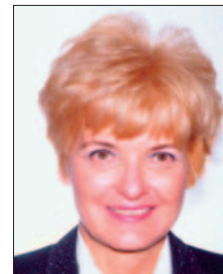




# FÓKUSZBAN AZ ONKOLÓGIAI BETEGSÉGEK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

*A téma szakértője:  
dr. Ésik Olga professzor,  
a Pécsi Tudományegyetem  
Onkoterápiás Intézetének  
vezetője*



**– Régen onkogén forrásként tartották számon az úgynevezett mateabusust, a bagórágást, illetve az extrém magas hőmérsékletű ételek fogyasztását, amelyek esetén gyakrabban alakultak ki szájüregi, gége- és garatdaganatok. Napjainkban milyen károsító tényezőkről bizonyították be, hogy hozzájárulhatnak az egyre gyakoribb szájüregi daganatok kifejlődéséhez?**

– A 12 leggyakoribb daganat, közöttük a fej-nyaki daganatok kialakulásának kockázati tényezőiről a közelmúltban egy részletes ismeretterjesztés jelent meg a Dunántúli Napló online kiadásában ([www.dunantulinaplo.hu](http://www.dunantulinaplo.hu)), s ugyanezen írások a honlapomról ([www.esik-olga.hu](http://www.esik-olga.hu)) is elérhetők. A kérdésben említett három kóros tényező közül kettőnek, a bagórágásnak és az extrém magas hőmérsékletű ételek fogyasztásának lényegesen kisebb szerepe a hazai fej-nyaki daganatos betegségek kialakulásában, mint például a távol-keleti országokban.

A magyarországi fej-nyaki rákok kockázati tényezői a külső körülményekkel kapcsolatosak, a betegség előidézésében az öröklődésnek alig van szerepe. Kialakulásuk valószínűsége annál nagyobb, minél hosszabb időn át hatnak a külső rákkeltő tényezők, ezért – közvetett módon – az életkor számít fontos kockázati tényezőnek. A környezeti ártalmak közül a dohányfüstnek a legfontosabb

szerepe. Ugyancsak kockázatot jelent a marihuána füstje és az alkohol-fogyasztás. Hasonló hatása van a poros levegőnek, így megfelelő munkavédelmi rendszabályok hiányában fokozott kockázatot jelentenek a feldolgozó és papíripari (fűrészpor és egyéb kisméretű farészecskék), valamint a textilipari (szöveti szálak) munkahelyek. Egyes vírusok is rákkeltő hatásúak lehetnek, így a humán papillomavírus (magyarázza a mateabuszus kockázatonövelő hatását) vagy az Epstein–Barr-vírus. A vírusos eredetű daganatok nem dohányos és absztinens egyéneknél is felléphetnek. Ezek körlefolysa valamivel kedvezőbb, mint az alkohol, illetve dohányzás által előidézett eseteké. A nagyvárosok szennyezett levegője több ártalmas kémiai vegyület és a porszemcsék károsító hatása révén növeli a fej-nyaki rákok kockázatát. A családon belüli halmazott előfordulás nem örökletes tényezőkkal, hanem az életvezetési minta átvételével, illetve a passzív dohányzás kártékony hatásával magyarázható.

**– Léteznek-e olyan paraneoplasziás elváltozások – mint például a szájnyálkahártya leukoplakiás elváltozása –, amelyek esetén a gastrointestinalis rendszer rákos megbetegedésére kell gondolni?**

– A paraneoplasziás tünetek megjelenése előrehaladott gastrointestinalis da-

ganatot jelez. A családorvos számára nem az a cél, hogy ebben a stádiumban diagnosztizálja a daganatos megbetegedést, hanem az, hogy még tünetmentes állapotban gyanakodjon, és időben küldje vizsgálatra a beteget. Ehhez a legfontosabb kapaszkodó az adott egyén családi és személyes daganatos kórelőzménye. A gastrointestinalis daganatok mintegy 10%-ban örökletesek (részletek szintén a fent említett két honlapon olvashatók), s további kockázatot jelent, hogy az ilyen családokban az egymást követő generációk átveszik a helytelen életvezetési szokásokat. Alapvető elvárás a családorvossal szemben, hogy minden rosszindulatú daganatos egyén esetén gondoljon arra, hogy a család többi tagja is veszélyeztetett.

