multinodularis kezelés részeként elvégezhető. Nem szabad azonban arról sem elfeledkezni, hogy ezen betegcsoport posztoperatív követésében hosszú távú, éveket felölelő vizsgálati eredmények jelenleg még nem állnak rendelkezésre, ezért messzemenő következtetés levonására még nincs mód.

7.

Vas deferensben és vesicula seminalisban észlelt csontmetaplasia

Szabó Balázs¹, Szendrői Attila¹, Kardos Magdolna², Bata Pál³, Nyirády Péter¹

¹ Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

² Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

³ Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest

Bevezetés: A kalcifikáció, a lágy szövetekben megfigyelhető mészlerakódás gyakori jelenség. Az esetek többségében a sejtekben, szövetek között kalcium sók halmozódnak fel, ritkán azonban porc- vagy metaplasztikus csontképződés is létrejöhethet, akár egészséges, akár daganatos szövetekről van szó. Az ondóhólyagok és ondóvezetékek elmeszesedése ritka kórkép, azonban csontos metaplasziájukat eddig nem írták le. Előfordulásában legjelentősebb tényező a cukorbetegség. A jelenség általában tünetmentes, de előfordulhat hematospermia, fájdalmas ejakuláció vagy infertilitás.

Esetismertetés: A 65 éves betegnek porckemény, egyenetlen felszínű, fájdalmatlan, fixált prosztata tapintási lelet miatt transrectalis biopsziát végeztünk, mely 4,64 ng/ml PSA érték mellett Gleason 3+4 prosztata adenocarcinomat igazolt. Radikális prostatectomiát végeztünk. A műtét során észleltük a porckemény vesicula seminalisokat és ductus deferenseket. A szövettani eredmény: pT2cN0 prosztata adenocarcinoma, Gleason: 4+3, valamint a vesicula seminalisok csontos metaplasziáját igazolta. A beteg jelenleg is panaszmentes, PSA: 0,013 ng/ml.

Megbeszélés: Az ondóhólyag és ondóvezeték elmeszesedés ritka, tünete szegény elváltozás, melynek hátterében leggyakrabban húgyúti infekciót találunk, vagy diabétesszel páro-

sul. Az irodalomban többször is leírtak kalcifikációról szóló eseteket, azonban ez idáig azonban csontmetaplasziáról nem számoltak be. A tapintási lelet és az ennek ellentmondó, csak csekély mértékben emelkedett PSA-érték megtévesztő lehet, esetleg műtét közben okozhat technikai nehézségeket. Differenciáldiagnosztikai szempontból a vesicula seminalis ritkán előforduló daganatos elváltozásaitól kell elkülönítenünk. Amennyiben kezelést igényel, az ondóhólyagok sebészi eltávolítása jön szóba.

8.

Vesedaganat csontáttéte vesedaganat nélkül

Vargha Judit¹, Szendrői Attila¹, Szendrői Miklós², Sági Zoltán³

¹ Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és Uroonkológiai Centrum, Budapest

² Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika, Budapest

³ Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A veserák a tüdő után a csontokba ad leggyakrabban áttétet, ami az esetek 20–35%-ban fordul elő. A csontáttéteket többnyire a vesedaganat felismerését követően végzett staging vizsgálatok során mutatják ki. Ritkán azonban előfordul, hogy az áttét kerül először felismerésre (pl. patológiás fractura), majd a primér tumorkeresés igazolja a vesedaganatot. Az extrarenalis veseszövetből kiinduló vesetumor azonban extrém ritkaságnak számít.

Esetismertetés: Egy 78 éves férfi beteg ülőcsontjában szoliter 8 cm-es, panaszokat okozó lyticus elváltozásából vett biopszia világossejtes vesedaganatot igazolt. CT-vizsgálat a jobb vesében centralisan elhelyezkedő 5mm-es térfoglalást írt le, amelyet a műtétnél nem tudtunk biztonsággal identifikálni intraoperatív UH-val sem, ezért a teljes vese eltávolítása mellett döntöttünk. A patológiai feldolgozás és szövettani vizsgálat csak fél cm-es angiomyolipomát igazolt, de nem talált malignus betegséget a vesében. A csontáttétekből újra szövettani mintavétel történt, mely során többszörös immunhisztokémiai vizsgálatok alapján ismételen konvencionális világossejtes adenocarcinomat írtak le, és más szerv eredetű világossejtes carcinoma lehetőségét kizárták. Az ismételt képalkotó vizsgálatokkal (CT, MR, PET-CT) továbbra sem sikerült sem a szoliter bal vesében, sem más szervben primer daganatot igazolni. A beteg jelenleg Sudent-kezelésben részesül.

Következtetés: A jelenlegi képalkotó és szövettani immunhisztokémiai vizsgálatok diagnosztikai korlátait figyelembe véve, úgy tűnik esetünkben extrarenalis veseszövetből kiinduló primér tumorról volt szó. Bár irodalmi ritkaságnak számít, az eset mégis felhívja a figyelmet arra, hogy vesetumor csontáttétje esetén nephrectomiát lehetőség szerint csak a vese biztos képalkotó vagy szövettani vizsgálata birtokában végezzünk.

9. Metasztatikus átmeneti sejtés húgyhólyagdaganat neoadjuváns kemoterápiára (gemcitabine-ciszpaltin) adott kedvező válasza

Széll Tamás¹, Szendrői Attila¹,
Keszthelyi Attila¹, Szűcs Miklós¹, Bata Pál²,
Borka Katalin³, Nyirády Péter¹

¹Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és
Uroonkológiai Centrum, Budapest

²Semmelweis Egyetem Radiológiai és
Onkoterápiás Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet,
Budapest

Bevezetés: Az átmeneti sejtés húgyhólyag-carcinoma közel 30%-a izominvazív. Ezen daganatok mintegy harmada fel nem ismert áttétet képzett már a terápia megkezdésének pillanatában. A radikális műtét előtt elkezdett neoadjuváns kemoterápia a (mikro)metastasisok visszaszorítását és a túlélés javítását hivatott szolgálni, távoli áttét esetén palliatív kemoterápia jöhet szóba. Az átmeneti sejtés hólyagdaganat áttétjeinek kezelésében a gemcitabine-ciszpaltin páros bizonyult az egyik leghatásosabb kemoterápiának.

