

Spencer T. Hart, MD, Michael E. Woods, MD és Marcus L. Quek, MD

Nemi különbségek a húgyhólyagrák kezelésében

Bár a húgyhólyagrák túlnyomórészt férfiak betegsége, fontos, hogy a szülész-nőgyógyászok is tisztában legyenek a húgyhólyagdaganatokra vonatkozó legfontosabb ismeretekkel.

A húgyhólyagrák túlélése tekintetében a nők és férfiak között következetesen megmutatkozó különbségek ismeretének fényében kell javítani az onkológiai ellátáson. Az Egyesült Államokban 2018-ban körülbelül 81 190 új húgyhólyagrákos esetet regisztráltak, és ezen esetek zöme férfiakat érintett. Miközben a férfiak körében 3-4-szer nagyobb a betegség előfordulásának esélye, a nők betegségére gyakrabban már csak előrehaladott stádiumban derül fény, a kezelést követő életminőségben is különbségek észlelhetők a férfiak és a nők között, és nők körében rosszabb betegség-specifikus halálozási arányok érhetők el (Surveillance, Epidemiology, and End Results [SEER] Program Populations [1992–2018], www.seer.cancer.gov/popdata, közlés ideje: 2018).

A Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) adatai alapján a nők a legtöbb ráktípus esetében jobb rák-specifikus mortalitásra számíthatnak, mint a férfiak, ez azonban nem mondható el a húgyhólyagrakról (Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011;20:1629–1637). A különbség magyarázataként több epidemiológiai és biológiai faktor szerepe felmerült a korábbiakban, ám több tényező együttes hatására utal az a tény, hogy a kérdés máig nem tisztázott teljeskörűen.

Cikkünk sorra veszi ezeket a tényezőket, különös figyelemmel azokra a kutatásokra, melyek e faktorok szerepét igyekeztek tisztázni a húgyhólyagrák eseteiben észlelhető nemi különbségekben. A táblázat e vizsgálatok eredményeit foglalja össze.

Különbségek a betegség kivizsgálásában és kezelésében

A húgyhólyagrákos nőbetegek ellátásának különbségei talán a korai kivizsgálás és idejekorán megkezdett kezelés különbözőségében nyilvánulnak meg. Ennek háttere többféle tényezőre vezethető vissza, és jól tükrözi, hogy a haematuriával orvoshoz forduló betegek milyen betegutakon jutnak előre az egészségügyben. Az alapellátásban dolgozók számára sokszor nagy nehézséget jelent, hogy helyén kezeljék a nők vérvizelését. Miközben a haematuriát mindenképpen rákgyanus tünetként kell számításba venni, egy sor benignus betegség jele is lehet, ilyenek például a húgyúti fertőzések, melyek postmenopausalis nőknél egyáltalán nem számítanak ritkaságnak.

Cohn és munkatársai nagy populáción végzett vizsgálatában nők esetében lényegesen gyakrabban tapasztalták azt a jelenséget, hogy a haematuriával orvoshoz forduló és végül húgyhólyagrakkal diagnosztizált betegek először húgyúti infekció gyanújára alapozott terápiában részesülnek, mint a férfi betegek (Cancer. 2014;120:555–561.) Az alapellátást elemző vizsgálatukban Buteau és munkatársai ugyancsak azt igazolták, hogy a haematuriával jelentkező nőbetegek legalább három viziten esnek át az alapellátásban, mielőtt urológiai beutalásra kerülnének az adott panasszal (esélyhányados [OR, odds ratio] 2,31; 95%-os megbízhatósági tartomány [CI, confidence interval] 1,98–2,69) (Urol Oncol. 2014;32:128–134).