Az egyéni kórelőzmény is kockázatot jelent, ugyanis minden nyolcadik rosszindulatú daganatos betegben élte során kialakul legalább egy másik, az elsőtől független malignus daganat. Ez a következő tényezőkkel magyarázható: az első daganat keletkezését elősegítő genetikai (DNS-) instabilitás továbbra is érvényesül, a beteg nem változtat az első daganatra vezető, kifogásolható életvezetési szokásain, illetve azok már sokáig hatottak, így egy esetleges életmód-változtatás nem éri el a remélt kedvező hatást. A daganatos betegség kezelésére alkalmazott kemo- és sugárterápia is rákkeltő hatású lehet. Szerepet játszik az is, hogy a hatékony kezelések miatt



a betegek egyre gyakrabban túlélnek az első daganatos megbetegedésüket, s így esélyük van újabb tumor kialakulására.

A szájnyálkahártya leukoplakiás elváltozása inkább a fej-nyaki nyálkahártya eredetű tumorok rákmegelőző állapotának tartható, mintsem a gastrointestinalis daganatok előfutárának. Igen sok olyan jelenség van azonban, amelyek gastrointestinalis daganatra (is) utalnak, de ezen tünetek jelentősége a válasz elején említettekhez képest nagyságrenddel kisebb. Közülük néhányat – a veszélyeztetett lokalizációkkal együtt – felsorolok: migráló thrombophlebitis – pancreas; anaemia – colon; granulocytosis – gyomor, pancreas; proteinvesztő enteropathia – gyomor, colon, carcinoid; acanthosis nigricans – gyomor; keratosisok – gyomor, nyelöcső, anus. Ilyen tünetek észlelésekor a beteget részletesen ki kell vizsgálni.

#### **– Miért nevezzük a rosszindulatú daganatokat egységesen ráknak?**

– A rosszindulatú daganatoknak négy fő csoportja van: a hámeredetű daganatok, amelyeket ráknak nevezünk; a mesenchymalis eredetű daganatok – a sarcomák; a nyirok- és vérképzőszervi daganatok – a lymphomák, leukaemiák; és vannak az agydaganatok. A leggyakoribb daganattípus – a daganatok mintegy 90%-a – rák, ezért sokszor, helytelenül, ezt a kifejezést alkalmazzák valamennyi rosszindulatú daganatra.

#### **– Milyen mértékben járulnak hozzá az egyre szélesebb körben elérhető tumormarker-vizsgálatok a rosszindulatú daganat diagnózisához?**

– A rosszindulatú daganatos megbetegedések kórisméje szinte kivétel nélkül szövettani vizsgálaton alapul. A tumormarker-vizsgálatok a már kórismézett daganatok követésének eszközei: kimutatható velük a tumoros aktivitás vagy éppen a komplett remisszió.

**– A daganatterápia első vonalbeli gyógyszerei a kemoterápiás szerek. Melyek a leggyakrabban alkalmazott protokollok, és melyek az e szerekkel történő kezelések veszélyei, szövődményei?**

– Még a leggyakoribb kemoterápiás protokollok ismertetése is meghaladná a válaszadásra szánt terjedelmet, ezért inkább néhány gyakorlatban hasznosítható gondolatot adok közre. A kemoterápiát végző intézetekben alapvető fontosságú a megfelelő minőségű és részletességű betegtájékoztatók megírása. Ez rendkívül nagy munka, példaként említem, hogy a Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás Intézetében a daganatok lokalizációját alapul vevő kemo-, illetve sugárterápiás betegtájékoztatók és beleegyező nyilatkozatok összesített terjedelme mintegy száz oldal, amely egy-egy beteg számára négy-öt oldal áttanulmányozását jelenti (ehhez hasonló hosszúságúak a klinikai vizsgálatok betegtájékoztatói). Megfontolandó, hogy ezek a betegtájékoztatók hozzáférhetőek legyenek az onkológiai osztályokhoz tartozó földrajzi régiókban a családorvosok, illetve a betegek számára, például az osztályok honlapjain.

