

*Dr. Gyányi László, Dr. Szepesváry Zsolt, Dr. Wirth Kálmán, Dr. Szabó János, Dr. Rózsahegyi József*

## A PROSZTATARÁK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS TERÁPIÁJA

Állami Egészségügyi Központ Urológiai Osztály

A prosztatarák a felnőtt férfiak harmadik-negyedik leggyakoribb rosszindulatú daganata hazánkban. Bár a hazai és a nemzetközi szakmai protokollok ma már jól meghatározzák a prosztatarák diagnosztikáját és terápiáját, a hazai gyakorlat sajnos még mindig sokszor eltér ettől.

### Bevezetés

Az 50 év feletti férfiak boncolási anyagában 30%-ban található prosztatarák, a tünetet adó előfordulási gyakorisága ennek fele, és 3%-ban volt a halál oka. A rákos halálozás tekintetében a prosztatarák az Egyesült Államokban a második, hazánkban a harmadik-negyedik helyen áll. Európában férfiaknál a rákos halálozás 9%-át a prosztatarák adja. A fejlett országok tapasztalatai alapján a korai diagnosztika és a kuratív terápia eredményeként a magas morbiditás ellenére a prosztatarák mortalitása csökken. Ezért vetődik fel ismételtlen a prosztatarák szűrésének kérdése, melyet jelenleg az OEP nem finanszíroz.

### Diagnosztika

A diagnosztika célja a korai prosztatarák felismerése, mivel a prosztatarák csak a korai, szerve lokalizált stádiumában gyógyítható. Kiemelt figyelmet kell fordítani 45 év feletti azokra a férfiakra, akiknek a családjában prosztatarák fordult elő, mert ezeknél a betegeknél a prosztatarák kialakulásában genetikai okok is közrejátszanak, és jelentősen nő a prosztatarák gyakorisága. A diagnózishoz vezető kivizsgálás továbbra is a rektális vizsgálat (RDV), a szérumban PSA mérés és a transzrektális prosztata ultrahang vizsgálat (TRUS) hármas pillérén alapszik.

A szérumban PSA vizsgálat mellett fontos információt ad a szabad PSA meghatározás, a PSA denzitás (egységnyi prosztata térfogatra meghatározott PSA), illetve a PSA szint változása az idő folyamán (PSA velocitás).

Fontos változás a korábbiakhoz, hogy a korszpecifikus PSA értékek csökkentek.

- 50 év alatt 2,5 ng/ml
- 50–60 év között 3,5 ng/ml
- 60–70 év között 4,5 ng/ml
- 70 év felett 5,5 ng/ml

Az RDV és/vagy PSA és/vagy TRUS vizsgálat során felmerült prosztata rák gyanú esetén (kivéve a tünetmentes 10 ng/ml alatti PSA-val rendelkező 80 év feletti betegeket – akiknél a korai prosztatarák diagnózisa esetén sem jön szóba eredményes terápia) prosztata biopsziát kell végezni!

**Prosztatárakat diagnosztizálni, kezelni, csak pozitív szövettani lelet birtokában szabad!!!**

### 1. ábra Transrektális UH vezérelt transzrektális biopsia



Napjainkban a nemzetközi irodalomban leginkább a transzrektális ultrahang vezérelt transzrektális prosztata biopsziát fogadja el a prosztatarák diagnosztikájában.

Bár a hazai metodikai levél 20 ml-nél kisebb prosztatánál a hat, a 20–40 ml prosztata nagyság között a nyolc, 40–60 ml között a tíz, e fölött a 12 mintavételt írja elő minimumként. A nemzetközi irodalom, az ennél jóval nagyobb számú minta vételét szorgalmazza, mely a találati pontosságot növeli, illetve a stádium meghatározást pontosítja, valamint információt nyújt az esetleges radikális műtét megtervezéséhez.

A negatív biopsziás eredmény 30%-a hibás negatív, ezért a biopszia megismérlése különösen javasolt 10 feletti PSA, „high grade” PIN (prosztata intraepithelialis neoplasma), 25% alatti szabad/teljes PSA arány és 6 hónapnál kevesebb PSA duplikációs idő esetén.

