

Az urológiai daganatok diagnosztikája és terápiája napjainkban

Romics Imre

CURRENT STATUS OF THE DIAGNOSTICS AND THERAPY OF UROLOGICAL TUMOURS

Az urológiai betegek jelentős hányada daganatos betegségben szenved.

A prostatacarcinoma a férfiak második leggyakoribb – jelentős mortalitással és életminőség-változással járó – rosszindulatú betegsége. A korai megelőző vizsgálatok jelentősége igen nagy. A szerző ismerteti az aktuális diagnosztikai protokollt, a műtéti és a konzervatív terápia lehetőségeit.

A haematuria leggyakrabban hólyagdaganat tünete; a felületes és az invazív daganatok kezelése különbözik mind az operatív, mind az adjuváns terápiát illetően. A cystectomy utáni vizeletdeviáció szövődémmel járhat, e betegek rendszeres követése szükséges. A vesedaganatok csak sebészileg gyógyítható betegségek; mortalitásuk az utóbbi években nem változott.

Heredaganatban fiatal férfiak szenvednek. A korán felfedezett daganatok gyógyíthatók; a terápia komplex: sebészi, kemo- és sugárterápia.

A penis daganata nem gyakori, de agresszív, rosszindulatú, előrehaladt állapotban a gyógyulás valószínűsége csekély.

urológiai daganatok

Significant amount of urological patients have malignant disease.

Prostate cancer is the second most frequent cancer in males associated with high mortality and decreased quality of life. Hence the importance of early diagnosis. Furthermore, diagnostical protocols, operative and conservative therapeutic modalities are summarised.

Hematuria is the most frequent sign of bladder cancer. Diagnostical, surgical and adjuvant therapeutic differences of the superficial and muscle invasive bladder cancers are discussed. The urinary deviation after cystectomy could be associated with complications therefore regular follow up of patients is necessary. The standard therapy of renal cancer is surgical. Unfortunately its mortality has not change during past years. Testicular cancer is the disease of young males. If diagnosed early, most cases are curable. Therapy is complex, involving surgical, chemo- and radiation therapy as well.

Penis cancer is a rare disease, but highly malignant. In advanced stage patients are incurable.

urological tumours

dr. Romics Imre (levelezési cím/correspondence):

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Urológiai Klinika/
Semmelweis University, Faculty of Medicine, Department of Urology,
H-1082 Budapest, Üllői út 78/B. E-mail: romimre@urol.sote.hu

Érkezett: 2004. január 28.

Elfogadva: 2004. március 30.

Az urológiai szervek daganatai gyakorisági sorrendben a prostata, a hólyag, a vese, a here és a penis rákos megbetegedése. Az utóbbi évtizedben változott e daganatok diagnosztikája, terápiája; ezt röviden összefoglalom a fent említett daganatokkal kapcsolatosan.

A leggyakoribb malignus tumorok

Prostatacarcinoma

A tüdőrák után a férfiaknál ez a második leggyakoribb rosszindulatú folyamat. Hazánkban évente körülbelül 2500 férfi betegszik meg prostatacarcinomában, a meg-

haltak száma megközelíti az 1400-at (1). A betegség etiológiai faktorai ma sem ismertek; bizonyított a familiáris halmozódás. Kialakulása a zsírsavcserével is összefüggésben állhat: az északi országokban előfordulása gyakori, a déli, mediterrán országokban ritkább. Nem zárhatók ki a környezeti, étkezési faktorok sem. Ázsiában a prostatacarcinoma incidenciája alacsony, az Amerikában élő ázsiaiaké megfelel az amerikai fehérek magas incidenciájának. Az Amerikában élő afro-amerikaiak incidenciája a fehérekénél is magasabb. Leggyakoribb a 65–75 évesek között, de az ötvenes évek elején is előfordulhat.

A prostatacarcinoma túlnyomó többsége adenocarcinoma. Jellemző prognosztikai faktorai a tumor kiterjedése és a szövettani differenciáltság. Jó prognózisú a

daganat, ha a szervben belül helyezkedik el, nem infiltrálja a prostata tokját, az ondóhólyagot, nincsenek nyirokcsomó- és távoli áttétek. A Gleason-féle szövettani fokozatbeosztás terjedt el. A patológus a legjobban differenciált tumort 1-es, a differenciálatlant 5-ös számmal jelöli, megadva a két leggyakrabban előforduló differenciáltságú szövetet, ezt egy összegező score-ban fejezi ki, például $3+4=7$. Az összesített számjegyek 7 feletti értéke (8–10) rossz prognózist jelent (2). A daganat távoli áttétet leggyakrabban a csontokba ad.