A specifikus szövődmények – például szív-, vesekárosítás, mucositis stb. – mellett a leggyakoribb mellékhatások a vérképtérítések (anaemia, neutropenia, thrombocytopenia), illetve azok következményei: vérzés, purpurák, fáradtság, lázas állapot, gyulladások stb. A tájékozott beteg e tünetek észlelésekor haladéktalanul jelentkezik családorvosánál, akinek azt kell eldöntenie, hogy szállítható állapotban van-e vagy sem. Ha igen, akkor a beteget azonnal el kell juttatni a kemoterápiát végző osztályra. Ha a szállítás kockázattal járna, akkor a legközelebbi kórházba kell utalni, ahonnan az állapot stabilizálódása után a kemoterápiát végző intézet mindig átveszi a cytopeniás beteget.

#### **– Mivel járulhat hozzá a házi orvos az otthonából kemoterápiás kezelésre járó beteg állapotának jobbá tételéhez?**

– Szakorvosi javaslatra a zárójelentésen szereplő kérések, javaslatok betartásával, például: vérképellenőrzés rendszeres megszervezése, vitaminok és egyéb gyógyszerek felírása, diagnosztikai vizsgálatok megszervezése stb.

**– Van-e létjogosultsága a hyperthermiának a daganatok terápiájában? Ha igen, mely tumoros betegségek kezelésénél alkalmazható?**

– A hyperthermia klinikai kipróbálás alatt álló kezelés, amely hazánkban etikai engedéllyel folytatható. Nagyon lényeges a „klinikai kipróbálás” kifejezés használata, mert a betegben nem szabad azt a téves érzetet kelteni, mintha az adott eljárás értékét számos és jelentős bizonyító erejű tanulmány nyal már igazolták volna.

#### **– Milyen szekunder daganatok fordulnak elő a szájüregben?**

– A környezeti ártalmak közvetlen területi hatása miatt a fej-nyaki daganatok gyakran többgócúak, illetve az első daganat eredményes gyógyítását követően újabb daganatok keletkezhetnek. Az onkológiai kezelések daganatos kockázatot növelő hatására szemléltető példa a fiatalkori orrgaratdaganatot túlélő betegekben a besugárzási mezőben évtizedekkel később kialakuló sarcomák.

#### **– Közismert tény, hogy a radioaktív sugárzás daganatos betegségeket indukálhat. A daganatok radioterápiája során nem kell ezzel a veszéllyel számolni?**

– A sugárzás daganatkeltési kockázatát eddig legrészletesebben az atombomba-támadást túlélők körében tanulmányozták. Az évtizedeken át követett népességcsoportban azt találták, hogy két daganat – a krónikus lymphoid leukaemia és a végbéldaganat – kivételével valamennyi tumor keletkezésének kockázata megnőtt a sugárzás által érintett populációban. Az utóbbi évtizedekben az újabb megfigyelések alapján viszont már azt mondhatjuk, hogy valamennyi daganat keletkezésének kockázatát növeli a sugárzás.

Az egyik korábbi kivétel a rectumdaganat volt, de a nemzetközi publikációk e daganat kockázatának növekedéséről számolnak be olyan betegek esetében, akik megelőzően jó kórjóslatú prostata-, here-, méhnyak- és méhtestdaganat miatt évtized(ek)kel korábban sugárkezelést kaptak. E tanulmányok bizonyító erejének szemléltetésére csupán egy adatot említek meg: 1988-ban 150 000, korábban méhnyakrák miatt sugárkezelt betegre vonatkozóan bizonyították be, hogy a sugárzás fokozta a rectumdaganat kockázatát



(természetesen valamennyi többi kismencedei daganat kockázata is nőtt). A radiogén rectumdaganatokra vonatkozó korábbi és újabb megfigyelések látványosan ellentmondását az magyarázza, hogy az atomtámadást túlélők esetében a végbél régiója lényegesen kisebb sugárterhelést kapott, mint a 70 Gy körüli értékkel besugarazott prostatatumoros vagy a nagy dózisteljesítményű brachytherapiával kezelt nőgyógyászati daganatos betegek rectuma. Ezek az ismert evidenciák önmagukban is arra intenek, hogy kerülni kell a fiatal, tumoros betegek esetében a jó kórjóslatú, korai daganatok kezelésénél a felesleges sugárterhelést, mivel megelőzhetik a következő (radiogén) daganatok keletkezését. Ezek a tumorkok általában agresszívbak és a korábbi sugárkezelések miatt esetleg nem is kezelhetők megfelelően.