Ezek a különbségek talán arra vezethetők vissza, hogy nincsenek egységes irányelvek a tünetmentes vérvizelés kivizsgálására. Az Amerikai Urológus Társaság (AUA) például akkor tart

1. táblázat

A húgyhólyagrakban észlelhető nemi különbségekre vonatkozó legfrissebb adatok

Vizsgálati eredmény	Hivatkozás
Kivizsgálás és kórismézés	
A haematuriával orvoshoz forduló, végül húgyhólyagrakkal diagnosztizált nőbetegek esetében nagyobb annak esélye, hogy először húgyúti infekció gyanújával részesülnek kezelésben.	Cancer. 2014;120:555–561.
A haematuria miatt orvoshoz forduló nők gyakran 3-nál is több alapellátási viziten is átesnek ugyanazon panasz miatt, mielőtt urológiai konzíliumra kerülne sor.	Urol Oncol. 2014;32:128–134.
A nőknél nagyobb az esélye a késői diagnózisnak, és a diagnosztikai késedelem gyakrabban haladja meg a 6 hónapot.	Cancer. 2014;120:555–561.
Rákspecifikus kimenetek	
A nők 5 éves túlélése a betegség összes stádiumában elmarad a férfiaké mögött.	J Urol. 2000;55:368–371.
A férfiak nagyobb eséllyel részesülnek radioterápiában izominvazív húgyhólyagrakjuk kezelésére, a radikális cystectomy arányában azonban nincs különbség.	J Urol. 2003;170:1765–1771.
Régebbi elemzések szerint a női nemhez tartozás a kedvezőtlenebb rákspecifikus túlélés független rizikófaktora, az újabb adatok ugyanakkor a különbségek kiegyenlítődsét jelzik.	Gend Med. 2012;9:481–489
Vizeletelaterelés technikák/egészséggel kapcsolatos túlélés	
Cystectomiát követően a férfiaknál több mint kétszer akkora arányban történik a kontinenciát fenntartó diverziós műtét, mint nőknél.	Bladder Cancer. 2018;4:113–120.
Vékonybél-conduit kialakítását követően a nők rosszabb egészséggel kapcsolatos életminőségről számolnak be.	In Vivo. 2018;32:139–143.
Az ortotóp húgyhólyagképzésen átesett nők körében a hiperkontinencia aránya akár 44,6% is lehet.	World J Urol. 2014;32:221–228.
Potenciális biológiai különbségek	
A húgyhólyagrak gyakoribb postmenopausában, mint praemenopausában.	Am J Epidemiol. 2006;163:236–244.
Az AR és ERα eltűnése, illetve az ERβ számának emelkedése előrehaladottabb szövettani és klinikai stádiumokkal társul.	Urol Int. 2012;109:1716–1726.
A raloxifen gátolja az urothelsejtes carcinoma növekedését <i>in vivo</i> modellben.	J Urol. 2007;69:1221–1226.
Forrás: Spencer T. Hart, MD, Michael E. Woods, MD és Marcus L. Quek, MD által szolgáltatott adatok	

szükségesnek további diagnosztikai lépéseket a mikroszkópos haematuria háttérének tisztázására, ha a vörösvértestek száma nagy nagyítású látóterenként meghaladja a 3-at. Az American College of Obstetricians and Gynecologists a 25-ös értéket tekinti küszöbnek, amennyiben a beteg nem dohányzik, és 50 évesnél fiatalabb. Ez félreértéseket szülhet az alapellátásban dolgozók körében a tekintetben, mikor szükséges korábbi kivizsgálás és mikor nem. Ugyanígy késve kerülhet urológiai konzíliumra az a nőbeteg is, aki szülész-nőgyógyászatot keresi fel haematuriaja kivizsgálása céljából.

Bár adott esetben ezek a tényezők valószínűleg összességében csak csekély szerepet játszanak a diagnosztikai és terápiás késedelemben, hatásuk számottevő. Cohn és munkatársai igazolták, hogy nőknél nagyobb a valószínűsége a késői felismerésnek, mint férfiaknál (85,4 nap vs. 73,6 nap; $p < 0,001$), és nagyobb azon betegek aránya is, akiknél 6 hónapnál hosszabb ideig késik a diagnózis (17,3% vs. 14,1%; $p < 0,001$) (Cancer. 2014;120:555–561). Többszörösen bizonyított tény, hogy a késői diagnózis rosszabb rákspecifikus halálozásban mutatkozik meg (J Urol. 2003;169:110–115).