A kezdeti stádiumban lévő daganatnak nincsenek tünete. Dysuria, nehéz, gyakori vizelés esetén felmerülhet a prostatocarcinoma eshetősége. Az is felvetheti a gyanút, ha a benignus prostatahyperplasiának vélt daganat okozta tünetek α -receptor-blokkoló terápiára nem javulnak. A korai diagnózis kizárólag az 50 év feletti betegeknél rectalis digitális vizsgálattal, a prostataspecifikus antigén (PSA) mérésével deríthető fel. Csontfájdalmak esetén gondolni kell prostatocarcinoma csontmetasztázisára is, ezért a fájdalom kezelése előtt a fenti módon ki kell zárni e daganat lehetőségét.

A fent említett rectalis digitális vizsgálaton kívül – amelynek során a porckemény göb vagy a teljes egészében porckemény prostata felvetheti a tumorgyanút – a prostataspecifikus antigén vizsgálata terjedt el, a prostatocarcinoma diagnosztikáját és terápiáját teljesen megváltoztatva.

A PSA az urológiai daganatok legfontosabb tumor-markere. Sajnos, nem daganat-, hanem prostataspecifikus; ez azt jelenti, hogy csekély százalékban ugyan, de normális PSA-koncentráció mellett is előfordulhat kezdeti, kis kiterjedésű tumor, illetve a laboratóriumi normálértékek feletti koncentráció sem bizonyít egyértelműen daganatot. Tudni kell, hogy prostatitis, nagy volumenű prostatahyperplasia is emelheti a PSA-szintet. A PSA normálértéke – a vizsgálati kitértől függően – 3–4 ng/ml; 10 ng/ml fölött csak valószínű a rosszindulatúság, de előfordulhat jóindulatú elváltozás okozta PSA-emelkedés is. A legnehezebb diagnosztikai kérdés akkor merül fel, ha a PSA szintje 4–10 ng/ml között mozog. Ebben segítségünkre van a PSA-denzitás: ekkor a mért PSA-koncentrációt elosztjuk a prostatavolumen grammal mért mennyiségével; ha az így kapott érték 0,2-nél kevesebb, jóindulatú betegség fennállása valószínű. Figyelembe kell venni a beteg életkorát is; egy 50 éves embernek 2,5, míg egy 75 éves embernek 6 ng/ml a normálértéke, de sok 70 év feletti is 4 ng/ml alatti a PSA-szintje. A teljes PSA-szint mellett meghatározhatjuk a szabad PSA-koncentrációt is; 20% alatti érték esetén fókuszál a carcinoma gyanúja (3).

Klinikánkon évente növekvő számban, 2003-ban közel 1700 PSA-vizsgálatot végeztünk. Ebben szerepel azok vizsgálata is, akiknek betegsége bizonyított, és a PSA-szint mérésével a terápia hatásosságát kontrolláljuk.

Transrectalis ultrahangvizsgálattal a daganat echoszegény területként jelentkezik, de a gyulladással elváltozás ugyanezt a képet mutathatja, bár a vizsgálat szenzitivitása magas, specificitása alacsony. Rosszindulatú daganatról akkor beszélünk, ha azt a biopsziával végzett szövetminta patológiai vizsgálata bizonyította. Biopsziát transrectalisán – ritkábban gáton keresztül – szűrve, ultrahangvezérléssel veszünk, általában 3-3 mintát a prostata mindkét lebenyéből. Klinikánkon az évi körülbelül 250-300 biopszia kisebbik fele (45%) származik malignus folyamatból (4, 5).

Ha carcinoma igazolódott, a PSA-koncentráció értéke 10 ng/ml fölötti, akkor a csontmetasztázis bizonyítása vagy kizárása céljából csontszcintigráfiát kell végezni.

A prostatocarcinoma terápiája stádiumorientált. A stádiumalapú döntést befolyásolja a beteg életkora, társbetegségei és a lehetséges alternatívák között a beteg is választhat.

