



URO-ONKO FORUM

MULTIDISCIPLINARNI KONGRES S
MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

URO-ONKO FORUM 2023.

ŠIBENIK, 11. - 14.05.2023.

KNJIGA SAŽETAKA



Kao vodeća farmaceutska kompanija u svijetu na području liječenja raka prostate, ponosni smo što smo partneri bolesnicima i zdravstvenim radnicima više od 10 godina.

Rak prostate najčešći je oblik raka u muškaraca u svijetu te jedan od vodećih uzroka smrti povezane s rakom među muškarcima.¹

U Astellas-u smo posvećeni izgradnji inovativnih, novih terapija koje produljuju i povećavaju kvalitetu života bolesnika oboljelih od raka. Koristimo snagu partnerstva s udrugama bolesnika i zdravstvenim radnicima sa zajedničkim ciljem poboljšanja skrbi i podrške za bolesnike.

Obvezali smo se ići korak dalje od liječenja uz obećanje da ćemo svaki dan učiniti boljim za one pogođene rakom prostate.

1. GLOBOCAN 2020, International Agency for Research on Cancer of the World Health Organisation; <https://www.iarc.who.int/>

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Svaku sumnju na štetni događaj potrebno je prijaviti na navedenu e-mail adresu: Pharmacovigilance_hr@astellas.com.
Za sve dodatne informacije o lijeku pošaljite upit na: medinfo.ab@astellas.com.

Datum pripreme: Ožujak 2023. / MAT-AB-NON-2023-00043



Astellas d.o.o., Ilica 1, 10000 Zagreb

ORGANIZATOR

HRVATSKO UROLOŠKO DRUŠTVO HLZ-A



UČINKOVITA KONTROLA TUMORA
NE MOŽE ČEKATI

UVEDITE XTANDI

DA BISTE PRODULJILI PREŽIVLJENJE

 **Xtandi**[™]
enzalutamid

- u odnosu na placebo kod visokorizičnog nmKRRP-a i asimptomatskog/blago simptomatskog mKRRP-a^{3,4}
- u odnosu na ADT + placebo kod mHORP-a, podaci iz ispitavanja ARCHES⁵
- u odnosu na NSAA kod mHORP-a, podaci iz ispitavanja ENZAMET²



Kad kod Vaših bolesnika nastupi uznapredovali rak prostate, morate djelovati. XTANDI je prvi i jedini oralni lijek koji je dokazano djelotvoran u prvoj liniji liječenja te indiciran za mHORP, visokorizičan nmHRRP i asimptomatski/blago simptomatski mKRRP.¹⁻⁷

 **astellas**

Reference: 1. XTANDI (enzalutamid) zadnji odobreni sažetak opisa svojstava lijeka. 2. Davis ID et al. N Engl J Med 2019; 381(2): 121–31. 3. Sternberg CN et al. N Engl J Med 2020; 382: 2197–206. 4. Beer TM et al. Eur Urol 2017; 71: 151–54. 5. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2019; 37(32): 2974–86. 6. Hussain M et al. N Engl J Med 2018; 378: 2465–74. 7. Mottet N et al. European Association of Urology 2021.

mHORP = metastatski hormonski osjetljiv rak prostate; nmKRRP = nemetastatski kastracijski rezistentan rak prostate; mKRRP = metastatski kastracijski rezistentan rak prostate; ADT = terapija androgenom deprivacijom; NSAA = nesteroidni antiandrogen

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Lijek se izdaje na recept. Molimo da pročitate zadnji odobreni [Sažetak opisa svojstava lijeka](#) i uputu o lijeku. Svaku sumnju na štetni događaj potrebno je prijaviti na navedenu e-mail adresu: Pharmacovigilance_hr@astellas.com. Za sve dodatne informacije o lijeku pošaljite upit na: medinfo.ab@astellas.com.

Datum pripreme: Studeni 2021. XTD_2021_0266_AB

Astellas d.o.o., Ilica 1, 10000 Zagreb

Epidemiologija urogenitalnih tumora i trendovi u Hrvatskoj

AUTOR RADA

MARIO ŠEKERIJA

mario.sekerija@hzjz.hr

HZZJ, Medicinski fakultet u Zagrebu, Hrvatska

Zloćudni tumori muških genitalnih organa, identificirani prema ICD-10 šiframa C60-C63, raznolika su skupina koja uključuje karcinom penisa (C60), prostate (C61) i testisa (C62), kao i druge i nespecificirane muške genitalne organe (C63). Postoje značajne varijacije u čimbenicima rizika i epidemiologiji, s prosječnom dobi pojavljivanja u Hrvatskoj u 2020. godini od 67 godina za rak penisa, 71 godinu za rak prostate i 37 godina za rak testisa. Uslijed razlika između registara za rak u kodiranju urotelijalnih karcinoma (C65-C68), usporedbe su otežane zbog neusklađenosti podataka.

Rak prostate najčešće je dijagnosticiran rak u muškaraca u Hrvatskoj od 2016. godine i rangira se kao treći najčešći uzrok smrti od raka kod muškaraca, nakon karcinoma pluća i debelog crijeva. U 2020. godini, Hrvatska je zabilježila 2299 novih slučajeva raka prostate (pad od gotovo 600 slučajeva u usporedbi s 2019. godinom, zbog okolnosti vezanih uz pandemiju COVID-19), 200 slučajeva raka testisa, 52 slučaja raka penisa i 3 slučaja s dijagnozom C63. Godine 2021. u Hrvatskoj je od raka prostate umrlo 805 muškaraca.

Rak prostate drugi je najčešći rak koji se dijagnosticira u muškaraca diljem svijeta, odmah iza raka pluća. Incidencija raka prostate značajno se povećala u visoko razvijenim zemljama tijekom posljednjih nekoliko desetljeća, uglavnom zbog povećanog probira putem PSA testiranja. Međutim, u posljednjih nekoliko godina došlo je do stabilizacije ili smanjenja incidencije u mnogim razvijenim zemljama.

Cilj ovog predavanja je predstaviti najnovije dostupne epidemiološke podatke za ovu skupinu zloćudnih bolesti u Hrvatskoj, raspravljati o relevantnim trendovima i usporediti podatke s međunarodnom statistikom.

Klinički značaj molekularnih alteracija urotelnog karcinoma

AUTOR RADA

KATARINA VILOVIĆ

kvilovic@mefst.hr

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

Sluznica mokraćnog mjehura sadrži multiple mutirane klonove stanica u bolesnom i zdravom urotelu. To je pogodno okruženje za razvoj urotelnog karcinoma kroz monoklonalni i oligoklonalni proces uz nastanak brojnih novih mutacija u multifokalnoj bolesti.

Promjene na molekularnoj razini su paralelne s patohistološkom klasifikacijom. Papilarni karcinom niskog gradusa je rekurentna bolest koje rijetko progredira, za razliku od papilarnog karcinoma visokog gradusa i CIS-a koji su udruženi s višim stopama progresije i smataju se prekursorima mišićno-invazivnog urotelnog karcinoma. Sveobuhvatnom genomskom analizom urotelnog karcinoma utvrđene su značajne promjene broja kopija (fokalne i na razini kraka), amplifikacije i delecije. Karakteristične kombinacije somatskih mutacija su povezane s APOBEC mutagenezom utvrđenom u oko 2/3 mišićno-invazivnih karcinoma.

Najčešće alteracije u urotelnom karcinomu su mutacije promotorske regije TERT koje su prisutne u svim gradusima i stadijima bolesti te morfološkim podtipovima, ali ne u benignim stanjima. U dijagnostičke svrhe prisutnost ovih mutacija može se koristiti kao pouzdan molekularni biomarker za razlikovanje histološki neuvjerljivog malignog procesa od proliferativnih benignih promjena te za dokazivanje urotelnog porijekla tumora s dvojbom ili organ-nespecifičnim morfološkim karakteristikama. Ove mutacije je moguće detektirati u uzorcima urina, što ga čini potencijalnim biomarkerom za detekciju urotelne neoplazije koristeći neinvazivne testove za urine liquid biopsije.

U uznapredovalom urotelnom karcinomu određivanje alteracija FGFR3 može pomoći u odabiru pacijenata za liječenje anti-FGFR agensima, a određivanje mutacija u ERCC2 i drugim genima za popravak oštećenja DNA, može pomoći u stratificiranju pacijenata koji će najvjerojatnije imati koristi od kemoterapije temeljene na cisplatinu. Procijena ekspresije PDL1, opterećenje tumorskim mutacijama i mikrosatelitska nestabilnost trenutno se koriste kao prediktori odgovora na terapiju inhibitorima imunoloških kontrolnih točaka.

Urotelni karcinom može se klasificirati u molekularne podtipove prema više klasifikacijskih shema među kojima postoji značajno preklapanje te je TCGA 2016. godine objavila konsenzus molekularnu klasifikaciju koja uključuje analize iz prethodno objavljenih studija i 1750 transkriptoma mišićno-invazivnih urotelnih karcinoma.

LITERATURA

WHO Classification of Tumours Editorial Board. Urinary and male genital tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited YYYY Mmm D]. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 8). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/36>.

Očuvanje mjehura

AUTOR RADA

ANTONELA VRLJIČAK

antonela.vrljicak@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 5

¹ Murgić Jure

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

² Miletić Marija

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

³ Prgomet Sečan Angela

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

⁴ Jazvić Marijana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

⁵ Fröbe Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet

Rak mokraćnog mjehura najčešći je malignitet urinarnog trakta, s vrhuncem incidencije u starijoj životnoj dobi. Standard liječenja lokaliziranog mišićno-invazivnog raka mjehura (MIBC) je neoadjuvantna kemoterapija nakon čega slijedi radikalna cistektomija (RC). RC je opsežan kirurški zahvat s visokim postotkom postoperativnih komplikacija i znatnom smrtnosti, bez obzira na korišteni kirurški pristup. Nakon RC slijedi dugotrajan oporavak, u velikom broju slučajeva smanjena kvaliteta života uz značajno psihološko opterećenje. Uzevši u obzir navedeno, kao i imajući na umu da je učinkovitost onkološkog liječenja koje čuva organe prethodno dokazana u drugim sijelima (glava i vrat, rektum, anus, dojka, sarkomi), kao nužnost se pojavilo trimodalitetno liječenje (engl. trimodality therapy, TMT) mišićno-invazivnog raka mokraćnog mjehura, kao alternativa RC. TMT može se ponuditi bolesnicima koji nisu kandidati za RC zbog komorbiditeta, ali i bolesnicima kod kojih je moguće provesti radikalnu operaciju, međutim žele sačuvati svoj mjehur. Idealni kandidati za TMT imaju sljedeće karakteristike: T2 stadij bolesti, nemaju hidronefrozu niti CIS, imaju unifokalni tumor, dobar kapacitet i funkciju mjehura te provedenu agresivnu kompletnu transuretralnu resekciju tumora u mjehuru (TURBT). Kontraindikacije za TMT su: T4b stadij, hidronefroza povezana s tumorom, prethodno provedena radioterapija na zdjelicu, infiltracija prostate. . Uspriješ postojećim dokazima o učinkovitosti te pozitivnom utjecaju na kvalitetu života, TMT se i dalje ne koristi dovoljno. TMT se sastoji od tri djela: maksimalnog TURBT-a, nakon čega slijedi kemoradioterapija. Kemoradioterapija može biti provedena na dva načina: doza može biti isporučena odjednom ili se može dati indukcijska doza kemoradioterapije, nakon čega slijedi cistoskopija te, u slučaju potpunog odgovora na terapiju, konsolidacijska kemoradioterapija. U slučaju nepotpunog odgovora na terapiju, slijedi rana RC spašavanja. U TMT-u, osim platine, mogu se koristiti drugi citostatici (paklitaksel, gemcitabin, 5-fluorouracil, mitomycin C), što nam povećava mogućnosti liječenja platina-nepodobnih bolesnika. Nakon provedenog liječenja, bolesnici se prate redovitim cistoskopijama te kompjutoriziranim tomografijama (CT) abdomena i zdjelice. U slučaju povrata mišićno-invazivnog raka mokraćnog mjehura, slijedi RC spašavanja ili TURBT. Učinkovitost TMT-a istraživana je u nizu retrospektivnih kliničkih istraživanja, a rezultati navedenih istraživanja pokazali su ishode koji su usporedivi s RC, uz očuvanu kvalitetu života te manju stopu komplikacija povezanih s liječenjem. Uglavnom, 5-godišnja lokalna kontrola bolesti (cystectomy-free survival) sa TMT u studijama je bila oko 60%. Za veće korištenje TMT pristupa ključan je bliski multidisciplinarni rad. Da bismo poboljšali ishode bolesnika s MIBC-om, u budućnosti su nam potrebna dodatna istraživanja koja će identificirati biomarkere koji će nam pomoći u odabiru adekvatnog modaliteta liječenja, kao i najučinkovitije kombinacije sustavne terapije i radioterapije.

KLJUČNE RIJEČI: rak mokraćnog mjehura, kemoterapija, radioterapija, trimodalitetno liječenje

REFERENCE

Lemiński A, Michalski W, Masojć B, et al. Combined Modality Bladder-Sparing Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: How (Should) We Do It? A Narrative Review. *J Clin Med.* 2023;12(4):1560. Published 2023 Feb 16. doi:10.3390/jcm12041560

Vashistha V, Wang H, Mazzone A, et al. Radical Cystectomy Compared to Combined Modality Treatment for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2017;97(5):1002-1020. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.11.056

FORUM: Cistektomija u N+ bolesti – PRO

AUTOR RADA

ADELINA HRKAĆ

adelina.surjan@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 4

¹Bokarica Pero

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Kožul - Salihagić Iva

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Kapelac Martin

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Bilić Marko

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinom mokraćnog mjehura, prvenstveno urotelni karcinom, predstavlja izazov u kliničkoj praksi, obzirom na perzistirajuću visoku smrtnost, usprkos brojnim ekstenzivnim analizama genetskih alteracija povezanih s posljedičnim razvijanjem novih onkoloških terapija poput imunoterapije i ciljane terapije.

Radi o radiorezistentnom karcinomu, s ograničenim učinkom kemoterapije bazirane na cispladini obzirom na 5-godišnji OS benefit od 5-8% kod NAC, te 6-9% kod AC, također uzimajući u obzir visoki postotak pacijenata nepodobnih za kemoterapiju zbog često oštećene bubrežne funkcije, lošijeg izvedbenog statusa i individualnih tehničkih nemogućnosti. Slijedom navedenog, kirurško liječenje koje uključuje radikalnu cistektomiju sa regionalnom limfadenektomijom i dalje ima središnju ulogu u pokušaju eradikacije karcinoma mokraćnog mjehura, te uz NAC predstavlja zlatni standard u liječenju mišićno invazivnog karcinoma mokraćnog mjehura.