A rákspecifikus kimenetek különbözősége

A húgyhólyagrakban szenvedő nőbetegek még a kórismézést követő definitív kezelés után is kedvezőtlenebb kimenetekkel kénytelenek szembenézni, mint a férfiak. Bár felmerült, hogy ezért a diagnózis felállításakor fennálló előrehaladottabb betegségstádium tehető felelőssé, ez nem magyarázza meg teljesen a teljes túlélésben észlelhető különbségeket. A húgyhólyagrak 5 éves túlélésének különbségeit elemző egyik vizsgálat azt mutatta, hogy a nők túlélése minden stádiumban rosszabb (Urology. 2000;55:368–371). Ez arra utal, hogy a nemi hovatartozás a diagnózis felállítása után is szerepet játszik az eltérő kimenetekben.

Az izomréteget nem infiltráló húgyhólyagrakra vonatkozó bizonyítékok nem egyértelműek és nem is elégségesek. Egy egyetlen intézményben lefolytatott vizsgálat tanúsága szerint a nők kisebb arányban részesülnek intravesicalis terápiában húgyhólyagrakjuk kezelésére, mint a férfiak – nagyobb betegcsoportokon azonban már nem sikerült megerősíteni ennek a különbségnek a létezését (Urol Oncol. 2014;32:52.e1–9; Br J Cancer. 2013;108:1534–1540.).

Több vizsgálat is elemezte a kezelési módszerek és az elérhető kimenetek összefüggéseit nőbetegek izominvazív húgyhólyagrakja esetén. A SEER adatainak radikális cystectomiára vs. radioterápiára vonatkozó adatainak elemzése azt mutatta,

hogy az izominvazív húgyhólyagrakkal kezelt férfiak nagyobb arányban részesülnek sugárkezelésben, miközben a radikális cystectomy arányában nincs különbség a nők és a férfiak között (J Urol. 2003;170:1765–1771.).

Hasonlóképpen nem igazolódtak szignifikáns különbségek a sebészeti szélek státusza, illetve a cystectomy időpontjában jelen lévő nyirokcsomók száma tekintetében sem (Eur Urol. 2014;66:913–919.). A cystectomy utáni rákspecifikus túlélés vonatkozásában a kimenetelek sajnálatosan ellentmondásosak. Míg a régebbi vizsgálatokban a női nemet a rosszabb rákspecifikus kimenetel független rizikófaktorának találták, addig az újabb vizsgálatokban a nemi különbségek kiegyenlítődségét vetették fel (Gend Med. 2012;9:481–489.). Az újfajta trend megerősítésére további elemzések szükségesek, az irányzat mindenesetre bizakodásra ad okot. A magyarázat talán az lehet, hogy egyre nagyobb figyelem irányul a húgyhólyagrak diagnosztikájában és terápiájában a nők kárára fennálló egyenlőtlenségek felé.

A diverziós megoldások és az életminőség különbözősége

Bár nők és férfiak esetében is nagyjából azonos eséllyel történik radikális cystectomy, a nőbetegek körében a lehetségesnél ritkábban kerül sor a kontinenciát megőrző vizeletelaterelés alkalmazására. A radikális cystectomyk egyesült államokbeli gyakorlatát elemző egyik közelmúltbeli vizsgálatban azt találták, hogy bár a kontinens vizeletelaterelések alkalmazása összességében csökkenőben van, férfiaknál még mindig több mint kétszer akkora arányban kerül rá sor, mint nőbetegeknél (Bladder Cancer. 2018;4:113–120.). Az is bebizonyosodott, hogy a nők rosszabb életminőséget remélhetnek vékonybél-conduit képzését követően, mint a férfiak (In Vivo. 2018;32:139–143.).

A beteg által megélt testkép és a műtéti eredmény az életminőség számos elemét befolyásolja mindkét nemnél, ám több vizsgálat is felvetette, hogy a kontinencia megőrzésére módot adó vizeletelaterelés alkalmazásával javulás érhető el e téren. A Cerruto és munkatársai által végzett metaanalízis szerint radikális cystectomyt követő ortotóp hólyagképzés után a férfi betegek 65%-a életminősége javulásáról számolt be, a vékonybél-conduit-képzésen átesett betegekhez képest (Eur J Surg Oncol. 2016;42:343–360).