Lokális, tehát T1-es, T2-es stádiumba tartozó, 70 év alatti beteg esetén javasoljuk a daganatos szerv ondóhólyaggal való együttes eltávolítását – ez végezhető retropubicus, perinealis behatolásból, külföldön már laparoskopos metodikával is –, és a predilekciós helyeken kismencedei lymphadenectomia végzését (6). Klinikánkon az operált betegek átlagéletkora 61 év, a PSA átlaga 16,7 ng/ml. Ha a daganat preoperatív stádiumbesorolása megegyezik a posztoperatívval, tehát a daganat a szervben kívül nem terjedt, akkor ez a műtét kuratív. Klinikánkon betegeink közel egyharmadának a patológiai stádiuma kiterjedtebb volt, mint ahogy azt a preoperatív vizsgálatok alapján véleményeztük. Általában a műtét előtt hasonló az arány más osztályokon is, ennek oka a preoperatív CT-, ultrahangvizsgálat alacsony specificitásában rejlik. A műtét szövődmenyeként felléphet potenciavesztés vagy potenciazavar, átmeneti ideig tartó enyhe – kivételes esetekben súlyos – inkontinencia is. Az előforduló, általunk megfigyelt néhány stresszinkontinenciás esetben a problémát a gátizmok tornája vagy az elektromos gáti ingerlés megszüntette. A nemzetközi potencia-kérdőív alapján (0–25 pontig terjedő skála) a preoperatív átlagérték 41 operált betegünkönél $19,5 \pm 5,2$ volt, műtét után $7,8 \pm 6,7$. Műtétet követően voltak betegek, akiknek megmaradt az erekciója, mások tableta vagy intracavernosus injekció segítségével érnek el erekciót. A lokális daganatok sugárterápiája is indokoltá válhat. A tízéves túlélés sugárterápia esetén rosszabb; mellékhatások itt is előfordulhatnak: húgycsőszűkület, potenciazavar és egyéb sugárártalmak.

A lokálisan előrehaladt, a prostata tokját elérő, de nyirokcsomó-metasztázist nem adó daganatok esetén is végezhetünk radikális prostatectomiát; a tumormentesség kisebb arányban szavatolható, mint az előbbi csoportban, a szövődmenyek száma is magasabb, a tízéves túlélés eredményei is kedvezőtlenebbek. Itt is szóba jöhet sugárterápia vagy brachytherápia; az eredmények természetesen ebben az esetben is kevésbé kecsgetők, mint kezdeti stádiumban (7).

Azoknál a betegeknél, akiknek daganatos folyamata lokálisan előrehaladt, és nyirokcsomó-, illetve távoli

Az 50 év feletti férfiak évente egyszer jelentkezzenek urológusnál vizsgálatra, mert ennek során az urológiai daganatok korai stádiumban is felismerhetővé válnak.

metasztázisok mutathatók ki, a kezelés legkiterjedtebb formája a hormonterápia. Androgéndepressziót a következő eljárásokkal érhetünk el:

– Kasztráció vagy orchidectomiaműtét esetén a tesztoszteronforrást távolíthatjuk el. Ez irreverzibilis. Ugyanez elérhető LHRH-analógokkal is. Ez az eljárás reverzibilis, de a kezelés felfüggesztése hátrányosan hat a daganatra, a daganat növekedésére. Klinikánkon ma is végzünk kasztrációt, főleg idős betegeknek.

– Alkalmazhatunk antiandrogénterápiát is, ennek két formája van: szteroid vagy úgynevezett tiszta antiandrogének adása. Az előbbi centrálisan, az utóbbiak pedig a prostata sejtjeiben hatnak. Kis rizikójú, kis kiterjedésű, alacsony differenciáltsági fokú tumorok esetében alkalmazzuk a monoterápiát.

– Teljes androgénblokádnak nevezzük, ha együttesen használjuk az antiandrogéneket és a kémiai vagy sebészi kasztrációt. A prostata sejtjeinek hormonérzékenysége miatt a hormonális kezelés különösen jól differenciált sejtes daganat esetén akár évekig is remiszióban tartja a beteget (8). A betegség legjobb követési paramétere a PSA-koncentráció. Kedvező esetben a PSA-szint már a harmadik hónapban a normálérték alá süllyed, és tartósan normális körüli értéket mérünk. Vonatkozik ez a radikális prostatectomia utáni kontrollra is, ott azonban kedvező esetben nem mérünk PSA-koncentrációt; 0,2 ng/ml feletti koncentráció esetén visszamaradt tumorra vagy tumorrecidívára kell gondoljunk. Kezelése sugár- vagy hormonterápia.