Slično primarnom sijelu, nodalne metastaze karcinoma mokraćnog mjehura pokazuju suboptimalan odgovor na neoadjuvantno i adjuvantno onkološko liječenje, a nose značajno smanjenje stope preživljenja uz 5-godišnje preživljenje koje varira od 18 do 35%, stoga je regionalna zdjelična limfadenektomija opravdana, svrsishodna i u određenom postotku kurativna. U prilog tome govore razne studije i meta analize koje su pokazale benefit kod pacijenata s N1-N2 bolesti, kojima je učinjena radikalna cistektomija u kombinaciji s kemoterapijom, bilo da se radi o neoadjuvantnoj ili adjuvantnoj, sa ili bez radioterapije. Zaključno, radikalno kirurško liječenje koje uključuje zdjeličnu limfadenektomiju predstavlja terapiju izbora kod N+ carcinoma mokraćnog mjehura, naročito kod malog volumena nodalne bolesti, a svakako u kombinaciji sa kemoterapijom ukoliko je primjenjiva.

Cistektomija u N+ bolesti - KONTRA

AUTOR RADA

MARIJA MILETIĆ

mmileti90@gmail.com

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Rak mokraćnog mjehura (RMM) smatra se najčešćim zloćudnim tumorom urinarnog trakta. Trostruko je češći u muškaraca, a najčešće se pojavljuje oko 70. godine života. Najviša stopa smrtnosti doseže 8,4 na 100.000 u istočnoj Europi. Čimbenici koji su pokazali prognostički značaj za povrat i progresiju bolesti jesu histološki gradus i stadij bolesti. Upravo je status limfnih čvorova (N status) jedan od najvažnijih prognostičkih čimbenika. Liječenje pacijenata s pozitivnim limfnim čvorovima (N+), a bez udaljenih metastaza (M0), izazovno je i zahtjevno. Nedostaju prospektivne kliničke studije usmjerene na klinički N+ (cN+) M0 pacijente, a također treba naglasiti da su cN+ pacijenti isključeni iz većine kliničkih studija koje su ispitivale učinkovitost neoadjuvantne kemoterapije (NAK). Plan liječenja se mora donijeti na multidisciplinarnom timu koji se sastoji od urologa, patologa, radiologa i onkologa.

Vodeće svjetske i europske urološke smjernice razlikuju se u preporukama liječenja pacijenata s cN+M0 stadijem RMM. Radi se o heterogenoj podskupini pacijenata, a osim zahvaćenosti limfnih čvorova, broj zahvaćenih limfnih čvorova također je povezan s različitim stopama preživljenja (N1-N3). Petogodišnje ukupno preživljenje (OS) kod pacijenata s cN+ bolesti kreće se u rasponu od 30 do 32% kod onih koji su primili liječenje, dok kod pacijenata sa lokaliziranom bolesti (cN0) doseže do 85%. Standard liječenja u cN+M0 bolesti uključuje radikalnu cistektomiju (RC) s bilateralnom disekcijom zdjelčnih limfnih čvorova (PLND), združenu s NAK. Nedvojbeno je da RC, združena s NAK, pruža najbolju vjerojatnost duge kontrole bolesti kod lokaliziranog RMM (cN0M0). S druge strane brojne su kontroverze glede upotrebe RC u cN1-3M0 RMM. Radikalna cistektomija nosi značajni rizik komplikacija i smrtnosti. Stopa morbiditeta kreće se u rasponu od 30 do 65%, a stope smrtnosti od 1 do 5%. Veći rizik komplikacija i smrtnosti povezuje se sa starijom dobi, muškim spolom, povijesti pušenja, bolestima srca, dijabetesom. Klinička praksa pokazuje da je prosječna dob u trenutku dijagnoze RMM 73 godine, a prosječan broj komorbiditeta u 70-godišnjaka iznosi 4 (hipertenzija, dijabetes, bolesti srca, KOPB). Uzimajući u obzir niske stope preživljavanja u cN+ bolesti, radikalnost samog operativnog zahvata, broj lokalnih i regionalnih recidiva nakon RC i kvalitetu života nakon operacije, potrebne su dodatne ili nove opcije liječenja.

Postoji nekoliko terapijskih opcija za cN+M0 RMM, a koje ne uključuju RC, a rasprava još uvijek traje o optimalnoj terapijskoj opciji. Zbog visokog postotka pacijenata s RMM koji nisu prikladni za RC, sustavna terapija (kemoterapija i imunoterapija) postale su važne terapijske opcije u kliničkoj praksi. Kemoterapija (KT) je standardna opcija liječenja pacijenata s N+ bolesti, a može se dati kao NAK, adjuvantna KT nakon RC, ili kao primarna terapija. Nedavno kliničko ispitivanje (JAVELIN Bladder 100) promijenilo je kliničku praksu i uvrstilo imunoterapiju avelumabom kao terapiju održavanja nakon indukcijske KT kod pacijenata s lokalno uznapredovalim (cN+) ili metastatskim (M+) RMM. Ispitivanje je pokazalo da je avelumab značajno produžio OS u usporedbi s placebom, u svim podskupinama pacijenata, a numerički veća razlika u OS zabilježena je kod cN+M0 u odnosu na M+ pacijente. Europske urološke smjernice (EAU) predlažu istodobnu primjenu kemoradioterapije (KT+RT) kao jednu od mogućnosti liječenja za N+ pacijente. Preporuke su temeljene na rezultatima nekoliko studija čiji rezultati pokazuju da konkomitantna KT+RT može poboljšati preživljenje za pacijente s cN+ RMM, a u usporedbi sa KT.

Liječenje pacijenata s cN+ RMM je izazovno zbog nekoliko aspekata, od dijagnostike, preko kirurškog liječenja do sistemskog liječenja, nedostaju prospektivne studije visoke značajnosti. Dostupni podaci ukazuju da je kombinirana terapija, uz individualizirani pristup i pažljivu selekciju pacijenata povezana s najboljim dugorožnim ishodima. Odgovor na KT pokazao se kao jedan od važnih prognostičkih faktora. S obzirom sve veću pojavnost RMM i skromno poboljšanje u ishodima liječenja, nužno je utvrditi preporuke za liječenja cN+ pacijenata, uz dosljednu provedbu istih.

LITERATURA

- Antoni S, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. *Eur Urol.* 2017;71:96–108.
- Darwish C, Sparks A, Amdur R, et al. Trends in Treatment Strategies and Comparison of Outcomes in Lymph Node-Positive Bladder Cancer: An Analysis of the National Galsky MD, Stensland K, Sfakianos JP, et al. Comparative Effectiveness of Treatment Strategies for Bladder Cancer with Clinical Evidence of Regional Lymph Node Involvement. *J Clin Oncol.* 2016;34:2627–2635.
- Flaig TW, Spiess PE, Agarwal N, et al. Bladder Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw.* 2022;18:329–354.
- Abufaraj M, Dalbagni G, Daneshmand S, et al. The role of surgery in metastatic bladder cancer: a systematic review. *Eur Urol.* 2018;73:543.
- Al-Alao O, et al. Clinically node-positive (cN+) urothelial carcinoma of the bladder treated with chemotherapy and radical cystectomy: Clinical outcomes and development of a postoperative risk stratification model. *Elsevier.* 2020;38(3):19-76.
- EAU Guidelines. Edn, Presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022; EAU Guidelines Office: Arnhem, The Netherlands, 2022;ISBN 978-94-92671-1.
- Powles T, Se Hoon P, Voog E, et al. Avelumab Maintenance Therapy for Advanced or Metastatic Urothelial Carcinoma. *N Engl J Med.* 2020;383:1218-1230.
- Haque W, Verma V, Butler EB, Teh BS. Chemotherapy Versus Chemoradiation for Node-Positive Bladder Cancer: Practice Patterns and Outcomes from the National Cancer Data Base. *Bladder Cancer.* 2017;3:283-291.

Liječenje UTUC-a u 2023. godini

AUTOR RADA

GORAN BENKO

goran.benko@gmail.com

Opća bolnica Varaždin, Odjel za urologiju, Varaždin, Hrvatska

UVOD: Urotelijalni karcinomi gornjeg urotrakta (engl. UTUC) su rijetki. Kasna dijagnoza bolesti dovodi do toga da su tumori mišić invazivni ili lokalno uznapredovali u trenutku dijagnoze (56%). Više od 50% bolesnika s UTUC-om umire nakon povrata bolesti unatoč sistemskoj terapiji.

CILJ: Prikazati kirurške metode i preporuke liječenja UTUC-a prema EAU smjernicama iz 2023.g.

METODE: Pregled dostupne literature i EAU smjernica za liječenje UTUC-a.

REZULTATI: Kod lokaliziranih karcinoma niskog rizika treba ponuditi kirurške metode liječenja uz poštedu bubrega. Preživljenje je jednako kao i kod radikalne nefroureterektomije (RNU). Endoskopska ablacija (FURS) i perkutani pristup uz uvjet kompletne destrukcije/resekcije je podesna za tumore nakapnice i čašica. Segmentalna resekcija mokraćovoda sa širokim rubovima i UCNS-om daje bolje rezultate kod tumora distalnog mokraćovoda, ako nije moguća kompletna endoskopska resekcija.

Otvorena RNU s odstranjenjem manžete mjehura je standardno liječenje UTUC-a bilo koje lokalizacije. Otvorena, laparoskopska i robotska NU imaju jednak onkološki rezultat kod lokalizirane bolesti. Invazivni ili veliki tumori (T1/T3 i N+/N1) podesniji su za otvorenu operaciju. Kod svake metode važna je kompletna ekscizija manžete. Limfadenektomija povećava karcinom specifično preživljenje kod mišićno invazivne bolesti i smanjuje rizik lokalnog povrata bolesti te je indicirana kod karcinoma visokog rizika. Nije potrebna kod Ta/T1 UTUC-a. Imperativna indikacija za operaciju s poštedom bubrega kod karcinoma visokog rizika: solitarni bubreg, obostrani UTUC, kronična bubrežna bolest ili značajni komorbiditet.

ZAKLJUČAK: Koristiti dijagnostičku ureteroskopiju (po mogućnosti bez biopsije) kada slikovne pretrage i/ili citologija urina nisu dovoljne za dijagnozu ili stratifikaciju rizika.

RNU je standardna metoda liječenja za nemetastatske karcinome visokog rizika.

Limfadenektomija je indicirana kod karcinoma visokog rizika.

Ponuditi kirurško liječenje uz poštedu bubrega onima s imperativnom indikacijom.

Postoperativna kemoterapija na bazi platine povećava preživljenje kod nemetastatskih karcinoma visokog rizika (pT2-4 i/ili pN+) što je potvrđeno POUT studijom.

Kemoterapija na bazi platine je prva linija liječenja metastatske bolesti, a zatim imunoterapija.

Novosti u WHO klasifikaciji tumora bubrega

AUTOR RADA

MARIJANA ČORIĆ

marijanacoric17@gmail.com

KBC Zagreb, Hrvatska

Histološka klasifikacija tumora bubrega od iznimne je važnosti jer histološki parametri procijenjeni na bioptičkim i resekcijskim uzorcima imaju ključnu ulogu u dijagnozi, prognozi i liječenju bolesnika s tumorima bubrega. Klasifikacija tumora bubrega temelji se na izgledu citoplazmi tumorskih stanica, arhitekturi tumora, kombinaciji morfoloških promjena, anatomskom položaju tumora, korelaciji s podležećom bubrežnom bolesti, obiteljskim sindromima i specifičnim genetskim promjenama.

Nova WHO klasifikacija tumora bubrega iz 2022. godine uvela je nekoliko značajnih izmjena klasifikacije iz 2016. godine. Jedna od osnovnih promjena je formiranje širih kategorija bubrežnih tumora te su sad definirane ove kategorije: Svjetlostanični tumori bubrega; Papilarni tumori bubrega; Onkocitni i kromofobni tumori bubrega i Tumori sabirnog kanala. Uz to su uvedene i dvije nove kategorije: Ostali tumori bubrega i Molekularno definirani karcinomi bubrega. U kategoriji Ostali tumori bubrega nalaze se različiti tumori koji se ne uklapaju u druge kategorije, od kojih su neki već bili prepoznati kao posebni entiteti (primjerice karcinom bubrežnih stanica povezan sa stečenom cističnom bolešću), a neki su uključeni kao novi entiteti (primjerice eozinofilni, solidni i cistični karcinom bubrežnih stanica). Druga nova kategorija - Molekularno definirani karcinomi bubrega temelji se na novijim otkrićima u genomici tumora. U ovu kategoriju uključeni su: karcinom bubrežnih stanica s TFE3 preuredbom, karcinom bubrežnih stanica s TFEB alteracijskim promjenama, karcinom bubrežnih stanica s ALK preuredbom, karcinom bubrežnih stanica povezan s ELOC mutacijom, karcinom bubrežnih stanica s povezan nedostatkom fumarat hidrataze, karcinom bubrežnih stanica povezan s nedostatkom sukcinat dehidrogenaze i medularni karcinom bubrega povezan s nedostatkom SMARCB1.

Uz to je opisano i više novih tumora koji su prepoznati kao posebni entiteti, sa specifičnim genetskim promjenama, ali još nisu uvršteni u u posljednju klasifikaciju bubrežnih tumora. Ovoj kategoriji pripadaju: onkocitni tumor niskog gradusa, eozinofilni vakuolizirani tumor, folikularni karcinom bubrežnih stanica nalik karcinomu štitnjače, papilarna neoplazma s obrnutim polaritetom i bifazični hijalinizirajući psamomatozni karcinom bubrega.

Liječenje malih tumora bubrega: perkutana ablacija je jednako učinkovita

AUTOR RADA

LUKA NOVOSEL

Medicinski fakultet u Zagrebu

Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju

KBC Sestre Milosrdnice

Karcinom bubrega (KCB) sedmi je najčešće dijagnosticirani karcinom kod muškaraca u Hrvatskoj (1). KCB čini 4 % svih malignih tumora u svijetu (5 % kod muškaraca i 3 % kod žena) s 270 000 novootkrivenih slučajeva godišnje te 116 000 smrtnih slučajeva godišnje na globalnoj razini. Dijagnoza KCB-a posljednjih se 10 godina 1,5 do 2 puta češće postavlja kod muškaraca nego kod žena (2).