Esetismertetés: A 71 éves férfi beteg kórelőzményében alhasi tájon fellépő, görcsös jellegű fájdalom miatt indult belgyógyászati, majd urológiai kivizsgálás áll. Rohamos általános állapotromlás, makroszkópos vérvizelés, emelkedett PSA érték miatt – más intézményben – végzett prosztatabiopszia alacsonyan differenciált (Grade: III.) átmeneti sejtés húgyhólyagdaganat prosztata infiltrációját igazolta. A további kivizsgálás során derült fény a zsugorhólyag hátsó falán lévő, nekrotikus területeket is tartalmazó hólyagdaganatra, ill. UH-vezérelt vékonytű-biopszia által is megerősített májáttétre. Csontszcintigraphia többszörös, a medencecsont jelentős részére, és a jobb oldali

lapockára terjedő daganatáttét jelenlétét írta le. Az elkezdett szisztémás gemcitabine-, ciszpaltin- és biszfoszfonát-kezelés hatására fordulópont következett be a beteg sorsának alakulásában. Szubjektív általános közérzet javulása, testtömegének gyarapodása mellett a CT-vizsgálat a csont- és májáttét visszafejlődését ábrázolta. A húgyhólyagdaganat környezeti terjedése sem volt megfigyelhető. A kontroll cystoscopia alkalmával látott, regrediált tumorra gyanús terület transurethralis rezekciójának kórszövetteni vizsgálata megerősítette a pT2Gr3 átmeneti sejtés hólyagdaganatot. Az elvégzett radikális cystectomiát követően a beteg kifejezetten jó általános állapotnak örvend és rendszeres onkológiai utánkövetés alatt áll. A legutóbbi kontroll CT-vizsgálat sem mutat helyi recidívára vagy metasztázisra utaló radiológiai eltérést.

Összefoglalás: Izominvazív hólyagdaganat esetén 30–40%-ban kell számolnunk csontáttét lehetőségével, amely a beteg fájdalmát fokozza, egyben a halálozás arányát is növeli. A túlélés tekintetében önálló prognosztikai tényezőként szerepel a zsigeri szervekben fellépő metasztázis, amely szintén kedvezőtlenül befolyásolja a beteg életben maradását. Ritkán fordul elő, hogy a palliatív céllal végzett kemoterápia neoadjuváns, netán kuratív eredményűnek bizonyul. Mindezek fényében láthatjuk jelen esetünk örömteljes kimenetelét.

10. Nagy kiterjedésű, hydronephrosist okozó jóindulatú húgyhólyagdaganat

Kubik András¹, Kovács Attila²,
Szendrői Attila¹, Nyirády Péter¹

¹Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és
Uroonkológiai Centrum, Budapest

²Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet,
Budapest

Bevezetés: A nagy kiterjedésű húgyhólyag elváltozásoknál sokszor már a klinikai kép alapján feltételezhető a malignus eredet. Amennyiben ez felső üregrendszeri tágulattal is szövődik, akkor felmerül az előrehaladott, izominvazív tumor alapos gyanúja is. A húgyhólyagtumorknál az izomréteg érintettsége döntő jelentőségű a későbbi gyógyító kezelés megválasztásában.

Esetismertetés: Véres vizelet, sürgető vizeleti ingerek miatt történt UH-vizsgálat egy 62 éves férfi betegünkénél, amely a húgyhólyag jobb oldalán térfigyelő folyamatot írt le. Az

elvégzett CT-vizsgálat a jobb ureterszájadékot is befogó, 6 cm-es terimét igazolta. A jobb vesében közepes fokú veseüregrendszeri tágulat ábrázolódott elvékonyodott parenchymával, a húgyhólyagot jórészt inhomogén terime töltötte ki, amelytől a prosztata nem volt elkülöníthető.

A húgyhólyagot szinte kitöltő terime húgycsővön keresztüli eltávolítását végeztük. Az elvégzett szövettani vizsgálat alapján az igen nagy mennyiségű szövetfragmentum laza, myxoid szerkezetű stromaállományból, közte orsósejtes fibroblastszerű sejtalakokból épült fel, felszínén reaktív jelenségeket mutató urotheliummal. A hámsejtek atypiát, tumoros elváltozást nem mutattak. A fentiek alapján született meg a végső diagnózis: inflammatoricus myofibroblastos tumor.

Következtetés: A húgyhólyag voluminózus jóindulatú elváltozásai ritkák, azonban ennek ismeretében sem mellőzhető a régi alapelv, mely szerint radikális ablációs műtét csak előzetes szövettani eredmény birtokában végezhető.

11.

Szervmegtartó műtét lehetősége gyermekkori here daganatokban

Szalontai Ágnes, Sulya Bálint, Kiss András,
Polovitzter Mária, Molnár Diána,
Merksz Miklós

Heim Pál Gyermekkórház Urológiai Sebészeti
Osztály, Budapest

Bevezetés: A legújabb ajánlások gyermekkori here daganatok esetén – a korábbi klinikai gyakorlattól eltérően – azokban az esetekben, amelyekben gyaníthatóan kedvezőbbnek ítéltető a szöveti típus, a tumor enucleatióját javasolják, a here megtartásával. Betegeinkben a daganat típusok előfordulását, a recidíva arányát és a here megtartásának lehetőségét tekintettük át retrospektív módon.

