

- rentiation from tumour using high frequency colour Doppler ultrasound. Br J Radiol 2001; 74: 965-967.
12. Horstman WG, Melson GL, Middleton WD, et al. Testicular tumours: findings with color Doppler US. Radiology 1992; 185: 733-737.
  13. Pákási M, Bajory Z, Varga R, et al. Endothelin-A receptor antagonism reduces torsion-induced aspermatogenesis and microcirculatory failure in the rat. Eur Surg Res 2002; 34 (Suppl 1): 41.
  14. Bajory Z, Varga R, Szabó A, et al. Boros eduction of torsion-induced aspermatogenesis and microcirculatory failury by endothelin-A receptor inhibition. Acta Physiologica Hungarica 2002; 89 (1-3): 66.
  15. Bajory Z, Szabó A, Varga R, et al. The role of endothelin-1 in the pathomechanism of torsion-induced microcirculatory injury and aspermatogenesis in the rat. British Journal of Urology 2004; 94 (Suppl 2): 17-22.

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC, Urológiai Klinika (igazgató: Flaskó Tibor dr.)

<sup>2</sup>Debrecen Városi Egészségügyi Szolgálat, Egészségügyi Járóbeteg Központ, Urológia, Debrecen (csoportvezető főorvos: Reszegi László dr.)

## Heretumort utánzó krónikus granulomatosus orchitis esete

Benyó Mátyás dr.<sup>1</sup>, Murányi Mihály dr.<sup>1</sup>, Berczi Csaba dr.<sup>1</sup>,  
Matolcsi Mária dr.<sup>2</sup>, Salah Morshed Ali dr.<sup>1</sup>, Varga Attila dr.<sup>1</sup>,  
Flaskó Tibor dr.<sup>1</sup>

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Az urológiai malignus daganatok 5%-a here neoplázia, amelyek nagyon jó eredménnyel gyógyíthatóak. Férfi betegünk heretumort utánzó krónikus granulomatosus orchitis esetének bemutatásával a diagnózis meghatározásának esetleges buktatóit, és a kezdeti terápia meghatározásának nehézségét kívánjuk demonstrálni az ide vonatkozó nemzetközi ajánlások áttekintésével.

### REPORT OF A CASE OF ORCHITIS IMITATING TESTICULAR MALIGNANCY

**SUMMARY:** Five percent of all urological cancer cases are represented by testicular tumors, which show excellent cure rates. The authors report a case of orchitis imitating testicular malignancy demonstrating the possible pitfalls and difficulties of the diagnosis and initial treatment and giving brief presentation of the international guidelines.

**KEY WORDS:** testicular cancer, testicular inflammation, tumor marker

A here malignus tumorai a férfiakat érintő rosszindulatú daganatos betegségek 1-1,5%-át, az urológiai neoplazmák 5%-át teszik ki (1). Az incidencia emelkedése országonként eltérő, a seminoma vonatkozásában viszont egyértelmű növekedést mutattak ki a fehér lakosság körében az USA-ban a '80-as, '90-es években (2). A csírasejt eredetű tumorok a here malignus kórképének domináns altípusai mintegy 90-95%-os arányt mutatva (1). Tiszta seminoma esetén az életkori csúcs a 4. évtizedre esik, míg a többi csírasejtes tumor a húszas-harmincas éveikben járó férfiakat érinti leggyakrabban. Genetikai eltérések a 12-es kromoszóma rövid karján mutatathatók ki a legtöbb esetben, de a p53 lókuszt változása is megfigyelhető az esetek 66%-ában (3). A lehetséges rizikótényezők közül kiemelendők: a here retenciója, infertilitás (tesztikuláris diszgenezis szindróma), Klinefelter-szindróma, pozitív családi anamnézis egyenesági rokonoknál, heretumor vagy tesztikuláris intraepithelialis neoplázia a másik herében (4).

A here malignus folyamatai nagyon jó eredménnyel gyógyíthatóak. A kulcstényező az időben felállított diagnózis, a betegség stádiumának meghatározása, és az



1. ábra: A beteg here scrotalis ultrahang képe

adekvát terápia alkalmazása, ami az esetek többségében semicastratiót követő (radio-,)

kemoterápiát és/vagy retroperitoneális nyirokcsomó blokkdisszekciót jelent (5).