Hormonkezelés során észlelt PSA-emelkedés esetén terápiát kell váltanunk. Ennek többféle módszere ismert: az antiandrogén szer cseréje, totális androgénblokádnak (TAB) esetén az egyik komponens elhagyása, monoterápia esetén annak kiegészítése, kasztráció. Mindennek hatástalansága esetén más kezelés szükséges: mustárnitrogént és ösztrogént tartalmazó gyógyszerre váltunk; ennek hatására az esetleges csontfájdalmak csökkennek, és a PSA-szint ismételt, átmeneti csökkenése várható. Progresszió esetén további kemoterápiás kezelést kell végezni. Ebben a hormonrezisztens stádiumban a betegek átlagos túlélése két-három év. Következő lépésként a fenti gyógyszeres kezelést kiegészítjük egyéb citosztatikus szerrel, gyakorlatunkban vinblastinnal. A különböző citosztatikus szerek terápiás hatásában számottevő különbség nincs, leginkább a mitoxantron-szteroid kezelés terjedt el. Eredményeként csökkenhetnek a panaszok, és ezáltal javul az életminőség is. További eredmények a taxánok alkalmazásától várhatók. Kiegészítő terápiaként szteroidok, fájdalomcsillapítók, vizeleti nehézség vagy képtelenség esetén transurethralis reszekció, lezárt vese kialakulásakor percutan nephrostomia jöhet még palliatív, szupportív kezelésként szóba. A csontmetasztázisok kezelésére biszfoszfonátok alkalmasak (9). Évek óta javasoljuk, hogy az 50 év feletti férfiak évente egyszer jelentkezzenek urológusnál vizsgálatra, mert ennek során az urológiai daganatok korai stádiumban is felismerhetővé válnak.

Hólyagdaganatok

Hazánkban évente 2100 betegnél kórismézzük húgyhólyagrakot; az évi műtéti szám közel 5000. Már a harmincas életévekben előfordul, leggyakoribb 60–70 éves korban. Közismert egyértelmű összefüggése a dohányzással. A férfiak háromszor gyakrabban betegszenek meg a nőknél; évente közel 800 beteget veszítünk el e betegség következtében (10).

A húgyhólyagrak tünetei közül legjellemzőbb a makroszkópos haematuria. A tumor nagysága és a haematuria megjelenési ideje között nincsen összefüggés. A haematuria nem permanens, gyakran megszűnik. Ez nyugtatja meg a beteget – s ezért nem megy orvoshoz –, vagy nyugtatja meg az orvost, aki banális cystitisnek véve antibiotikummal kezeli a panaszost.

Az újabb haematuria sokszor nagyon későn, túl későn jelentkezik. A trigonumon, a szájadék körül ülő tumor dysuriás panaszokat, prostatahypertrophiára típusos panaszokat is okozhat.

A hólyagdaganatok túlnyomó többségében urothelialis carcinomák. A daganatsejtek differenciáltsága szempontjából három fokozatot különítünk el: a jól, a közepesen és a rosszul vagy nem differenciált carcinomát. Ezeknek fontos prognosztikai jelentőségük van. A hólyagrakok diagnosztikájában nagy jelentőségű az ultrahangvizsgálat, ezzel a daganatok 90%-a kórismézhető. Mégsem mellőzhető a cisztoszkópia, mert a daganat pontos elhelyezkedése, száma, formája, a szájadékhoz való viszonya, nagysága állapítható így meg, és azok a daganatok is így fedezhetőek fel, amelyek ultrahangvizsgálattal nem kórismézhetőek (1. ábra).

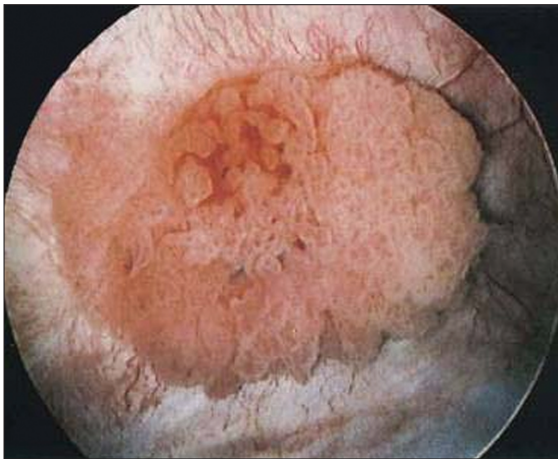
A húgyhólyagrakoknak alapvetően két csoportját különböztetjük meg, e csoportosításnak jelentős terápiás konzekvenciája is van.