Betegek: Kilenc gyermeket kezeltünk 2007–2013 között, akik jellemzően két korcsoportra oszthatók: négy gyermek 6 hó–4 év közötti, öt gyermek 9–16 éves korú volt. Valamennyien műtéten estek át.

Eredmények: Az eltávolított daganat epidermoid cysta 3, teratoma 2 esetben, valamint 1–1 betegnél yok sac tumor, embrionális carcinoma, Leydig-sejtes tumor, paratesticularis rhabdomyosarcoma volt. Szervmegtartó műtétet 5 gyermekben, semicastratiót 4 gyermekben végeztünk, ez utóbbiak közül a műtét kiterjesztése két gyermekben vált szükségessé, a szövettani lelet birtokában. Műtét utáni

onkológiai gondozás 3 gyermekben folyik. Recidívát a követési idő alatt nem észleltünk.

Következtetések: A gyermekkori here térfoglaló folyamatok preoperatív kivizsgálásának módszerei jelentősen finomodtak az utóbbi időszakban. Döntő jelentőségű a képalkotó eljárások közül az ultrahang vizsgálat, tumor markerek közül elsődlegesen az AFP-szint meghatározás. Ezek, valamint szükség esetén a kiegészítő vizsgálatok jól felkészült centrumokban igen gyakran precíz, adekvát véleményt tudnak nyújtani a daganat természetéről. Így a műtét típusa általában előre megválasztható. A korai diagnózis és a korszerű ellátás csaknem teljes körű túlélést nyújthat.

12.

Különlegesen nagyméretű scrotális lymphoedema esete nagymértékű testtömegcsökkenés után

Romics Miklós¹, Kubik András¹, Jósfay János²,
Nyirády Péter¹

¹Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika és
Uroonkológiai Centrum, Budapest

²Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

A nagyméretű scrotális elephantiasis egy meglehetősen ritkán előforduló jóindulatú elváltozás, mely általában filariázis, vagy Milroy-kór talaján jelenik meg. Nagymértékű nyirok pangás azonban morbid obesitás, vagy kifejezetten nagymértékű fogyás kíséretében is kialakulhat. Az általunk bemutatott esetben jelentős testtömegcsökkenést követően kialakult, a mons pubisről induló és a scrotalis régióra terjedő, a nemi szerveket egészében magába foglaló, 56 cm átmérőjű és 30 kilogrammot meghaladó scrotális nyirok pangásról és annak urológiai, majd plasztikai sebészeti kezeléséről számolunk be.

13. Arteriovenosus fisztula szuperszelektív embolizációjával szerzett tapasztalataink két eset kapcsán

Járomi Péter¹, Kraszkó Károly¹, Ruzsa Zoltán², Nagy Endre³, Szabó Attila⁴, Danka Róbert¹, Lukács Nándor¹, Papp Ferenc¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház Urológiai Osztály, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kórház Invazív Kardiológiai Osztály, Kecskemét

³Szegedi Tudományegyetem Radiológiai Klinika, Szeged

⁴Tolna Megyei Balassa János Kórház Urológiai Osztály, Szekszárd

A felső húgyutakban elhelyezkedő kövek kezelésében a percután kőeltávolítás biztonságos és elfogadott módszer. A szerzők két eset kapcsán ismertetik tapasztalataikat percután kőeltávolítást követően kialakult arteriovenosus sönt szuperszelektív embolizációjával történő ellátásában. Az első beteg egy 71 éves férfi, akinek baloldali vese alsó pólusában elhelyezkedő 15 mm-es kő miatt percután kőeltávolítás történt. A beavatkozás után négy nappal masszív haematuria miatt ismételt felvételt kellett osztályunkra, mely konzervatív kezelésre megszűnt. Három nappal később ismét felvételt kellett masszív haematuria, anemizálás miatt. Ezen klinikai kép alapján arteriovenosus sönt gyanúja merült fel. Ezt követően szuperszelektív angiográfia történt, mely a bal vese alsó pólusában egy kisujjbegynyi álaneurizmát igazolt. Az ellátó kisarteria ágba 3 db MR kompatibilis embolizáló spirál került behelyezésre. Ezt követően az álaneurizma telődése megszűnt. A második beteg egy 38 éves nő, akinek a bal vese pyleonjában elhelyezkedő 2 cm-es kő miatt percután kőkiemelés végeztünk. A postop. 5. napon a transzrenális drén mellett vérzést észleltünk, mely a drén eltávolítását követően konzervatív kezelésre megszűnt. 12 óra elteltével hasprés hatására ismét masszív haematuria jelentkezett anemizálás mellett. A klinikai kép felvetette arteriovenosus sönt lehetőségét, mely miatt szuperszelektív angiográfiát végeztünk, mely a bal arteria renalis lateralis oldalágánál észlelte arteriovenosus shönt jelenlétét, melyet 3 db microcoilal sikerült embolizálni és a vérzést megszüntetni. A percután kőtörés kapcsán ritkán kialakuló arteriovenosus sönt esetén a szervmegtartásra törekedtünk. A vérzésforrás loka-

lizálását követően a szuperszelektív embolizáció lehet segítségünkre mind a diagnosztikában, mind a kezelésben a jó vesefunkció megtartása mellett.

