

A VESE ÉS A HERE ROSSZINDULATÚ DAGANATAI*

PINTÉR JÓZSEF, az orvostudományok doktora

Közlésre érkezett: 1982. VIII. 2.

Az urológiai rosszindulatú daganatokkal való foglalkozás jelenleg slágernek számít. Ezt a változást lényegében a daganatos betegek gyógykezelésében elért javulás, jobb kilátás eredményezte.

A vese- és heredaganatos betegek sorsát egészen az utóbbi évekig lényegesen megváltoztatni nem tudtuk. Az 5 éves túlélők száma igen alacsony — kb. 30% — volt. A túlélés javulását végül is a kórismézési és a műtéti kezelés lehetőségének a fejlődése eredményezte. A jelenlegi sikert nagyon komolyan kell értékelni, azzal a megjegyzéssel, hogy a túlélés további javulását csak a daganatkutatást és a -kezelést végző orvosok céltudatos munkája eredményezheti.

Vesedaganat

A vesedaganatok gyakorisága *Brühl* és *mtsai* (1976) szerint a századfordulótól kezdve fokozódik és a fiatalabbaknál is egyre gyakoribb. Előfordulási szám: 2%.

A korai diagnózist *Skinner* és *mtsai* (1971) szerint a tünet-szegénység, a lassú fájdalommentes növekedés nehezíti. Ez az oka annak, hogy a vesedaganatok diagnózisának felállításakor 10—30%-ban a betegeknek már távoli metasztatizisa is van (1. táblázat). Az északkelet-magyarországi adatok is ezt jelzik (2. táblázat).

A vesedaganatok diagnosztikájában az i.v. urographiát követően az áttekintő hasi angiographia, valamint a szelektív angiographia végzése igen jelentős. Így ugyanis nemcsak a tumor pontos kiterjedését, hanem az ablasztikus, radikális műtét végzéséhez fontos veseerek számát, lefutását is megismerhetjük. Napjainkban számos non invazív módszer terjedt el, *Fiegler* és *mtsai* (1975) szerint valóban segíthetnek a diagnosztikában, illetve differenciál-

* A Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztálya által szervezett „A daganatos betegségek kezelésének és megelőzésének hazai helyzete” című 1982. május 3-i tudományos ülésen elhangzott előadás alapján.

1. táblázat

Vesedaganat előfordulása stádium beosztás szerint

			%	5 éves túlélés %
$T_{1-2}N_0M_0$	(Stage 1)	a daganat csak a vesére terjedt	38	66
$T_{3a}N_0M_0$	(Stage 2)	ráterjed a zsírszövetre, de még nem töri át	17	64
$T_{3a}N_{1-2}M_0$	(Stage 3B)	áttét a környéki nyirokcsomókban	31	42
$T_{3b,c}N_0M_0$	(Stage 3A)	a daganat betört a vena renalisba vagy a vena cavaba		
$T_{4a}N_{1-2}M_0$	(Stage 4A)	ráterjedt a szomszédos szervekre	14	11
$T_{4b}N_{1-2}M_1$	(Stage 4B)	távoli áttét		
Összesen:			100	52

2. táblázat

Vesedaganat

A Borsod-, a Szabolcs-Szatmár Megyei Kórház Urológiai Osztály, DOTE Urológiai Klinika

Év	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	Össz.	%
Betegszám fő-nő	30 19-11	32 17-15	44 27-17	24 12-12	32 20-12	32 19-13	25 14-11	219 128-91	
Stádium									
I.	4	4	5	5	6	5	5	33	17,27
II.	7	6	18	9	13	14	11	78	37,81
III.	6	7	13	8	9	9	6	58	28,60
IV.	4	6	8	2	4	4	3	31	16,25

Átlagos életkor: 58,80 év
 férfiak: 58,17 év
 nők: 59,34 év

diagnosztikában, *Pintér és mtsai* (1970) szerint a sebész számára nem teszik feleslegessé az angiographiás vizsgálatot.

A különböző diagnosztikai és műtéti eljárásokkal törekedni kell a daganat stádiumának egységes elvek alapján történő meghatározására. *Böttiger* (1970) véleménye szerint ezt az igényt végül is a patológus lelete teszi teljessé, hisz az eltávolított daganat szövettani diagnózisa, a nyirokcsomókban található metasztázisok, illetve a sejtek differenciáltsági foka döntő jelentőségű a további kezelés meghatározását illetően.