Histopatologija KCB-a jest heterogena te iako se otprilike jedna trećina karcinoma otkrije u fazi proširene bolesti s udaljenim metastazama, većina malih KCB-a ograničenih na bubreg ima tendenciju sporog rasta (3). Također, u posljednje vrijeme raste učestalost slučajno otkrivenih tumora bubrega prilikom slikovne radiološke obrade te je većinom riječ o KCB-u stadija T1 (4). Opcije liječenja kod KCB-a stadija T1a uključuju radikalnu nefrektomiju (RN), otvorenu parcijalnu nefrektomiju (OPN), laparoskopsku parcijalnu nefrektomiju (LPN), perkutanu ablaciju tumora ili aktivno praćenje. Metode parcijalne kirurške resekcije u cilju poštode i očuvanja bubrežnog parenhima preuzele su mjesto zlatnog standarda liječenja KCB-a stadija T1a zbog jednakoga onkološkog ishoda uz dugoročno bolju kvalitetu života pacijenata u usporedbi s radikalnom kirurškom resekcijom (5). Iako se kirurška resekcija smatra zlatnim standardom, pojavile su se minimalno invazivne perkutane termalne ablativne metode, koje su pokazale dobru učinkovitost u terapiji malih KCB-a uz manju učestalost komplikacija, kraći oporavak i manji utjecaj na funkciju bubrega (6). Zbog postojanja većeg broja opcija u liječenju ovih tumora, konačna odluka o vrsti terapije ovisi o karakteristikama tumora. Tu spadaju pozicija unutar bubrega, veličina, odnos prema kanalnom sustavu i okolnim strukturama, ali i komorbiditeti pacijenta. S tim je ciljem razvijen sustav bodovanja kompleksnosti tumora bubrega nazvan mRENAL. Pokazalo se kroz brojna istraživanja da taj sustav može predvidjeti učinkovitost ili komplikacije kirurške, ali i perkutane ablacijske metode liječenja KCB-a (7).

Iako se kroz istraživanja pokazalo da ablacijske tehnologije imaju znatnu prednost za pacijenta i zdravstveni sustav kroz niže periproceduralne komplikacije, kraće trajanje zahvata, hospitalizacije i bolje očuvanje funkcije bubrega uz usporedive onkološke ishode, o njihovoj se primjeni u praksi i dalje često diskutira. Posljednje smjernice Europskog i Američkog urološkog društva su oprezne s preporukom primjene ablativnih metoda liječenja KCB-a, s objašnjenjem kako i dalje postoji manjak adekvatnih studija i dugoročnog praćenja onkoloških ishoda (8). U tim smjernicama se kao preporučene metode spominju jedino krioablacija (CA) i radiofrekventna ablacija (RFA) te ih se preporuča jedino kod pacijenata s jasnom kontraindikacijom za kiruršku resekciju. Novije studije koje su pratile ishode kod pacijenta liječenih jednom od ablativnih metoda (CA, RFA ili mikrovalna ablacija (MVA)) pokazale su da nema značajne razlike u onkološkim ishodima, dok su utjecaj na funkciju i učestalost komplikacija bile na strani ablacijskih metoda (9). Uz to MVA ima neke dokazane prednosti pred ostalim ablacijskim metodama u smislu kraćeg trajanja zahvata, veće zone ablacije s manje potrebnih iglenih sondi, izostanak „heat-sinc“ efekta te izostanak kontraindikacije kod pacijenata s ugrađenim elektrostimulatorima za srce. Iako danas postoje studije koje ukazuju na učinkovitost i sigurnost perkutane ablacije kroz srednje dug i dug period praćenja (10,11) i dalje je glavni problem nedostatak visokokvalitetnih prospektivnih studija koje bi direktno uspoređivale zahvat PN i perkutanu slikovno vođenu MVA ili CA. Spoznaje iz dosadašnjih istraživanja, unatoč poznatim nedostacima tih studija ukazuju na mogućnost za uvrštavanjem ablacije u algoritam i preporuke liječenja malih KCB-a, kao ravnopravne opcije s kirurškom resekcijom.

LITERATURA

- Šekerija M, Bubanovic Lj, Loncar J, Cukelj P et al. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2020. godinu. Zagreb, 2022. [Internet].
- Levi F, Ferlay J, Galeone C et al. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe. *BJU Int* [Internet]. 2008 Apr;101(8):949–58.
- Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA* [Internet]. 1999 May 5;281(17):1628–31.
- Hollingsworth JM, Miller DC, Daignault S, Hollenbeck BK. Rising incidence of small renal masses: a need to reassess treatment effect. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2006 Sep 20;98(18):1331–4.
- Huang WC, Levey AS, Serio AM et al. Chronic kidney disease after nephrectomy in patients with renal cortical tumours: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* [Internet]. 2006 Sep;7(9):735–40.
- Hui CC, Tuncali K, Tatli S, Morrison PR, Silverman SG. Comparison of percutaneous and surgical approaches to renal tumor ablation: metaanalysis of effectiveness and complication rates. *J Vasc Interv Radiol* [Internet]. 2008 Sep;19(9):1311–20.
- Canter D, Kutikov A, Manley B et al. Utility of the R.E.N.A.L. nephrometry scoring system in objectifying treatment decision-making of the enhancing renal mass. *Urology* [Internet]. 2011 Nov;78(5):1089–94.
- Ljungberg B, Bensalah K, Canfield S, et al. EAU guidelines on renal cell carcinoma: 2014 update. *Eur Urol* [Internet]. 2015 May;67(5):913–24.
- Zhou W, Arellano RS. Thermal Ablation of T1c Renal Cell Carcinoma: A Comparative Assessment of Technical Performance, Procedural Outcome, and Safety of Microwave Ablation, Radiofrequency Ablation, and Cryoablation. *J Vasc Interv Radiol* [Internet]. 2018 Jul;29(7):943–51.
- Clark PE, Woodruff RD, Zagoria RJ, Hall MC. Microwave Ablation of Renal Parenchymal Tumors Before Nephrectomy: Phase I Study. *Am J Roentgenol* [Internet]. 2007 May;188(5):1212–4.
- Carrafiello G, Mangini M, Fontana F, et al. Single-Antenna Microwave Ablation Under Contrast-Enhanced Ultrasound Guidance for Treatment of Small Renal Cell Carcinoma: Preliminary Experience. *Cardiovasc Intervent Radiol* [Internet]. 2010 Apr 14;33(2):367–74.

Citoreduktivna nefrektomija kod mRCC u eri imunoterapije

AUTOR RADA

IVAN NERETLJAK

ineretljak@gmail.com

KB Merkur, Odjel za urologiju, Zagreb, Hrvatska

U eri citokina citoreduktivna nefrektomija (CN) prije sistemske terapije bila je dugi niz godina standard liječenja za odabrane bolesnike s metastatskim karcinomom bubrežnih stanica (mRCC). No, uvođenjem ciljane terapije i inhibitora kontrolnih točaka u liječenje mRCC postavlja se pitanje kada i treba li uopće provoditi CN.

U toj odluci nam pomažu prognostički modeli. Prvi je Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC). Prognostički čimbenici ovog modela jesu: 1. vrijeme od dijagnoze do početka sistenskog liječenja kraće od 12 mjeseci, 2. Karnofskyjev indeks niži od 80%, 3. serumska laktat dehidrogenaza (LDH) viša 1,5 puta od gornje granice normalne vrijednosti, 4. korigirana vrijednost serumskog kalcija viša od gornje granice normalne vrijednosti, 5. serumski hemoglobin niži od donje granice normalne vrijednosti. Drugi je International Metastatic Renal Cancer Database Consortium (IMDC). Prognostički čimbenici ovog modela jesu: 1. vrijeme od dijagnoze do početka liječenja kraće od 12 mjeseci, 2. Karnofskyjev indeks niži od 80%, 3. korigirana vrijednost serumskog kalcija viša od gornje granice normalne vrijednosti, 4. serumski hemoglobin niži od donje granice normalne vrijednosti, 5. vrijednost neutrofila viša od gornje granice normalne vrijednosti, 6. vrijednost trombocita viša od gornje granice normalne vrijednosti.

Na temelju prognostičkih modela bolesnike djelimo prema zbroju prognostičkih čimbenika u skupine niskog (0), srednjeg (1 i 2) te visokog rizika (3,4,5 i 6).

Odluku za CN donosi multidisciplinarni tim. Generalno, kod bolesnika niskog rizika indicirana je CN kao početak liječenja mRCC. Kod bolesnika srednjeg ili visokog rizika započinje se prvo sa sistemskom terapijom nakon čega slijedi odluka o potrebi za CN.

Novosti u EAU smjernicama za rak prostate 2023

AUTOR RADA

SVEN NIKLES

sven.nikles@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice Klinika za urologiju Zagreb Hrvatska
European Society of Residents in Urology (ESRU) Arnhem Netherlands

KO-AUTORI: 7

¹ Knežević Matej

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

² Tomić Miroslav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³ Pezelj Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴ Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska
Sveučilište JJ Strossmayer, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

⁵ Štimac Goran

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶ Ružić Boris

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska
Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

⁷ Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska
Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

Europsko urološko društvo (EAU) svake godine objavljuje najnovije smjernice za dijagnostiku i liječenje raka prostate, ažurirajući svoje prethodne preporuke. Smjernice EAU za rak prostate 2023. pružaju preporuke za liječenje raka prostate utemeljene na dokazima, a usredotočene su na optimiziranje ishoda liječenja uz smanjenje rizika od nuspojava.

Za aktivni nadzor muškaraca s rakom prostate niskog rizika preporučeno je striktni protokol praćenja koji uključuje sljedeće: digitorektalni pregled (barem jednom godišnje), prostata-specifični antigen (PSA) (barem jednom svakih 6 mjeseci) i ponovljenu biopsiju svake 2 do 3 godine, učiniti magnetsku rezonanciju (MRI) i ponovite biopsiju ako je vrijeme udvostručenja PSA < 3 godine.

Jedna značajna promjena u novim smjernicama je snažna preporuka da upotreba PSMA-PET-CT za procjenu stadija bolesti ne smije promijeniti odluku o terapiji s obzirom na do sada dostupne dokaze i podatke.

Prema nedavno objavljenim rezultatima STAPMEDE studije u bolesnika s lokalno uznapredovalim N0 i planom radikalne radioterapije preporuča se upotreba 2 godine abiraterona i ADT-a. U N1 bolesnika zračenje je potrebno proširiti i na zdjelične limfne čvorove.

Unatrag nekoliko godina nakon objave rezultata studija RAVES, RADICALS-RT, GETUG-AFU-17 i STAPMEDE promijenio se stav o adjuvantnoj radioterapiji kod bolesnika koji su imali N0 (N1), ISUP 4-5 i T3-4 pozitivan kirurški rub. Ta je opcija gotovo istisnuta iz upotrebe te se preferirao pristup rane spasonosne radioterapiji. U novom izdanju smjernica na neki način vraćamo se na staro te se opcija adjuvantne radioterapije preporuča kod ranije navedenih bolesnika kao prva opcija.

U prvolinijskom liječenju bolesnika s mHSKP može se ponuditi opcija triplet terapije, ADT + docetaxel + novi antiandrogen (abirateron/darolutamid). Dodatak u novim smjernicama su i dva vizualno pregledna dijagrama toka liječenja za M0 i M1 bolest gdje su jasno navedeni mogući modaliteti liječenja.

U zaključku možemo reći da EAU smjernice preporučuju personalizirani pristup i naglašavaju važnost multidisciplinarnog pristupa i zajedničkog donošenja odluka između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga. One pružaju sveobuhvatan i na dokazima utemeljen okvir za liječenje raka prostate, s fokusom na personaliziranu skrb i smanjenje rizika od nuspojava.

Ključne riječi: karcinom prostate, EAU smjernice, aktivno praćenje, adjuvantna terapija

Umjetna inteligencija i strojno učenje u patohistološkoj dijagnostici karcinoma prostate- današnje mogućnosti i budući izazovi

AUTOR RADA

MONIKA ULAMEC

monika.ulamec@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju "Ljudevit Jurak", Zagreb, Hrvatska
Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet Zagreb, Hrvatska

Karcinom prostate dobro je poznati javnozdravstveni problem, kako zbog svoje učestalosti u populaciji, tako i heterogenu prirodu bolesti na morfološkoj i biološkoj, a samim time i kliničkoj razini te potrebi za različitim terapijskim pristupom. Na jednom kraju spektra nalazi se indolentan tumor niskog malignog potencijala koji nema velik klinički značaj te čak postoje istraživanja koja predlažu da ga se svrsta u premaligne lezije. Na drugoj strani je pak karcinom karakteriziran brzim i agresivnim tijekom bolesti.

Kako se kroz desetljeća dolazilo do novih spoznaja tako su i odgovori koji su traženi analizom tumora postajali kompleksniji. Od početne dijagnostike samog tipa adenokarcinoma prostate preko određivanja diferenciranosti temeljem Gleasonovog zbroja i patološkog stadija bolesti koji su uvijek bili temelj patohistološkog nalaza, sve više se postavlja pitanje mutacija i epimutacija koje određuju maligni potencijal ovog tumora, kao i molekularni profil. Poznate su i značajke promjena koje se nalaze u mikrokolišu tumora te formiraju tzv. pro ili antitumorski okoliš. U tradicionalnoj patohistološkoj dijagnostici procjena, kvantifikacija i klasifikacija bolesti pomoću mikroskopa temeljem semikvantitativne ili kvalitativne analize može dovesti do velike varijabilnosti među nalazima patologa. To je osobito izraženo u svjetlu sve većih potreba za dodatnim analizama tkiva, kao i nedostatnom broju educiranih patologa u pojedinim područjima dijagnostike.

Razvojem kompjutorske tehnologije i programa tzv. umjetne inteligencije (AI) te strojnog učenja, analize patohistoloških preparata u svrhu stratificiranja arhitekturnih oblika koji se javljaju u karcinomu prostate, kao i citoloških karakteristika pa sve do novijih mogućnosti analiza različitih biomarkera, nova softverska rješenja dolaze u središte zanimanja kao alat koji bi omogućio precizniju, točniju i više ujednačenu dijagnostiku.

Histopatološka analiza u ovom trenutku i dalje je zlatni standard u postavljanju dijagnoze i morfološkoj karakterizaciji raka prostate i njegove proširenosti, no implementacija digitalne patologije te alata i algoritama temeljenih na programima strojnog učenja sigurno će označiti budućnost razvoja moderne ere patologije.

Radical prostatectomy – which approach is better? Da Vinci robotic prostatectomy is the best

AUTOR RADA

SIMON HAWLINA

simon.hawlina@kclj.si

Clinical Department of Urology, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

KO-AUTORI: 2

¹Kondža Andraž

Clinical Department of Urology, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

²Bizjak Jure

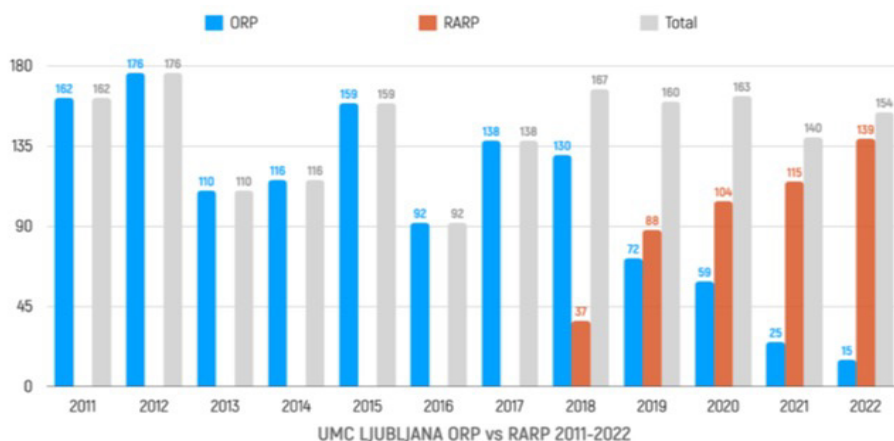
Clinical Department of Urology, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

ABSTRACT: Over the past 20 years, robot assisted surgery (RS) has emerged as an alternative minimally invasive surgical strategy (MIS). MIS has well-established advantages: shorter length of hospital stay, markedly reduced postoperative pain, fast return to preoperative state of activity, lowered postoperative complications, and a preservation of immune function. The main reasons for this significant change from pure laparoscopic urology to RS are mainly surgeon factors such as shorter learning curve and less surgeon fatigue.