A felületes hólyagdaganatok a húgyhólyag nyálkahártyájára terjednek. Gyakran recidíválnak, ritkán progrediálnak, azaz ritkán válnak invazívá az izomréteg felé, s igen ritkán adnak nyirokcsomó- és távoli metastázist. A daganat terápiája a transurethralis reszekció. Az esetek túlnyomó többségében ezt követően alacsony és közepes kockázatú daganat esetében intravesicalis kemoinstilláció szükséges, ezt epirubicinnel vagy mitomycin C-vel végezzük. Recidíva vagy magas kockázatú, azaz 3-as grádusú daganat esetén BCG-instilláció indokolt. Meg kell említeni a nyálkahártyából alig kiemelkedő, rosszindulatú, úgynevezett in situ carcinomát. Terápiája a transurethralis reszekció és a BCG-instilláció. Felületes papillaris daganatokkal együtt szokott jelentkezni. Klinikánkon mindhárom gyógyszert alkalmazzuk. A kemoterapeutikumok alkalmazásakor gyakran, a BCG-instillációkor szinte mindig jelentkezik mellékhatás: cystitis, pyuria, haematuria, BCG esetében akár láz is. Recidívacsökkentő hatásuk bizonyított (11, 12).

Az ultrahangvizsgálat egyre szélesebb körű alkalmazásának köszönhetően a vesedaganatok jelentős részét véletlenül fedezik fel.

1. ÁBRA

Papillaris hólyagcarcinoma cisztoszkópos képe



Míg a fentieket a Ta vagy T1 tumorkiterjedéssel jelöljük, a T2, T3, T4 besorolás az izominvazív daganatokat jelenti. Ezek cisztoszkóppal is lapos, necroticus felszínű tumorok, küllemükben is eltérnek a papillaris daganatoktól. E daganatok reszekciója során különböző mélységben daganatsejteket találunk az izomrostok között is; ezt jelentik a T melletti számszimbólumok. A T2-es, nem multiplex, kis kiterjedésű daganat néha eltávolítható transurethralis módon is. Nagyobb vagy mélyebb kiterjedés esetén a húgyhólyag teljes eltávolítása szükséges. Férfiaknál a prostatát, ondóhólyagot, nőknél az adnexumokat, a hüvely első felét is eltávolítjuk; nőknél-férfiaknál egyaránt végzünk kismedencei lymphadenectomiát is. Cystectomiát követően az öt-éves túlélés pT3b stádiumban 15–46%, pT4-es kiterjedésű daganatok esetén 18–29%.

A cystectomia után szükségessé váló vizeletdeviációknak többféle módja ismert:

Orthotopicus új hólyagról beszélünk, hogyha a leggyakrabban vékonybélből készítünk hólyagot, ezt a húgycsőhöz szájazzatjuk, és az uretereket ebbe ültetjük be. Vastagbelet is használhatunk hólyagképzésre. A sigmabélből készítünk egy tasakot, ebbe vezetjük az uretereket, és a beteg a végbelén vizel; a kontinenciát a rectum záróizma szolgáltatja. A legrégebbi és a legkevesebb szövődémmel járó eljárás a kirekesztett vékonybél hasfalhoz való, nem kontinens szájazzatása, ekkor egy cserélhető műanyag zacskóba gyűlik a vizelet. Ez a legkevésbé komfortos megoldás, magunk ritkán alkalmazzuk (13).

Klinikánk gyakorlata szerint orthotopicus hólyagpótlást csak akkor végzünk, ha nagy a valószínűsége annak, hogy a daganatot eltávolítjuk, a beteg tumormentes lesz, és a bélhólyag a kismedencében tumormentes környezetbe kerül. Sajnos betegeink többségénél a daganat előrehaladt stádiumú. A kisebb megterhelést jelentő sigmatasakműtétben van nagyobb ta-

pasztalatunk, az elmúlt öt évben a cystectomiához kapcsolódó vizeletdeviáció 80%-át sigmatasak képzésével oldottuk meg; a betegek átlagéletkora 59 év volt. A betegek 68%-a tartozott a dohányosok közé a műtét idején. A daganat felfedezése és a cystectomia között eltelt idő átlagosan 26 hónap. Sajnos a képkalkotó eljárások alapján a beteg stádiumát 58%-ban alulbecsültük. A preoperatív T-átlag 2,03, a posztoperatív 2,89. A vizsgált időszakban (1998. január–2003. január) operált betegek 18%-át veszítettük el a követési idő alatt.