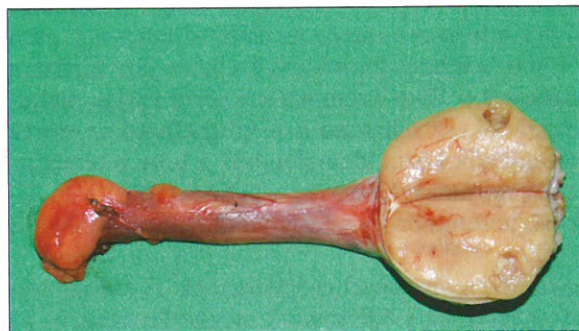
Esetünkkel a diagnózis felállításának esetleges buktatóit és a kezdeti terápia meghatározásának nehézségét kívánjuk demonstrálni.

### Esetismertetés

Az 52 éves férfi anamnézisében magas vérzsír értékek, valamint köszvény miatti kezelés, illetve bal oldali csípőprotézis-műtét szerepelnek. Urológiai anamnézisében a panaszok jelentkezése előtt 1 évvel bal oldali, majd jelentkezés előtt 1 hónappal jobb oldali mellékhere-gyulladás miatti kezelés volt kiemelendő. A gyulladás regressziója után észlelték a jobb oldali here felső pólusában észlelhető hypoechogén gócot.

Fizikális vizsgálata során diffúzan tömött, fájdalomtalan jobb oldali herét, eltérést nem mutató azonos oldali mellékherét és bal oldali scrotalis képleteket észleltünk. Ultrahangvizsgálattal a jobb oldali here felső pólusában egy 20 mm-es inhomogén, a herében több ponton elszórva 5-8 mm-es hypoechogén elváltozásokat észleltünk (1. ábra). A mért tumor markerek (AFP – alfa foetoprotein,  $\beta$ -hCG – humán chorion gonadotropin, LDH – laktát-dehidrogenáz) eltérést nem mutattak, PLAP (placentáris alkalikus foszfatáz) meghatározás nem történt. Mellkas-röntgenfelvétel tiszta tüdőket, hasi UH a vese magasságában, jobb oldalon paraaorticusan egy 2 cm-es nyirokcsomót jelzett.

A leletek alapján felmerült a heretumor lehetősége. A beteggel az esetét részletesen megbeszéltük, a kockázati lehetőségeket és a többgócúságot figyelembe véve közösen inguinális semicastratio mellett döntöttünk (2. ábra). A szövettani elemzés teljesen átépült hereállományt írt le megtartott parenchyma nélkül. Idülten lobos burokrendszeren belül fibrosis, masszív lympho-plasmocytás infiltráció mellett kis gócu abscedáció is megfigyelhető volt. A folyamat a here határait respektálta, a mellékherét nem érintette. A malignitást egyértelműen kizárták, a diagnózis „orchitis chronica granulomatosa partim abscedens” volt.



2. ábra: A here műtéti preparátuma (here, mellékhere és funiculus)

Posztoperatív szövődményt nem észleltünk, tesztoszteron szintje 22,89 nmol/l volt, spermaanalízis során agglutinációt, asthenozoo-, enyhe necrozoospermiát fedeztünk fel a 20 M/ml koncentrációjú mintában. A patológus felvetette a háttérben meghúzódó TBC vagy sarcoidosis lehetőségét, amit a vizelet Koch-tenyésztései, a tüdőgyógyászati konzílium és a mellkas CT nem erősített meg. A beteg a beavatkozás óta panaszmentes. Enyhe fokú, műtét előtt is fennálló erektilis diszfunkciója alacsony dózisu PDE5 (foszfodiaszteráz) gátló kezelésre jól reagál.

### Megbeszélés

A heretumorok esetén a leggyakoribb tünet a scrotalisan tapintható térfoglalás, amely az esetek 27%-ában társul lokális fájdalommal (1). A heretumorok 10%-a orchioepididymitist is utánozhat, ami az eredeti betegséget elfedve tévútra viheti a kezelő orvost, késleltetve ezáltal a diagnózis felállítását és a megfelelő terápiát. Porckemény elváltozást a scrotumban krónikus gyulladások maradványai mutathatnak, amelyek differenciáldiagnosztikájában az ultrahangos vizsgálat nyújt segítséget, gyakorlott diagnosztá kezében igen jó, majdnem 100%-os szenzitivitással (6). A here MR alkalmazása a magas költségek miatt inkább speciális esetekre tartandó fenn, rutinszerűen nem alkalmazandó (5).

