

3. Nelson JB, Chen RN, Bishoff JT, et al. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection for clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular tumors. *Urology* 1999; 54: 1064–1067.
4. Rassweiler JJ, Frede T, Lenz E, et al. Laparoscopic radical retroperitoneal lymph node dissection for low-stage testis cancer. *Atlas of the Urol Clin North Am* 1999; 7 (2): 65–77.
6. Janetschek G, Hobisch A, Hörtl L, et al. Retroperitoneal lymphadenectomy for clinical stage I nonseminomatous testicular tumor: laparoscopy versus open surgery and impact of learning curve. *J Urol* 1996; 156: 89–94.
7. Holman E, Kovács G, Maróti Cs, et al. Hand assisted laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection for nonseminomatous testicular cancer. *J Endourol* 2005; 19 (Suppl 1): A261.
8. Flaskó T, Varga A, Tállai B, et al. Laparoszkoós műteteinkkel szerzett kezdeti tapasztalataink. *Magyar Urológia* 2003; 15: 195–202.
9. Finelli A, Moinzadeh A, Singh D, et al. Critique of laparoscopic lymphadenectomy in genitourinary oncology. *Urologic Oncology* 2004; 22: 246–255.
10. Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. Guidelines on testicular cancer. *Eur Urol* 2005; 48: 885–894.
11. Allaf ME, Bhayani SB, Link RE, et al. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection: duplication of open technique. *Urology* 2005; 65: 575–577.
12. LeBlanc E, Caty A, Dargent D, et al. Extraperitoneal laparoscopic para-aortic lymph node dissection for early stage nonseminomatous germ cell tumors of the testis with introduction of a nerve sparing technique: description and results. *J Urol* 2001; 165: 89–92.
13. Hsu THS, Su LM, Ong A. Anterior extraperitoneal approach to laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection: a novel technique. *J Urol* 2003; 169: 258–260.
14. Peschel R, Gettman MT, Neururer R, et al. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection: description of the nerve-sparing technique. *Urology* 2002; 60: 339–343.
15. Satoh M, Ito A, Kaiho Y, et al. Intraoperative, radio-guided sentinel lymph node mapping in laparoscopic lymph node dissection for stage I testicular carcinoma. *Cancer* 2005; 103: 2067–2072.
16. Janetschek G. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection. *Urol Clin North Am* 2001; 28:107–114.
17. Weissbach L, Boedefeld EA. Localization of solitary and multiple metastases in stage II nonseminomatous testis tumor as basis for a modified staging lymph node dissection in stage I. *J Urol* 1987; 138: 77–82.
18. Farkas L, Götz F, Pusztai Cs. Retroperitonealis lymphadenectomia korai és késői szövődésményei. *Magyar Urológia* 1996; 7: 143–147.
19. Holman E, Kovács G, Soós K, et al. Kézzel asszisztált laparoszkoós retroperitoneális lymphadenectomia nem-seminoma típusú heredaganatos betekben. *Magyar Urológia* 2003; 15: 38–45.
20. Hörtl L, Peschel R, Knapp R, et al. Primary lymphatic metastatic spread in testicular cancer occurs ventral to the lumbar vessels. *Urology* 2002; 59: 114–118.
21. Bhayani S, Ong A, Oh WK, et al. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection for clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular cancer: a long-term update. *Urology* 2003; 62: 324–347.
22. Steiner H, Peschel R, Janetschek G, et al. Long-term results of laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection: a single center 10-year experience. *Urology* 2004; 63: 550–555.

DEOEC, Urológiai Klinika, Debrecen (igazgató: Flaskó Tibor dr.)

## Radikális perinealis prostatectomiával szerzett tapasztalataink 350 eset kapcsán

Tóth Csaba dr., Berczi Csaba dr., Varga Attila dr., Tóth György dr., Tállai Béla dr., Flaskó Tibor dr.

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Szerzők a prosztatákarcinómás betegekben végzett perinealis radikális prostatectomiákkal szerzett tapasztalataikat ismertetik. A vizsgálatba az 1997. és 2006. között végzett 350 radikális perinealis prostatectomián átesett beteget vonták be. A betegek átlagos életkora 64 év volt. A műtét előtti átlagos PSA-koncentráció  $14,9 \pm 12,9$  ng/ml volt. A radikális perinealis prostatectomiákat követően a szövettani vizsgálat 268 esetben (76,5%) szervre lokalizált, 76 betegben (21,7%) pedig extraprostatikus terjedést mutató karcinómát igazolt. A prosztatabiopsziák Gleason-score-jának átlaga  $3,6 \pm 1,8$ , míg radikálisan eltávolított prostaták átlagos Gleason-score-ja  $4,3 \pm 2,0$  volt ( $p < 0,001$ ). A műtét során transzfúziót igénylő vérzés 4 betegben, rectumsérülés 13 alkalommal fordult elő. A korai posztoperatív időszakban haematómát 4 betegben, vizeletsípólyt 18 esetben, epididymitist 3 alkalommal, vizeletinkontinenciát 135 betegben észleltek. A betegek utánkövetése során 7 esetben (2%) diagnosztizáltak csontáttétet és 4 alkalommal (1,1%) lokális recidíva alakult ki a kismedencében. A műtétet követően adjuváns hormonális kezelést összesen 99 betegben, míg adjuváns sugárkezelést összesen 38 esetben alkalmaztak. Összegzésül a szerzők megállapítják, hogy radikális perinealis prostatectomia sikeresen és alacsony szövődésménnyel mellett alkalmazható a szervre lokalizált prostatatumoros betegek kezelésére. A már extraprostatikusan kiterjedt daganatos esetek elkerülésére célszerű a csak 20 ng/ml alatti PSA-értékek fennállásakor elvégezni radikális prostatectomiát.

### EXPERIENCES OF RADICAL PERINEAL PROSTATECTOMY IN 350 CASES

**SUMMARY:** The authors report their experience with perineal radical prostatectomy in patients with prostate cancer. 350 patients were enrolled into the study, who underwent radical prostatectomy from 1997 to 2006. The mean age of the patients was 64 years. The mean preoperative PSA concentration was  $14.9 \pm 12.9$  ng/ml. Histology demonstrated organ confined disease in 287 cases (75.6%), while extraprostatic tumorous infiltration was present in 76 patients (21.7%). The mean Gleason score of prostate biopsies was  $3.6 \pm 1.8$ , and it was  $4.3 \pm 2.0$  in the prostatectomy specimens. During the operation blood transfusion was necessary 4 cases, rectal injury occurred in 13 patients. Hematoma was diagnosed in 3 occasions, urinary fistule developed in 18 patients, epididymitis occurred in 3 cases, and incontinence was noticed in 135 patients in the early postoperative period. Bone metastasis was diagnosed in 7 cases (2%) and local recurrence occurred 4 patients (1.1%) during the follow-up period. Adjuvant hormonal therapy was administered in 99 patients, while adjuvant radiation treatment was performed in 38 cases. The authors conclude, that the perineal radical prostatectomy can be used successfully and with a low rate of complications for the treatment of clinically organ localised prostate cancer. This operation is indicated in patients with  $< 20$  ng/ml PSA level to avoid the extraprostatic tumor extension.

**KEY WORDS:** prostate cancer, radical prostatectomy, PSA

Hazánkban a daganatos megbetegedés okozta halálozásban a prosztatákarcinóma a 3-4. helyet foglalja el férfiakban. A prosztata specifikus antigén (PSA) meghatározásának széles körű elterjedésével a prosztatatumoros betegek számának növekedése figyelhető meg. A diagnosztikai eljárások javulásával egyre gyakoribb, hogy a prosztatákarcinóma korai, még szervre lokalizált stádiumban kerül felismerésre (1-5). Ilyenkor, a csak a prosztatára lokalizált daganat fennállásakor, radikális prostatectomia vagy sugárkezelés szükséges. Amennyiben a szervre lokalizált prosztatatumoros betegek várható élettartama több mint 10 év, akkor inkább a műtét javasolt, mert ez biztosítja a hosszabb távú túlélést (6). Sajnos azonban hazánkban a radikális prostatectomiák száma még mindig viszonylag alacsony és sokszor szervre lokalizált daganat esetében is hormonális kezelést alkalmaznak.

Magyarországon az első radikálisnak mondható prostatectomia elvégzése Noszkay nevéhez fűződik (7). Ezt követően az 1980-as években Diószeghy, Szüle és Wabrosch számoltak be radikális prostatectomiákról (8-10). Az 1990-es években Frang, Hübler, Pajor és Romics közzölték eredményeiket a prosztatatumorok radikális műtéteivel szerzett tapasztalataikról (11-14). Mindezek a közlemények azonban viszonylag kis esetszámú betegcsoportban történt vizsgálatokról számoltak be. 2004-ben Végh hazai viszonylatban igen nagy beteganyagon végzett radikális retropubikus prostatectomiák eredményeit ismertette (15). A vonatkozó irodalmat áttekintve láthatjuk, hogy Magyarországon nagyon kevés az olyan közlemény, amely nagy létszámú betegcsoportban végzett radikális prostatectomiákról számol be.

Jelen retrospektív vizsgálatunkban a radikális perinealis prostatectomiával 350 beteg műtete során szerzett tapasztalatainkat ismertetjük.

### Betegek és módszer

1997 és 2006 között 350 radikális perinealis prostatectomiát végeztünk a DEOEC Urológiai Klinikáján. A beteg átlagos életkora 64 év volt. Koruk 44-80 év között változott.

A preoperatív átlagos PSA-érték  $14,9 \pm 12,9$  ng/ml volt (1. táblázat). A szabad és a teljes PSA aránya  $0,10 \pm 0,16$  volt. A klinikánkon végzett PSA-meghatározás normálértéke PSA  $< 4$  ng/ml, s a vizsgálat „Roche Elecsys 2010 for free and total PSA” kitel történt.

A prosztatákarcinóma kimutatására transrectalis UH által vezérelt (Bruel and Kjel, Denmark), sextans prosztatabiopsziákat végeztünk. 14 esetben azonban a korábban elvégzett prosztata transurethralis reszekciójának szövettani vizsgálata mutatta ki a daganatot.

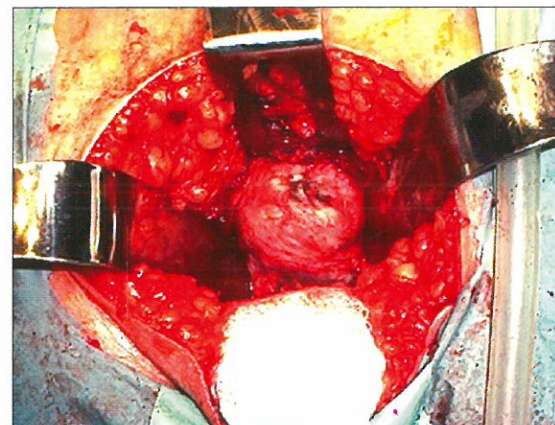
Az esetleges távoli áttétek diagnosztizálása céljából a műtét előtt mellkasröntgent, hasi UH-vizsgálatot készítettünk. Csontizotóp-vizsgálat 241 betegben történt. A

1. táblázat: Preoperatív PSA-koncentráció

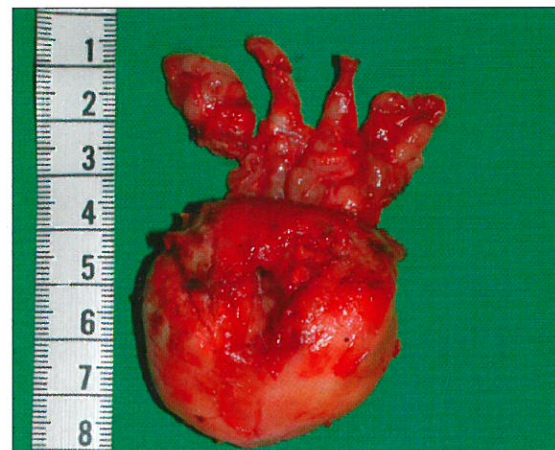
PSA (nmol/l)	n	%
0-4 között	21	6
4,1-10 alatt	134	39
10,1-20 között	99	28
20,1 felett	60	17
ismeretlen	36	10

csontszcintigráfia 28 alkalommal vetette fel szoliter áttét gyanúját, amelyet a röntgenvizsgálat nem erősített meg. A tervezett prostatectomia előtt az esetleges periprostaticus terjedés kimutatására 254 esetben kismencedei CT vagy MR vagy endorectalis MR-vizsgálatot végeztünk.

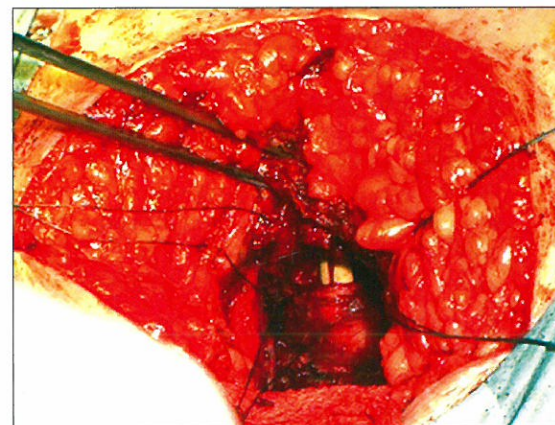
A radikális prostatectomia előtt 95 beteg kapott hormonális kezelést, amelynek ideje



1. ábra: A prosztata preparálása



2. ábra: Az ondóhólyagokkal együtt eltávolított prosztata



3. ábra: A húgycső és a hólyag között anasztomózis-készítés

1 hónap és 36 hónap között változott. A hormonkezelésben részesült betegek esetében a preoperatív PSA-értékeknel a hormonkezelés megkezdése előtti értékeket vettük figyelembe az átlagos PSA-koncentráció kiszámításakor.

Valamennyi esetben radikális perinealis prostatectomiát végeztünk, amelynek során a prosztatával együtt az ondóhólyagokat is eltávolítottuk.

A radikális perinealis prostatectomia technikája:

- a beteg háton fekszik, lábait felemelve lábtartókba helyezzük.
- A húgycsővön át a hólyagba Lowsley-retractort vezetünk be. Ezt követően a gáton a herezacskó és a végbélnyílás között felfelé domború ív alakú metszést ejtünk. Átvágjuk a centrum tendineumot és a végbelet a Denonvilliers-fascia mentén preparáljuk el a prosztata hátsó felszínétől. A prosztata hátsó felszínét szabaddá tesszük, és oldalsó felszíneit kissé mobilizáljuk. A húgycsövet a prosztata apexénél átvágjuk. Ezt követően a retractort eltávolítjuk, és a húgycsőbe katétert vezetünk be. A prosztata apexénél ki-preparáljuk a prosztata elülső falát, és az oldalait felszabadítjuk (1. ábra). Közben gondos vérzéscsillapítás történik. Ezután mindkét ondóhólyagot ki-preparáljuk. Az ondózsínórokat elektromos koagulálást követően átvágjuk. A prosztatát az ondóhólyagokkal együtt eltávolítjuk (2. ábra). Ismételt gondos vérzéscsillapítást végzünk. A

húgycső és a hólyag között 4 db csomós, az egész falat átöltő, felszívódó öltéssel készítünk anasztomózt, miközben a hólyagba katétert vezetünk be (3. ábra). A katéteren át 100 ml fiziológiás konyhasóoldattal töltéspróbát végzünk. A prosztata helyére drént helyezünk be, majd réteges sebzárást végzünk. A katétert általában a műtétet követően 10. napon távolítjuk el, amennyiben a cisztográfia nem mutat extravasatumot.

A klinikánkon operált betegek közül 150-160 beteg műtét előtti kivizsgálása nem intézetünkben történt, s a radikális perinealis prostatectomiát követően 112 beteg utánkötése sem klinikánkon történt. A többi esetben a betegek utánkötése részben vagy teljesen intézetünkben történt.

Az eredmények átlagértékei mellett a standard deviációt ( $\pm$ ) adtuk meg. A statisztikai vizsgálatokat kétmintás t-próbával értékeltük. A  $p < 0,05$  értékeket tekintettük szignifikánsnak. A korreláció vizsgálata során a Pearson-féle korrelációs koefficiens határoztuk meg.

### Eredmények

A radikális perinealis prostatectomiákat követően a szövettani vizsgálat 268 esetben (76,5%) szervre lokalizált, 76 betegben (21,7%) pedig periprostaticus terjedést mutató tumort igazolt. Hat alkalommal a szövettan nem tudott egyértelműen állást foglalni, mert a nagy, daganatos prosztata több darabban volt eltávolítva.

Azokban a betegekben, akikben a műtét előtti PSA-szint 10 ng/ml alatt volt, a szövettani vizsgálat 91%-ban, míg a 20 ng/ml alatti PSA-értékeknél 83%-ban mutatott szervre lokalizált daganatot. Azokban az esetekben viszont, akikben a PSA-szint 20 ng/ml felett volt, a szövettan csak 51%-ban mutatott prosztatára lokalizált karcinómát.

A prosztatabiopsziák Gleason-score-jának átlaga  $3,6 \pm 1,8$ , míg radikálisan eltávolított prosztaták átlagos Gleason-score-ja  $4,3 \pm 2,0$  volt ( $p < 0,001$ ) (2. táblázat).

A daganat periprostaticus terjedése a műtét előtti PSA-értékkel  $r = 0,310$  korrelációt, a prosztatabiopszia Gleason-score-jával  $r = 0,191$  korrelációt, míg a prostatectomiás anyag Gleason-score-jával  $r = 0,315$  korrelációt mutatott.

2. táblázat: A prosztatabiopsziák és a radikálisan eltávolított prosztaták Gleason-score értéke

	Biopszia (n)	Prostatectomia (n)
G2	110	77
G3	63	63
G4	48	50
G5	25	41
G6	20	33
G7	20	23
G8	2	16
G9	6	12
G10	2	2
Gx	54	31

G Gleason-score, Gx Gleason-score ismeretlen

A műtét során transzfúziót igénylő nagyobb vérzés 4 betegben (1,1%) volt. A műtétet követően 4 betegben (1,1%) észleltünk haematómát, amelyek közül 2 spontán felszívódott, 2 esetben pedig újabb műtétre került sor. A perinealis prostatectomia alkalmával 13 esetben (3,7%) fordult elő recitumsérülés, amelyeket az operáció során eláztunk. Közülük 2 betegben alakult ki stercoralis sipoly, amelyeket egy későbbi műtét során szüntettünk meg. Hólyagnyak-sérülés 5 esetben (1,4%) volt, amelyeket intraoperatív módon elláztunk. A húgycső-hólyag anasztomózis elégtelenségéből származó vizeletsipolyt 18 betegben (5,1%) észleltünk. Ezek a katéter-visszahelyezést követően 2-6 hét alatt megszűntek. A korai posztoperatív

időszakban epididymitis 3 betegben (0,8%) lépett fel, amely konzervatív kezelésre gyógyult. A műtétet követő korai időszakban inkontinencia 135 esetben (38%) fordult elő. Az utánkötés alatt 7 betegben (2%) húgycsőszűkületet észleltünk, amely miatt 4 esetben végeztünk urethrotomia internát.

Az utánkötés során a csontszcintigráfia 7 esetben (2%) mutatott csontáttéteket és 4 esetben (1,1%) lokális recidíva alakult ki a kismedencében. Esetükben irradiációt, hormonkezelést és a csontáttétek előfordulásakor ezeken kívül még biszfoszfonát terápiát alkalmaztunk.

A műtétet követően adjuváns hormonális kezelést összesen 99 betegben és adjuváns sugárkezelést összesen 38 esetben alkalmaztunk. A vizsgált időtartam alatt 6 beteg exitált.

### Megbeszélés

A prosztatacarcinómás betegek esetében a helyes kezelési mód eldöntéséhez elengedhetetlenek a megfelelő staging vizsgálatok a tumor kiterjedtségének meghatározására. Ez magában foglalja egyrészt a daganat helyi kiterjedtségének, másrészt a távoli áttétek jelenlétének vizsgálatát. A prosztatatumor távoli áttéte az esetek döntő többségében a csontokban jelentkezik, s ennek jelenléte a csontizotóp-vizsgálattal igazolható vagy kizárható.

A daganat helyi kiterjedtsége azonban jelenleg a különböző radiológiai módszerekkel nem egyértelműen ítéhető meg (16-18). Egyes szerzők szerint ugyan a különböző radiológiai vizsgálóeljárások kombinálása (pl. endorectalis UH és MRI vagy CT) növeli a szenzitivitást, mégis azonban a legtöbb intézetben a daganat helyi kiterjedtségének becsléséhez a már ismert prognosztikai faktorokat veszik figyelembe. Általánosan elfogadott nézet, hogy amennyiben a preoperatív PSA 20 ng/ml alatt és a biopszia Gleason-score értéke 7 alatt van, akkor a tumor nagy valószínűséggel szervre lokalizált (19-23).

Ezekben a szervre lokalizált daganatos betegekben a radikális prostatectomia a beteg végleges gyógyulását eredményezheti. A hazai urológia intézetek által végzett radikális prostatectomiák számát átnézve, arányait tekintve, ez még mindig jelentősen elmarad a nyugat-európai országokban végzett radikális prostatectomiák mennyiségétől.

Ebben több tényező játszhat szerepet. Egyrészt hazánkban nincs prosztatarák-szűrés és a társadalombiztosító csak a daganat gyanúja esetén támogatja a PSA-meghatározást. Ennek következtében kevesebb prosztatatumor kerül felismerésre és valószínűleg ezekben az esetekben kevesebb a korai stádiumú daganat. Másrészt viszont felmerül a kérdés, hogy a szervre lokalizált prosztatadaganatos betegek milyen hányada került műtétre vagy sugárkezelésre, illetve hormonális kezelésre. A radikális prostatectomiák alacsony számát tekintve valószínű, hogy a szervre lokalizált tumorkok jelentős részében is hormonális kezelést végeznek.

Összegzésül megállapíthatjuk, hogy az általunk végzett radikális műtétek során a szövődmények aránya alacsony volt és a 20 ng/ml alatti PSA-értékeknél a szövettani 83%-ban mutatott szervre lokalizált daganatot.

Fentiek miatt, amennyiben a PSA 20 ng/ml alatt van, és biopszia Gleason-score-ja  $\leq 7$ , valamint a csontizotóp-vizsgálat nem mutat áttétet, akkor az klinikailag szervre lokalizált tumornak tekinthető, és ha nincs egyéb kontraindikáció, akkor a radikális prostatectomia elvégzése javasolt.

1. Ito K, Raaijmakers R, Roobol M, et al. Prostate carcinoma detection and increased prostate-specific antigen levels after 4 years in Dutch and Japanese males who had no evidence of disease at initial screening. *Cancer* 2005; 103 (2): 242–50.
2. Haese A, Graefen M, Palisaar J, et al. Serum markers for early detection and staging of prostate cancer. Status report on current and future markers. *Urologe A* 2003; 42: 1172–87.
3. Schroder FH, Raaijmakers R, Postma R, et al. 4-year prostate specific antigen progression and diagnosis of prostate cancer in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, section Rotterdam. *J Urol* 2005; 174 (2): 489–94.
4. Stenman UH, Abrahamsson PA, Aus G, et al. Prognostic value of serum markers for prostate cancer. *Scand J Urol Nephrol* 2005; 216 (Suppl): 64–81.
5. Thompson IM, Bermejo C, Hernandez J, et al. Screening for prostate cancer: opportunities and challenges. *Surg Oncol Clin N Am* 2005; 14 (4): 747–60.
6. Pajor L, Kisbenedek L, Romics I. A prosztaták kezelése. Módszertani levél. *Magyar Urológia* 2003; 15: 46–56.
7. Noszkay A. A prosztaták. *Magyar Sebészet* 1953; 6: 281.
8. Diószeghy Gy. A perinealis prostatectomia. Dr. Pintér József: Prostata hyperplasia. Debrecen: Alföldi nyomda; 1980. p. 118–123.
9. Szüle E, Törzsök F, Koór S. A hólyagnyak-húgycsőcsomok egyesítésének húzatásos módszere, Millin szerinti radikális prostatectomiában. *Urol Nephrol Szle* 1985; 12: 221.
10. Wabrosch G, Szabó J. A retropubikus radikális prostatectomia jelentősége a prosztaták kezelésében. *Urol Nephrol Szle* 1980; 8: 229.
11. Frang D. Radikális prostatectomia és szövődményei. *Magyar Urológia* 1989; 1: 35–41.
12. Hübler J. Sikerek és balsikerek a prostata carcinoma gyógykezelésében. *Magyar Urológia* 1997; 9: 1–8.
13. Pajor L. Prostatatumor miatt végzett perinealis prostatovesicectomy. *Magyar Urológia* 1998; 10: 433–437.
14. Romics I, Bach D, Widmann T. Harmincöt radikális prostatectomiával nyert tapasztalatok: Preoperatív staging és korai szövődmények. *Magyar Urológia* 1992; 1: 283–287.
15. Végh A, Szabó J, Szepesváry Zs. Radikális prostatectomia a T1-T2 stádiumú prosztaták kezelésében. *Magyar Urológia* 2004; 16: 105–111.
16. Berczi Cs, Tóth Gy, Varga A, et al. A kismedencei CT-vizsgálat jelentősége a prostatacarcinomák preoperatív stádiumának meghatározásában. *Magyar Radiológia* 2004; 78: 230–5.
17. Cornud F, Oyen R. Role of imaging in the diagnosis and staging of prostatic adenocarcinomas. *J Radiol* 2002; 83: 863–80.
18. el Gabry EA, Halpern EJ, Strup SE, et al. Imaging prostate cancer: current and future applications. *Oncology (Huntingt)* 2001; 15: 325–36.
19. Purohit RS, Shinohary K, Meng MV, et al. Imaging clinically localized prostate cancer. *Urol Clin North Am* 2003; 30: 279–93.
20. Blute ML, Bergstralh EJ, Iocca A, et al. Use of Gleason score, prostate specific antigen, seminal vesicle and margin status to predict biochemical failure after radical prostatectomy. *J Urol* 2001; 165: 119–25.
21. Berczi Cs, Tóth Gy, Flaskó T, et al. A prostata specifikus antigén és a biopszia Gleason értékének jelentősége a prosztaták helyi kiterjedtségének megítélésében. *Magyar Urológia* 2004; 16: 137–142.
22. Partin AW, Kattan MW, Subong EN, et al. Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. *JAMA* 1997; 277: 1445–51.
23. Romics I, Pánovics J, Reisz P, et al. Radikális prostatectomiával szerzett tapasztalatok. *Orvostudományi Értesítő* 2004; 77 (4): 494–9.

DEOEC, Urológiai Klinika, Debrecen (igazgató: Flaskó Tibor dr.)

## Metachron vesedaganatok kezelésével szerzett tapasztalataink

Berczi Csaba dr., Tóth György dr., Tállai Béla dr., Morshed Ali Salah dr., Szűcs Miklós dr., Flaskó Tibor dr.

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Szerzők a radikális nephrectomiát követően az ellenoldali vesében észlelt daganatok kezelésével szerzett tapasztalataikat ismertetik. Az 1995. és 2005. között operált 604 vesekarcinómás betegből 13 betegben észleltek aszinkron tumort a másik vesében. Ezekben a betegekben az első műtét során radikális nephrectomia történt. Az aszinkron daganatok eltávolítása során, amennyiben erre lehetőség volt, vesemegtartó műtétet végeztek. Az első műtét során eltávolított daganat átlagos nagysága  $9,2 \pm 3,3$  cm, míg a második operáció alkalmával  $2,9 \pm 1,1$  cm volt. A metachron tumor kialakulásig eltelt idő átlagosan  $70 \pm 50$  hónap volt. Az utánkötés során lokális recidívát 2 betegben, míg távoli áttétet szintén 2 esetben észleltek. Az átlagos utánkötési idő  $118,2 \pm 41,6$  hónap volt, amely alatt 5 beteg halt meg. Az elsődleges műtéttől a progresszióig eltelt idő  $69,6 \pm 49,8$  hónap volt. A tumormentes túlélés  $94,5 \pm 57,7$  hónap, míg az átlagos túlélés  $104,3 \pm 51,1$  hónap. A metachron vesedaganatok eseteik során általában több mint 5 év után jelentkeztek. Kezelésük során, az onkológia elvek figyelembevételével, lehetőleg szervmegtartással járó daganateltávolításra kell törekedni.

### OUR EXPERIENCE WITH TREATMENT OF METACHRONOUS RENAL CANCER

**SUMMARY:** The authors report their experience with treatment of contra lateral asynchronous tumor after nephrectomy for kidney cancer. Metachronous tumor was diagnosed in the contra lateral kidney in 13 of 604 patients from 1995 to 2005. The primary operation was radical nephrectomy. During the operation for metachronous cancer in the contralateral kidney the authors tried to perform nephron sparing surgery. The mean diameter of tumor at the primary surgery was  $9.2 \pm 3.3$  cm, and it was  $2.9 \pm 1.1$  cm at the secondary operation. The mean time to develop metachron metastasis was  $70 \pm 50$  months. Local recurrence was detected in 2 cases and distant metastasis was diagnosed in 2 patients during the follow-up period. The mean follow-up time was  $118.2 \pm 41.6$  months. During this period five patients died. The time to progression was  $69.6 \pm 49.8$  months from the primary operation. The tumor free survival was  $94.5 \pm 57.7$  months and the average survival was  $104.3 \pm 51.1$  months. In the majority of the cases metachronous renal metastases occurred five years after the nephrectomy. In consideration with oncological principles, nephron sparing surgery is suggested for the treatment of metachronous metastases.

**KEY WORDS:** renal cancer, metachronous metastases nephron sparing surgery

A vesedaganat incidenciája a harmadik az urológiai tumorok között. Korábban a vesetumorok kezelésére hagyományosan a radikális nephrectomiát alkalmazták, míg a kemoterápia és a sugárkezelés szerepe erősen kétséges volt. Az utóbbi 20 évben azonban mind a lokalizált, mind a metasztatikus vesedaganatok terápiajában jelentős változások mentek végbe (8–11).