14. Kismedencei nyirokértágulat és reflux következtében kialakult hüvelyi nyirokcsorgás laparoscopos műtéti megoldása

Sulya Bálint¹, Szalontai Ágnes¹, Tasnádi Géza², Romics Miklós³, Nyirády Péter³, Kiss András¹, Merksz Miklós¹

¹Heim Pál Gyermekkorház Urológiai Osztály, Budapest

²Heim Pál Gyermekkorház Sebészeti Osztály, Budapest

³Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika Uroonkológiai Centrum, Budapest

Bevezetés: Primeren jelentkező lymphoedema igen ritka betegség, melynek oka leggyakrabban a nyirokerek ismeretlen eredetű, veleszületett obstrukciója és a nyirokér billentyűk elégtelensége, amelynek következtében a nyirokutak kitágulnak és bennük az áramlás megfordul (reflux). Kismedencei nyirokerek elváltozása esetén a belekből felszívódó nyirok nem a ductus thoracicus, hanem a hasüreg és a végtagok kitágult nyirokereiben, a nem záró billentyűkön keresztül az alsó végtag felé áramlik, nagyfokú reflux esetén a nyirok a hüvelyen keresztül megjelenik. Ez utóbbi tünet lehetséges kezelési módját mutatjuk be.

Betegismertetés: 17 éves leánynál másfél éves kora óta ismert jobb oldali alsó végtagi ödémája és hüvelyi nyirokcsorgása. Az elvégzett lymphoscintigraphia szerint ezek oka a kismedencei tágult nyirokerekben kialakult reflux. 2012-ben sebészeti osztályunkon jobb vena saphena – alsó végtagi nyirokérhálózat között shunt képzés történt, ezzel csökkentve a lymphoedema mértékét. A hüvelyi nyirokcsorgás megszüntetésére a kismedencei tágult refluxos nyirokér laparoscopos lekötését tartottuk alkalmasnak. A betegen 2013. 08. 30-án a műtétet elvégeztük, ezt követően a hüvelyi nyirokcsorgás megszűnt. Az eltelt 5 hónapban kiújulást nem észleltünk.

Megbeszélés: Az urológiai műtéti típusoknak szerves részévé váltak a laparoscopia útján végzett beavatkozások. Ez lehetővé teszi, hogy az ezúton ellátható kórképek köre bővüljön. Esetünk jól példázza, hogy ezek közé tartozhatnak a nyirokerek végzett sikeres beavatkozások.

15.

Patkóvesén végzett laparoscopos műtéteinkKiss Zoltán, Benyó Mátyás, Murányi Mihály,
Flaskó Tibor*Debreceni Egyetem Klinikai Központ Urológiai
Klinika, Debrecen*

Bevezetés: A patkóvese az egyik leggyakoribb urogenitális traktust érintő fejlődési rendellenesség. A negyedik és hatodik gesztációs hét között alakul ki, incidenciája 0,25%, férfi predomanciával. Patkóvesében gyakrabban alakul ki kövesség és ez az eltérés gyakrabban társul egyéb fejlődési rendellenességgel. A világossejtes veserák hasonló gyakorisággal fordul elő, mint a normál populációban. A patkóvesében megjelenő betegségek minimál invazív műtéti megoldása igazi technikai kihívást jelenthet a különleges anatómiai viszonyok, az abnormális érrellátás és az isthmus jelenléte miatt. A nemzetközi irodalomban patkóvesén végzett laparoscopos műtétekről többnyire kazuisztika szintjén lehet találni közleményt. Poszterünkön saját anyagunkból két esetet kiemelve bemutatjuk a patkóvesén végzett laparoscopos műtétekkel szerzett tapasztalatainkat.

Esetismertetés: *1. eset:* A 16 éves patkóvesés nőbeteg anamnézisében jobb oldali vesében elhelyezkedő kövek miatti ESWL kezelések szerepelnek. Jobb oldali visszatérő vesetáji fájdalmak, intermittálisan jelentkező pyelonephritis háttérben az elvégzett CT-urographia során pyelectasiát és magasan eredő uretert vélelmeztek. Klinikánkon laparoscopos pyelonplastikát végeztünk transperitonealis behatolásból. Jelenleg a beteg panaszmentes.

2. eset: A 66 éves nőbetegnél makroszkópos haematuria miatt indult kivizsgálása során CT-urographia történt. Patkóvese igazolódott, amelynek jobb felében 6,7 cm-es tumor került leírásra. Ezt követően klinikánkon jobb oldali laparoscopos, transperitonealis heminephrectomiát végeztünk. A szövettani vizsgálat pT1b, világossejtes carcinomát igazolt. Jelenleg a beteg panaszmentes, recidívája nincs.

Megbeszélés: Klinikánkon biztonságosan és eredményesen alkalmaztuk a fenti betegeknek a laparoscopos műtéti technikát, de természetesen a kis esetszám miatt messzemenő következtetések nem vonhatók le. Bár jelenleg a nyílt műtét számít gold-standard eljárásnak, véleményünk szerint kellő gyakorlattal a minimál invazív technikák patkóvesében kialakult betegségek esetén is alkalmazhatóak.

16.

Haematuria kihívást jelentő kezeléseKiss Zoltán, Lőrincz László, Murányi Mihály,
Benyó Mátyás, Flaskó Tibor*Debreceni Egyetem Klinikai Központ Urológiai
Klinika, Debrecen*

Bevezetés: Poszterünkön egy makroszkópos haematuriával jelentkező nőbeteg esetét mutatjuk be.