A szérumban mérhető tumor markerek (AFP, a hCG és az LDH) a diagnózis felállítása mellett a stádium meghatározásban is kiemelt segítséget nyújtanak, azonban a heretumoros betegek kapcsán csak megközelítőleg 51%-ban mutatnak emelkedést. Az AFP az embrionális karcinómára, a  $\beta$ -hCG leginkább a choriocarcinómára jellemző. Utóbbi marker a seminomák 30%-ában is emelkedett lehet (7). LDH az áttétes betegség egyik fokmérőjeként ismert. A PLAP-nak opcionális lehetőségként az egykomponensű seminomás esetek utánkövetésében van jelentősége.

Bizonytalan elsődleges diagnózis esetén a jelzett elváltozást érintően inguinális behatolásból gyorsfagyasztott intraoperatív szövettani vizsgálat javasolt (5). Utóbbi diagnosztikai vizsgálatnak a szoliter, kis gócu intratesztikuláris folyamatok kapcsán kiemelt jelentősége, ugyanis ezek háttérben stromális heretumorok is állhatnak. Ezek két leggyakoribb formája a Leydig-sejtes és Sertoli-sejtes heretumor, amelyek az összes heretumor 1-3%-áért felelősek (8, 9). Ezen elváltozások gyakran társulnak hormonális eltérésekkel, mint emelkedett ösztrogén, ösztradiol és csökkent tesztoszteron szintekkel, valamint több esetben írtak le gynecomastiát is ezeknél a betegeknél (10). A Leydig- és Sertoli-sejt eredetű tumorok csak 10%-a malignus, éppen ezért fontos szervmegtartó beavatkozásra törekedni, főleg fiatalabb páciensek esetén, akiknél még a fertilitásnak kiemelt jelentősége van.

Bizonyított malignitás kapcsán here reszekciót elsősorban kétoldali elváltozások, szoliter here és a here maximum 30%-át érintő elváltozás esetén lehet végezni, bizonyos kockázatokkal (5).

A semicastratiót követő további kezelés meghatározásához elengedhetetlen a hasi és mellkasi szervek CT leképezése metasztázis keresés céljából (5).

### Következtetés

Esetünkkel kapcsolatban – az irodalmat áttekintve – az alábbi következtetésekre jutottunk. Betegünknel az MR-vizsgálat nem biztos, hogy érdemben állást tudott volna foglalni a malignitást illetően, de egy plusz diagnosztikai lehetőségként az

ilyen esetekben az idővesztés miatt megfontolandó. A referenciatartományon belüli markerek nem zárták ki a rosszindulatú elváltozás lehetőségét. Az UH által mutatott többgócú folyamat és a beteg életkora miatt a pácienssel egyetértésben herebiopsziától és szervkímélő műtéttől eltekintettünk. Malignitás hiányában utókezelésre nem volt szükség. Primer granulomatosus gyulladást (sarcoidosis, TBC) az elvégzett kivizsgálás kizárt.

Közleményünkben említett szempontokat érdemes megfontolni a tumornak imponáló herefolyamatok kivizsgálásánál és elsődleges kezelésénél.