A cystectomia utáni vizeletdeviálás sok szövődémmel és bonyodalommal jár, szűkület, sipoly, savbázis anyagcserezavarok is kialakulhatnak, ez utóbbit rendszeres alkáliterápiával tudjuk megelőzni.

A hólyagdaganatok elvileg sugárterápiával is kezelhetők, de ennek kiterjedt mellékhatása miatt ez a kezelési mód nem terjedt el. A hólyag eltávolítása után pozitív hisztológiát adó nyirokcsomó vagy visszamaradt daganat gyanúja esetén adjuváns kemoterápiát javasolunk. A cisplatin tartalmú kemoterápia az uroonkológiai osztályok standard kezelése (14). Klinikánkon három éve két urológus és onkológus szakorvos végzi az urológiai daganatos betegek kemoterápiáját, ma már jóval több mint ezer kezelést végeztünk.

Pyelon- és ureterdaganatos beteg a klinikán is évente csak hozzávetőleg 10-12 fordul elő. Haematuria a tünete mindkettőnek, az uretertumor a vizelet elfolyási akadály miatt vesepangást, vesefájdalmat okozhat. Ureteronephrectomiát kell végezni, amit előrehaladt esetekben kemoterápiával kell kiegészíteni.

A férfi húgycsőtumor ritka, leggyakrabban húgycsőszűkületként jelentkezik; a női húgycsőtumor még ritkább; kezelésük sebészi.

Vesedaganatok

A vesedaganat miatt kezelt személyek száma évről évre nő, az évente megbetegedettek, illetve az operált betegek száma Magyarországon 1500 körül mozog. Biztos etiológiai faktort említeni nem tudunk, a gyermekkortól a fiatal férfikorig előfordul, de leggyakrabban 50 év felettiéknél fordul elő. A vesedaganatok 90%-a adenocarcinoma, néhány százalékban jóindulatú a folyamat, ilyen az oncocyoma, angiomyolipoma. A betegség első tünete a haematuria; az ultrahangvizsgálat egyre szélesebb körű alkalmazásának köszönhetően a betegség jelentős részét véletlenül fedezik fel. Ez sajnos nem azt jelenti, hogy a véletlenül felfedezett betegeknél mindig kezdeti stádiumot találunk, és daganatuk alig néhány centiméter. A daganat kiterjedésének klasszifikációjában itt is jelentős szerepet játszik, hogy a daganatot egészséges veseszövet veszi-e körül, a tumor áttöri-e a vesetokot, betör-e a zsíros tokba, megjelenik-e az üregrendszerben, a vena renalisban; a vena cava inferiorban is észleltünk már tumorthrombust.

A vesedaganat diagnosztikájában – mint említettük – az első az ultrahang- és a CT-vizsgálat. A vena cava

Haematuria esetén mindig daganat fennállására kell elsőként gondolni.

inferior thrombusának megítélésében az MRI előnyösebb. Az ultrahangvizsgálat során végzett színes dopplervizsgálat a betegség dignitására vonatkozóan adhat felvilágosítást. Leggyakrabban a tüdőbe ad metasztázist, a mellkasröntgen elvégzése – mint az előbb említett két másik urológiai daganatban – kötelező a műtét előtt, a diagnosztikai vizsgálatok során (15).

A vesedaganatok kemo- és radiorezisztensek, ezért kiemelt jelentőségű a vese nyílt vagy gyakorlattól függően laparoszkópos műtétje. Amennyiben a vese 4 cm-nél kisebb, és elhelyezkedése szerint – tekintetbe véve a vese érellátását, a pyelum és az ureter lefutását – resezálható, úgy még két vese esetén is vesereszekció ajánlott. Az esetek 10%-ában nyílik erre lehetőségünk, a többi esetben a vesét a zsíros tokkal együtt eltávolítjuk. A felső pólus tumora esetén a mellékvesét is el kell távolítani. A vese körül végzett lymphadenectomia inkább diagnosztikus, mint terápiás jelentőségű.

Mi öt év alatt 304 kezelt beteg adatait gyűjtöttük össze. Ez idő alatt három inoperábilis betegünk volt. A betegek közel 10%-ánál végeztünk vesereszekciót. Két beteget vesztettünk el a műtét utáni 24 órán belül, a többiek gyógyultan távoztak. Két beteget tüdő-, hét beteget csontmetasztázis miatt sebészi, illetve ortopédiai műtetre küldtünk. A túlélési adatok a rövid megfigyelési idő miatt még nem ismeretesek (16).

