

Utóreszekció jelentősége a hólyagtumorok kezelésében

Szabó Vilmos, Szűcs Miklós, Romics Imre

Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Budapest

Az utóreszekcióval bizonyíthatjuk az épnek látszó urothelium tumormentességét, illetve a tumoralapból (izomból) vett anyag ismételt szövettani vizsgálatával bizonyíthatjuk a tumor mélyben terjedését. TaG1 kivételével minden esetben végzünk utóreszekciót a radikalitás megállapítása céljából, ami az első reszekciót követő hatodik hét után történik. Klinikánkon 1998. októberétől napjainkig összesen 62 utóreszekciót végeztünk, 43 férfi- és 19 nőbetegen. Átlagos életkoruk 58 év volt. Pozitív utóreszekció esetén újabb biztonsági rezekciót végeztünk. 38 felületes hólyagdaganat utóreszekciója kapcsán 28 bizonyult negatívnak. Öt esetben a szövettan az előzővel megegyezett, a maradék öt betegnél a szövettani T-katerória különbözött az első reszekciós anyag stage-étől. Hét esetben azért történt utóreszekció, mert a kiterjedt daganatot első ülésben nem tudtuk maradéktalanul reszekálni. Tizenhárom betegnél a reszekció hisztológiailag nem volt kellő mélységű, négy esetben in situ carcinoma miatt végeztünk utóreszekciót. A fentiek alapján az utóreszekció indikációja megalapozott minden olyan esetben, ha nem történt Bressel szerinti szelekciós mintavétel és a tumormentesség nincs igazolva. *Magyar Onkológia 44:236–237, 2000.*

Complete removal of the tumour or deep invasion can be proven by repeated transurethral resection of bladder wall at the previous tumour site. Six weeks after transurethral resection of bladder tumour (TURB), in all but TaG1 cases repeated resection were performed for the evaluation of radicality in 62 patients, 43 males and 19 females, suffering bladder cancer, from October 1998. In the case of positive histology another resection was performed for security reason. In the case of 38 superficial (Tis, Ta, T1) cancers, repeated resection revealed negative, identical or different T stage compared with previous histology in 28, 5, and 5 cases, respectively. In 7 cases repeated resection was applied as second intervention after the incomplete resection of large tumour mass. Indication of repeated resection was insufficient depth of resection and carcinoma in situ in 13 and 4 cases, respectively. Based on our data, we conclude that repeated resection should be performed when tumour-free status is not justified and biopsy according to Bressel was not taken. *Szabó V, Szűcs M, Romics I. The role of repeated transurethral resection in the treatment of bladder tumour. Hungarian Oncology 44:236–237, 2000.*



A malignus hólyagdaganatok a rosszindulatú tumrok 2%-át képezik (8,9). A tumrok 2/3 része felületes, 1/3 részük infiltrálja az izmot (5,12). A felületes daganatok csak az urotheliumot érintik (Ta), vagy infiltrálják a tunica propriát (T1), de az izomréteg sértetlen. Ide soroljuk az in situ carcinomát (Tis) is, amely megelőzheti az optikusan látható daganatot.

A felületes hólyagtumorok kezelése a transurethralis reszekció (TUR). A kiújulások sok esetben az első évben jelentkeznek (3,12). A daganat izomba való terjedése az ismételt TUR elvégzése után 10%-ban figyelhető meg (2,4). Törekedni kell a daganat eltávolítása során az alap-izomréteg és a tumorszél kimetszésére. A TUR utáni adjuváns kezelés – intravesicalis kemoterápia, immunterápia, interferon – a recidivák csökkentését célozzák.

Közlésre érkezett: 1999. augusztus 18.
Elfogadva: 1999. szeptember 28.

Levelezési cím: Dr. Szabó Vilmos,
Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika
1082. Budapest, Üllői út 78/b.

Betegek és módszerek

Klinikánkon 1998 októberétől napjainkig összesen 62 betegen végeztünk utóreszekciót hólyag-

rákos betegeken. A férfi/nő-arány 43/19, az átlagéletkor 58 év volt. Második utóreszekció 33 esetben történt. Az első utóreszekciót követően 28 bizonyult negatívnak, 5 esetben a szövettani diagnózis az előzővel megegyezett, felszínes hólyagtumor volt, öt esetben izominfiltrációt találtunk.

Hét betegnél azért végeztünk utóreszekciót, mert a kiterjedt hólyagdaganatot első ülésben nem tudtuk reszekálni tökéletesen. 13 esetben a szövettani diagnózis alapján a reszekció nem volt kellő mélységű. Négy alkalommal in situ hólyagcarcinomát találtunk (1. ábra).

Utóreszekció alkalmával ismételten törekedtünk arra, hogy a szövettani mintavétel kellő mélységű legyen, így a tumoralap meghatározása biztossá váljon. A 33 második utóreszekciót követően 24 esetben a szövettani diagnózis urocystitis chr.-t mutatott, öt betegnél a hisztológia az előzővel azonos volt, 4 beteg esetében a stage változott (T1-T2).