Gyógykezelés

A daganatos vese ablasztikus eltávolítása csak transperitonealis-, vagy a *Petri és mtsai* (1966) által javasolt thoracoabdominalis feltárásból biztosítható. Az anatómiai adottságok miatt az a. renalis izolálása általában nem könnyű. Megfelelő gyakorlat megszerzése után kétségtelen, csak egyes esetek okoznak gondot. Az utóbbi időben elterjedt arteria renalis embolizáció vagy okklúzió *McDonald* (1982) szerint megkönnyíti a műtét kivitelét, hisz a vese vérkeringésének a felfüggesztése után először átvágható a v. renalis és ezt követően pedig az embolizált artéria.

A daganat radikális eltávolítása *Brühl és mtsai* (1975) szerint azt jelenti, hogy a vesét a zsírostokkal —, felsőpólus daganat esetén a mellékvesével együtt távolítjuk el. Minden esetben szükséges a vesehílus magasságától kezdődően egészen az aorta bifurcatiojáig terjedő lymphadenektomiát is elvégezni.

A radikális műtétek utáni és az egyszerű nephrektomiát követő túlélési eredmények *Skinner és mtsai* (1971) szerint azt jelzik, hogy a beteg túlélését a sebészi beavatkozás döntően befolyásolja (3., 4. táblázat).

A stádium beosztás szerinti túlélési lehetőségek *Rübben és mtsai* (1982) szerint egyértelműen bizonyítják, hogy törekedni kell a korai diagnózisra is, hisz ebben a stádiumban a radikális műtéti kezeléssel az 5 éves túlélés 70–95%-os is lehet (1., 2. ábra).

A vesedaganat eltávolítása — és a lymphadenektomia után saját tapasztalataink alapján csak bizonyos esetekben indikált a postoperatív besugárzás,

3. táblázat

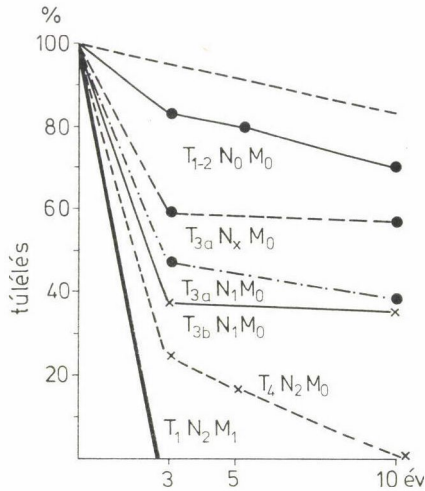
Vesedaganat
5 éves túlélés (*Skinner és mtsai* 1971)

	Stage 1 %	Stage 2 %	Stage 3 %	Stage 4
Egyszerű nephrektomia	77	31	8	—
Radikális nephrektomia	87	64	40	

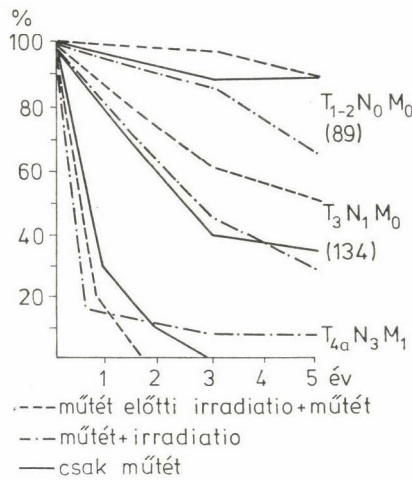
4. táblázat

Vesedaganat

Betegszám	5 éves túlélés		Szerző, év
	egyszerű nephrektomia %	nephrektomia + besugárzás %	
398	30	49	<i>Riches és mtsai</i> 1959
175	37	56	<i>Rafla</i> 1970
232	57	50	<i>Skinner</i> 1972



1. ábra. Vesedaganatok 56 év elhalálozási aránya



2. ábra. Vesedaganatok túlélése terápiától és stádiumtól függően

így többek között, ha a vesedaganat áttörte a kapszulát, ha a regionális nyirokcsomókban áttét van, vagy pedig a sejtek malignitási foka magas. A tumor vesevénába való törése esetén — ha sikerült eltávolítani a tumorrészt — úgy irradiációra szükség nincs.