A másik vitatott daganat, a krónikus lymphoid leukaemia előfordulásának nagyobb kockázatát szintén megfigyelték az ionizáló sugárzásnak kitett egészséges populációkban és betegekben, tehát mai tudásunk szerint nincs olyan daganat, amelynek keletkezésében a sugárzás ne játszhatna szerepet.

A kérdés egy igen fontos sugárvédelmi koncepció kiteljesedésére hívja fel a figyelmet. Az ALARA- (as low as reasonably achievable) elvet, amely a legalacsonyabb sugárterhelés közelítését fogalmazza meg, kiterjesztették a sugárveszélyes munkahelyen dolgozóakra, majd az átlagnépességre, ezt követően pedig a diagnosztikai beavatkozásokra kerülő betegekre is. A legnagyobb áttörés 2004-ben következett be, amikor először vetették fel, hogy ezt az elvet a rosszindulatú daganatos betegek kezelésénél is alkalmazni kell. Tehát nem lehet tovább érvényes az a régi koncepció, hogy a potenciálisan halálos rosszindulatú daganatos betegnél nincs dóziskorlát, hiszen a sugárvédelem ALARA-elvét alkalmazni kell a jó kórjóslatú betegségek kezelésénél.

**– Egyre többen foglalkoznak a környezeti ártalmak és daganatos megbetegedések közti kapcsolattal. Léteznek-e a daganat kialakulása szempontjából veszélyes területek, övezetek globálisan, illetve hazai viszonylatban? Ha igen, ismerjük-e ezeket, és mit tesz ezzel kapcsolatban az egészségügy?**

– A daganatkeletkezés szempontjából a döntő kockázati tényezők a környezeti ártalmak, amelyek jelen lehetnek a levegőben, vízben, élelemben. Minden olyan vidéken, ahol a levegő és a víz szennyeződése az átlagosnál nagyobb, növekszik a daganatos betegségek kockázata. Ugyanez érvényes az élelmiszerekre is, azzal a megjegyzéssel, hogy még mindig nem ismerünk minden olyan rákkeltő anyagot, amely az ételünkben, italunkban előfordulhat. A környezetvédelem kérdései ilyen módon meghatározóvá válnak a földgolyón és megoldásuk egyre nagyobb, illetve költségesebb kormányzati erőfeszítéseket igényel.

**– A per os, intravénásan, illetve intramuscularisan adott gyógyszeres, valamint a transdermalis tapasz nyújtotta fájdalomcsillapítás mellett milyen módszer van még a rosszindulatú daganatok okozta fájdalom mérséklésére, megszüntetésére? Melyeket alkalmazhatja a háziorvos, és hol szerezhet jártasságot?**

– Ha a fájdalom aktív onkológiai tendőt igényel (például csontfájdalom: sugárterápia, biszfoszfonátok stb.), akkor a beteget onkológiai osztályra kell utalni. Az aktív onkológiai beavatkozást nem igénylő, gyógyszeresen refrakter fájdalom kezelése speciális fájdalomambulanciák feladata, tehát az ilyen tünetektől szenvedő betegeket célszerű oda beutalni.

**– A transdermalis tapasz mellé, ha szükséges, mi módon és milyen hatáserősségű más analgetikumok, mint például a nem szteroid gyulladásgátlók vagy kábító fájdalomcsillapítók adhatók?**

– Az erős opiátok kombinálhatók gyenge opiátokkal (codein, hydrocodin, tramadol), nem opiátokkal (acetilszalicilsav, paracetamol, nem szteroid gyulladáscsökkentők) és egyéb szerekkel (antidepresszánsok, anti-epileptikumok, kortikoszteroidok, izomrelaxánsok és helyi érzéstelenítők). természetesen a gyógyszer-kölcsönhatásokat szigorúan figyelembe kell venni.

**– Hol a helye az antioxidánsoknak a daganatos betegek kezelésében? Mi-**

**kor ajánljuk ezeket, hogy a tumoros beteg a legtöbbet profitálja?**

– Az antioxidánsoknak nincs bizonyított daganatgátló hatásuk. Alkalmazásukat az étrendkiegészítőkkel kapcsolatos elvek szerint tanácsos folytatni.