Eredmények

TaG1 kivételével minden esetben végeztünk utóreszekciót a radikalitás megállapítása céljából, ami az első reszekciót követő hatodik hét után történik. A vizsgált időszakban összesen 95 utóreszekció történt 62 betegen. Az első és második utóreszekció 75 esetben volt eredményes. A szoliter és multiplex tumorok aránya, valamint a daganat mérete meghatározó tényező a recidívát illetően (2. ábra). A stádium és gradus megoszlása a következő volt. Stádium nem ítéhető meg 12 esetben (22,5%), T1G2 (38) 61,2%, TaG3 (8) 12,9%, Tis (4) 6,5%.

Megbeszélés

A gyakorló urológus első célja a hólyagdaganat korai felismerése, a recidívák csökkentése és a progresszió megakadályozása. Többféle mechanizmus ismert annak magyarázatára, hogy miért újul ki a felületes hólyagtumor az első reszekciót követően: Nem elég mély a reszekció, az alap nem lesz tumormentes, tehát daganat marad vissza. Ez nem recidiva, hanem otthagyt ú. „rest tumor”. A reszekció folyamán daganatsejtek tapadnak meg az intakt urotheliumon. Ez magyarázhatja a multiplex tumorok létrejöttét, bár ismert, hogy lényegében egy pancytopathiáról van szó. Az endoscopos képen a daganat nem látható, de jelen van az elsődleges tumor szélénél vagy más helyen, melyek csak nyomkövetés során válnak láthatóvá.

A betegek követésére számos teszt áll rendelkezésünkre – BARD BTA (bladder tumor antigen), NMP (nuclear matrix protein), ALA (5-amino-levulinsav) –, valamint citogenetikai vizsgálatok. Az elérhető vizsgálatok közül legfontosabbak a vizeletcitológiai és ultrahangvizsgálat, valamint a cystoscopia (10,11).

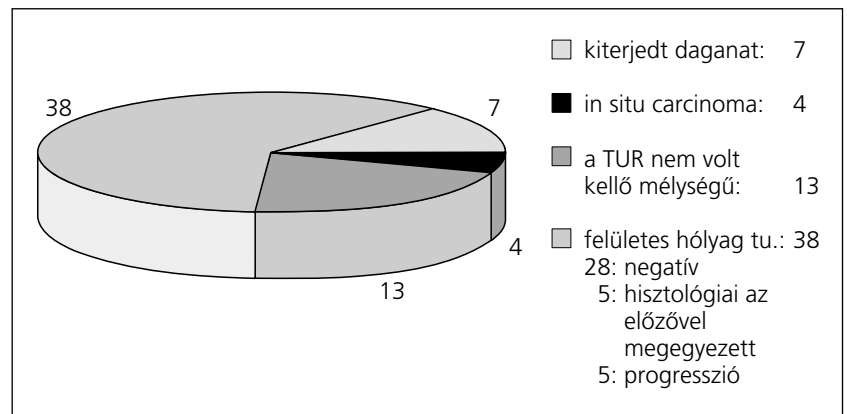
Ha a TUR-t végző gyakorló urológus és a szövettani diagnózist készítő patológus együttesen úgy érzik, hogy a TUR kivitelezése nem volt töké-

letes, szükséges minden esetben utóreszekciót végezni, mely igazolhatja a tumormentességet, vagy a recidívát.

Irodalom

- Angulo JC. A critical appraisal of the TNM classification. Eur Urol Today 5:13-14, 1995
- Bressel M, Kemper K, Stadler F. Vorbedingungen und Technik der transurethralen Elektroresektion des Harnblasenkarzinoms. Urologe (A) 8:73-76, 1969
- Kondás J, Lendvay L. A felületes (Ta-T1) hólyagtumoros betegek prognosztikai tulajdonságainak többváltozós analízise. Magy Urol 4:383-389, 1998
- Kolozsi Z. Histopathological „Self control” in transurethral resection of bladder tumours. Br J Urol 67:162-168, 1991
- Kolozsi Z. Gondolatok a felületes hólyagtumorokról 1998. Magy Urol 4:390-397, 1998
- Morris SB, Shearter RJ, Gordon EM. Superficial bladder cancer: timing of check cystoscopies in the first year. Br J Urol 72:446-448, 1993
- Mufti GR, Singh M. Value of random mucosal biopsies in the management of superficial bladder cancer. Eur Urol 22:288-291, 1992
- Mólhoff T, Johnston T. Az urothelialis carcinoma diagnózisa exfoliatív vizeletcytológiával. Magy Urol 2:99-106, 1993
- Otto T, Krege S. A felületes hólyagcarcinoma terápiája. Magy Urol 2:121-129, 1993
- Reijke TM, Kurth K, et al. Bepillantás a felületes hólyagrakok kezelésébe. Magy Urol 1:1-9, 1996
- Romics I. Tumormarkerek értéke hólyagdaganatos betegekben. Magy Urol 4:327-331, 1993
- Soloway, MS, Perito P. Superficial bladder cancer: Diagnosis surveillance and treatment. J Cell Biochem 16:120-127, 1992
- Witjes JA, Mulders PF, Debruyne FM. Intravesical therapy in superficial bladder cancer. Urology (Suppl.) 43:2-5, 1994

1. ábra.
62 utóreszekció
eredménye



2. ábra. A daganatok megoszlása