Elég gyakran találkozunk az ún. túlkezeléssel is. Ez azt jelenti, hogy számos esetben a műtétet követő irradiáció nem javítja a beteg túlélésének lehetőségét, sőt szövődményei révén ronthatja is azt. A késői szövődmények kialakulásának lehetősége miatt az irradiált beteg rendszeres ellenőrzése szükséges.

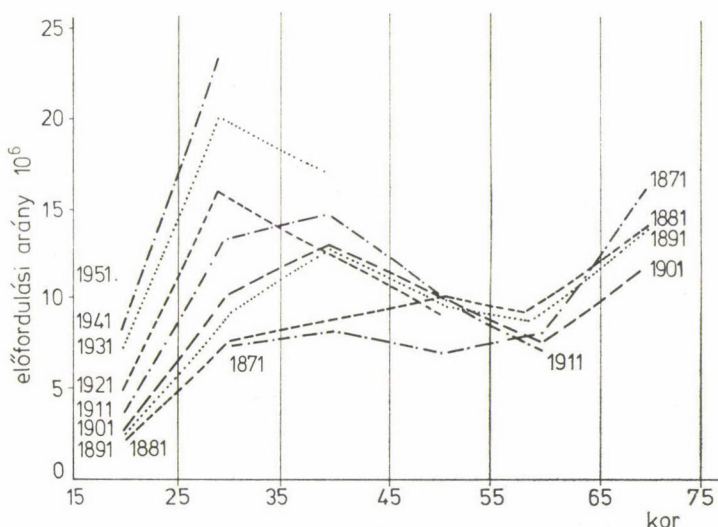
A vesetumor gyógykezelésében *Bloom* (1973) szerint a cytostaticus kezelés káros hatású. A hormonkezelésről néhány szerző kedvezően szól, de az előnye ennek sem egyértelmű.

Összefoglalva: a vesedaganatok korai diagnózisa miatt haematuria esetén az intravénás urographia készítése elengedhetetlen. Gondot jelent azonban, hogy a megyei intézetek egy részénél angiographiás vizsgálatok nem végezhetőek, hiányzik továbbá a komputer tomographia is. Különböző okok miatt számos urológiai osztályon nem terjedt még el a radikális műtét, és nincs megszervezve az utógondozás. Előrelépést jelentene, ha meghatároznánk, hogy hol lehet optimálisan a vesedaganatos beteget kivizsgálni, illetve azt gyógykezelti. Ha ezt megvalósítjuk, akkor a jelenlegi 30–50%-ról legalább 50–70%-ra emelhetjük a vesedaganatos betegek 5 éves túlélését.

Heredaganat

A heredaganat a fiatal férfiak betegsége. *Mostofi* (1973) szerint a fiatalabbkori eltolódás egyre inkább fokozódik (3. ábra, 5. táblázat). Jelenleg az átlagéletkor 30 év. A heredaganat észlelése általában nem jelent gondot. A betegek ennek ellenére későn keresik fel az orvost, gyakran viszont az orvosok sem gondolnak daganatra.

A diagnózist a tapintás mellett biztonságosabbá teheti a sonographia és/vagy a komputer tomografia is. A heredaganat kórismézését *Javadpour* és *mts* (1978) szerint a „tumor-marker” vizsgálatok elterjedése számos esetben megkönnyíti. A vizsgálat pozitivitása nemcsak tumor gyanú esetén, hanem a stádium beosztás meghatározásánál is döntő (4. ábra). Differenciál-diagnosz-



3. ábra

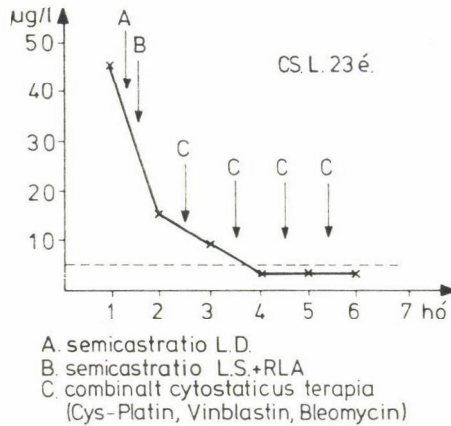
5. táblázat

Heretumoros betegek átlagos életkora három urológiai osztály anyagában
(Borsod Megyei Kórház-, János Kórház Urológiai Osztály, DOTE Urológiai Klinika)
1977—1981