It seems that functional results and number of complications are in favour of RS if we compare it with open/laparoscopic surgical procedures. However, a Cochrane review comparing either RARP or LRP vs. open RP included two RCTs and found no significant differences between the comparisons for oncological-, urinary- and sexual function outcomes, although RARP and LRP both resulted in statistically significant improvements in duration of hospital stay and blood transfusion rates over open RP (1). Therefore, no surgical approach can be recommended over another. Outcome after prostatectomy has been shown to be dependent on both surgeon (2) as well as hospital volume (3).

Since the robotic Intuitive da Vinci® system was approved for use in laparoscopic procedures in 2010 in Celje and in 2018 in Ljubljana, Slovenia; RS has increasingly become the standard procedure for the management of prostate cancer in Slovenia.

From June 2018 till April 2023 550 robot assisted radical prostatectomies were performed, using Intuitive daVinci® system Xi.



From 550 robot assisted radical prostatectomies two patients needed blood transfusion. We observed one major complication (Dindo-Clavien Classification score 3 or more) – one patient required exploration due to a bleeding out of epigastric artery at the level of lateral 5 mm assistant port. In 3 patients we observed postoperative haemathoma in pelvic region. 85 % of patient were fully continent, 14 % needed 1 PAD, and we implanted artificial sphincter in one case. At least some erectile function was preserved in 91 % of cases. We observed stricture of vesico-urethral anastomosis in 2 patients. Positive surgical margin rate was 25 % (138/550) with biochemical recurrence (BCR) in 90 cases (17 %). In BCR group 22 patients had R0 resection, 46 patients had R1 resection, and in 22 patients we found metastases on PSMA PET-CT imaging.

From the very beginning of the introduction of robotic technology in the field of healthcare, the basic question of cost effectiveness and thus the economic justification of the new technology has been raised. Studies in this field from literature have shown that robotic surgery is more expensive than laparoscopic and open surgery. However, it turned out that when the broader social aspect is included, i.e. expenditures for the entire health and social system and the quality of life of the operated patient, robotic surgery is an economically efficient and cost-justifiable method. Rapid adoption of robotics, several beneficial effects on clinical outcomes of RS and patient well-being have introduced a paradigm change in surgical treatment of prostate cancer, with more than 90% of radical prostatectomies being performed robotically from 2022 in UMC Ljubljana.

Keywords: prostate cancer, robot assisted radical prostatectomy, urinary incontinence, erectile dysfunction, cancer control.

REFERENCES

- Ilic, D., et al. Laparoscopic and robotic-assisted versus open radical prostatectomy for the treatment of localised prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. 9: CD009625.
- Begg, C.B., et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *N Engl J Med*, 2002. 346: 1138.
- Gershman, B., et al. Redefining and Contextualizing the Hospital Volume-Outcome Relationship for Robot-Assisted Radical Prostatectomy: Implications for Centralization of Care. *J Urol*, 2017. 198: 92.

Laparoskopija je jednako dobra

AUTOR RADA

TOMISLAV SORIĆ

tome.soric@gmail.com

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije, Zadar, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Rukavina Dora

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

²Vidić Ivan

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

Razvoj moderne medicinske tehnologije doveo je do ubrzanog razvoja metoda minimalnog invazivnog pristupa i prve laparoskopske radikalne prostatektomije (LRP) 1991. godine. Od tada postaje popularan modalitet radikalnog operativnog liječenja diljem svijeta, uključujući i Hrvatsku gdje je prva LRP zabilježena 2003. godine na Odjelu za urologiju OB Zadar.

Laparoskopija je kao metoda minimalno invazivne kirurgije pronašla važno mjesto u suvremenoj urologiji zbog niza prednosti u odnosu na otvoreni (klasični) pristup kao što je kraće trajanje hospitalizacije, manja stopa krvarenja, brži postoperativni oporavak te bolji estetski rezultat. Težina izvođenje same operacije i spora krivulja učenja dovela je do uvođenja robotski asistirane laparoskopije koja postaje sve prisutnija i popularnija u urološkoj praksi. Postavlja se pitanje je li „robot“ nužno sinonim za bolje, odnosno da li financijski trošak nabave i primjene istog zaista opravdava njegovu rutinsku primjenu unatoč drugim dostupnim metodama.

Smjernice Europskog urološkog društva (EAU) ne daju prioritet niti jednom operativnom pristupu s obzirom da su većina istraživanja pokazala da svi imaju usporediv kirurški, onkološki i funkcionalni ishod, dok se prednost daje centrima izvrsnosti s dovoljnim brojem zahvata koje izvode iskusni operateri. Kao glavnu prednost laparoskopije treba istaknuti financijsku isplativost jer je poznato da je cijena samo nabave najkorištenijeg robotskog sustava u urologiji recipročna cijeni nabave 25 do 30 samostalnih laparoskopskih sustava. Postojećim usavršenjima klasične laparoskopije (npr. 3D prikaz, zglobni instrumenti) gotovo jednaka kvaliteta mogla bi se približiti većem broju stanovnika i bez robotskih sustava. Prema istraživanjima sve veći broj pacijenata smatra da robotska kirurgija jamči veću kvalitetu i učinkovitost zbog čega je proizašla tzv. „fear of missing out“ epidemija koja rezultira prevelikim brojem robotskih sustava, osobito u odnosu na broj stanovnika (upitni „cost-benefit“). Danas kad je sve važnija racionalna distribucija financijskih sredstava u zdravstvu uz istovremeno postojanje sve većih lista čekanja, LRP još uvijek ima nezamjenjivu ulogu u urološkoj onkologiji.

Preporuke stručnih društava u slikovnoj dijagnostici raka prostate

AUTOR RADA

TONI BOBAN

toniboban19@gmail.com

Klinika za urologiju, KBC Split

Rak prostate je drugi najčešće dijagnosticirani karcinom u muškaraca, sa procijenjenih 1.4 milijuna slučajeva u svijetu 2020. godine. Slikovna dijagnostika ima ključnu ulogu u obradi raka prostate, kako u samoj inicijalnoj dijagnostici, tako i tijekom liječenja i razvoja biokemijskog povrata bolesti (porast PSA >0.4ng/mL nakon radikalnog kirurškog liječenja, ili porast PSA od 2ng/mL od nadira vrijednosti nakon radikalnog zračenja). Najčešće slikovne dijagnostike su magenta rezonanca prostate (mpMR), CT abdomena i zdjelice, scintigrafija skeleta, PET-CT s kolinom, PSMA PET-CT te magnetna rezonanca cijelog tijela (wb MR).

Klinički "staging" raka prostate se dijeli na T, N i M stadij. Najučinkovitija metoda procjene T stadija bolesti je mpMR zdjelice, koja ima osjetljivost 51% i specifičnost 82% za detekciju lokalno uznapredovale bolesti. N- staging bolesti je potrebno raditi za "intermediate risk" bolesti, kod ISUP gradusa 3 i više. MSCT i MR imaju osjetljivost od 40% u detekciji patoloških limfnih čvorova. Osjetljivost PET-CT s kolinom je veća u bolesti visokog rizika (50%), dok PSMA PET-CT ima najveću osjetljivost od 77%. M-staging bolesti se tradicionalno određuje scintigrafijom skeleta čija osjetljivost raste s većom vrijednosti PSA te ISUP gradusom 4 i više. PET-CT s kolinom ima veću specifičnost i mogućnost detekcije visceralnih metastaza. Nove metode veće osjetljivosti su wbMRI i PSMA PET-CT, ali za njih još ne postoje dokazi da poboljšaju onkološke ishode liječenja. Preporuke EAU za slikovnu obradu biokemijskog povrata bolesti su kada je PSA >0.2ng/mL nakon kirurškog liječenja PSMA PET-CT, ili ukoliko nije dostupan, a PSA >1ng/mL, PET-CT s kolinom.

Iako klasične pretrage (CT i scintigrafija skeleta) imaju značajno nižu osjetljivost od novijih slikovnih metoda, i dalje su preporučene od strane EAU u inicijalnoj obradi kliničkog staginga raka prostate.

Suvremeni aktivni nadzor karcinoma prostate

AUTOR RADA

MATEJ KNEŽEVIĆ

matejknezevic1@gmail.com

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 7

¹Tomić Miroslav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Grubišić Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Pezelj Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵Nikles Sven

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Pirša Matea

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet Osijek, Hrvatska

SAŽETAK: Osnovni cilj aktivnog nadzora (AN) je smanjenje pretjeranog liječenja odgodom ili izbjegavanjem radikalnog tretmana i s njime povezanog morbiditeta. Ipak, ne postoji usuglašeni stav oko kriterija uključenja kao i protokola nadzora.

Najčešće objavljivani kriteriji uključenja su: očekivani životni vijek > 10 godina, ISUP gradus 1 (GZ < 7), klinički stadij cT1c ili cT2a i PSA < 10 ng/ml. Navedeni kriteriji odgovaraju i onima za karcinom prostate niskog rizika te su podržani konsenzusom DETECTIVE studije. Kod srednje-rizičnog karcinoma prostate AN je opcija za pacijente ISUP gradusa 2 (< 10% uzorka 4), uz PSA < 10 ng/ml, klinički stadij do cT2a, manji opseg bolesti na MRI te do 3 pozitivna cilindra s manje od 50 % zauzetosti cilindra tumorom. U slučaju da MRI nije učinjen prije inicijalne biopsije prostate, potrebno ga je učiniti prije konfirmatorne biopsije.

Protokol AN se bazira na kontrolama PSA svakih 6 mjeseci, digitorektalnom pregledu jednom godišnje i ponavljanim biopsijama svakih dvije do tri godine tijekom 10 godina. MRI i ponavljana biopsija van protokola imaju mjesto kod rastućeg PSA.

Cilj izlaganja je ukazati na AN kao sigurnu metodu liječenja za posebno selektirane pacijente. Unaprjeđenjem kriterija uključenja, opseg i potreba invazivnog monitoriranja se prilagođava i reducira bez ugrožavanja onkološke sigurnosti, osobito uz MRI i sve dostupnije i točnije biomarkere.

Gljučne riječi: aktivni nadzor, karcinom prostate.

Radikalna prostatektomija

AUTOR RADA

MIROSLAV TOMIĆ

miroslav.tomic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice Klinika za urologiju Zagreb Hrvatska

Hrvatsko katoličko sveučilište Medicinski fakultet Zagreb Hrvatska

KO-AUTORI: 7

¹Knežević Matej

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Grubišić Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Pezelj Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet Zagreb Hrvatska

⁵Vrhovec Borna

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Dumbović Leo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice Klinika za urologiju Zagreb Hrvatska

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku Medicinski fakultet Osijek Hrvatska

Hrvatsko katoličko sveučilište Medicinski fakultet Zagreb Hrvatska

SAŽETAK: Radikalna prostatektomija je aktivno i kurativno liječenje bolesnika s lokaliziranim karcinomom prostate dokazanog biopsijom. Kod mladog muškarca s niskorizičnim karcinomom prostate radikalna prostatektomija predstavlja potencijalno prekomjerno liječenje sa svim potencijalnim nuspojavama samog operativnog zahvata. Međutim, sama dijagnoza karcinoma kod određenog broja bolesnika može izazvati tjeskobu koju treba uzeti u obzir prilikom razgovora s bolesnikom o modalitetima praćenja ili liječenja niskorizičnog karcinoma prostate. Dijagnostička obrada (MR prostate) kao i rebiopsije prostate koje će se učiniti, ovisno o nalazima digitorektalnog pregleda (DRP), MR prostate i PSA mogu kod bolesnika izazvati nelagodu i imati značajnu ulogu u odluci o aktivnom praćenju ili operativnom liječenju. Iz literature dostupni podaci pokazuju i do 30% povećanje Gleason zbroja nakon učinjene radikalne prostatektomije u odnosu na inicijalnu biopsiju prostate što također može imati značajnu ulogu u odluci bolesnika s biopsijom dokazanim karcinomom prostate.

Radikalna prostatektomija je sigurna i etablirana operacija kod bolesnika s lokaliziranim karcinomom prostate i svakako je opcija i kod određenih bolesnika s niskorizičnim karcinomom prostate.

Ključne riječi: radikalna prostatektomija, niskorizični karcinom prostate

Brahiterapija VS SBRT

AUTOR RADA

JANKA ČARMAN

jcarman@onko-i.si

Institute of Oncology Ljubljana, Division of Radiotherapy, Ljubljana, Slovenia

Introduction: Prostate cancer (PCa) is, unlike other cancers, more sensitive to higher doses of radiation. Brachytherapy (BT) and stereotactic body radiotherapy (SBRT), a modern modality of external beam radiotherapy (EBRT), use high doses.

Methods: BT - a source of radiation is introduced into the prostate.; modern technique is based on MRI. SBRT - high-precision, non-invasive, image-guided radiation, where the tumour tissue receives typically 1-5 high dose fractions. SBRT requires a safety margin around the prostate because of prostate movements and other uncertainties. In BT, only the prostate is irradiated with high dose.

Results: There are no prospective randomized trials comparing BT and SBRT. Retrospective analyses show comparable biochemical control and genitourinary (GU) toxicity, and more gastrointestinal (GI) toxicity 5 years after treatment in SBRT.

In BT risk of secondary cancers is lower, the source of radiation is in the prostate (safety margin is not necessary), long-term follow-up results available.

In SBRT no invasive intervention and experience of the operator is required.

At IO Ljubljana in 2020-2022, we irradiated the prostate with the SBRT technique in 48 patients (out of 695; 6.9%), 247 patients had BT (35.5%), 21 only BT (3%). Follow up is too short to compare the results of BT and SBRT. An analysis of 88 patients treated with a combination of EBRT and BT in the period 2006-2011 shows low risk of local recurrence (after 8 years with the systematic use of choline PET CT was found in only 3 patients) and high biochemical control after 5 years (in 96% of patients with intermediate or 84% with high-risk CaP).