**– Milyen pszichoterápiás módszereket alkalmazhat a háziorvos a daganatos betegek gondozása során? Hol szerezhet ebben gyakorlatot?**

– Nagyon fontos kérdés a daganatos betegek és hozzátartozóinak pszichológiai vezetése. Ezen a téren a továbbképzéseket a Magyar Pszichoonkológiai Társaság, illetve a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület szervezi.

**– A daganatos malnutritio kezelésében milyen megoldásokat, táplálék-kiegészítőket, roborálószerket alkalmazzon a háziorvos?**

– Enteralis (per os, szonda, percutan endoszkópos gastrotoma –PEG vagy percutan endoszkópos jejunostoma – PEJ) táplálás (Nutridrink, Ensure, Peptison) mellett szakorvos javaslatára megestrolum aceticum rendelhető.

**– Van-e helye olyan gyógyhatású készítményeknek, mint az Avemar vagy a Béres-csepp az onkológiai gyakorlatban? Ismerjük-e a hatásmechanizmusukat?**

– Az Avemarnak és a Béres-cseppnek nincs bizonyított daganatgátló hatása. Alkalmazásukat az étrendkiegészítőkkel kapcsolatos elvek szerint tanácsos folytatni.

**– Három éve colorectalis carcinoma, majd egy évvel később mechanikus ileus miatt operált betegem kontrollvizsgálatai negatívak. Jelenleg is – és ez az első sugárkezelés óta fennálló probléma – napi 10–15 székletürítése van, amely életvitelében erősen meghatározó. Panaszai többszörös gasztroenterológiai oknyomozó kivizsgálást követően sem változtak lényegesen. Jelenleg körülbelül fél éve akupunktúrás kezelésre jár. Ez idő óta kezdte lassan visszanyerni súlyát, azonban a székletürítés gyakorisága napi 10-nél most sem kevesebb. Mivel lehetne segíteni betegemnek?**



– A beteg esetében két lehetőséggel lehet számolni. Az egyik szerint a hasmenés carcinoid szindróma részjelensége, vagyis a betegnek a colrectalis daganata mellett valahol carcinoidja vagy esetleg medullaris pajzsmirigyrákja van. Ezeket a kórképeket célirányos kivizsgálással azonosítani lehet.

A másik lehetőség a sugárkezelés mellékhatásaként jelentkező radiogén colitis, enteritis, ugyanis ennek fontos tünete a gyakori székletürítés. Az elváltozásnak jellegzetes nyálkahártyaképe van, a hajdani besugárzási mezőben helyezkedik el, és meglete endoszkópos vékonybél-, illetve vastagbélvizsgálattal igazolható. A mellékhatás a legjobb besugárzási technika mellett is előfordul, ugyanis a népesség 5%-a különösen (további 10% pedig mérsékelten) sugárérzékeny. Mivel egyelőre nem rutineljárás az individuális sugárérzékenység meghatározása (költséges, de akár holnaptól bevezethető lenne), ezért nincs mód a fokozottan sugárérzékeny személyek kezelés előtti kiemelésére, és így számukra alternatív gyógymódok felajánlására.

A fokozottan sugárérzékeny egyének egy részét csak akkor tudjuk a sugárkezelés előtt azonosítani, ha olyan társbetegségük van, amely bizonyítottan fokozott sugárérzékenységgel jár. Ezek közül néhány gyakrabban előfordul: immunológiai betegségek (elsősorban a szisztémás lupus erythematosus, dermatomyositis és scleroderma), bélgyulladások (colitis ulcerosa, Crohn-betegség), öröklődő kórképek (xeroderma pigmentosum, ataxia teleangiectasia, Fanconi-anaemia, Down-kór, Gardner-szindróma). Fokozzák a sugárérzékenységet az ér-betegségek is, például a diabetes mellitus, az érlemezésedés, a hypertonia. Mivel az előző okokkal nem magyarázható, fokozott sugárérzékenység öröklődik, ezért a kifogástalanul elvégzett sugárterápia ellenére radiogén mellékhatást elszenvedő betegek hozzátartozói is veszélyeztetettek. A Nemzeti Rákkontroll Program 2006-ban meghirdette, hogy a sugárterápiás osztályokon részlegeket kell kialakítani a betegek sugárbiológiai vizsgálata érdekében. Az első ilyen részleget ez év februárjában a Pécsi Tudományegyetem hozta létre.