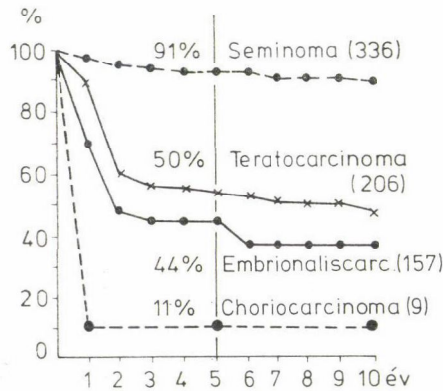
Seminoma	28	Átlagos életkor	34,46
Nem seminoma	46	Átlagos életkor	27,71
Összesen	74	Átlagos életkor	30,27

tikai ok miatt is igen jelentős az az ismeret, hogy seminoma nem idézi elő az AFP emelkedését, tehát seminoma diagnózisa esetén, ha az AFP emelkedett, akkor kevert daganattal állunk szemben.

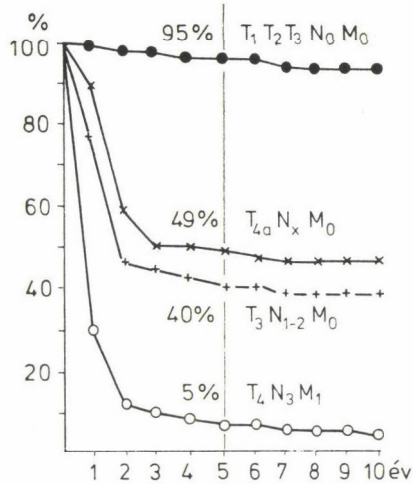
A stádium beosztásban a fentieken kívül szerep jut a lymphographiának is, ugyanis a vizsgálattal az áttétes esetek mintegy 80%-ában kimutathatók a nyirokcsomókban keletkezett áttétek.



4. ábra AFP-érték változása a kezelés alatt



5. ábra. Heredaganatok túlélése



6. ábra. Heredaganatok stádium szerinti túlélése

A heredaganatok prognózisában *Skinner* (1971) szerint jelentős változást hozott az az ismeret, hogy a számos szövettani megjelenési formától függetlenül, a daganatok a terápiát tekintve két csoportra oszthatók: a seminoma- és az ún. nem seminoma daganatok csoportjára. A seminoma sugárérzékeny, így a radikális kasztrációt követően a daganat stádiumától függően 90–100%-os 5 éves túlélés is várható (5. ábra).

A nem seminoma csoport — az embrionális carcinoma, a teratocarcinoma, illetve ezek kevert formája, valamint a seminomával történő keveredés is — csak a daganatos here radikális kasztrációját követő kétoldali retroperitonealis lymphadenektomiával gyógyítható. *Vahlensieck* (1976, 1977) szerint a betegség stádiumától függően végzett egyszerű- vagy kiterjesztett lymphadenektomia után a betegek 5 éves túlélése 40–95%.

A túlélés az utóbbi években megismert újabb cytostaticumok miatt jelentősen megváltozott (6. ábra).

Kivételesen a choriocarcinoma, ugyanis e daganat kezelési eredményét eddig alig tudjuk javítani.

A heredaganatok gyógykezelése lényegében *Rübben* és *mtsa* (1981) szerint a jelzett egyszerűsítést követően sem problémamentes, hisz igen nagy felelősség hárul a patológusokra, mert a szövettani lelettől és a daganatsejtek differenciáltsági fokától, a daganat stádiumától, és így az ezt követő kezeléstől függ a beteg további kezelése, sorsa. A betegség alakulását, további lefolyását *Perlin* és *mtsai* (1976) szerint szinte megbízható pontossággal jelzi a „tumor-marker” vizsgálat, ugyanis a rendszeres végzésével korai stádiumban diagnosztizálható a metasztázis kialakulása, így azonnal alkalmazható a cytostaticus kezelés.

A here nyirokkeringésének megismerése már a századforduló idején választ adott arra, hogy a daganatok áttétei miért alakulnak ki a vesehílus magasságában. A here fejlődése az oka annak, hogy a here nyirokesomói a vena spermaticák beszájadzása körül helyezkednek el. Tulajdonképpen ez az ismeret indította el a retroperitonealis lymphadenektomia különböző módozatainak a kidolgozását, valamint a here radikális eltávolításának ajánlását.