Conclusion: There is increasing evidence that, in patients with low-risk CaP, SBRT was found not inferior to conventionally fractionated EBRT. Nevertheless, there is no evidence of equivalence to BT. BT has priority, especially for young patients, as series with 10–15 years of median follow-up have proven its efficacy over time and lower risk of secondary cancers comparing to EBRT. SBRT will have to confirm its effectiveness over the long-term.

Keywords: prostate cancer, BT, SBRT.

Uloga novije antiandrogene terapije u lokaliziranom raku prostate

AUTOR RADA

VESNA BIŠOF

vbisof@gmail.com

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹ Mlinarić Koprivanac Tena

KBC Zagreb, Klinika za ženske bolesti i porode, Zagreb, Hrvatska

Lokalizirani rak prostate visokog i vrlo visokog rizika ima značajni potencijal metastaziranja. Dosadašnji standard liječenja je radioterapija uz dugotrajnu androgen deprivirajuću terapiju (ADT) 2-3 godine ili radikalna prostatektomija s limfadenektomijom zdjeličnih limfnih čvorova. Intenziviranjem terapije kombinacijom drugih oblika sistemskog liječenja uz dosadašnji standard nastoji se postići poboljšanje ishoda liječenja. U tijeku su studije koje ispituju primjenu druge generacije antiandrogene terapije uz dosadašnji standard liječenja tj. uz dugotrajnu ADT i primarnu radioterapiju (ATLAS, ENZARAD, DASL-HiCaP) kao i neoadjuvantno i/ili adjuvantno u odnosu na radikalnu prostatektomiju (PROTEUS). Neke od studija primjenjuju genomske biomarkere za bolji odabir bolesnika koji će imati najviše koristi od intenzivnije terapije (NRG-GU002 RADD, ECOG ERADICATE, PREDICT-RT, GUNS)

Združena analiza dvije studije provedene u sklopu STAMPEDE platforme pokazala je značajno poboljšanje preživljenja bez metastaza (HR 0,53, 95% CI 0,44 – 0,64), ukupno preživljenje (HR 0,63, 95% CI 0,48 – 0,73) i preživljenja bez progresije bolesti (HR 0,44, 95% CI 0,36 -0,54) kod bolesnika liječenih abirateronom i prednizonom tijekom 2 godine uz primarnu radioterapiju i dugotrajnu ADT u odnosu na standard liječenja. Uključeni su bili bolesnici s klinički pozitivnim limfnim čvorovima zdjelice, bolesnici s negativnim limfnim čvorovima visokog rizika kao i bolesnici s relapsom visokog rizika bez udaljenih sekundarnih promjena. Dodatak enzalutamida abirateronu i radioterapiji s ADT nije doprinio poboljšanju ishoda liječenja uz povećanje toksičnosti.

SAMO ZA
ZDRAVSTVENE RADNIKE



NAPOMENA: Upućujemo zdravstvene radnike na posljednje cjelokupne sažetke opisa svojstava lijekova te upute o lijekovima Bazetham®, Dinamico®, Mostrafin®, Urotrim®, Tovedeso®, Tadalafil PLIVA, Duster® i Duster Duo koji su dostupni na internetskoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode (www.halmed.hr). **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni.

Datum sastavljanja: ožujak 2022. URO-HR-00029

PLIVA HRVATSKA d.o.o., Prilaz baruna Filipovića 25, 10000 Zagreb, Hrvatska.
Tel.: + 385 1 37 20 000, Faks: + 385 1 37 20 111; www.pliva.hr, www.plivamed.net



PLIVA

teva

Abeceda radioterapije nakon prostatektomije (zašto, kada i kako)

AUTOR RADA

BLANKA JAKŠIĆ

blanka.jaksic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

KO-AUTORI: 4

¹Jure Murgić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

²Marin Prpić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

³Angela Prgomet Sečan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁴Fröbe Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

Sveučilište u Zagrebu Stomatološki fakultet, Zagreb, Hrvatska

Iako rezultati istraživanja ProtecT nisu pokazali razliku u ishodu liječenja za bolesnike liječene radikalnom prostatektomijom i primarnom radioterapijom, za većinu bolesnika s lokaliziranim rakom prostate preferirana opcija liječenja je radikalna prostatektomija. Studije su pokazale da do polovine bolesnika nakon radikalne prostatektomije razvije biokemijski povrat bolesti.

Dva su postoperativna pristupa kojima se smanjuje rizik za klinički i radiološki povrat bolesti, adjuvantna i spasonosna radioterapija. Adjuvantna radioterapija se u pravilu provodi unutar 4-6 mjeseci od radikalne prostatektomije, iznimno kasnije od tog perioda zbog postoperativnih komplikacija. Najčešće se provodi kada temeljem patohistološkog nalaza postoji visoki rizik za lokalni i biokemijski povrat bolesti, u slučaju uznapredovalog stadija bolesti ($\geq pT3$ stadij), kod pozitivnih kirurških rubova i/ili pozitivnih limfnih čvorova, u bolesnika koji nemaju dokaza biokemijske progresije.

Četiri velika randomizirana klinička ispitivanja faze III (ARO 96-02/AUO AP 09/95, SWOG 8794, EORTC 22911 i Finska studija) uspoređivala su praćenje nakon radikalne prostatektomije s adjuvantnom radioterapijom. Sva 4 istraživanja postigla su svoj primarni cilj i pokazala su da je uz adjuvantnu radioterapiju bolja biokemijska kontrola bolesti i dulje preživljenje bez metastaza u odnosu na praćenje. Navedena klinička ispitivanja imala su niz ozbiljnih nedostataka koji limitiraju snagu njihovih rezultata. U 3 od 4 navedena istraživanja bili su uključivani bolesnici s detektabilnim postoperativnim.

Spasonosna radioterapija nakon radikalne prostatektomije provodi se nakon perioda opservacije i biokemijskog povrata bolesti. Rana spasonosna radioterapija provodi se pri vrijednosti tumorskog biljega PSA nižoj od 0.3 ng/mL te je povezana sa znatno duljim vremenom preživljenja bez biokemijskog povrata bolesti u odnosu na kasnu spasonosnu radioterapiju koja se provodi pri vrijednosti PSA jednako ili višoj od 0.3 ng/mL. Pojam aditivne radioterapije odnosi se na radioterapiju koja se provodi u bolesnika s perzistentnim PSA nakon radikalne prostatektomije, najčešće pri vrijednosti PSA većoj od 0.1 ng/mL.

Tri randomizirana prospektivna klinička istraživanja faze III: RADICALS-RT, ANZUP RAVES i GETUG-AFU 17, dizajnirana su kako bi odgovorila na pitanje je li adjuvantna radioterapija potrebna svim bolesnicima ili se rana spasonosna radioterapija može učinkovito primjeniti samo u onih bolesnika koji dožive biokemijsku progresiju. Rezultati ovih studija su pokazali da rana upotreba spasonosne radioterapije rezultira u sličnoj, visokoj biokemijskoj kontroli bolesti u usporedbi s adjuvantnom radioterapijom, što omogućuje poštedu od radioterapije za bolesnike koji nikada ne dožive biokemijski povrat bolesti. Nažalost i ove studije imaju neke nedostatke, na primjer nisu uključivale bolesnike s multiplim rizičnim čimbenicima, kao što su pozitivni limfni čvorovi ili visoki Gleason gradusa sa zahvaćenim sjemenim mjehurićima.

Zaključno, rana spasonosna radioterapija je preferirana opcija nad adjuvantnom radioterapijom u srednje-rizičnih bolesnika koji razviju biokemijski povrat bolesti. Ostaje otvoreno pitanje uloge adjuvantne radioterapije u bolesnika s višestrukim rizičnim čimbenicima.

PRO et CONTRA: Lokalna terapija metastaza u oligometastatskoj bolesti

PRO: kirurgija

AUTOR RADA

GORAN ŠTIMAC

goran.stimac@icloud.com

Klinika za urologiju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

Za sada ne postoje jasne preporuke o kirurškom liječenju bolesnika s oligometastatskim (OM) rakom prostate. Budući da su radikalna prostatektomija (RP) i radioterapija (RT) jednako učinkovite u liječenju lokalizirane bolesti razumno je očekivati usporedive rezultate u bolesnika s OM karcinomom. Uvođenjem preciznijih slikovnih metoda za procjenu stadija bolesti (PET CT) populacija s OM rakom prostate vjerojatno će se češće identificirati. Posljedična migracija stadija podrazumijeva da će značajan udio pacijenata za koje se smatralo da imaju nemetastatske kirurški izlječive tumore biti dijagnosticirano kao OM karcinom. U PET CT eri mijenja se paradigma lokalizirane bolesti, te se ukazuje potreba za redefiniranjem preporuka za kirurško liječenje OM i lokalizirane bolesti visokog rizika. Iako je RT uz sistemsku terapiju danas standard u liječenju OM raka prostate u recentnim publikacijama sve je više dokaza o dobrobiti citoreduktivne RP i/ili metastazektomije u sklopu multimodalnog liječenja. Iako za sada nema podataka randomiziranih studija o boljem preživljenju, retrospektivne studije ukazuju na dobrobit kirurškog liječenja OM bolesti. Argument za izvođenje citoreduktivne RP i/ili metastazektomije je potencijalni utjecaj kirurškog uklanjanja na bolji ishod smanjenjem primarnog i/ili metastatskog volumena bolesti. U bolesnika s resektabilnim tumorima citoreduktivna RP u odnosu na RT omogućava bolju lokalnu kontrolu bolesti i smanjuje rizik lokalnih komplikacija. Poput RT nudi mogućnost odgađanja sistemske terapije. Argument za „salvage“ limfadenektomiju kod oligorekurentne bolesti proizlazi iz činjenice da ovi bolesnici imaju bolju prognozu od onih s udaljenom metastazama. Kratkoročni onkološki ishodi obećavaju, međutim, još uvijek nedostaje visoka razina dokaza da bi se donio zaključak o dugoročnoj onkološkoj dobrobiti. Malo je podataka o izvedivosti i učinkovitosti kirurškog liječenja udaljenih metastaza. Manje serije pokazuju da je metastazektomija izvediva za odabrane pacijente no bez dokaza o boljim onkološkim ishodima. U iščekivanju rezultata prospektivnih randomiziranih studija koje uključuju nove slikovne metode za sada nema jasnih preporuka za kirurško liječenje bolesnika s OM rakom prostate. Pristup liječenju treba biti individualiziran, multimodalan i u sklopu multidisciplinarnog tima.

Lokalna terapija metastaza u oligometastatskoj bolesti – contra

AUTOR RADA

MAJA BAUČIĆ

mbaucic@kbc-zagreb.hr

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹ Soče Majana

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

² Vušković Sanja

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

Stereotaksijska radioterapija (SBRT) kao lokalna terapija metastaza u oligometastatskoj bolesti raka prostate trenutno je predmet rasprave. Iako je ideja lokalne terapije metastaza SBRT-om promijeniti paradigmu liječenja metastatske bolesti iz palijativnog u potencijalno izlječiv stadij, danas još uvijek nemamo jasnu definiciju oligometastatske bolesti raka prostate, ni po pitanju broja ni lokalizacije lezija. Osim navedenog, u ovom trenutku nejasno je koji bi bolesnici ovisno o kliničkom stadiju bolesti (sinkrona/metarona, hormon osjetljiva/kastracijski rezistentna) imali najveću korist od primjene ove metode liječenja.

Sadašnje korištenje lokalne terapije metastaza SBRT-om bazira se na rezultatima studija faze II. (SABR-COMET, STOMP i ORIOLE) koje su oligometastatsku bolest definirale kao bolest sa ≤ 3 metastaze u rekurentnoj (metakronoj) ili sinkronoj (de novo) hormon osjetljivoj bolesti. Studije su uspoređivale SBRT i praćenje, a objavljeni rezultati pokazali su poboljšanje u preživljenju do progresije bolesti, ali ne i ukupnom preživljenju za što ćemo trebati pričekati rezultate STAMPEDE studije (grana M). Dočim dosadašnje studije nisu usporedile liječenje SBRT-om sa standardnim terapijskim modalitetima.

Lokalna terapija metastaza SBRT-om trenutno nije navedena kao samostalna metoda liječenja niti u jednim smjernicama za liječenje raka prostate osim kao dio kliničkih studija. Uz sve navedeno može se zaključiti da je za sada korištenje ove metode bazirano prvenstveno na osobnom iskustvu kliničara, najčešće kao komplementarna metoda sistemnom liječenju. Nužne su nam dodatne kliničke studije kako bi ova metoda ušla u algoritam smjernica liječenja raka prostate.

Screening na rak prostate - zašto i kako uvesti nacionalni program?

AUTOR RADA

IGOR TOMAŠKOVIĆ

igor.tomaskovic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Medicinski fakultet Osijek, Osijek

Medicinski fakultet Hrvatskog katoličkog sveučilišta, Zagreb

Probir raka prostate pomoću prostata-specifičnog antigena (PSA) već je mnogo godina kontroverzna tema u medicinskoj zajednici. PSA testovi nemaju dovoljnu osjetljivost i specifičnost što rezultira rizikom da bi štete od probira putem PSA, osobito pretjerano dijagnosticiranje i pretjerano liječenje indolentne bolesti, mogle nadmašiti moguće dobrobiti programa probira. Randomizirani kontrolirani probiri raka prostate u SAD-u i Europi provedeni za procjenu učinka PSA probira na smrtnost od raka prostate rezultirali su kontradiktornim rezultatima. Ponovna procjena randomiziranih ispitivanja, kada se uzme u obzir kontaminacija, pokazala je da probir temeljen na PSA doista smanjuje smrtnost od raka prostate, dok problem pretjerane dijagnoze ostaje. Oportunistička praksa probira koja se potom poticala nije imala učinak smanjenja smrtnosti. Zbog postojećeg omjera koristi i štete, zaključeno je da je klasični probir temeljen samo na PSA zastario. Strategija prilagođena riziku koja uključuje MRI i ciljane biopsije može smanjiti prekomjernu dijagnozu, a novi biomarkeri mogu poboljšati stratifikaciju rizika. Prije plana Europske unije (EU) za borbu protiv raka, Europsko urološko udruženje (EAU) izradilo je Bijelu knjigu o raku prostate s konkretnim preporukama o tome kako se EU može uhvatiti u koštac s rakom prostate. EAU preporučuje organizirani pristup karcinomu prostate prilagođen riziku kako bi se smanjila dijagnoza metastatske bolesti i ograničila šteta i neučinkovitost oportunističkog probira diljem Europe. U prosincu 2022. Vijeće Europske unije usvojilo je novi pristup probiru raka. Novi pristup proširen je na programe probira na rak prostate, pluća i, pod određenim okolnostima, želuca, u stepenastom pristupu. To znači da će zemlje članice EU-a početi ispitivati mogućnost i izvedivost uvođenja probira na rak prostate, osiguravajući odgovarajuće upravljanje i kvalitetan pristup testiranju prostate-specifičnog antigena (PSA) za muškarce, u kombinaciji s dodatnom magnetskom rezonancijom (MRI). EU će voditi taj proces razvijanjem smjernica i pokazatelja osiguranja kvalitete. Takav pristup uskoro će imati veliki utjecaj na urološku praksu, zdravstvene sustave i pacijente u svakoj zemlji.

