

## **A prostata-daganatos betegek gondozása a járóbetegellátásban**

**Dr. Veszprémi György**

*Kulcsszavak: prosztata daganat, diagnózis, terápia, gondozás*

**A szerző az elmúlt hét évben a Központi Honvédkórház Urológiai Sebészeti Osztályán és szakrendelőiben végzett prosztata tumoros betegek szűrését, illetve gondozását összegzi kiemelve a PSA szerepét a diagnózis felállításában, majd a betegek nyomonkövetésében.**

A prosztatarák a férfiak rosszindulatú daganatainak mintegy egynegyedét teszi ki és az összes tumoros halálok 10 %-áért felelős. A populáció öregedésével és a diagnosztikai eszközök, módszerek fejlődésével egyre több új esettel találkozhatunk.

Családi halmozódása ismert, de a predisponáló tényezők, mint a telített zsírok fogyasztása, vírusok jelenléte illetve túlzott nemi élet szerepét csak feltételezzük.

A prosztata daganat kezdetben igen gyakran tünetmentes.

Leggyakoribb tünetek éjszakai vizezés, reggeli nehezebben induló vizelet, utócspegegés, szaggatott vizezés, míg előrehaladott esetekben véres vizelet, csontfájdalmak, nyirok pangás az alsó végtagokon jelentkeznek.

Diagnosztikai lehetőségek között elsődleges a rektális digitális vizsgálat, gyanú esetén az 1 héttel később levett vérből (természetesen a rutinok mellett) az uroonkológia legfontosabb

markerévé vált PSA meghatározása. Gyakorlatban tapasztalható, hogy a PSA nem prosztata tumor-specifikus, hanem prosztata-specifikus, mivel benignus prosztata hiperpláziában és akut proszstatitisz esetén is emelkedett értékeket kapunk. Irodalmi adatok alapján 4-10 ng/ml-es PSA esetén 25%, 10 ng/ml felett 50% a neoplázia valószínűsége. Ebben az ún. "szürke zónában" segítségünkre van a PSA-denzitás kiszámolása, vagy a free/total hányados értéke.

PSAD: nagyobb 0,15 free/total: kisebb 0,15.

A transzrektális UH pontosabb mérést tesz lehetővé, emellett képet kapunk a prosztata zonális anatómiájáról is. Ezt 7 MHz-es transzducerrel végezzük, alapja a zónák közötti impedanciakülönbség, jelentősége, hogy a tumorok nagy része (kb. 70%) a perifériás zónából, másnéven a sebszi tokból indul ki.

A prosztata biopszia korábban peri-

nealisan,ma már egy-egy kivételtől eltekintve transrectalis UH-célzás segítségével történik. Indikált gyanús göb tapintásakor (ha a PSA normális ill. 4-10 ng/ml közötti / és 10 ng/ml-nél magasabb PSA esetén neg. RDV mellett).

1994 januárjától 2000 júniusáig 250 prosztatata tumoros beteg gondozását végeztük ill. végezzük. Diagnózishoz 37 esetben TUR által, 13 betegnél transvesicalis prostaectomiával,míg 200 alkalommal prostata-biopsziával jutottunk. (97 novembere óta több ,mint 100 térképbiopsia történt).

Betegeink átlagéletkora: 72,5 év.

A legidősebb beteg: 91 éves, a legfiatalabb 51 éves volt a diagnózis felállításakor.

*A koreloszlás így alakult:*

50-59	12
60-69	88
70-79	95
80-89	54
90-99	1

A terápiás lehetőségek felsorolása lokálisan előrehaladott és hormonfüggő tumorok esetén:

(Gleason score >8)

T3aNxM0 (70 év felett) rossz általános állapot.

- sebészi castráció,
- kémiai castráció,
- antiandrogének.

*A hormonrezisztenssé vált ill. eleve áttétellel indult betegek kezelési lehetőségei:*

- estramustin-foszfát /10 napig 2x 300 mg I.v., majd 3x140 mg.per os,
- bisphosphonátok /hypercalcaemia, ill. csontfájdalmak esetén.
- Fájdalomcsillapítás /lépcsőzetes, noramniophenasumok,NSAID, Opiátok, kábitó fájdalom csillapítók.
- Palliatív TUR / erős vérzés, komplett retenció esetén,
- Kemoterápia (Onkol. centrumok, ritkán),
- Sugárkezelés (Onkológiai centrumokban gyöki fájdalomak esetén).

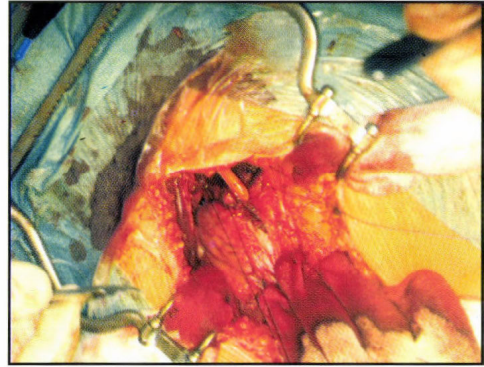
*A szakrendelés legfontosabb feledatai 3 pontban összefoglalva*

- szűrés (50 év feletti ill. családi halmozódás esetén 45 év feletti férfi lakosság szűrése annak érdekében, hogy korai stádiumban kimutatott esetek száma nőjön, mivel ezeknél a betegeknél radikális műtéttel teljes gyógyulás érhető el.
- gondozás (rendszeres laborellenőrzés 3 havonta, 1, 3, 6 havonta, majd évente PSA kontroll,évente csontizotóp és mellkas rtg. vizsgálatok. Pszichés vezetés, a ntidepresszán-sok, kapcsolattartás a családdal.
- Monitorizálás (a radikális műtéten átesett betegek rendszeres labor ill. PSA kontrollja.

Befejezésként nem lehet eléggé hangsúlyozni a járóbetegellátásban dolgozó urológusok szerepét a felnőtt férfi lakosság életmódját érintő tanácsadásban, mellyel a betegség megelőzését illetve gyakoriságának csökkentését lehetne elérni.

### IRODALOM

- [1] Romics I., Mark Goepel: A prosztatarák diagnosztikája és terápiája (1995)
- [2] Romics I.: Proszttatarák. Medycus Anonymus(1999/1.)
- [3] AUA Update Series: a. A PSA klinikai használhatósága a prosztatarák diagnosztikájában. b. A prosztatarák kimutatása, stádium-besorolása és monitorizálása.
- [4] Kásler M.: Onkoterápiás protokoll.(1994).
- [5] Hübler J.: Magyar Urológia 1994/4. A PSA kritikája az urológiai gyakorlatban .
- [6] Engert Z., Végh A.: Magyar Urológia 1995/1. A zonális prostata anatómiai, szövettani vonatkozásai.



1. ábra

Gy. Veszprémi M.D.

### Prostata cancer in outpatients

The author writes about screening and follow-up of prostata cc. patients in the Central Military Hospital (seven-year experience). He assesses the role of PSA in diagnosis, therapy end monitoring.

*Dr. Veszprémi György  
1553 Budapest, Pf. 1.*