Esetismertetés: A 68 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében varicositas, hypertonia, permanens pitvarfibrilláció, acut myocardialis infarktus miatti thrombolízis, majd coronaria stentelés szerepel. Antikoaguláns kezelés (warfarin, clopidogrel) mellett jelentkező makroszkópos haematuria miatt került felvételre klinikánkra. Laborjában megnyúlt haemostasis paramétereket, anaemiát, beszűkült vesefunkciót és emelkedett gyulladási értékeket találtunk. Ultrahang vizsgálattal a vesékben üregrendszeri tágulatot, a húgyhólyagban jelentős mennyiségű véralvadékot észleltünk. Konzervatív kezelés ellenére a beteg vizelete továbbra is masszívan véres volt, vérképét jelentős mértékben ejtette. Két egység friss fagyaszott plazma adását követően anginás panaszai jelentkeztek, amely miatt a további transfúziót halasztottuk. Két nap alatt összesen hat egység vörösvérsejt és négy egység thrombocyta koncentrátum transfúziójában részesült. Üregrendszeri tágulata egyik oldalon sem csökkent és vesefunkciója romlott, de a beteg terápiás tartomány feletti INR értéke miatt vizelet deviáció nem jött szóba. A haemostasis korrigálását követően transurethralis koagulációt, a haematoma eltávolítását és biopsziát végeztünk. A cystoscopos kép és a szövettani vizsgálat is cystitist igazolt. A posztoperatív szakban epigastriális fájdalmak jelentkeztek, amelynek háttérben hasi ultrahang vizsgálaton bélnekrosis, illetve ileus gyanúja merült fel, ezért sebészetben obszerváltak, de tünetei szeptikus állapot részjelenségeinek bizonyultak, amelyek végül intenzív terápia hatására rendeződtek. Sebészi explorációra nem került sor.

Megbeszélés: Esetünk jól demonstrálja, hogy a véralvadásgátló kezelés mellett kialakuló haemorrhagiás cystitisnek akár súlyos, életet veszélyeztető szövődémei is lehetnek, amelyek ellátása a vezető tünet miatt az urológusra hárul. Bár a véralvadásgátló kezelés beállítása a társszakmák feladata, de alapvető haemostaseológiai ismeretekkel az urológusnak is rendelkeznie kell.

17. Vesetumor és BPH műtéti kezelése essentialis thrombocythaemiás betegenMurányi Mihály, Kiss Zoltán, Benyó Mátyás,
Farkas Antal, Flaskó Tibor*Debreceni Egyetem Klinikai Központ Urológiai
Klinika, Debrecen*

Bevezetés: A krónikus myeloproliferatív betegségek közé tartozó essentialis thrombocythaemia jelentős mértékű thrombocytosist és thrombocytá működés zavart okoz. Ezért a vérzéses és thrombotikus események gyakoriak. Essentialis thrombocythaemiás betegünk vesetumorának és BPH-jának műtéti kezelését mutatjuk be.

Esetbemutató: A 71 éves férfi anamnesisében appendectomia, hypertonia mellett csontvelővizsgálattal igazolt essentialis thrombocythaemia szerepel. Klinikánkra bal oldali 4 cm-es vesetumor miatt küldték más intézetből, ahol műtétét nem vállalták thrombocythaemiája miatt. Haemostasiológus véleménye szerint a perioperatív vérzésveszély nagy, ezért resectio helyett radicalis nephrectomiát végeztünk. A beteg ASA, valamint thrombocytaszámát csökkentendő hydroxyurea kezelésben részesült. A perioperatív időszakban az ASA-t leállítottuk, a műtét előtt 30 perccel desmopressint, a műtét után LMWH profilaxist alkalmaztunk. Vérzés esetére thrombocytá koncentrátum és rekombináns aktivált VII. véralvadási faktor állt készenlétben. A műtét alatt és után vérzéses szövődemény nem volt, azonban vizelete elakadt, hólyagkatétert helyeztünk be. Kombinációs kezelés (α -adrenoreceptor antagonistá + testosteron 5 α -reductase gátló) ellenére sem tudtuk katétermentesíteni. Prostata térfogata 100 ml volt, alapbetegése miatt nyílt adenomektomia helyett transurethralis lézeres prostata vapisatiót végeztünk 980 nm hullámhosszú dióda laserrel, Twister szállal. A beteg előkészítése a korábbi műtétével azonos volt. A műtét közben és után vérzést nem észleltünk, 4 nap múlva katéterét eltávolítottuk, azóta panaszmentes.

Megbeszélés: A vesetumor és a BPH műtéti kezelési formáinak palettája széles. Az évről évre megjelenő új műtét-típusok sokszor nagy eszközparkot igényelnek, drágák. Az alternatív kezelési módok ismerete, elsajátítása, alkalmazása azonban a betegek számára előnyös, mint ahogy esetünk példázza a műtéti kontraindikációk köre csökkenthető. Rizikóbetegek sikeres kezeléséhez emellett szükséges társzszakmák bevonása, jelen esetben a haemostasiológussal történő kooperáció

18. Nőgyógyászati kórképek által okozott urológiai panaszok és ezek konzervatív kezelésének lehetőségei

Németh Zoltán

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

A méh- és hüvelyszüllyedések által okozott anatómiai elváltozások gyakran vezetnek a húgyhólyag működésével kapcsolatos panaszokhoz. A tünetek egyik csoportjára a késztetéses panaszok, a másakra a hólyag kiürítésének zavarai jellemzők. A műtéti megoldások után irodalmi adatok szerint 30% feletti a recidívák aránya. A műtéti komplikációk aránya sem elhanyagolható, különösen a hüvelyi hálók beültetésével kapcsolatban. A modern pesszárium-terápiá hatásos és költségkímélő módszer a méh- és hüvelyszüllyedés által okozott urológiai panaszok gyors enyhítésére. A kezelés lehetőségeit esetiismertetések mutatják be.