#### Irodalom

1. *La Vecchia C, Bosetti C, Lucchini F, et al.* Cancer Mortality in Europe, 2000–2004, and an overview of trends since 1995. *Ann Oncol* 2010; 21 (6): 1323–1360.
2. *McGlynn KA, Devesa SS, Sigurdson AJ, et al.* Trends in the incidence of testicular germ cell tumor in the United States. *Cancer* 2003; 97 (1): 63–70.
3. *Kuczyk MA, Serth J, Bokemeyer C, et al.* Alterations of the p53 tumor suppressor gene in carcinoma in situ of the testis. *Cancer* 1996; 78 (9): 1958–1966.
4. *Dieckmann KP, Pichkmeier U.* The prevalence of familial testicular cancer: An analysis of two patient population and review of the literature. *Cancer* 1997; 80 (10): 1954–1960.
5. *European Association of Urology.* Guidelines on Testicular Cancer 2012. <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
6. *Besenyi R, Benyó M, Szegedi K, et al.* Scrotalis mimikri – hyalinus kalcifikáció a herezacskóban. *Magyar Urológia* 2010; 12 (3): 161–162.
7. *Javadpour N.* The role of biologic marker in testicular cancer. *Cancer* 1980; 45 (7): 1755–1761.
8. *Kim I, Young RH, Scully RE.* Leydig cell tumors of the testis. A clinicopathological analysis of 40 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1985; 9 (3): 177–192.
9. *Giglio M, Medica M, De Rose AF, et al.* Testicular Sertoli cell tumors and relative subtypes. Analysis of clinical and prognostic features. *Urol Int* 2003; 70 (3): 205–210.
10. *Mineur P, de Cooman S, Hustin J, et al.* Feminizing testicular Leydig cell tumor: hormonal profile before and after unilateral orchidectomy. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64 (4): 686–691.

## ESETISMERTETÉS

*Magyar Urológia, XXIV. évfolyam, 2. szám (2012)*

**Kaposi Mór Oktató Kórház, Urológia osztály, Kaposvár**  
(osztályvezető: Rákász István dr.)

### Rektumba és combba tört prosztatatólyog

*Porath Sharon dr., Nagy Dénes dr., Rákász István dr.*

**ÖSSZEFOGLALÁS:** A szerzők egy 62 éves cukorbeteg férfi combtályoggal komplikált, nem vizeltetett prosztatorektális fistulájának ritka esetét mutatják be, amely prosztatatólyog spontán átöréséből alakult ki. A diagnózist TRUS, rektoszkópia és MRI segítségével állították fel, amelyek a fistulát, és a bal comb mediális izomzatában kialakult, csuszamlásos tályogot igazoltak. A kezelés szigmoidosztómiából, a prosztatatólyog transzuretrális drenálásából, antibiotikumok célzottan történő adásából, a combtályog drenálással történő kitisztításából, és a kolosztoma zárásából állt.

#### PROSTATIC ABSCESS PENETRATION TO RECTUM AND LEFT LOWER LIMB – CASE REPORT

**SUMMARY:** The authors report a rare case of prostatic-rectal fistula due to spontaneous rupture of a prostatic abscess, complicated by lower limb abscess formation in a 62 year old male patient with diabetes mellitus. Diagnosis was made through TRUS, rectoscopy and eventually MRI, showing a prostatic-sigmoidal non-urinary fistula which was descended into left lower limb. The essence of the treatment were systemic antibiotics, transurethral drainage of the prostatic abscess, diverting sigmoidostomy, evacuation of the lower limb abscess, and finally closure of the colostomy.

**KEY WORDS:** prostate abscess, prostatic-rectal fistula

A prosztatatólyog a dűlmirigyen belüli gennyes beolvadás. A korszerű antibiotikumok kezelése miatt előfordulása ritkábbá vált. Emellett változott a kórokozó baktériumok fajtája, fejlődtek a képalkotó-vizsgálatok, a klinikai ellátás, ezek befolyásolták a lefolyást. A kezeletlen kis tályog esetleg felszívódhat, a nagyobb perforálhat a szomszédos szervekbe. Ilyen esetekben fistula alakulhat ki a végbél felé, ekkor a diagnózist nem könnyű felállítani. Sajtó esetünkben prosztatatólyog bélbetöréséről számolunk be, amit TRUS, valamint MRI segítségével diagnosztizáltunk és urológus-sebész együttműködésével eredményesen kezeltünk.

#### Betegismertetés

*A beteg elhúzódó lázas állapot, gennyvizelés, székrekedés miatt került a sürgősségi osztályra. Kórelőzményében felborult cukorbetegség, alfa-blokkolókkal kezelt jóindulatú prosztatamegnagyobbodás, valamint két éve tartó – és az utóbbi két hónapban rosszabbodott – székelési zavar szerepelt. Ezzel párhuzamosan, égő érzéssel járó*