A vesedaganatok adjuváns terápiájában előrehaladt vesetumor esetén kemo-immunoterápiát alkalmazunk. Ez elsősorban interferon, vinblastin, 5-fluorouracil adását jelenti, de az adott esetben lehetőség van – távoli lágyszövet-metasztázis esetén – interleukinkezelésre is (17).

A vesetumor-metasztázisok második leggyakoribb helye a csont. Szoliter csontmetasztázis esetén annak ortopédiai ellátása definitív lehet. Agyi metasztázis esetén idegsebészeti beavatkozás szükséges, sajnos ezek gyakran kevés eredménnyel járnak.

Heredaganatok

Az újonnan kórismézett heredaganatok száma Magyarországon évente 200 körül mozog. A rejtett heréjűség bizonyítottan predisponáló tényező a daganat kialakulására. Leggyakrabban a 2–4. évtizedben fordul elő; néhány százalékuk kisgyermek-, illetve öregsorban jelentkezik.

A heredaganat a tapintási lelet – kemény here vagy abban észlelt kemény göb –, valamint az ultrahangvizsgálat alapján diagnosztizálható. El kell különíteni a mellékhere-gyulladásától, ez fájdalommal és lázzal járhat, valamint a – tizenéveseken vagy fiatalabbakon általában hajnalban fellépő, hirtelen nagy fájdalommal járó – heretorziótól.

A mellkas-röntgenvizsgálat és a műtét előtti, a tumormarker meghatározáshoz szükséges vérvétel tartozik még a sürgős vizsgálatok közé. A heretumor első terápiája – ezt a diagnosztikát követően azonnal el kell végezni – az úgynevezett magas kasztráció, tehát a here és a teljes funiculus eltávolítása. A műtét utáni

hetedik napon ismételt tumormarker-vizsgálat szükséges annak eldöntésére, hogy a preoperatív emelkedett markerek normalizálódtak-e. Hasi CT-vizsgálattal dönthető el, hogy leggyakoribb predilekciós helyén – a retroperitoneumban – vannak-e nyirokcsomómetasztázisok.

A heredaganatok szövettana a germinális tumorok közül seminoma vagy nem seminoma (embrionális carcinoma, teratoma, choriocarcinoma). Az előbb említett komponensek keveredhetnek is. A heredaganatok klasszifikációja rendkívül bonyolult, hiszen nemcsak a szövettani eredményt, a preoperatív tumormarkereket kell figyelembe venni, hanem a daganat mellékherébe terjedését, a tok és a funiculus, valamint az erek és nyirokerek érintettség és a heredaganat nagyságát, amelyeknek értékhatárai a különböző tumorfajták esetén különbözőek. Ezért csak érintem a posztoperatív terápiát, mivel ebben igazából kevesen jártasak, és kifejezetten centrumjellegű tevékenység. Azokat, akiknek a tumora szövettanilag seminoma, radioterápiában kell részesíteni; azokat pedig, akiknek a tumora hisztológiailag nem seminoma, kemoterápiában. Lymphadenectomia azoknál indokolt, akiknél retroperitonealis metasztázist mutattak ki. A heredaganatok a ciszplatin alkalmazása óta jól gyógyíthatók, de a tumor megjelenése, észlelése és az orvosnál való jelentkezésig eltelt idő, valamint a tumor kiterjedése nagyban befolyásolja a műtétet követő terápiát, a recidívalehetőséget és a túlélést is. Sajnos még mindig előfordul, hogy a betegek egy- vagy kétökölnyi heredaganattal jelentkeznek először orvosnál.

Penisdaganatok

Magyarországon évente kevesebb mint 100 penisdaganatos beteget operálunk. A penisdaganatokat manapság is elsősorban a személyi higiéniával, illetve a phymosissal hozzák összefüggésbe. A makk különböző gyulladásai, illetve precancerosis állapotai differenciáldiagnosztikai szempontból nem jelentenek könnyű feladatot a bőrgyógyásznak vagy urológusnak. A nem gyógyuló, kifehélyesedő, bűzös seb, amely leggyakrabban a makkon, a sulcus coronariusban észlelhető, laphámrákra gyanús. A biopszia eldönti a betegség természetét.