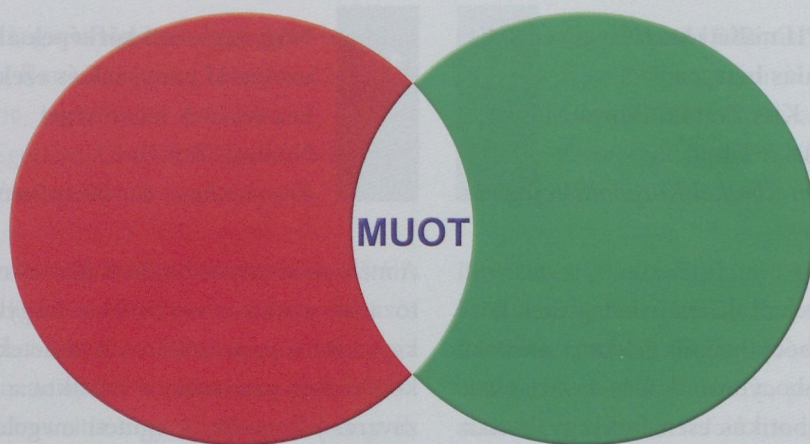
19. Terhesség alatt elszennvedett lázas ureterocclusio urológiai ellátása, további diagnosztikai vizsgálatok elvégzése, utánkötése illetve a lázas occlusio okozta neonatalis rendellenességek vizsgálata 23 beteg kapcsán a PTE Urológiai Klinikáján (retrospektív vizsgálat)

Damásdi Mikós

Pécsi Tudományegyetem Urológiai Klinika, Pécs

Célkitűzések: A klinikán, 5 év alatt, összesen 23 terhes beteg körében elvégzett retrospektív vizsgálat során összehasonlításra került a terhes nők kora, elvégzett diagnosztikai vizsgálatok típusa, a vizelet deviációk módozata, azok viselési ideje, a monitorizált paraméterek változása, mikrobiológiai eredmények, a terhesség lefolyása, illetve a megszületett gyermekek alapparaméterei.

Eredmények: Az alkalmazott vizeletdeviációs manőverek 56%-ban D-J stent felhelyezés, 40%-ban UK viselés, illetve 1 esetben percutan nephrostomias drén behelyezése formájában történtek meg. A D-J stentek átlag viselési ideje 85 nap, az ureter-katétereké 3,2 nap volt. A deviációs manőverek (D-J stent, UK, PCNS) során képerősítőt nem használtunk, a visszaérkező vizelet mikrobiológiai vizsgálatok túlnyomó többségben Gram negatív törzset igazoltak, emellett a felvételnél elvégzett laboratóriumi CRP



Magyar Uroonkológus Társaság

Magyar Uroonkológus Társaság V. Kongresszus

**2014. május 9. Budapest, Novotel Centrum
(1088 Budapest, Rákóczi út 43–45.)**

A társaság elnöke: **Prof. Romics Imre**

A kongresszus szervezője: **Convention Kft.**

vizsgálatok átlag értéke 86,57 mg/l volt. A vizsgált női populációban terhességet követően maradandó eGFR károsodást nem tudtunk kimutatni. A szülés előtt a vizs-
zahagyott idegentestek mindegyikét eltávolítottuk, koras-
szülött magzat mintegy 18%-ban jött világra, egy esetben
művi terhesség megszakítás történt, császármetszés
összességében 10 esetben volt.

Következtetés: Az után követés során az idegentest viselése mellett vesefunkció-, illetve az átlag terhesség lefolyásától eltérő szignifikáns magzati-anyai károsodást, neonatológiai eltérést kimutatni nem tudtunk. A betegek compliance-nek hiányában a kiváltó kórok(ok)-ra nem derült fény.

20.

Hysterectomiák urodinamikai módszerrel mérhető hatása a húgyhólyag működésére

Kenyeres Balázs¹, Péterfi Lehel², Pytel Ákos¹

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ,
Urológiai Klinika, Pécs

²Kaposi Mór Oktató Kórház Urológiai Osztály,
Kaposvár

Célkitűzés: Klinikai megfigyelések szerint méheltávolító műtéteket követően halmozottan fordulnak elő vizeletürítési és tárolási zavarok. Napjainkig a hysterectomiák hólyagműködésre gyakorolt hatásának vizsgálata nem képezi a posztoperatív diagnosztikus és terápiás stratégia részét. Felmérésünk célja ezen kismencedei műtétek hatására bekövetkező hólyagfunkciós változások urodinamikai módszerrel történő objektívizálása.

Módszer: A 2011 szeptemberében indult prospektív felmérésünk során 26 hysterectomián átesett beteg került kiértékelésre (átlagéletkor 51 év ± 11 év). A betegek a PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika és a Kaposi Mór Oktató Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztály beteganyagából kerültek kiválasztásra. A felmérésben való részvételt függetlennek tekintettük a műtéti indikációtól, a műtét típusától, illetve a pozitív urológiai, nőgyógyászati és neurológiai anamnézistől, azonban kizárásra kerültek a kemo- vagy radioterápiában részesült beteg. A komplex urodinamikai vizsgálatokat Wiest Sirius 8000 Urodinamiás mérőeszközzel történtek, a preoperatív időszakban, majd a 6-8. posztoperatív héten.

Eredmények: Figyelemreméltó módon, már a preoperatív vizsgálatok során betegeink több, mint felénél észlelhető volt valamilyen urodinamikai eltérés vagy kórállapot. A korai posztoperatív időszakban történt kontroll vizsgálatok során szignifikáns mértékű növekedést mértünk az átlagos vizeletáramlásban, tendenciózus változást észleltünk a hólyag compliance csökkenés valamint a hólyag hyperszenzibilizáltságának irányába. Egyedi esetekben klinikailag jelentős változásokat észleltünk a detrussor funkcióban: 4 esetben alakult ki jelentős detrussor kontraktilitás csökkenés, 2 esetben detrussor túlműködés, melyet 1 esetben de novo készte-
tési inkontinencia megjelenése kísért. Újonnan előforduló stress inkontinenciát 1 esetben észleltünk.