TURP vagy nyílt műtét esetén észlelt prosztatarák esetén a teljes anyag szövettani feldolgozása szükséges a daganatos érintettség a T-stádium meghatározásához. A prosztatarák TNM stádiumának meghatározása még a mai legfejlettebb diagnosztikai módszerekkel is meglehetősen bizonytalan, pedig ez lenne alapja a pontos terápia meghatározásnak.

A T-stádium meghatározásban a RDV, a TRUS, a szövettani eredmény, hasi CT, MRI, PET és ma már a transzrektális MR vizsgálat ad segítséget, de ezek együttes eredménye is meglehetősen bizonytalan.

Az N-stádiumhoz a CT, az MRI és a PET mellett a laparoszkópos vagy nyílt lymphadenectomia (esetleg izotópos szentinel nyirokcsomó jelöléssel) adhat támpontot.

Az M-stádium meghatározása szempontjából a csontscintigráfiának van a legnagyobb jelentősége, hiszen a prosztatarák leggyakrabban a csontokba ad áttétet.

## A prosztatrák kezelése

A TNM stádiumtól függően a prosztatarák kezelése szempontjából a három csoportra osztható:

- A szervre lokalizált prosztatarák (T1a-2b, N0, M0)
- A lokálisan előrehaladott prosztatarák (T3-4, N0-1, M0)
- Áttétes prosztatarák (T1-4, N0-1, M1)

A prosztatarák kezelési stratégiájának kialakításában figyelembe veendő szempontok:

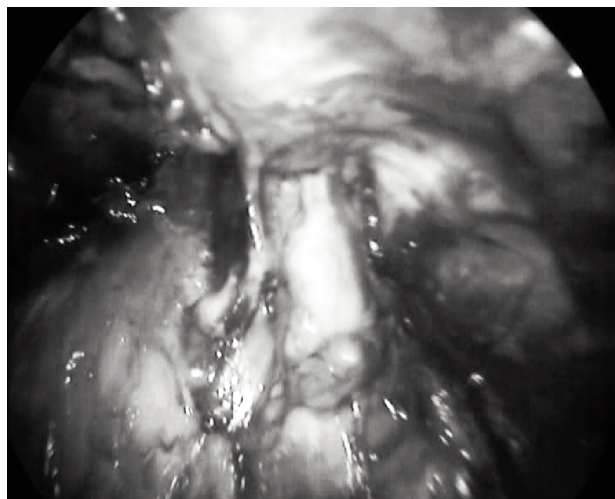
- Klinikai TNM stádium (a Partin-féle nomogram mérlegelésével)
- Gleason-érték
- PSA
- A beteg kora, általános állapota, várható életkilátása
- A felvilágosított beteg kívánsága

*A szervre lokalizált prosztatarák (T1a-2b, N0, M0) kezelése:*

- Szoros megfigyelés („Watchfull waiting”)  
7-es Gleason érték + 10 alatti PSA esetén T1a stádiumban 60 év felett, T1b-T2a stádiumban 70 év felett

- Radikális prosztatektómia  
10 év feletti várható túlélés esetén 20 ng/ml PSA alatt, komorbiditás hiánya

## 2. ábra Laparoszkópos radikális prostatektómia intraoperatív képe



- Sugárkezelés (3D konformális besugárzás és/vagy brachyterápia, melynek eredményét a sugárzás előtt 3-4 hónapos neoadjuváns és utána adjuváns 1 éves hormonterápia javítja) magas Gleason érték és/vagy magasabb PSA érték tartományban

*A lokálisan előrehaladott prosztatarák (T3-4, N0-1, M0) kezelése:*

- Sugárkezelés (kiegészítve neoadjuváns és adjuváns hormonkezeléssel)
- Radikális prosztatektómia (60 év alatt, T3 stadiumban, kiegészítve adjuváns sugárkezeléssel)
- Hormonterápia (10 évnél rövidebb várható élettartam, rossz általános állapot)

*Áttétes prosztatarák (T1-4, N0-1, M1) kezelése:*

- Első és második vonalbeli hormonterápia
- Harmadik vonalbeli kemoterápia (rosszul differenciált daganatok, alacsony életkor esetén esetleg első vonalként is!)
- Minden esetben fenti kezelések kiegészítése biszfoszfonát kezeléssel
- Csontfájdalom csillapítás izotóp vagy egyéb kezeléssel

Prosztatarák kezelésének ellenőrzése:

3 havonta fizikális vizsgálat, PSA kontroll, panasz esetén a panasztól függően csontscintigráfia, CT, MRI.

Relapszus, progresszió kezelése:

Szervre lokalizált prosztataráknál:

- „watchfull waiting” esetén radikális prosztatektómia vagy sugárkezelés
- Radikális prosztatektómia után lokál recidiva esetén besugárzás, esetleg soliter metasztázis esetén metastasectomia

- Sugárkezelés után vagy távoli metasztázis megjelenése esetén hormonkezelés

Lokálisan előrehaladott prosztatataráknál:

- Sugárkezelés vagy műtét után hormonkezelés
- Hormonkezelés után második, harmadik vonalú kezelés

Áttétes prosztatatarák esetén:

- Hormonkezelés után vonalváltás
- Fájdalomcsillapítás, szupportív kezelés

**ÖSSZEFOGLALÁS**

A prosztatatarák kezelésében kulcsszerepe van a korai és minél pontosabb diagnózisának, ezért célszerű az 50 év feletti férfiaknak ajánlani (familiáris halmozódás esetén már korábban is) a korai felismerés lehetőségét.

A prosztatatarák kezelése még az irányelvek ismeretében is igen nehéz, összetett feladat. A kezelés megtervezé-

sénél a beteg igényeinek figyelembe vétele mellett fontos szempont a beteg kora, általános állapota, kísérő betegségeinek, várható élettartamának és a betegség onkológiai természetének figyelembe vétele. Ezért a beteg kezeléséről célszerű, ha egy multidiszciplináris onkoteam döntsön.

**IRODALOM**

1. Walsh P., Retik A., Vaugham D., Wein A: Campbell's Urology Seventh Edition 2004. W.B.Saunders Co.USA, 2004. 2487-2659.
2. Romics I.: A prosztatata betegségei White Golden Book. 2005.
3. Pajor L.: A Magyar Urológia Módszertani Leveli, 2005. Promenade Publishing House, Budapest 39-46.
4. EAU Guidelines Office: Guidelines of Urology Netherland 2007. 21-35.
5. Egészségügyi Közlöny 9.szám 2008.05.19.2693-2715.

**MÁOTE  
VÁNDORGYŰLÉS**

**2008. OKTÓBER 10-12.**

**SIÓFOK  
HOTEL PANORÁMA**

**MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK  
ORSZÁGOS EGYESÜLETE, MAOTE KFT.**

**A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM PSZICHIÁTRIAI KLINIKA  
POSZTGRADUÁLIS TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZŐ PROGRAMJA**

(Szakorvosok Folyamatos Továbbképzése, CME)

**„ELME MATER”**

**2009/I. félév**

2009. február 11. ***Családterápia a hálózat-elméletek tükrében***  
Ea.: **Dr. Kurimay Tamás** osztályvezető főorvos  
Szent János Kórház Pszichiátriai Osztály,  
Budapest
2009. március 11. ***Mi fán terem a Forenzikus pszichiátria?***  
Ea.: **Dr. Magyar Iván György** főorvos  
Budapest
2009. április 8. ***Nyílt és rejtett önpusztítás***  
Ea.: **Dr. Temesváry Beáta** szakvezető főorvos  
SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Szeged
2009. május 13. ***A bazális ganglionok és az affektív szabályozás összefüggéseiről a Parkinson-kór kapcsán***  
Ea.: **Dr. Dibó György** főorvos  
SZTE ÁOK Neurológiai Klinika Rendelő Intézet Neurológiai Szakrendelés, Szeged

***A rendezvények helyszíne:*** Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,  
***Új Klinikai Tömb*** (Szeged, Semmelweis u. 6.) földszinti  
***tanterme.***

***Időpontja:*** a hónap 2. szerdája, délután 14.30 óra. Az előadások várható időtartama a vitával együtt: 2 óra.

***Szervező:*** Dr. Szendi István – Tel.: (62) 545-942, fax: (62) 545-973

A továbbképző program előadásainak témái és időpontjai elérhetők interneten.

***Honlap:*** <http://www.szote.u-szeged.hu/psych/rendframes.html>