Skinner és *mtsai* 1971-ben összefoglalást adnak a heredaganatok sebészi kezelésének fejlődéséről. Az első sikeres lymphadenektomiát 1906-ban végezték. *Nesbit* és *Lynn* már 1946-ban ismertetik a tapasztalataikat.

Hazánkban e műtét *Pintér* és *mtsai* (1979) szerint csak a 70-es évek közepétől számít elfogadható eljárásnak, napjainkban azonban már egyre gyakoribbá vált. Jelenleg már az okoz gondot, hogy a radikalitást tekintve a lymphadenektomiának különböző módozatai terjedtek el, és a betegség stádiumától függően lehet ezeket az eljárásokat eredményesen alkalmazni.

Szerencsére a heredaganatok — mint azt adataink is jelzik — nem gyakoriak, így céltudatos munkával hazánkban is javítható a betegek túlélési lehetősége. Fontos feladat a fiatalok szűrése és felvilágosítása. A heredaganatok korai diagnózisának biztosítása érdekében különösen gondosan és rendszeresen ellenőrizni kell az orchidopexián átesett gyermekeket, hisz a csökkent értékű herék daganatos megbetegedésének gyakoribb megjelenése orchidopexia után is jól ismert.

A vese- és a heredaganatok diagnosztikájában és a terápiájában számos egyéb szakterület munkája is szükséges. Így ez a probléma maradéktalanul csak akkor oldható meg, ha mielőbb olyan onkológiai centrumokat alakítunk ki, ahol az obligát diagnosztikus eljárások rutinszerű végzését biztosítjuk, beleértve a „tumor-markerek” alkalmazását is, ahol a sebészi radikalitásnak eleget tudnak tenni és ahol az utókezelést is — radiológiai és cytostaticus vonatkozásban is — tökéletesen tudják végezni. Nem vagyunk olyan gazdagok, hogy minden intézetben biztosítsuk mindazon feltételeket, melyek mind diagnosztikus, mind terápiás szempontból szükségesek.

Végezetül hangsúlyozni kívánom, hogy az elkövetkezendő időben részben jobb szervezéssel, az integráció adta lehetőségekkel jobban élve, de a műtéti felkészültségünket tovább növelve, még sokat kell tennünk azért, hogy a vese- és heredaganatos betegek prognózisát javítsuk.

IRODALOM

- Bloom, H. J. G.*: Brit. J. Urol. **45**, 237 (1973).
Böttiger, L. E.: Cancer. N. Y. **26**, 780 (1970).
Brühl, P., Scheef, W., Albert, H. és Bucheler, E.: Med. Klin. **70**, 873 (1975).
Brühl, P., Vahlensieck, W., Hoefler-Janker, H., Scheef, W. és Thelen, M.: Wissenschaftliche Informationen Fresenius-Stiftung, Heft 1 (1976).
Fiegler, W., Friedrich, M. és Sörensen, R.: Fortscher. Geb. RöntgStrahl. **122**, 99 (1975).

- Javadpour, N., Doppmann, J. L., Bergmann, S. és Anderson, T.:* J. Comput. Tomogr. **2**, 1976 (1978).
- McDonald, M. V.:* J. Urol. **127**, 211 (1982).
- Mostofi, F. K.:* Cancer, N. Y. **32**, 1186 (1973).
- Nesbit, R. M. és Lynn, J. M.:* Surgery, **20**, 273 (1946).
- Petri G., Imre J. és Scultéty S.:* Urologe **5**, 119 (1966).
- Pintér J., Tóth F., Szporny Gy. és Varga S.:* Int. Urol. Nephrol. **2**, 125 (1970).
- Pintér J., Szokoly V. és Sallai Zs.:* Acta Chir. **20**, 369 (1979).
- Rübben, H. és Lutzeyer, W.:* Urology **20**, 31 (1981).
- Rübben, H., Hering, F. J., Durben, G. és Lutzeyer, W.:* Urol. Int. **37**, 1 (1982).
- Skinner, D. G. és Leadbetter, W. F.:* J. Urol. (Baltimore) **106**, 84 (1971).
- Skinner, D. G., Colvin, R. B. és Vermillion, G. D.:* Cancer N. Y. **28**, 1165 (1971).
- Skinner, D. G.:* Brit. J. Urol. **49**, 553 (1977).
- Vahlensieck, W.:* Z. Urol. **69**, 929 (1976).
- Vahlensieck, W.:* Z. Urol. **70**, 59 (1977).