Következtetés: Megfigyeléseink alapján az urodinamiás vizsgálatok alkalmazását szükségesnek tartjuk a hysterectomiát követő vizelet tárolási és ürítési zavarok meghatározásában, az adekvát terápia megválasztásában.

Zoledronsav: arany standard a prosztatatarák csontáttéteinek terápiájában

Prostata-carcinómában (PC) a regionális nyirokcsomókba adott metastasisokat szinte törvényszerűen követik a csontáttétek. Nemcsak fájdalmasak, hanem a pathológiás törések és az akár veszélyes hypercalcaemia révén tovább nehezítik az érintettek mindennapjait. A prostata határát átlépő tumor kezelésének fő célja a folyamat lassítása, csontáttét esetén a fájdalom csökkentése és a törések kivédése. A bifoszfónátok az osteoclastok gátlása révén lassítják a csontlebontást, erősítik a csontállományt, 25–50%-kal csökkentik a szövődményeket. A PC csontáttéteinek kezelésében a zoledronsav alkalmazása terjedt el – nem ok nélkül...

Az ép csontszövetet az osteolyticus és osteoblasticus folyamatok egyensúlya jellemzi. Tumor-metastasis esetén valamelyik túlsúlyba kerül, zavart szenved a csont normál metabolizmusa, meggyengül a szerkezete. A PC áttétei főként *osteoblasticusak*, de *osteolyticus komponens* is felfedezhető.

Az előrehaladott PC-k 70–80%-ában mutathatók ki csontáttétek, amelyek előbb-utóbb *pathológiás töréshez* vezetnek. Fokozza a kockázatot az egyidejű osteoporosis, antiandrogen-kezelés, dohányzás, alkohol-fogyasztás és a kalciumban szegény étrend. A metastasis kialakulása után az átlagos túlélés 40 hónap, az ötéves túlélés 25%. A törések, a gerincvelői vagy gyöki compressio, ill. az onkológiai kezelések *igen fájdalmasak* lehetnek.

A csontáttétek kezelésében a sugár- és chemoterapia, valamint az ortopédiai műtétek mellett helyet kapnak a *bifoszfónátok*. Harmadik generációs képviselőjük, a *zoledronsav (ZA)* a csoport többi tagjához képest nagyobb affinitással kötődik a csontállomány 70%-át képező hydroxyapatitához, különösen ott, ahol fokozott az átépülés. Antiresorptív aktivitása 100-szor erősebb, mint a korábban ugyanerre a célra alkalmazott pamidronáté.

Összetett hatása az utóbbi években intenzív vizsgálatok tárgyát képezi. Bizonyosodott, hogy gátolja a csontlebontás elindításában résztvevő növekedési faktorokat és cytokinokat, a metastaticus sejtek adhézióját a csontállományhoz, és inváziójukat. Placebo-kontrollált klinikai vizsgálatok sora igazolja, hogy *szignifikánsan csökkenti a csonttörések kockázatát, és késlelteti azokat*.

Hormon-refrakter áttétes PC-ban 11%-kal csökkenti a csonttörések előfordulását, és valamelyest növeli a túlélést. Mindez különösen figyelemre méltó annak tükrében, hogy mai ismereteink szerint a hormon-refrakter PC gyakorlatilag gyógyíthatatlan.

Androgén-szenzitív PC-ban maga az antiandrogén terápia is fokozza a törés kockázatát (7–45%-kal a kezelés időtartamától függően), különösen idős korban. Megdöbbentő adat, hogy a csípőtáji törés előfordulása a kezelés első 3 évében 20%, a 3–5. évben 45%, 5 éven túl pedig 95%!

Nemzetközi ajánlások szerint csontáttétek jelenlétében indokolt az intravénás ZA-kezelés (3–4 hetente). Jól tolerálható, mellékhatásai ritkák és általában enyhék (csontfájdalom, láz, émelygés). Adása előtt feltétlenül ellenőrizni kell a *vesefunkciót* (noha kevésbé vesetoxikus, mint más bifoszfónátok), és gondoskodni kell a beteg *megfelelő hidratáltságáról*. A hypocalcaemia megelőzése céljából D-vitamin és Ca-ot tartalmazó étrend-kiegészítő szedése javasolt. Tartós kezelés mellett ritkán előfordulhat az *állkapocs osteonecrosis*a, főként hiányos száj-higiéné, ill. fogászati beavatkozás kapcsán.

In vitro vizsgálatok és állatkísérletek felvetették a ZA *direkt tumorellenes hatását* is. A koleszterin-szintézis blokkolásával gátolja a sejtproliferációt és migrációt, fokozza a tumorsejtek apoptosist, serkenti a fiziológias tumorellenes (T-sejtes) immunválaszt, nagyobb dózisban pedig gátolja az angiogenezist. Az erre vonatkozó klinikai vizsgálatok eredményei még megerősítésre szorulnak, de annyi bizonyos, hogy állatokban csökkenti a primer tumor növekedését és a PSA-szintet, és fokozza a kemoterápia hatékonyságát.

Irodalom:

- Fitzpatrick JM *et al.*: Treatment strategies in advanced prostate cancer/genitourinary malignancies: the use of bisphosphonates across the continuum. *European Urology Suppl* 8: 733-737, 2009.
- Grosso A *et al.*: Zoledronic acid for skeletal events in prostate cancer. *British Journal of Clinical Pharmacy* 1: 209-211, 2009.
- Tamási L: Zoledronsav és daganatellenes aktivitás – bővülő evidenciák. *Magyar Onkológia* 53(3): 269-271, 2009.
- Aydin M *et al.*: Zoledronic acid treatment of bone metastasis in urology. *JAREM* 3: 5-7, 2013.