Epigenetika - primjena u onkologiji

AUTOR RADA

NINO SINČIĆ

nino.sincic@mef.hr

Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

Epigenetika okuplja stanične procese regulacije strukture kromatina i ekspresije gena. Dinamični su to i reverzibilni procesi, koji predstavljaju svojevrsni molekularni most između mogućnosti i ograničenja naslijeđenog genoma u odnosu na zahtjeve okoliša stanice odnosno organizma u cjelini. Uistinu, epigenetički procesi omogućavaju stanici da u vlastiti fenotip ispolji najbolji mogući odgovor (svojstvo, gen) na dani zahtjev okoliša, čime se osigurava zdrav i funkcionalan fenotip cjelokupne jedinice.

Poremećaji epigenetičkog sustava potaknuti su primarno rizičnim faktorima okoliša, a dovode do razvoja epimutacija, patoloških struktura kromatina i patološke ekspresije gena. Time se razvija i patološki fenotip koji nerijetko predstavlja temelj za razvoj raka u čovjeka.

Epigenetička istraživanja raka ističu da specifične epigenetičke promjene „kodiraju“ stanicu prema kancerogenezi čak i prije početka kancerogeneze. Nadalje, potiču razvoj fenotipa raka, oblikuju biološko ponašanje raka, određuju odgovor raka na terapiju te naposljetku determiniraju ishod za samog pacijenta.

Stoga se bazična epigenetička istraživanja intenzivno transliraju u kliničku praksu, posebice u onkologiju. Epigenetički biomarkeri raka već se primjenjuju u pojedinim protokolima detekcije rizične populacije i probira, te protokolima rane dijagnostike raka. Epigenetički biomarkeri koriste se u određivanju najbolje terapije u okviru personalizirane medicine, te u praćenju ponašanja raka i razvoja rezistencije. Pojedini epigenetički biomarkeri iznimno su informativni za prognoziranje daljnjeg razvoja bolesti i praćenje pacijenata. Epigenetički aktivne tvari koriste se i kao epigenetički lijekovi u borbi protiv onkoloških bolesti ili kao suportivna terapija koja podiže terapijski učinak konvencionalne terapije.

Na temelju bazičnih i translacijskih epigenetičkih istraživanja, opravdano je očekivati sve intenzivniju primjenu epigenetičkih biomarkera i epilijekova u onkologiji u narednom razdoblju.

Acrolein kao novi marker agresivnosti karcinoma mokraćnog mjehura. Pilot studija na 49 pacijenata sa karcinomom mokraćnog mjehura

AUTOR RADA

ADELINA HRKAĆ

adelina.surjan@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 5

¹ Murgić Jure

KBC Sestre milordnice, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

² Žarković Neven

Institut Ruđer Bošković, Zavod za molekularnu medicinu, Laboratorij za oksidativni stres, Zagreb, Hrvatska

³ Bokarica Pero

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴ Kožul – Salihagić Iva

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵ Kapelac Martin

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Mišićno invazivni karcinom mokraćnog mjehura (MIBC) ima agresivni klinički tijek i veliku sklonost progresiji bolesti i razvoju rezistencije prema svim trenutno primjenjivim onkološkim terapijama, što se može objasniti visokom razinom intratumorske hipoksije i oksidativnog stresa. Akrolein, vrlo reaktivni aldehid i marker oksidativnog stresa, povezan je s razvojem karcinoma mokraćnog mjehura. U ovom radu smo istraživali prisutnost akroleina u tkivnim materijalima MIBC i korelirali dobivene podatke sa kliničkim varijablama.

Metode: Prospektivno smo pratili kohortu pacijenata s MIBC kojima je učinjena radikalna cistektomija sa urinarnom diverzijom unutar jedne high-volume ustanove, te su im određeni funkcionalni i onkološki ishodi. Svim sudionicima studije je uz standardnu patohistološku analizu, učinjena imunohistokemijska analiza koristeći monoklonska proturijela 5F6 za detekciju prisutnosti akroleina u uzorcima. Uzorke je analizirao patolog s ekspertizom u polju istraživanja oksidativnog stresa, te je distribuciju i intenzitet imunološkog bojanja semikvantitativno evaluirao pojedinačno za tumorsku stromu, jezgru i citoplazmu. Povezanost prisutnosti akroleina s kliničkim faktorima (TNM stadij, gradus..) određena je korištenjem deskriptivnih statističkih metoda.

Rezultati: U ovoj pilot studiji uključeno je 49 pacijenata kojima je 2016. godine učinjena radikalna cistektomija. 40/49 (82%) su bili muškarci, medijan dobi bio je 74 godine (raspon od 54 do 84 godine). Prema TNM stadiju, 27/49 (55%) pacijenata imalo je stadij 2, 19/49 (39%) stadij 3, a 3/49 (6%) stadij 4. 35/49 (71%) pacijenata imalo je čisti uroteljni karcinom. 40/49 (82%) bilo je G3, 3/49 (6%) G2, a kod 6/49 (12%) nije definiran gradus. Pozitivno bojanje na akrolein nađeno je kod 48/49 (97%) pacijenata, od čega 6/49 (12%) u stromi, 37/49 (76%) u citoplazmi i 34/49 (69%) u jezgri. Akroleinski pozitivitet bio je učestaliji kod tumora visokog stadija i gradusa, varijantnih histologija tumora i tumora sa zahvaćanjem mokraćne cijevi. Nakon medijana praćenja od 63 mjeseca, 15 pacijenata je razvilo udaljene metastaze, 9 lokalni relaps, a 15 je umrlo od karcinoma mokraćnog mjehura. Medijan PFS je bio 19 mjeseci, a OS 24 mjeseca. Nije nađena značajna povezanost prisutnosti akroleina sa pojavom relapsa i metastaza ili OS-om.

Zaključak: U ovoj maloj pilot studiji, prisutnost akroleina bila je povezana s histološki agresivnijim tumorima, višeg stadija u trenutku cistektomije, no obzirom na relativno mali uzorak uključen u studiju, nije dokazana povezanost prisutnosti akroleina sa preživljenjem ili povratom bolesti.

Razvoj panurotelijalne bolesti nakon transplantacije bubrega u bolesnice s endemskom nefropatijom

AUTOR RADA

ANTE JAKŠIĆ

antejaki5@gmail.com

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KO-AUTORI: 6

¹Španjol Josip

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

²Oguić Romano

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

³Krpina Kristian

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

⁴Gršković Antun

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

⁵Materljan Mauro

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

⁶Markić Dean

Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

Endemska nefropatija (EN) je kronična bubrežna bolest koja nastaje dugotrajnim izlaganjem aristolohičnoj kiselini. EN je povezana s razvojem terminalnog stadija bubrežne insuficijencije, ali i s razvojem karcinoma urotela, osobito gornjeg dijela mokraćnoga sustava. Prikazat ćemo bolesnicu s endemskom nefropatijom, u koje se nakon presađivanja bubrega razvio panurotelijalni karcinom.

U 76-godišnje bolesnice s EN je 2013. godine učinjena uspješna kadaverična transplantacija bubrega. Nakon transplantacije otkriven joj je ne-mišićno invazivni karcinom mokraćnoga mjehura koji je višekratno liječen transuretralnim putem. Po dijagnosticiranju karcinoma u gornjem dijelu mokraćnoga sustava učinjena joj je i obostrana nefroureterektomija. Unatoč promjeni imunosupresivne terapije i kirurškom liječenju razvila se metastatska bolest uz letalni ishod tri godine po transplantaciji uz funkcionirajući presadak.

Bolesnici oboljeli od EN imaju povišen rizik razvoja panurotelijalne bolesti, a posebno su ugroženi bolesnici u kojih je učinjena transplantacija bubrega. U ove skupine bolesnika vrlo je važna prijetransplantacijska obrada, interdisciplinarni pristup bolesti, kao i praćenje nakon transplantacije bubrega.

Ključne riječi: bubrežna insuficijencija; endemska nefropatija; nefroureterektomija; transplantacija bubrega

Prikaz slučaja obitelji s Von Hippel Lindau sindromom

AUTOR RADA

ANTONELA VRLJIČAK

antonela.vrljicak@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 6

¹Murgić Jure

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

²Kirac Iva

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za tumore, Odjel za kiruršku onkologiju i onkoplastiku

³Miletić Marija

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

⁴Prgomet Sečan Angela

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

⁵Jazvić Marijana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

⁶Fröbe Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu

Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet

Uvod: Von Hippel Lindau (VHL) sindrom autosomno je dominantna bolest koja je karakterizirana pojavom različitih benignih i malignih neoplazmi koje se temelje na neoplastičnom rastu krvnih žila. VHL sindrom određen je prisutnošću mutacije u VHL genu i dijagnosticira se u približno 1 na 36,000 ljudi. Kliničke manifestacije VHL sindroma varijabilne su, a mogu se javiti u središnjem živčanom sustavu, oku, bubregu, gušterači.

Materijal i metode: Retrospektivno je učinjena analiza obitelji s različitim kliničkim manifestacijama VHL sindroma. Bolesnik broj jedan operiran je radi hemangioblastoma malog mozga. Više od desetljeća nakon operacije, učinjenom magnetskom rezonancom (MR) abdomena bolesniku su dijagnosticirani bilateralni tumori bubrega, a učinjenom lijevostranom nefrektomijom potvrđeno je da se radi o svjetlostaničnom raku bubrega. Tada je postavljena sumnja da se radi o VHL sindromu. Bolesnik je preminuo od posljedica metastaza raka bubrega na mozgu. Bolesnikova kćer (bolesnica broj 2) je u dobi od 27 godina operirana radi hemangioblastoma malog mozga. Daljnom obradom (MR abdomena), kod bolesnice je postavljena sumnja na multiple neuroendokrine tumore pankreasa. S obzirom na veličinu tumora, kod bolesnice broj 2 zasad je indicirano praćenje. Uz navedeno, bolesnica ima bilateralne eksudativne hemangiome očne pozadine te je podvrgnuta laserskoj fotokoagulaciji u svrhu očuvanja vida. Bolesnikovoj nećakinji (bolesnica broj 3) je u dobi od 27 godina učinjena enukleacija oka, radi VHL angioma. Ona je sad u redovitom praćenju, a dosadašnjom obradom nisu pronađene daljnje manifestacije VHL sindroma.

Rezultati: Učinjeno je multipanelsko genetsko testiranje (engl. Next Generation Sequencing, NGS), a kojim je pronađena mutacija c.277G>C u VHL genu bolesnice broj 2 i broj 3. Brat bolesnice broj 2 je također testiran i nema mutacije. Krv bolesnika broj 1 nije bila dostupna za testiranje.

Zaključak: Cilj ovog prikaza bio je prikazati različite kliničke prezentacije više generacija članova obitelji s VHL bolesti. Učinjeno je gensko testiranje bolesnica 2 i 3 te smo istim dokazali mutaciju c.277G>C. Dosad dostupni podaci iz Clinical Genome Resourcea i ClinVar baze podataka govore da je mutacija c.277G>C varijanta nepoznatog značaja. S obzirom na kliničke manifestacije naših bolesnika s dokazanom mutacijom c.277G>C, mišljenja smo da ovu mutaciju odlikuje visoka penetracija i vrlo patogeni klinički fenotip.

KLJUČNE RIJEČI: VHL sindrom, rak bubrega, hemangioblastom

REFERENCE

- Maier ER, Yates JR, Harries R, et al. Clinical features and natural history of von Hippel-Lindau disease. *Q J Med*. 1990;77(283):1151-1163. doi:10.1093/qjmed/77.2.1151
- Lonser RR, Glenn GM, Walther M, et al. von Hippel-Lindau disease. *Lancet*. 2003;361(9374):2059-2067. doi:10.1016/S0140-6736(03)13643-4
- Maier ER, Kaelin WG Jr. von Hippel-Lindau disease. *Medicine (Baltimore)*. 1997;76(6):381-391. doi:10.1097/00005792-199711000-00001
- Chittiboia P, Lonser RR. Von Hippel-Lindau disease. *Handb Clin Neurol*. 2015;132:139-156. doi:10.1016/B978-0-444-62702-5.00010-X

Očuvanje mokraćnog mjehura u bolesnika sa mišićno-invazivnim karcinomom – iskustvo jednog centra

AUTOR RADA

ANTONELA VRLJIČAK

antonela.vrljicak@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 6

¹ Miletić Marija

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

² Prgomet Sečan Angela

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

³ Murgić Jure

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁴ Marijana Jazvić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁵ Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište Josip Juraj Strossmayer u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

⁶ Hrkač Adelina

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Iako se u većini slučajeva bolesnici s mišićno-invazivnim rakom mokraćnog mjehura (MIRMM) podvrgavaju cistektomiji, onkološko liječenje sa ciljem očuvanja mokraćnog mjehura može biti vrijedna alternativa cistektomiji.

Cilj: Ustanoviti karakteristike te kliničke ishode bolesnika s MIRMM koji su liječeni primarnom (kemo)radioterapijom u okviru jednog centra.

Metode: Retrospektivni podaci o bolesnicima dobiveni su kombiniranim pretraživanjem lokalne baze kliničkih podataka bolesnika sa RMM, radioterapijskog sustava te bolničkog informacijskog sustava.

Rezultati: U periodu 2017. – 2022. ukupno 35 bolesnika sa MIRMM liječenje je primarnom radioterapijom sa ciljem očuvanja mokraćnog mjehura. Muških je bilo 24 (67%). Medijan dobi bio je 76 godina (raspon 55-88 godina). Svi su bolesnici imali transuretralnu resekciju tumora u mjehuru, no u njih 21 (60%) resekcija je bila inkompletna. Raspodjela po kliničkim stadijima bila je sljedeća: stadij II – 15 bolesnika (43%), stadij IIIA 16 bolesnika (45%) te stadij IIIB 4 bolesnika (12%). Pet bolesnika je imalo urotelni karcinom sa varijantnom diferencijacijom. Jedanaest bolesnika (31%) imalo je hidronefrozu, a 16 bolesnika (45%) multifokalan tumor u mjehuru. Sedam bolesnika (20%) bilo je ECOG 2 izvedbenog statusa. Medijan radioterapijske doze je bio 55 Gy (raspon 21-70 Gy). U 5 bolesnika uz mokraćni mjehur zračeni su i regionalni limfni čvorovi. Tri bolesnika su dobila indukcijsku kemoterapiju na bazi cisplatine, dok je 12 (34%) bolesnika uz radioterapiju primilo i konkomitantnu kemoterapiju (u 10 bolesnika cisplatina, u 2 bolesnika gemcitabin). Medijan praćenja je 33 mjeseca (raspon 16-60 mjeseci). Jedanaest bolesnika (31%) je doživjelo lokalni povrat bolesti. Medijan vremena do lokalnog povrata bolesti bio je 9 mjeseci (raspon 2-16 mjeseci). 2-godišnja lokalna kontrola bolesti je 70%. U 9 bolesnika radilo se o mišićno-invazivnom povratu bolesti. Tri bolesnika su uz lokalni povrat razvila i udaljene metastaze. Ukupno 8 bolesnika razvilo je udaljene metastaze. Stopa 2-godišnjeg preživljenja bez metastaza je 78%. Samo 3 bolesnika sa lokalnim povratom bolesti su bila podvrgnuta salvage cistektomiji. Dvadesetijedan bolesnik (60%) je umro, u većini slučajeva nije bio jasan uzrok smrti (komorbiditeti ili RMM). Medijan preživljenja je 39 mjeseci (95%CI 16-60 mjeseci).

Zaključak: Uz ograničenja nezadovoljavajuće kvalitete podataka dugoročnog praćenja, može se zaključiti da bolesnici sa MIRMM liječeni s ciljem očuvanja mokraćnog mjehura imaju povoljne kratkoročne ishode te dvije trećine njih ne razviju povrat bolesti u prve 2 godine nakon provedenog liječenja.

ključne riječi: rak mokraćnog mjehura, radioterapija, kemoterapija, očuvanje organa

Izraženost PD-L1 liganda u karcinomima bubrežnih stanica

AUTOR RADA

BORNA VRHOVEC

borna.vrhovec@gmail.com

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 11

¹ Novak Ivan

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

² Dumbović Leo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³ Knežević Matej

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴ Tomić Miroslav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵ Jazvić Marijana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

⁶ Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

⁷ Štimac Goran

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸ Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište JJ Strossmayer, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

⁹ Grubišić Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹⁰ Ružić Boris

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

¹¹ Ulamec Monika

KBC Sestre milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju "Ljudevit Jurak", Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Karcinom bubrežnih stanica (engl. renal cell carcinoma – RCC) najčešća je maligna promjena bubrega u odraslih koja obuhvaća heterogenu skupinu histopatoloških entiteta među kojima je najzastupljeniji svijetlostanični tip (70-85%), a slijede ga papilarni (10-15%), kromofobni (4-5%) te drugi tipovi (manje od 1%). (1, 2)

Imunoterapija inhibitorima imunskih nadzornih točaka (engl. immune checkpoint inhibitors – ICI) pokazala se vrlo učinkovitom u liječenju uznapredovalih oblika bolesti. (3, 4)

Terapija protutijelima na programmed cell death 1 (PD-1), transmembranski protein koji djeluje kao imunosna nadzorna točka, te njegov ligand, programmed cell death ligand 1 (PD-L1), u kombinaciji s

anti-CTLA-4 (cytotoxic T-lymphocyte associated protein 4) ili s inhibitorima tirozin kinaze (TKI), dovela je do značajnog poboljšanja u preživljenju bolesnika s metastatskim oblicima RCC-a. (5-9)

Izraženost PD-L1 u tumorskom tkivu negativan je prognostički čimbenik u metastatskim oblicima RCC-a. Ovisno o analitičkoj metodi PD-L1 se može naći u tumorskom tkivu u 25-60% bolesnika. (10)

Cilj: Analiza razlika u izraženosti PD-L1 liganda u skupinama svijetlostaničnih i ne-svijetlostaničnih karcinoma bubrežnih stanica.

Metode: U tijeku je munohistokemijska analiza tumorskih epitelnih stanica i okolnih imunoloških stanica na 20 uzoraka arhivskog materijala karcinoma bubrežnih stanica: 10 uzoraka u skupini svijetlostaničnog te 10 uzoraka u skupini ne-svijetlostaničnih karcinoma bubrežnih stanica. Korištena su protutijela PD-L1 liganda, klon Dako 22C4 za epitelne stanice i SP142 na Ventaninoy platformi za imunološke stanice.

Rezultati: Imunohistokemijska izraženost u epitelu i imunostim stanicama svjetlostaničnog i nesvijetlostaničnih RCC-a pokazivala je različite obrasce pozitiviteta te je pronađena razlika u izraženosti i smještaju signala.
Zaključak: Ovdje predstavljena izraženost PD-L1 u RCC-u mogla bi biti od važnosti u usporedbi s izraženosti drugih inhibitorskih receptora (LAG-3, TIM-3, TIGIT), kao potencijalnih meta druge linije imunoterapije, koji su predmet promatranja u sklopu istraživanja imunomikrookoliša RCC-a koje je u tijeku u Kliničkom zavodu za patologiju i citologiju „Ljudevit Jurak“.

Ključne riječi: karcinom bubrežnih stanica, imunohistokemija, mikrookoliš tumora, PD-L1

REFERENCE

1. Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol.* 2016 Jul;70(1):93-105. doi:10.1016/j.eururo.2016.02.029
2. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, Bedke J, Capitanio U, Dabestani S, i sur. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *Eur Urol.* 2022 Oct;82(4):399-410. doi: 10.1016/j.eururo.2022.03.006
3. Albiges L, Powles T, Staehler M, Bensalah K, Giles RH, Hora M, i sur. Updated European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: Immune Checkpoint Inhibition Is the New Backbone in First-line Treatment of Metastatic Clear-cell Renal Cell Carcinoma. *Eur Urol.* 2019 Aug;76(2):151-6. doi:10.1016/j.eururo.2019.05.022.
4. Rini BI, Battle D, Figlin RA, George DJ, Hammers H, Hutson T, i sur. The society for immunotherapy of cancer consensus statement on immunotherapy for the treatment of advanced renal cell carcinoma (RCC). *J Immunother Cancer.* 2019 Dec 20;7(1):354. doi: 10.1186/s40425-019-0813-8.
5. Motzer RJ, Tannir NM, McDermott DF, Arén Frontera O, Melichar B, Choueiri TK, i sur. Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med.* 2018 Apr 5;378(14):1277-1290. doi: 10.1056/NEJMoa1712126.
6. Rini BI, Plimack ER, Stus V, Gafanov R, Hawkins R, Nosov D, i sur. Pembrolizumab plus Axitinib versus Sunitinib for Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med.* 2019 Mar 21;380(12):1116-1127. doi: 10.1056/NEJMoa1816714.
7. Motzer RJ, Penkov K, Haanen J, Rini B, Albiges L, Campbell MT, i sur. Avelumab plus Axitinib versus Sunitinib for Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med.* 2019 Mar 21;380(12):1103-1115. doi: 10.1056/NEJMoa1816047.
8. Rini BI, Powles T, Atkins MB, Escudier B, McDermott DF, Suarez C, i sur. Atezolizumab plus bevacizumab versus sunitinib in patients with previously untreated metastatic renal cell carcinoma (IMmotion151): a multicentre, open-label, phase 3, randomised controlled trial. *Lancet.* 2019 Jun 15;393(10189):2404-2415. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30723-8
9. McDermott DF, Huseni MA, Atkins MB, Motzer RJ, Rini BI, Escudier B, i sur. Clinical activity and molecular correlates of response to atezolizumab alone or in combination with bevacizumab versus sunitinib in renal cell carcinoma. *Nat Med.* 2018 Jun;24(6):749-757. doi: 10.1038/s41591-018-0053-3. Epub 2018 Jun 4. Erratum in: *Nat Med.* 2018 Dec;24(12):1941.
10. Motzer RJ, Escudier B, McDermott DF, George S, Hammers HJ, Srinivas S, i sur. Nivolumab versus Everolimus in Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med.* 2015 Nov 5;373(19):1803-13. doi: 10.1056/NEJMoa1510665.

Karcinom prostate kod pacijenta sa Zinnerovim sindromom – prikaz slučaja

AUTOR RADA

DORA RUKAVINA

drukavina.uro@gmail.com

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

KO-AUTORI: 6

¹Vidić Ivan

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

²Sorić Tomislav

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

³Perinčić Oliver

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

⁴Markulin Kažimir

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

⁵Dominis Tomislav

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

⁶Poljak Boris

Opća bolnica Zadar, Odjel za urologiju, Zadar, Hrvatska

Uvod: Zinnerov sindrom je rijedak sindrom koji nastaje kao posljedica razvojne anomalije mezonefričkog duktusa. Karakteriziran je postojanjem trijasa koji obuhvaća unilateralnu renalnu agenezu, ipsilateralnu opstrukciju ejakulatornog duktusa te ipsilateralnu opstrukciju sjemene vezikule. Do 2020. u literaturi je opisano 214 slučajeva. Najčešće se otkriva u dobi od 29 godina, ali u ovom prikazu slučaja sindrom je otkriven u starosti kod pacijenta koji je u mladosti obrađivan zbog neplodnosti.

Prikaz slučaja: 67 godišnji muškarac javlja se u urološku ambulantu u zbog povišenih vrijednosti PSA – 14 ng/ml. Anamnestički se doznaje da je prije 40 godina u vanjskoj ustanovi obrađivan zbog neplodnosti koja je naposljetku klasificirana kao idiopatska. U kliničkom pregledu izdvaja se digitorektalni pregled kojim se utvrdi tvrdi desni prostatični režanj. Ultrazvukom urotakta prikaže se suspektna homogena okrugla tvorba na desnom bubregu, lijevi se nije mogao prikazati. U zdjelici se prikaže uvećana, cistična tvorba na mjestu lijeve sjemene vezikule te divertikul mokraćnog mjehura. Učini se CT abdomena i zdjelice na kojem se ne prikaže lijevi bubreg, odnosno prikaže se vretenasta tvorba u loži lijevo bubrega veličine 34x13mm koja diferencijalno dijagnostički odgovara aplaziji lijevog bubrega ili zdepastoj nadbubrežnoj žlijezdi prožetoj masnim tkivom. Isključi se neoplazma desnog burbega. Nakon biopsije prostate i radiološke obrade postavi se dijagnoza lokaliziranog karcinoma prostate i Zinnerovog sindroma. Urološki tim se odlučuje za operativno liječenje. Učini se retropubična radikalna prostatektomija sa zdjeličnom limfadenektomijom. Pacijent je danas bez značajnih uroloških smetnji urednih postoperativnih vrijednosti PSA.

Zaključak: U dijagnostičkim algoritmima prilikom otkrivanja uzroka muške neplodnosti važno je razmotriti postojanje razvojnih anomalija i nastojati ih otkriti u što ranijoj reproduktivnoj dobi.

Ključne riječi: Zinnerov sindrom, karcinom prostate, bubrežna ageneza, cista sjemene vezikule, neplodnost

Stereotaksijska radioterapija u bolesnika s metastatskim rakom bubrega liječenih imunoterapijom – prvi rezultati hrvatske uroonkološke mreže

AUTOR RADA

HRVOJE BRČIĆ

hrvoje.brcic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 16

¹ Lekić Matea

Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb, Odjel radiokirurgije i radioterapije, Sveta Nedelja, Hrvatska

² Miletić Marija

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

³ Prgomet Sečan Angela

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁴ Murgjić Jure

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁵ Marijana Jazvić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁶ Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište Josip Juraj Strossmayer u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

⁷ Hrkač Adelina

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸ Bokarica Pero

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁹ Kaučić Hrvoje

Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb, Odjel radiokirurgije i radioterapije, Sveta Nedelja, Hrvatska

Sveučilište Josip Juraj Strossmayer u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

¹⁰ Solarić Mladen

Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb, Odjel radiokirurgije i radioterapije, Sveta Nedelja, Hrvatska

¹¹ Šobat Hrvoje

Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb, Odjel radiokirurgije i radioterapije, Sveta Nedelja, Hrvatska

¹² Šambić Penc Mirela

KBC Osijek, Zavod za radioterapiju i onkologiju, Osijek, Hrvatska

Sveučilište Josip Juraj Strossmayer u Osijeku, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

¹³ Boraska Jelavić Tihana

KBC Split, Klinika za onkologiju, Split, Hrvatska

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Split, Hrvatska

Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split, Hrvatska

¹⁴ Omrčen Tomislav

KBC Split, Klinika za onkologiju, Split, Hrvatska

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet, Split, Hrvatska

¹⁵ Schwarz Dragan

Specijalna bolnica Radiochirurgia Zagreb, Odjel kirurgije, Sveta Nedelja, Hrvatska

Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Klinika za kirurgiju, Rijeka, Hrvatska

Sveučilište Josip Juraj Strossmayer u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Klinika za kirurgiju, Osijek, Hrvatska

¹⁶ Fröbe Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Stereotaksijska radioterapija (SBRT) se sve više koristi u bolesnika sa metastatskim rakom bubrega radi potencijalnog sinergijskog učinka ablativne radioterapije i inhibitora kontrolnih imunskih točaka. Recentno je formirana hrvatska uroonkološka mreža u kojoj se prate ishodi liječenja bolesnika sa uznapredovalim urološkim tumorima liječenih imunoterapijom i SBRT-om.

Cilj: Istražiti ishode liječenja bolesnika sa uznapredovalim rakom bubrega koji su tretirani SBRT-om.

Metode: Podaci o bolesnicima s metastatskim rakom bubrega koji su iz 3 vodeća klinička centra upućeni na SBRT su retrospektivno pretraženi. Primarni ishod studije bilo je preživljenje bez progresije bolesti (PFS).

Rezultati: U periodu siječanj 2019. - prosinac 2022. godine, od ukupno 81 bolesnika sa metastatskim rakom bubrega na imunoterapiji, 16 bolesnika (20%) je primilo SBRT radi oligoprogresije bolesti. Bolesnici liječeni SBRT-om su bili boljeg ECOG statusa ($p=0.004$), bolje prognoze po IMDC kriterijima ($p=0.02$). Broj tretiranih lezija je 64, ukupan broj SBRT frakcija je 53 (raspon 1-5). Medijan broja SBRT tretiranih lezija po bolesniku je bio 2 (raspon 1-14), a medijan frakcija po bolesniku 5 (raspon 1-11). Medijan GTV lezija bio je 5.3 ccm (raspon 0.1-392 ccm), a po bolesniku 40.7 ccm (raspon 3.2-516 ccm). Medijan BED7 po leziji je 70 Gy (raspon 70-140 Gy). Medijan praćenja iznosi 20 mjeseci. Stopa 6-mjesečne lokalne kontrole bolesti iznosi 89%. Medijan PFS za bolesnike koji su liječeni SBRT bio je 35 mjeseci (95% CI 4-41 mjesec) vs 4 mjeseca (95% CI 3-14 mjeseci) za bolesnike koji nisu liječeni SBRT (univarijantni HR 0.9, $p=0.04$).

Zaključak: Bolesnici sa proširenim rakom bubrega koji se radi oligoprogresije bolesti upućuju na SBRT imaju bolje kliničke ishode od onih koji su liječeni samo imunoterapijom. Ovo opažanje u starnom životu limitirano je ograničenjima retrospektivne studije te pristranim propirom bolesnika. Potrebno je daljnje praćenje i uključenje novih bolesnika da bi se bolje okarakterizirala uloga SBRT u multimodalnom liječenju ovih bolesnika.