– **A megdöbbentő adatokat tartalmazó hazai rákincidenciára vonatkozó statisztikákban a tüdő-, illetve a vastagbél-carcinómák foglalják el a vezető pozíciókat. Mi a jelenlegi szakmai álláspont a megelőzés lehetőségeit illetően? Költséghatékonyak-e a lakosság (az 50 év feletti) szervezett szűrővizsgálata? Alkalmask-e a jelenleg használt metodikák a rák korai stádiumban történő felfedezésére? Hol történjen, és ki végezze (házi orvos, pulmonológus, illetve gastroenterológus) a szűrővizsgálatokat?**

– A tüdőrák legfontosabb kóroki tényezője a dohányzás, a béldaganatoké pedig a táplálkozás során bejutó vegyületek (a részleteket illetően a korábban említett két honlapra utalok). A tüdőrák szűrésére jelenleg nincs elismert költséghatékony módszer. Mivel az ernyőfényképszűrés sem az, ezért más utakat is keresnek a korai kórismézésre. Vizsgálatok folynak a legnagyobb kockázatnak kitett népesség – a 10–15 éve dohányzók – alacsony dózisteljesítményű CT-vel történő évenkénti szűrésével kapcsolatban, s a kezdeti eredmények biztatóak.

A vastagbél-daganatok szűrésére a székletből kimutatható emberi vér bizonyítottan költséghatékony eljárás. E szűrővizsgálati módszer hazai bevezetését az elkövetkező időszakban tervezik. Mindkét terület a szakirányú specialisták (tüdőgyógyászok és gastroenterológusok) kezébe való, hiszen a kiszűrt eseteket is ők fogják tovább vizsgálni.

– **Fiatal nőbetegem egyetlen panaszként a szülést követően kialakult napi két-három „laza” székürítését említette. Néhány hónappal későbbi kivizsgálása során a hasi ultrahang-, majd CT-vizsgálat is a köldök magasságában, a vena cava inferior előtt egy körülbelül 3 cm átmérőjű terimét igazolt. Az exploráció, illetve a szövettani vizsgálat a terminális ileumban lévő carcinoidot, az aorta menti nyirokcsomókban metasztatizist igazolt. Hemicolectomia és a paraaortális nyirokcsomók eltávolítását követően történt octreoidscan (szomatostatinreceptor-szcintigráfia) negatív eredményt adott, a vi-**

zeletlelet szerint nem volt bizonyítható fokozott 5-HIAA-ürítés. A beteg statusa és panaszai két év óta változatlanok, oki kezelésben nem részesül. Belgyógyászati zárójelentésében csak a háromhavonta szükséges kontrollvizsgálat említése szerepel. Nem kellene betegemet szomatostatininterápiában részesíteni? Nem indokolt-e endokrinológiai vagy onkológiai szakambulancián történő gondozásba vétele?

– A beteget elsősorban onkológiai szakambulancián lenne célszerű gondozásba venni. Ha a beteg a képpalkotó vizsgálatokkal tumor- és tünetmentes (például a széklete rendeződött), akkor csak további megfigyelése szükséges. Ha széklete nem rendeződött (hormonálisan aktív áttétre utal), vagy képpalkotó eljárással kimutatható metasztatizisai vannak, akkor azokat lehetőség szerint meg kell operálni. (Ha a laza székletürítések ellenére még dinamikus máj-MRI-vel sem sikerül metasztatizist kimutatni, akkor az apró, hypervascularizált májtátek keresése céljából angiográfia jön szóba.) Nem operálható daganatos gócek esetén diagnosztikus szomatostatin- és metiliodo-benzil-guanidin- (MIBG-) szcintigráfia végzendő, s nyomjelzőanyagfelvétel esetén célirányos radionuklidkezelés javallható. (Magyarországon van lehetőség MIBG-kezelésre, a szomatostatin-terápia egyelőre csak külföldön érhető el.) Ha a kiújuló daganat nem veszi fel a radionuklido(ka)t, akkor kemoterápia kísérelhető meg (FEM-protokoll, 5-fluorouracil+interferon, dacarbazin).