Zoledronsav Richter®



Megtart és erősít

Csontmetasztázissal járó malignus daganatok csontrendszeri szövődményeinek megelőzésére és tumor indukálta hypercalcaemia kezelésére¹

Erős csontreszorpció-gátlás + daganatellenes hatás: hatékony SRE prevenció, javuló életminőség mellett²



RICHTER GEDEON

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Szakorvosi Marketing Osztály: + 36 1 431 4026 www.richter.hu

Gyógyszerbiztonsági Osztály: +36 1 505 7032 drugsafety@richter.hu

Gyógyszerkészítmény neve: Zoledronsav Richter® 4 mg/5 ml koncentrátum oldatos infúzióhoz. Hatóanyag: 4 mg zoledronsav monohidrát formájában. Terápiás javallatok: Előrehaladott, csontot is involváló, malignus daganatos betegségekben szenvedő felnőtt betegek csontrendszeri érintő eseményeinek (osteolízis törések, csigolya-kompresszió, csont-beszűrődés vagy műtét, ill. tumor indukálta hypercalcaemia) megelőzése javallott. Tumor által indukált hypercalcaemia (TtH) kezelése felnőtt betegeknek. Adagolás és alkalmazás: A betegeknek a Zoledronsav Richter®-t kizárólag az intravénás biztonságfontok alkalmazásában jártas egészségügyi szakember írhatja fel és adhatja be. Előrehaladott, csontot is involváló, malignus daganatos betegségekben szenvedő betegek csontrendszeri érintő eseményeinek megelőzése az ajánlott dózis 4 mg zoledronsav 3-4 hetenként. A betegeknek a Zoledronsav Richter® kezelés mellett per os napi 500 mg kalciumpótlást és 400 NE D-vitamint is kell kapniuk. Tumor által indukált hypercalcaemia (TtH) kezelése (az albuminra korrigált szérum kalciumszint $\geq 12,0$ mg/dl vagy $3,0$ mmol/l) az ajánlott dózis egy egyszeri 4 mg-os zoledronsav A Zoledronsav Richter® 5 ml koncentrátumot vagy az előírt koncentrációjú mennyiséget a beadás előtt tovább kell hígítani 100 ml kalciummentes oldatos infúzióval (0,9%-os [m/v] nátrium-klorid vagy 5%-os [m/v] glükóz). Az így készített oldatot egyedül intravénás oldatként, elkülönített infúziós szerelvényen át, legfeljebb 15 perc alatt kell beadni. A Zoledronsav Richter®-t nem szabad kalciumot vagy más, két vagy több kalium tartalmú infúziós oldattal, mint például Ringer-laktát oldatos infúzióval elegyíteni, és külön infúziós szerelvényen át kell beadni. A kezelés hatásának kialakulása 2-3 hónap. Az enyhe vagy közepesen súlyos vesekárosodásban szenvedő betegeknek csökkentett Zoledronsav Richter® dózisok alkalmazása vagy bármely megelégedhetőség szerinti túladagolás. Gyakori mellékhatások: hypophosphatemia, hypocalcaemia, anaemia, fejfájás, láz, influenza-szerű tünetek, hányinger, hányás, conitundvitis, myalgia, arthralgia, szérum kreatinin és húgysavszint emelkedése. Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések: A Zoledronsav Richter® alkalmazása előtt meg kell győződni arról, hogy a betegek megfelelően hidratáltak-e. A szérum kalcium-, foszfát- és magnéziumszint rendszeres ellenőrzése javasolt. Minden kezelés előtt a szérum kreatinin szint monitorozása szükséges. Enyhe-mérsékelt fokú vesefunkció-károsodás esetén a dózis módosítása javasolt, súlyos vesekárosodás esetén a kezelés nem javasolt. A Zoledronsav Richter® kezelés lefüggesztendő, ha a kezelés alatt a veseműködés romlása alakul ki. Az állkapocs osteonecrosis (ONJ) veszélye miatt azoknál a betegeknél, akiknél egyidejűleg további kockázati tényezők (pl. daganat, kemoterápia, kortikoszteroidok, rossz szájápolás) állnak fenn, a biztonságfont-kezelés előtt mérlegelni kell a fogászati vizsgálat és a megfelelő megelőző fogászati beavatkozások elvégzését. A kezelés alatt ezeknél a betegeknél lehetőség szerint korlátozni kell az invazív fogászati beavatkozásokat. Elsősorban osteoporosis miatt hosszán tartó biztonságfont-kezelésben részesült betegeknél a femur altpusos subtrochanter és diaphysis töréseiről számoltak be. Gyógyszerkölcsönhatások: aminoglikozidokkal, potenciálisan nephrotoxicus gyógyszerekkel történő egyidejűleg történő alkalmazás esetén óvatosság szükséges. Rendelhetőség: Szakorvosi, kórházi diagnózist követően folyamatosan szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). Bruttó ár, tartós díj: 27 348 Ft, az EU100% BrD2 Ignyipoint alapján tartós díja: 300 Ft. Az esetleges változások a www.osp.hu oldalon tekinthetők meg. Forgalmi engedély száma: OGYI-T-22232/01, 1x, a forgalomba hozatal engedély jogosultja: Richter Gedeon Nyrt., 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. További részletes információkat a hivatalos alkalmazási előirat tartalmaz, a www.ogyi.hu oldalon. Lezárás dátuma: 2014. február 10. RG: 77904/HU

Hivatkozás: 1: Zoledronsav Richter hivatalos alkalmazási előirat, www.ogyi.hu
2: Wardley A et al Br J Cancer. 2005 May 23;92(10):1869-76.