Kevés olyan vizsgálat került nyilvánosságra, melyben cystectomyval kezelt nők és férfiak egészséggel kapcsolatos életminőségét hasonlították össze. Egy vizsgálatban 73, radikális cystectomyt és ortotóp hólyagképzésen átesett nőbeteg arról számolt be, hogy kedvezőbbnek látja betegsége kilátásait,

elégedettebb testképével és szexuális életével, mint vékonybél-conduitot viselő sorstársaik (Eur J Surg Oncol. 2018 [megjelenés alatt]). Nem tisztázott, milyen tényezők hatnak közre abban, hogy nőknél ritkábban kerül sor ortotóp hólyagképző műtétre, de szerepet játszhatnak benne a vizeletelatereléses műtétek után előforduló, nemre specifikus szövődmények és kedvezőtlen kimenetelek. A húgyúti funkcionális kimeneteleket elemző egyik vizsgálat szerint nők ortotóp hólyagképző műtétei után a hiperkontinencia aránya elérheti a 44,6%-ot is (World J Urol. 2014;32:221–228.).

Kevés adat áll rendelkezésünkre a napközbeni inkontinencia, az éjszakai inkontinencia, a hiperkontinencia és a szexuális funkciók összehasonlítására nők és férfiak között. Ennek legfőbb oka lehet a standardizált kérdőívek hiányán és a kontinencia nem egységes definícióin túl az is, hogy a vizsgálatokba kevés nőbeteget vonnak be, illetve többféle módszerrel mérik fel a szexuális funkciók állapotát is. Ezen a téren további vizsgálatok szükségesek a nemi különbségek hátterének feltárására.

Potenciális biológiai különbségek

A húgyhólyagrak tekintetében a nők és férfiak között megmutatózó különbségek potenciális biológiai magyarázataként vették számba a szexszteroidok és a hormonális tengely szerepét. A populációs analízisek arról tanúskodnak, hogy a húgyhólyagrak gyakoribb a menopausa után, mint előtte (Am J Epidemiol. 2006;163:236–244.). Ennek nyomán több vizsgálat indult a szexszteroid-receptorok húgyhólyagrakban betöltött lehetséges szerepének tisztázására.

Elsődleges végpontként elemezték az androgénreceptor (AR) és ösztrogénreceptor (ER, estrogen receptor) expresszióját, illetve ezek összefüggéseit a patológiai stádiummal. Miyamoto és munkatársai 188 eset analízise alapján kimutatták, hogy az AR és ER α elvesztése, illetve az ER β fokozott expressziója összefüggésben áll a tumor előrehaladottabb szövettani és klinikai stádiumával (Urol Int. 2012;109:1716–1726.).

Az is valószínűnek látszik, hogy az ösztrogénreceptorok modulálásával gátolható az urothelsejtes carcinoma progressziója. Sonpavde és munkatársai ER-modulátor raloxifen adásával képesek voltak gátolni az urothelsejtes carcinoma növekedését *in vivo* modellben (J Urol. 2007;69:1221–1226.). Az androgén- és ösztrogénreceptorok mélyreható szerepet játszanak a tumorképződésben. Jelenleg is vizsgálják, hogy a szelektív ösztrogénmodulátor (SERM, selective estrogen modulator) tamoxifen milyen szerepet kaphat az alacsony és közepes kockázatú húgyhólyagrak kezelésében (NCT02197897). További

vizsgálatok szükségesek annak tisztázására, hogy az androgének helyet kaphatnak-e a húgyhólyagrak terápiájában.

Összefoglalás

A húgyhólyagrak felismerésében és kezelésében észlelhető nemi különbségek elemzése komplex kérdés, melyek valószínűleg a diagnosztikai késedelemre, a terápiás különbségekre és talán biológiai tényezőkre vezethetők vissza. A legtöbb felsorolt faktor tekintetében mód van a helyzet javítására, mely végső soron a nemi különbségek kiegyenlítéséhez vezethet. Változatlanul az alapellátásban dolgozók és szülésznőgyógyászok közötti együttműködésnek van a legnagyobb jelentősége a betege edukáció javításában, valamint annak megértésében, hogy nőbetegek esetében már idejekorán meg kell kezdeni a haematuria okának tisztázását célzó kivizsgálást.

Az urothelsejtes carcinomával összefüggő biológiai faktorok alaposabb megismerése remélhetőleg új terápiás célpontok azonosításához vezet el bennünket a húgyhólyagrak kezelésében, mind férfiak, mind nők esetében.

Dr. Hart urológus rezidens, dr. Woods és dr. Quek az Urológia Tanszék egyetemi tanárai (Loyola University Chicago Stritch School of Medicine, Maywood, Illinois, Egyesült Államok).

A rovat szerkesztője Christopher M. Gonzalez, MD, MBA, a Loyola University Chicago Stritch School of Medicine Urológiai Klinikájának intézet-vezető professzora Maywoodban.

Gender disparities in bladder cancer management • Contemporary OB/GYN / vol 64 / no 3 / Febr 20, 2019

POLGÁRI ÉS BÜNTETŐJOGI FELELŐSSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGYI GYAKORLATBAN V.
 CIVIL AND CRIMINAL LIABILITY IN THE MEDICAL PRACTICE V.

**ELISMERT HAZAI SZAKEMBEREK KÖZREMŰKÖDÉSÉVEL
 PROGRAMTERVEZET**

9:30 – 10:00	Plenáris ülés megnyitása – Köszöntő
10:00 – 10:20	Az otthonszülés, családközpontú szülés a jog hálójában Prof. Dr. Németh Gábor Ph.D., tanszékvezető egyetemi tanár, SZTE, SZAKK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, SZTE AOK, Általános, Szak-és továbbképzési dékánhelyettes
10:20 – 10:50	Az orvosszakértői bizonyítás szerepe a büntetőeljárásban Dr. Havrán Ákos – főügyészhelyettes, Békés Megyei Főügyészség
11:05 – 11:25	A magzat monitorizálásának csapdái. Áldás vagy átok a kardiokardiográfia? Dr. Bártfai György professor emeritus – SZTE, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
11:25 – 11:55	Műhiba perek a bírói gyakorlatban Dr. Kiss Gabriella – elnök, Szegedi Ítéltábla
11:55 – 12:15	Gondolatok és megfontolások a szülésetet és nőgyógyászatot érintő kártérítési esetek kapcsán Dr. Papp Zoltán professor emeritus Semmelweis Egyetem Budapest
13:00 – 13:30	Szakértői bizonyítás az új Pp. tükrében Dr. Futóné dr. Major Mónika – bíró, Gyulai Törvényszék
13:30 – 13:50	Az ultrahang vizsgálatok jogi aspektusai Dr. Tóth Zoltán professor emeritus, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
13:50 – 14:20	Az orvosi felelősség Dr. Telegdy Gergely – bíró, Szegedi Járásbíróság
14:20 – 14:40	A várandósgondozás jogi aspektusai Dr. Pap Károly – Jósa András Megyei Kórház szüléset- nőgyógyászati osztályvezető főorvos

2019. NOVEMBER 14.

**TOVÁBBI INFORMÁCIÓ ÉS JELENTKEZÉS:
 A kongresszus honlapja : www.crmedia.hu**




KOMMENTÁR



Dr. Bánfi Gergely
Simmelweis Egyetem,
Urológiai Klinika, Budapest

A „Nemi különbségek a húgyhólyagrak kezelésében” című, az Illinois állambeli (USA) maywoodi Loyola Egyetem urológus rezidense tollából származó dolgozat illeszkedik a manapság annyira divatos cikkek sorába: eredeti vagy gyakorlati tapasztalatokat ke-

vésbé ad át, inkább főként a szerzők „irodalmi szemüvegén” átszűrt korábbi adatok összefoglalására törekszik.

A téma a mai emancipált világban időszerűnek hat, hiszen a két nemre jellemző anatómiai, élettani és pszichés eltérések a betegségek különböző kialakulását, lefolyását és esetleg kezelésük eltérő voltát is eredményezhetik. A húgyhólyag rosszindulatú daganata a harmadik leggyakoribb urológiai eredetű és kilencedik legsűrűbben előforduló malignoma, ami leggyakrabban a fejlett országokban fordul elő, de legmagasabb mortalitással a fejlődő régiókban, ahol sem a felismerés, sem a kezelés módszereinek színvonala nem éri el a fejlett országok szintjét. Gondolhatunk itt az ismert karcinogén, iparban használt aromás aminoknak a környezetudatosságban magasabb szinten álló országokban való betiltására vagy a főként észak-afrikai országok vizeiben előforduló és az abban fürdő ember húgyhólyagjának vénás rendszerébe a hámon át bejutó, majd hólyagrakot okozó *Schistosoma haematobium* nevű féreg jelenlétére.¹ Legszomorúbb azonban a szintűgy nemi különbségeket mutató dohányzás (fiatal lányok újabban nagyobb arányban kezdenek dohányozni, mint a fiúk) magas aránya, amely a húgyhólyagrak kialakulásában ismert szerepet játszik – erről a dolgozat alig szól. Pedig hazánkban, ahol a 15–18 éves korcsoportú fiúk 47%-a dohányzik (!), az azonos korosztályba tartozó dohányzó lányok aránya az elmúlt évtizedben 23%-ról 48%-ra duplázódott és felülmúlta a fiúkét! Számos egészségkárosító hatása mellett a cigarettázás (de a vízipipa is például) nemcsak a világszerte vezető haláloknak tartható keringésrendszeri betegségek, de több daganatos betegség (tüdőrák, húgyhólyagrak stb.) kialakulásában is ismert és igazolt szereppel bír.² Ennek hangsúlyozása a hazai szak- és laikus irodalomban elhagyhatatlan fontosságú, és emiatt is támogatandók a politika a fiatalok dohánytermékekhez jutását nehezítő lépései.

A dolgozat is kiemeli, hogy jóllehet férfiaknál gyakoribb a húgyhólyagrak kialakulása, nőknél sokkal agresszívabb viselkedésű, és noha a túlélési adatok számos daganattípusban javuló tendenciát mutatnak, a nők hólyagrakos túlélése változatlan. En-

nek okait vizsgálja a cikk, kiemelve a szerzők szerint fontosnak tartható szempontok közül a vérvelés (haematuria) fontosságát. Tagadhatatlan, az urológiai tankönyvek egyik fő üzenete a témakörben, hogy addig minden vérvelés okaként húgyúti daganatot kell feltételeznünk, amíg ennek ellenkezőjéről meg nem győződünk.³ Nyilvánvaló, hogy a fogamzóképes korú nők nagyon gyakori heveny húgyhólyaghurutja, úgynevezett nem komplikált cystitise, ami a gyulladás a húgyhólyag nyálkahártyáját „kikezdő” volta miatt akár 40%-ban véres vizelettel társul, nem kell, hogy daganat gyanúját keltse, ha a vizeletvizsgálat fehérvérsejtek jelenlétét (pyuria) is igazolja a vizeletüledékben. Nem lehet azonban elégszer hangsúlyozni, hogy noha a húgyúti daganatok jellemző korcsoportja a 60–64 éves korosztály, napjainkban egyre sűrűbben találkozunk a betegség előfordulási gyakoriságában meredek emelkedést jelentő 50–54 éves korcsoportnál akár évtizedekkel fiatalabb betegekkel. Hagyományosan, hazánkban a nők jelentős része felfázás esetén nem urológust, hanem nőgyógyászt keresi fel, de a minden rendelőben könnyen rendelkezésre álló, jelentős finansiális terhet nem jelentő, egyszerű alkalmazhatóságú vizeletgyorsteszt használata lehetővé teszi a kórismézést. Jóllehet, nem mindig egyszerű akár a vérzés hüvelyi vagy húgycsövön át ürülő eredetének megkülönböztetése vagy a menstruáció okozta vérzés esetleges vizelethez keveredett voltának elkülönítése, tamping alkalmazása, a menstruációs anamnézis pontos felvétele, végső esetben egyszeri katéterezéssel vizeletminta nyerése eligazít az eredet kérdésében. Azt se feledjük azonban, hogy a húgyhólyag daganatai gyakran szövődnék visszatérő cystitisszel, ezért főként recidiváló esetben telt hólyag mellett annak ultrahangos ellenőrzése mindenképpen javasolható.

A dolgozat felhívja a figyelmet a kórismézést tovább árnyaló, az egyes irányelvekben megfogalmazott haematuria-definíciók különbözőségeire: egyesek mikroszkópi látóterenként már 3-nál több, mások akár 25-nél nagyobb számú vörösvérsejt jelenlétét tekintik kórosnak. Magunk a hazai gyakorlatban alkalmazott, középutat jelentő számot, a látóterenként 10 vörösvérsejtnél nagyobb mennyiséget tartjuk kórosnak. Fel kell hívni a figyelmet azonban a fentebb javasolt gyorsteszt sokszor fals-pozitív jelzésére microhaematuria esetén. Visszatérő esetben laboratóriumi, centrifugált vizeletminta üledékének mikroszkópos vizsgálata szükséges a gyorsteszt felvetette vérvelésnyanú esetén. A szerzők által bemutatott ijesztő, de az urológusok körében mindennapi tapasztalati tény, hogy a vérveléssel orvoshoz fordulás vagy eljutás akár 3 hónapos késedelmet is szenvedhet. Noha ezzel kapcsolatos hazai adat nem áll rendelkezésre, vélhetőleg ez az időszak hazánkban hosszabb. Ugyanakkor a gyógyulási esély tekintetében a minél korábbi stádiumban végzett eltávolítás döntő fontosságú! Hiszen sokáig kezeletlen esetben az úgynevezett stádiumprogresszió izomba törő daganat kialakulásához vezet-

KOMMENTÁR

het, melynek egyetlen kuratív kezelési módja a teljes húgyhólyag-eltávolítás, a radikális cystectomy.⁴ Szerintünk az orvoshoz fordulás késedelmének egyik fő oka az alapvető diagnosztikai módszertől, a húgyhólyagtükrözéstől való (indokolatlan) félelem. Óvunk mindenkit az alapos indok nélkül végzett cisztoszkópiától (hiszen a napjainkban is a rendkívül nehéz és összetett gyógyítást igénylő húgycsőszűkület kialakulásának egyik fő oka a húgycsövön végzett beavatkozásokban, katéterezésben, tükrözésben keresendő), de a húgycsőbe nyomott érzéstelenítő csúsztatóanyag („gliccs”) alkalmazásával és kellő óvatossággal, illetve jártassággal végezve a beavatkozás gyorsan feledhető kellemetlenségérzésnél nagyobb benyomást nem gyakorol a betegre. Ugyanakkor a kórismézés megbízhatóságában semmilyen képalkotó nem versenyezhet a húgyhólyag szinte 90% körüli szenzitivitásával és specificitásával tükrözésével.⁵ Ráadásul, a nők kb. 3 cm hosszúságú és anatómiailag kanyarulatoktól mentes húgycsöve még viselhetőbbé teszi a vizsgálatot.

A dolgozat felveti, hogy a húgyúti daganat diagnózisához a vizsgált esetek jelentős részében háromnál több orvos-beteg találkozássra volt szükség, és az esetek 15%-ában fél évet is késett a daganat felismerése. A felvetés elvezet a mindennapok gyakorlatában további nehézséget okozó, egyre gyakrabban kórismézett endometriosos és az urológiai gyakorlatban divatos intersticiális cystitis okozta vérvelés elkülönítő diagnosztikai nehézségeihez. Az intersticiális cystitis mint entitás létezését sokan megkérdőjelezzik, egyfajta, a húgyhólyagot érintő, máig nem azonosított patomechanizmusú gyulladásos kórképnek tartják. A húgyhólyagot is infiltráló endometriosisal együtt e kórképek sem kórismézhetők cisztoszkópia nélkül.

A húgyhólyag mély izomrétegét érintő vagy agresszív szövettani típusú daganat esetén erre alkalmas betegnél gyógyulást csak a hólyag teljes eltávolítása hozhat. A kiterjesztett, magas morbiditású, megterhelő radikális cystectomya műtete szükségessé teszi a vizelet tárolásának és elvezetésének megoldását. Az úgynevezett inkontinens sztómák (uretero-kután és a bél közbeiktatásával uretero-ileo-kután) életminőségileg ugyanúgy terhelik a különböző nemű betegeket. A kontinensnek nevezett elvezetés (ún. ortotóp hólyagképzés, vagyis megfelelő bélszakaszból tulajdonképpen új hólyag képzése, amelyet az eredeti húgycső csonkjához varrunk, tehát a beteg nem sztómán, hanem az eredeti húgycsőnyíláson keresztül üríti a vizeletét) életminőségileg jobbnak tűnő állapotot eredményezhet. A dolgozatban idézettnél azonban lényegesen nagyobb betegszámú vizsgálat (az idézett 77-tel szemben 314 beteg adatainak feldolgozása) már nem igazolt különbséget a kontinens és nem kontinens vizeletelvezetés okozta életminőség-módosulásban a két nem tekintetében.⁶ Mindezekkel együtt a fentebb idézett adatok kellő óvatosságú értékelése szükséges, mert az életminőséget felmérő kérdőívek

sokszor nem standardizáltak és validáltak, illetve a vizeletelvezetések formáit nem a nemek összevetésének tükrén át vizsgálták, hanem vagy csak férfiaknál, vagy a két nemből származó betegek adatait együtt értékelték.

Jelentős eltérések jellemzik a radikális cystectomya utáni állapotot azonban a két nem között – ezt a dolgozat csak egyetlen táblázata egy sorában érinti. Pedig a különbségek jelentősek: az anatómiai adottságok különböző volta miatt férfiaknál meglepő módon (a medencefenéki izomzat relaxálása miatt) főképpen éjszakai inkontinencia, míg nőknél – éppen ellentétesen – a rövid húgycső dacára a Wertheim-műtéthez hasonlóan, talán a beidegzés sérülése miatti hiperkontinencia, vagyis kisebb-nagyobb fokú vizeletrekedés jön létre. Ez utóbbi miatt és a mindkét nemet érintő, a bélfal termelte mucin-csapadék okozta húgycsőeldugulás elkerülésére e betegek rendszeres önkatéterezése szükséges.

A radikális cystectomyára nem alkalmas beteg terápiás alternatívája a húgyhólyag radikális sugárkezelése, amit a cikkben idézett 2003-as irodalmi adat szerint több férfi kap. Ez azonban a szerzők véleményével szemben több okból sem jelenti a férfiak túlélésbeli vagy a kezelés utáni életminőségbeli előnyét, hiszen a kevésbé jó túlélési eredményt jelentő sugárkezelést inoperábilis betegnek javasolunk, és az irradáció utáni panaszok: sugár-cystitis, zsugorhólyag, vérvelés, inkontinencia, proctitis, a szexuális működés romlása és a kezelés utáni időszak rendszeres hólyagtükrözéssel való követése nem tekinthetők az életminőséget jótékonyan befolyásoló tényezőknél.⁷

A cikk felveti a nőknél agresszívabb lefolyású hólyagrák esetleges genetikai okait, azok részletezése nélkül, de a cikkben idézettnél újabb szakirodalmi adatok ezt a különbséget a közép-európai területen nem erősítették meg, jöhetnek hazánk nem vett részt a vizsgálatban.⁸ A genetikai különbségeket vizsgáló kutatások napjainkban is intenzíven folynak, de meggyőző eredménnyel az utóbbi évtizedben nem tudtak szolgálni. Logikusan, a nemi hormonok állnak a kutatások középpontjában, főként az androgénreceptor és ösztrogénreceptor szerepét vizsgálják. Az első, 2007-es közlés óta eltelt 12 évben azonban – szemben például az előrehaladott prosztatarák kezelésére újabban törzskönyvezett androgénreceptor-blokkolókkal – nem sikerült ilyen támadáspontú, hatékony gyógyszer kifejlesztése, ami jelezheti az ez irányú kutatások nem egyértelmű eredményességét.

Mindenesetre, az utóbbi évek mortalitási adatai szerint a túlélésbeli különbségek csökkenőben vannak a két nem között, amit aláhúz az az idézett szakirodalmi adat, hogy a nők és férfiak radikális cystectomya kapcsán vizsgált, a túlélést döntően meghatározó nyirokcsomó- és sebésziszél-érintettségében nincs különbség.

Összefoglalva tehát: nem komplikált cystitis egyértelmű esetétől eltekintve véres vizelet esetén mindig gondoljunk húgyúti daganat lehetőségére. A kórismézésben az ultrahangvizsgálat az