A penisdaganatok kezelése elsősorban sebészi. Csak egészen kezdeti, felületes daganat esetén alkalmazható lézerkezelés, egyebekben a sebészi beavatkozás lényege – a tumorstádiumtól függően – a makk reszekciója, a penis partialis reszekciója, a penis teljes eltávolítása. Sajnos a tumor korán ad az inguinalis hajlatban nyirokcsomó áttéteket, előrehaladott daganatok esetében lymphadenectomiát is kell végezni. Szükség esetén adjuváns sugár- és kemoterápia végzendő. A penisdaganatokra is igazak a heredaganatokkal kapcsolatban mondottak: a lokális daganatok meggyógyíthatók, az ökölnyi, bűzös, nekrotizálódott folyamatok meggyógyítása lehetetlen.

Összegzés

Az urológiai daganatok megelőzésének egyik módja az 50 év felettiek évenkénti urológiai vizsgálata. Ez magában foglalja a rectalis digitális vizsgálatot, a hasi ultrahangvizsgálatot, így felismerhetővé válhat a prostata-,

hólyag- és veserák. A vizeleti panaszok, a tapintási lelet alapján indokolt lehet a PSA-vizsgálat is. Haematuria esetén mindig daganatra kell elsőként gondolni, és további vizsgálatokkal kell azt bizonyítani vagy kizárni. A külső nemi szervek mindenféle anatómiai változása, rendellenessége urológiai vizsgálatot igényel (18).

IRODALOM

1. Otto Sz. A hazai „népegészségügyi szűrővizsgálatok” programjának epidemiológiai indoklása. *Orv Hetil* 2003;144:2347-51.
2. Romics I. A prosztatarak. *Hippocrates* 2002;4:280-3.
3. Romics I. A PSA jelentősége a prosztatarak diagnosztikájában és szűrésében. *Praxis* 1996;5:51-2.
4. Bánfi G, Kiss F, Kádár A, Romics I. A prosztataspecifikus antigénszint meghatározásának első öt éve során szerzett tapasztalataink összefoglalása. *Magy Onkol* 2003;47;2:165-8.
5. Schmid H, Prikler L, Sturgeon CM, Semjonow A. Diagnosis of Prostate Cancer – The clinical use of prostate specific antigen. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(1):3-8.
6. Romics I, Goepel M. A prosztatarak diagnosztikája és terápiája. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1995.
7. Bolla M. Treatment of localised or locally advanced prostate cancer: The clinical use of radiotherapy. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(1):23-31.
8. Anderson J. Treatment of prostate cancer – The role of primary hormonal therapy. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(1):32-9.
9. Soad F, Schulman CC. Role of bisphosphonates in prostate cancer. *Eur Urol* 2004;45:26-35.
10. Romics I, Goepel M. A hólyagdaganatok diagnosztikája és terápiája. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1993.
11. Volkmer BG, Gschwend JE, Maier SH, Seidl-Schlick EM, Bach D, Romics I. T2a transitional cell carcinoma of the bladder: long-term experience with intravesical immunoprophylaxis with bacillus Calmette-guerin. *J Urol* 2003;169;3:931-5.
12. van der Heijden AG, Witjes JA. Intravesical chemotherapy: an update – New trends and perspectives. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(2):71-9.
13. Engert ZV, Végh A. Sigma-rectum-pouch a hólyagtumor sebészetében. *Magy Urol* 2002;24(4):313-20.
14. Sternberg CN. Metastatic bladder cancer: role of chemotherapy and new agents. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(2):108-17.
15. Romics I, Goepel M. A here- és vesedaganatok diagnosztikája és terápiája. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1998.
16. Szendrői A, Székely E, Riesz P, Romics I. Vesedaganat kezelése klinikánkon (1997–2003). *Magy Urol* 2003;15:247-52.
17. Whelan P. The medical treatment of metastatic renal cell cancer. *Eur Urol EAU Update Series* 2003;1(4):237-46.
18. Romics I, Kelemen Zs, Pajor L, Kisbenedek L. A hímvessző daganatai. Módszertani levél. *Magy Urol* 2003;15:224-32.



A MAGYAR TÜDŐGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 53. NAGYGYŰLÉSE

Időpont: 2004. június 3–6.

Helyszín: Debreceni Egyetem, Kassai úti campus

Tudományos szervező: dr. Szilasi Mária, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Tüdőklinika; 4004 Debrecen, Móricz Zsigmond krt. 22.

Telefon: (06-52) 414-222, fax: (06-52) 414-222.

E-mail: mszilasi@jaguar.dote.hu

Honlap: <http://www.tudogyogyasz.hu/>