– **Májcirrhosis stádiumában lévő 68 éves férfi betegem hasának körfogata néhány hét alatt jelentősen nőtt. A hasi ultrahangvizsgálat igazolta az ascitést. A paracentesisserrel nyert mintából carcinosis peritonei derült ki. A primer daganatot azonban az igen részletes kivizsgálás sem tudta igazolni. Milyen kezelési protokoll lehet ilyenkor hatásos? Milyen mértékben javítható a túlélés az újabb forgalomba került citosztatikus kezeléssel?**

– Az adott klinikai kórkép olyan okkult primer tumorhoz kapcsolódhat, amelynek vezető áttétes tünete az



ascites keletkezés. Ha ez férfiban fordul elő, akkor első helyen pancreas-farokrák szokott a tünetegyüttes okaként szerepelni, amelyet a képalkotó eljárások megismétlésével és a CA19-9 tumormarker meghatározásával lehet bizonyítani vagy valószínűsíteni. Ha ugyanez a tünetegyüttes nőbetegnél jelentkezik, akkor petefészek-daganatra vagy azzal identikus szövettani szerkezetű hashártyatumorra kell gondolni. (A petefészekrákok néhány százaléka a hashártyáról, és nem a petefészekből indul ki.) Ilyen esetekben a CA125 tumormarker meghatá-

rozása segíthet a kórisme valószínűsítésében. Mindkét esetben a végső bizonyítást a szövettani mintavétel jelenti.

**– Milyen gyógyszerekkel ajánlott kezelni a panaszt nem okozó, szövettanilag in situ prostatacarcinomát? Milyen prognózis remélhető, milyen valószínűséggel gátolható meg a progresszió, a metasztázisok képződése?**

– A prostata intraepithelialis neoplasziája (PIN-je) legalább tíz évvel ko-

rábban kimutatható a későbbi prostatarákos betegekben. A high grade PIN-esetek 50%-a öt év alatt rákká fejlődik, s attól kezdve az adott daganatjellemzők szerint alakul a kórfolyása. A megelőzésre biztosan hatásos eljárás nincs, több tényezőt tesztelnek, például az étrend szelén- és E-vitamin-tartalmát. A PIN-es betegeknek érdemes kerülniük a prostatarák néhány ismert kockázatt növelő tényezőjét: a jelentős zsírtartalmú étrendet, illetve egyes nyomelemek (szelén) és vegyületek (A-, D-, E-vitamin) étrendi hiányát.

## VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

### JÚLIUS: PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGEK

Az elhízás, a diabetes, a hipertonia, a mozgásszegény életmód stb. külön-külön is, de együtt hatványozottan veszélyezteteti érrendszerünk épségét. Az érfal károsodása a vérkeringés romlásához, érelzáródáshoz, elhalásához vezet. A visszerek betegségei már fiatal korban esztétikai és komoly egészségügyi problémát jelentenek.

*A kérdésekre dr. Meskó Éva,  
a Flór Ferenc Kórház főorvosa válaszol.*

### AUGUSZTUS–SZEPTEMBER: DIABETOLÓGIA

Ez az egyre több embert sújtó „civilizációs” betegség állandó aktualitásánál fogva folyamatosan az érdeklődés homlokterében áll. Noha Háziorvosi Fórum rovatunk 2005 márciusában a diabétológiával indult, a téma fontossága miatt ismét teret biztosítunk az időközben felmerült kérdéseknek és válaszoknak.

*A kérdésekre dr. Jermendy György  
és dr. Winkler Gábor professzorok  
válaszolnak.*

### OKTÓBER: A PROSTATAHYPERTROPHIA

A vizeletelválasztás szerveit, valamint a férfi nemiszerveket érintő elváltozások – fertőző-, gyulladós-, daganatos- és kőképződéssel járó betegségek, férfi meddőség és erektilis diszfunkció – közül elsősorban a prostatahypertrophiára és differenciáldiagnózisára vonatkozó kérdéseket várunk olvasóinktól.

*A kérdésekre dr. Romics Imre professzor  
válaszol.*

*A kérdések beküldési határideje:  
július 31.*

*Kérdéseiket maximum 10 sorban,  
reflexióikat egy kéziratoldal  
terjedelemben fogalmazzák meg!  
A válaszok a felkért szakemberek  
egyéni szakmai tapasztalatát  
és véleményét tükrözik.*

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi  
címmel küldjék:  
DR. KRAMER IMRE

Postacím: Lege Artis Medicinae,  
1539 Budapest, Pf. 603.  
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu