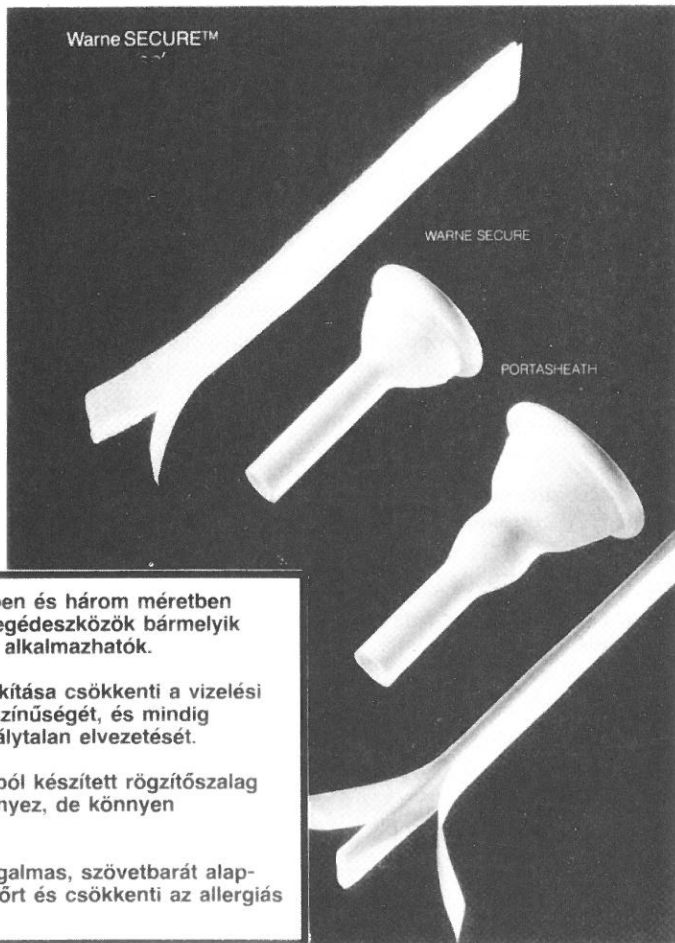


ÚJDONSÁG AZ OMKERTŐL

A húgycsőbe vezetett katéterek, ballonkatéterek és Foley-katéterek helyettesítésére szolgáló Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek

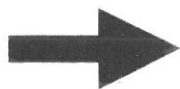


A két különböző kivitelben és három méretben kapható latex anyagú segédeszközök bármelyik vizeletgyűjtő zacskóhoz alkalmazhatók.

A katéter speciális kialakítása csökkenti a vizelési inger kiváltásának valószínűségét, és mindig biztosítja a vizelet akadálytalan elvezetését.

A különleges habanyagból készített rögzítőszalag biztos rögzítést eredményez, de könnyen eltávolítható.

A külső katéter lágy, rugalmas, szövetbarát alapanyaga nem irritálja a bőrt és csökkenti az allergiás reakció esélyét.



A Warne SECURE és PORTASHEATH külső katéterek megrendelhetők, megvásárolhatók az OMKER Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalatnál Budapest, VIII. Rezső u. 5-7. Telefon: 1125-882

Magyar Urológia VI. évfolyam 4. szám 251. oldal (1994)

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Urológiai Klinika
(igazgató: Pintér József dr.)

Tények és nyitott kérdések a prosztatatarák kezelésében

Nagy Attila dr., Fehér József Miklós dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A prosztatatarák gyakoriságára, a túlélésre és mortalitásra vonatkozó tények mellett a tumor növekedésével összefüggő adatok és prognosztikai tényezők kerülnek ismertetésre. A megfelelő kezelés megválasztását emellett a betegek életkora és az egyidejűleg fennálló egyéb megbetegedések befolyásolják. Különböző terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre a lokális és az előrehaladott daganatos betegség kezelésére. A prosztatatarák gyakoriságának növekedése ellenére ellentmondásos vélemények ismertek a szűrés értékéről, a legalkalmasabb stádium meghatározásáról és az ennek megfelelő kezelésről.

FACTS AND OPEN QUESTIONS IN THE TREATMENT OF PROSTATE CANCER

SUMMARY: Some common facts concerning incidence, survival and mortality of prostate cancer are summarised. The rate of tumour growth is rather variable. The approach to treatment is influenced by age and coexisting medical problems. Different modalities are available for the treatment of the localised and advanced neoplastic disease. Despite the increased incidence of prostate cancer, controversy still exists in regard to the value of screening, the most appropriate staging evaluation, and the optimal treatment for each stage of the disease.

Key words: prostatic neoplasms, carcinoma, prognostic factors, cancer screening.

A prosztatatarák főleg az idősebb férfiak betegsége, mely még előrehaladott esetekben is általában reagál a kezelésre, lokalizált esetekben pedig teljes gyógyulás is elérhető. Maga a tumor lehet igen lassan vagy mérsékelt gyorsasággal növekvő, egyes betegek 5 éven túl is élhetnek, még távoli metastasisokat, csontáttéteket adó esetekben is. Bár az átlagos életkor a diagnózis feállításának idején 72 év, számos beteg, főleg lokális tumor esetében a ráktól független betegségben hal meg anélkül, hogy lényeges szövődmény származna a daganatos alapbetegségből. A prosztatatarák a nyugati államok idős férfi lakosságában egyike a fő halálokoknak. Epidemiológiai tanulmányok azt mutatták, hogy e daganat gyakorisága továbbra is emelkedik (1). 1993-ban az Egyesült Államokban 165 000 esetben diagnosztizálták és 35 000 halt meg e betegségben (2). A prosztatatarák kifejlődésének a valószínűsége az átlagos populációban 11%, annak a valószínűsége, hogy a beteg emiatt hal meg, 3%. A előfordulási és halálozási arány, mely meglehetősen változó a világ különböző részein, 50 év alatt alacsony, ezután viszont jelentősen emelkedik. Az incidencia ráta gyorsabban emelkedik, mint a mortalitás, a kifinomultabb vizsgáló mód-

szerek és javuló kezelési lehetőségek miatt. Bizonyos fokig a csökkenő cardiovascularis mortalitási ráta is részt vehet a prosztatáráknak fő halálóki tényezővé válásában.

A prosztatárákos betegek 60–70%-ában a daganat előrehaladott stádiumban kerül felismerésre (3). Az érdeklődés előterében a kezelés szempontjából két dolog áll, az egyik a tumor kimutatása korai, kuratív stádiumban, a másik pedig új kezelési lehetőségek keresése az előrehaladott tumorok esetében.

Több mint 50 éve ismert, hogy az előrehaladott prosztatárák hormonálisan kezelhető, mely ma is egy meglévő terápiás lehetőség (4). Egyébként ennek ellenére a metastasist adó esetekben a folyamat 20–25%-ban nem reagál hormonkezelésre, és hasonló százalékos arányban válik hormonrezisztenssé a kezelés megkezdését követő 2 éven belül (5). Így további új terápiás megközelítések szükségesek a hormonfüggő és hormonrezisztens tumorsejtek növekedésének megállítására a túlélés javítása céljából (6). Számos szerző vizsgálta hormon és citotoxikus szer együttes adásának lehetőségét, ezek alkalmazását azonban az idős betegekben fellépő mellékhatások korlátozzák (7). A kezelés megválasztását befolyásolja az életkor és az egyidejűleg fennálló egyéb betegség. Figyelembe kell venni a különféle kezelési formák mellékhatásait a megfelelő beavatkozás kiválasztásához. Az ismeretek halmozódása ellenére a szűrés, a diagnózis és az egyes stádiumoknak megfelelő optimális kezelés összefüggései nem egyértelműek (8).

A prostata carcinomás betegek várható túlélése a tumor kiterjedésével arányos. Ha a daganat a dūlmirigyre lokalizált, akkor a betegség lehet kurábilis és az átlagos túlélés meghaladhatja az 5 évet. Ha a daganat már távoli szervekre is terjedt, kuratív kezelés nem végezhető. Az átlagos túlélés 1–3 év és a betegek többsége a prosztatárák miatt hal meg. Ennek ellenére e csoportban is vannak sok éven át kezelt betegek. Egyéb tényezők, melyek a prosztatárákos betegek életkilátásait befolyásolják és hasznosak lehetnek a terápiás döntés kialakításában, a következők: a tumor szöveti gradusa, a beteg életkora, egyéb betegségek megléte, a szérumsavanyú foszfatáz és a prostata specifikus antigén szintje (9, 10, 11). Számos tanulmányban szerepel, hogy a flow-citometriával kimutatott mag DNS-ploiditás vizsgálata prognosztikai tényező. Diploid tumoroknak kedvezőbb a kimenetele mint akár a tetraploid vagy aneuploidoknak. A flow-citometria, a hisztogramelemzés, a magmorfológia komputeres kiértékelése mind olyan technikák, melyek eszközül szolgálhatnak a prognózis meghatározásához.

Fiatalabb férfiak egyéb lényeges kísérőbetegség nélkül sokkal valószínűbb, hogy a prosztatárák miatt halnak meg, így ennek a végleges kezelése e betegcsoportnál még fontosabb. Az obstruktív tünetek megszüntetésére végzett előzetes transurethralis resectiónak szerepe lehet a tumor szóródásában. Multivariációs analízis a patológia-ilag osztályozott esetekben azt jelzi, hogy a TUR az eleve meglévő rossz prognózis miatt válik szükségessé és a progresszió nem a beavatkozásnak a következménye (12).

A szérumsavanyú foszfatáz szintjének emelkedése összefügg a rossz prognózissal mind a lokalizált, mind a disszeminált esetekben. A prostata specifikus antigén (PSA), ez a szervspecifikus marker, nagyobb érzékenységgű és szövetspecifikus (13, 14). Radikális prostatectomia után a kimutatható PSA-szint a lokális kezelés eredménytelenségét vagy áttétes betegséget jelez (15). Egyébként a betegek jelentős része emelkedett vagy emelkedő PSA-szinttel (a sebészi beavatkozás után) klinikailag

remisszióban maradhat. Ezért önmagában a PSA-emelkedés nem indokolja a kezelés megváltoztatását. Besugárzás után, emelkedett szérumsavanyú-PSA-szint jelentheti a kezelés elégtelenségét, de ugyanaz a helyzet, mint a radikális prostatectomiát követően észlelteknél (16). Kuratív célzatú besugárzás után a betegek 80%-ának volt emelkedett PSA-szintje. Ez – ha a PSA-szérumszint emelkedést a várható rosszabbodás kritériumának tekintjük – azt jelentené, hogy a kezelték nagy többségénél relapsus alakul ki a terápiás értékűnek tervezett irradiáció után. Hasonló a helyzet a prostata besugárzása után végzett biopsziák értékelésével, statisztikailag a kezelés elégtelenségét jósolják, de gondot okoz az irradiációs atípi és a valódi residualis rák szöveti elkülönítése. Egyes betegek tartós klinikai remisszióban lehetnek a bizonyítottan pozitív biopszia ellenére (17). Ezért csak szöveti anyagvétel eredményére nem épülhet terápiás döntés. Egyes vizsgálatokban a kezelés előtti PSA-szint fordítottan arányos a progressziómentes időszakokkal a hormonkezelésben részesülő áttéti prosztatárákos esetekben (11). Gyógyszeres kezelés után a szérumsavanyú-PSA-nak a kimutatható szint alá csökkenése információt adhat a várhatóan progressziómentes állapotról.

A tünetmentes férfiak szűrővizsgálata (rectalis digitális vizsgálat, PSA-meghatározás és/vagy rectalis ultrahangvizsgálat) a betegség megelőzése, ill. korai kezelése céljából ellentmondásos vélemények ütközőpontja. E vizsgálatoknak magas az állapozitivitása, költségesek. Felfedezhető olyan kezdeti stádiumban lévő daganatok, melyek nem veszélyeztetik a beteg életét, kezelést nem igényelnek (18, 19). Mindezek a tömeges szűrések ellen szólnak.

Irodalom

1. Silverberg, E., Lubera, J.: Cancer statistics. CA Cancer J. Clin. 1989; 39: 3–17.
2. Boring, C. C., Squires, T. S., Tong, T.: Cancer statistics. CA Cancer J. Clin. 1993; 43: 7–26.
3. Catalona, W. J., Scott, W. W.: Carcinoma of the prostate. In: Walsh P. C., Gittes, R. F., Perlmutter, A. D., Stamey, T. A., eds. Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders, 1986: 1463.
4. Huggins, C., Stevens, R. E., Hodges, C. V.: Studies on prostatic cancer: II. The effects of castration on advanced carcinoma of the prostate gland. Arch. Surg. 1941; 43: 209.
5. Resnick, M. I., Grayhack, J. T.: Treatment of stage IV carcinoma of the prostate. Urol. Clin. North. Am. 1978: 141.
6. Grayhack, J. T., Keeler, T. C., Kozlowski, J. M.: Carcinoma of the prostate. Cancer, 1987; 60: 589.
7. Gibbons, R. P.: Prostate cancer, chemotherapy. Cancer. 1987; 60: 586.
8. Garnick, M. B.: Prostate cancer: screening, diagnosis and management. Annals Int. Med. 1993; 118: 804–818.
9. Gittes, R. F.: Carcinoma of the prostate. New Engl. J. of Med. 1991; 324: 236–245.
10. Paulson, D. F., Moul, J. W., Walther, P. J.: Radical prostatectomy for clinical stage T1–2NOMO prostatic adenocarcinoma: long-term results. J. Urol. 1990; 144: 1180–1184.
11. Matzkin, H., Eber, P., Todd, B., et al.: Prognostic significance of changes in prostate-specific markers after endocrine treatment of stage D2 prostatic cancer. Cancer 1992; 70: 2302–2309.
12. Zelefsky, M. J., Whitmore, W. F., Leibel, S. A., et al.: Impact of transurethral resection on the long-term outcome of patients with prostatic carcinoma. J. Urol. 1993; 150: 1860–1864.
13. Stamey, T. A., Yang, N., Hay, A. R., et al.: Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. New Engl. J. Med. 1987; 317: 909–916.
14. Andriole, G. L.: Serum prostate-specific antigen: the most useful tumor marker. J. Clin. Oncol. 1992; 10: 1205–1207.
15. Stamey, T. A., Kabalin, J. N.: Prostate specific antigen in the diagnosis and treatment of adenocarcinoma of the prostate. I. Untreated patients. J. Urol. 1989; 141: 1070–1075.

16. Ritter, M. A., Messing, E. M., Shanahan, T. G., et al.: Prostate specific antigen as a predictor of radiotherapy response and patterns of failure in localized prostate cancer. *J. Clin. Oncol.* 1992; 10: 1208-1217.
17. Miller, E. B., Ladaga, L. E., El-Mahdi, A. M., et al.: Reevaluation of prostate biopsy after definitive radiation therapy. *Urology* 1993; 41: 311-316.
18. Hinman, F.: Screening for prostatic carcinoma. *J. Urology* 1991; 145: 126-130.
19. Catalona, W. J., Smith, D. S., Ratliff, T. L., et al.: Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. *New Engl. J. Med.* 1991; 324: 1156-1161.



tadenan[®]

PROVED
EFFICACY ON
MICTURITIONAL
DISORDERS

Benign Prostatic Hypertrophy

DEBAT
INTERNATIONAL

26, RUE ARMENGAUD - BP 205 - 92212 SAINT-CLOUD CEDEX / FRANCE
TÉLÉPHONE : (1) 47.11.88.00 - TÉLEX : 633472 F - TÉLÉFAX : (1) 47.11.88.18