Ključne riječi: SBRT, metastatski rak bubrega, stereotaksijska radioterapija, imunoterapija, oligoprogresija, oligo-metastaze

Je li zauvijek zaspao njegov „anđeo čuvar p53“ ?

Multipla primarna tumorska sijela, kompleksnost pristupa dijagnostici i liječenju u kliničkoj praksi- Prikaz slučaja

AUTOR RADA

KATICA PAVLOVIĆ

katicapavlovic555@gmail.com

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

KO-AUTORI: 11

¹Zalihić Dino

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

²Tomić Davor

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

³Tipurić Manuel

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁴Baranik Julijan

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁵Bekavac Vladimir

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁶Ignatkov Maksim

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁷Buntić Andrija

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁸Vranjković Marko

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

⁹Rizikalo Azer

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

¹⁰Stojić Jure

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

¹¹Janjoš Josip

Klinika za urologiju, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

Uvod: Višestruki primarni tumori, osobito četverostruki primarni tumori, klinički su izuzetno rijetki, a ne postoji standardni protokol za kliničko liječenje.(1)

Klinički prikaz: Opisali smo slučaj u kojem su bolesniku u dobi od 64 godine potvrđena tri različita primarna tumorska sijela, te preventivno odstranjena polipoidna promjena debelog crijeva koja ima sklonost malignoj pretvorbi. U periodu od 2016. godine do 2022. godine bolesniku su potvrđeni rak prostate, rak štitne žlijezde, rak mokraćnog mjehura te polipoidna promjena debelog crijeva koje su kirurški i onkološki liječeni u proteklom periodu. Prikazali smo stoga naše pristupe u kliničkoj praksi modalitete liječenja te dileme s kojima se u procesu liječenja i dalje susrećemo.

Dijagnostički postupci: TRUS biopsija prostate, Biopsija štitne žlijezde, Kolonoskopija, TURBT biopsija mokraćnog mjehura

Terapijski postupci: Radikalna prostatektomija, Hemitiroidektomija desnog lobusa štitne žlijezde, Kolonoskopsko odstranjenje polipa debelog crijeva, Transuretralna resekcija tumora mokraćnog mjehura

Terapijske dileme, rasprava i zaključci: U iščekivanju i patohistološke potvrde infiltrativnog procesa nakon učinjene posljednje TURBT resekcije koji će prema svemu sudeći zahtijevati radikalno kirurško liječenje pred uroonkološkim timom je niz pitanja i dilema o modalitetima liječenja ovakvog bolesnika. Jasnih uputa i smjernica nema. Radikalno kirurško liječenje (cistektomija) poradi ranije radikalne prostatektomije te provedene radioterapije zdjelice nosi velike operativne rizike. Mogućnost naknadnog zračenja zdjelice je iznimno dvojbena poradi mogućih značajnih komplikacija. Adjuvantna kemoterapija uvelike se razmatra kao najizglednija mogućnost. Prema Warrenu i Gatesu (2), višestruke primarne maligne novotvorine (MPMN) klasificiraju se kao istodobni MPMN te heterohronih MPMN. Prema bazi podataka PubMed, učestalost četiri primarna tumora kod bolesnika, uključujući i slučajeve obduciranih bolesnika, iznosila je 0,007%.(3)

Vođeni ovim spoznajama u zaključku je važno naglasiti kako su u planu i ranoj realizaciji dodatna ispitivanja koja su dostupna našoj klinici u suradnji sa genetičarima i molekularnim biolozima. S novim spoznajama ovaj prikaz slučaja će biti naknadno dopunjen te objavljen sa svim validnim rezultatima te ishodima nastavka liječenja.

Ključne riječi: višestruki primarni tumori, rak prostate, rak štitne žlijezde, rak mokraćnog mjehura, polipoid debelog crijeva

Selektivni probir i multiparametrijska magnetska rezonanca prostate kod radikalne prostatektomije

AUTOR RADA

LUKA JUKICA

lukajukica11@gmail.com

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

KO-AUTORI: 5

¹Juginović Ivo

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

²Saratlija Žana

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

³Duvnjak Mario

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

⁴Velat Ivan

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

⁵Šitum Marijan

KBC Split, Klinika za urologiju, Split, Hrvatska

Uvod: Karcinom prostate predstavlja drugi najčešće dijagnosticiran rak prostate u svijetu te predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Uvođenjem PSA u selektivni probir povećava se vjerojatnost rane detekcije raka prostate, a korištenjem novih radioloških tehnika kao što je multiparametrijska magnetska rezonancija (eng. multiparametric magnetic resonance imaging, mpMRI) prostate povećava se vjerojatnost ranije detekcije lokaliziranog klinički signifikantnog raka prostate. U ovome radu prikazat ćemo retrospektivnu analizu bolesnika na Klinici za urologiju KBC-a Split kod kojih je napravljena radikalna prostatektomija zbog karcinoma prostate u posljednje tri godine.

Metode i rezultati: U ovo istraživanje uvrštena su 329 bolesnika kojima je učinjena radikalna prostatektomija zbog karcinoma prostate u periodu od 01.01.2020. do 31.12.2022. te je korišten statistički paket R. Prosječni bolesnik je imao 67(+/-5.6) godina, PSA 11,74ng/ml, digitorektalni pregled suspektan na karcinom je bio pozitivan u 223 (67.8%) bolesnika, a kod 72 (21.88%) bolesnika je napravljen mpMRI prostate jačine 1,5 Tesla prije biopsije prostate i radikalne prostatektomije te je najzastupljeniji bio PI-RADS 4 (63.89%). Statističkom raščlambom prikazana je povezanost PSA i ISUP gradusa ($r=0.45$, $p=0.01$) te mpMRI i ISUP-a ($r=0.364$, $p=0.01$). Bolesnici koji su imali napravljen mpMRI prostate su imali veću vjerojatnost lokaliziranog (T2) raka prostate u odnosu na one koji nisu ($p<0.05$) te su također imali niži ISUP u odnosu na skupinu bolesnika bez magneta ($p<0.01$). Bolesnici s lokalno uznapredovalim rakom prostate (T3a,T3b i T4) su imali veću vjerojatnost za pozitivan kirurški rub u usporedbi s bolesnicima koji su imali lokalizirani rak prostate ($p<0.01$).

Zaključak: Iz dobivenih rezultata vidi se umjerena poveznica PSA i mpMRI-a na definitivni ISUP nakon radikalne prostatektomije. Ovu poveznicu možemo objasniti tako što smo bolesnicima koji su imali niži PSA i nisu imali suspektan digitorektalni nalaz češće radili mpMRI prostate. Multiparametrijski MR prostate ima značajnu ulogu u ranijoj detekciji karcinoma prostate te boljoj kliničkoj prognozi te se savjetuje prije svake biopsije prostate, ali zbog tehničkih razloga se u našoj ustanovi primjenjuje samo kod selektivnih bolesnika ili kod ponavljane biopsije prostate. Pojavnost pozitivnog kirurškog ruba bila je učestalija kod bolesnika s lokalno uznapredovalim karcinom prostate, nego kod lokalizirane bolesti.

Bilateralni tumori testisa

AUTOR RADA

MAŠA ALFIREVIĆ

masa.alfirevic@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 12

¹ Bokarica Pero

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

² Goleš Luči

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³ Stojčić Mladen

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴ Kirin Ivan Marijan

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵ Kožul Salihagić Iva

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶ Ovčariček Slaven

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷ Malivuk Hrvoje

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸ Hrkać Adelina

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁹ Rašić Domagoj

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹⁰ Kapelac Martin

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹¹ Bilić Marko

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹² Glas Ana Magdalena

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Tumori testisa se najčešće dijagnosticiraju kod mlađih muškaraca i u Hrvatskoj je godišnja incidencija 2020 iznosila 200 slučajeva čime spadaju u rjeđe neoplazme muškaraca. Trenutno u Hrvatskoj nema konkretnih brojeva o bilateralnoj pojavnosti, dok se smatra da na svjetskoj razini čine 1-2% slučajeva, predominantno tumori zametnih stanica, u oko 30 % slučajeva sinkroni. Cilj istraživanja je prikazati naša dosadašnja iskustva u liječenju bolesnika sa bilateralnim tumorima testisa.

Materijali i metode: Učinjena je retrospektivna analiza podataka Zavoda za urologiju KB Sveti Duh u posljednjih 17 godina (2006-2022) pretražujući pod dijagnozom C62 (MKB-10) bolesnike sa bilateralnim tumorima testisa. Kontaktirani bolesnici su priložili medicinsku dokumentaciju i informirani pristanak.

Rezultati: Među 153 bolesnika s dijagnozom tumora testisa pronađeno je 5 bolesnika s bilateralnim tumorima testisa koji su liječeni na Zavodu za urologiju KB Sveti Duh u periodu 2006-2022. Jedan od bolesnika je ispao iz studije zbog bezuspješnog kontakta. Dvoje bolesnika je imalo sinkrone bilateralne tumore testisa dok su se kod druge dvojice pojavili metakrono. Liječenje je započeto jednostranom, a kod sinkronih obostranom radikalnom orhidektomijom. Jedan od bolesnika sa sinkronim tumorima je imao seminom obostrano, a drugi seminom na jednom testisu te na drugom embrionalni tumor. Među metakronim tumorima jedan bolesnik se prezentirao sa teratomom i seminomom, a kasnije je u drugom testisu razvio seminom. Drugi bolesnik je u oba testisa imao seminom. Obzirom na različite stadije i histološke slike prilikom dijagnoze sva četvorica su nakon prvotno operativnog liječenja imali i različito daljnje onkološko liječenje. U sinkronim slučajevima su liječeni adjuvantnom kemoterapijom (4 ciklusa PE/ 3 ciklusa PEB). Kod metakronih slučajeva bolesnik sa različitim histološkim tipovima tumora je nakon prve orhidektomije prošao retroperitonealnu limfadenektomiju, a nakon druge orhidektomije adjuvantnu radioterapiju paraaortalnog područja, dok je kod bolesnika sa obostranim seminomima nakon prve orhidektomije provedena radioterapija paraaortalnog područja. Kod svih bolesnika je nakon obostrane orhidektomije indicirana primjena nadomjesne hormonalne terapije testosteronom. Trenutno su sva četvorica u sustavu praćenja, koje traje od 5 do 16 godina, subjektivno se dobro osjećaju i dosadašnjom obradom su bez znakova povrata bolesti.

Zaključak: Rezultati istraživanja iskustva našeg Zavoda idu u korak s dosadašnjom rijetkom pojavnosti bilateralnih tumora testisa. Prikazani slučajevi, obzirom na svoje različitosti, nisu mogli ukazati na uniformne obrasce liječenja takvih tipova tumora. Pravodobno radikalno operativno liječenje u suradnji s onkološkim liječenjem i praćenjem te suradljivosti bolesnika u ovim slučajevima su se pokazali kao temelj dobrih ishoda.

Liječenje bolesnika s karcinomom penisa u KBC-u sestre milosrdnice kroz 5 godina: serija slučajeva

AUTOR RADA

MATEA PIRŠA

matea.pirsa@gmail.com

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

KO-AUTORI: 9

¹ Grubišić Igor

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

² Tomić Miroslav

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

³ Knežević Matej

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

⁴ Tomašković Igor

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

Medicinski Fakultet Osijek; Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera,

⁵ Šoipi Šoip

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

⁶ Pezelj Ivan

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

⁷ Štimac Goran

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

⁸ Spajić Borislav

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, RH

Medicinski fakultet Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, RH

⁹ Krušlin Božo

KBC Sestre Milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju "Ljudevit Jurak", Zagreb, Hrvatska

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Planocelularni karcinom penisa najčešća je varijanta maligne novotvorine muškog spolnog uda s incidencijom u Europi od 0,94/100,000 muškaraca godišnje. Širom svijeta prati se blagi porast incidencije zadnjih godina što se dovodi u vezu s porastom stope HPV infekcija u razvijenim zemljama. Prema istraživanjima, u gotovo polovine patoloških preparata dokazan je HPV odnosno njegov surogat p16. Cilj ovog rada je prikazati skup bolesnika oboljelih od tumora penisa u KBC-u Sestre milosrdnice, od 2018-2022.

Metode i rezultati: Ukupno su operirana 33 muškarca, prosječne dobi 64,36 (28-87) godina. Petoro bolesnika je liječeno cirkumcijom i ekscizijom tumora, 5 glansektomijom, kod dva je učinjena totalna penektomija i kod 21 bolesnika parcijalna amputacija. Kod 32 bolesnika radilo se o planocelularnom raku, a kod jednog o melanomu. Raspodjela po T stadijima bila je kako slijedi: pT1a 37,5% (N=12; G1=5; G2=5; G3=2); pT1b 9,37% (N=3; G1=2; G2=1), pT2 34,38% (N=11; G1=4; G2=7); pT3 15,62% (N=5; G3=5). Kod 34% bolesnika radilo se o HPV vezanoj bolesti. Uz klinički pregled, perioperativno stupnjevanje proširenosti bolesti učinjeno je kod 26 bolesnika (24 MSCT, 1PET CT, 1 UZV) te je preoperativno 12 (37,5%) bolesnika imalo cN+ bolest. Ingvinalna limfadenektomija učinjena je kod 22 bolesnika (68%). pN+ bolest imalo je 13 (59%) bolesnika (od toga 7 pN3). Zdjelična limfadenektomija učinjena je kod 10 bolesnika, kod dvojice se radilo o inoperabilnoj bolesti, a 3 bolesnika imala su bolest proširenu u zdjelične limfne čvorove. Adjuvantna kemo- i/ili raditerapija provedena je kod 12 bolesnika. U razdoblju praćenja, 2 bolesnika su preminula od svoje bolesti.

Zaključak: Rak penisa je, kako tjelesna, tako i psihološki mutilirajuća bolest čiji uspjeh liječenja počiva na ranoj dijagnostici bolesti, u fazi kada je pošteđan zahvat još moguć i onkološki siguran. U našoj seriji bolesnika više od polovine bolesnika prezentiralo se inicijalno s lokalno i regionalno invazivnom bolešću.

Ključne riječi: planocelularni karcinom, karcinom penisa, ingvinalna limfadenektomija, glansektomija, penektomija, HPV

Izraženost PD-L1 u molekularnim podtipovima mišićno-invazivnog karcinoma mokraćnog mjehura

AUTOR RADA

MATEJ KNEŽEVIĆ

matejknezevic1@gmail.com

Klinika za urologiju, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 8

¹Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet Osijek, Hrvatska

²Vrbić Val

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

³Tribunović Sebastijan

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

⁴Vrhovec Borna

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵Murgić Jure

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁶Dumbović Leo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Krušlin Božo

KBC Sestre milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju Ljudevit Jurak, Zagreb, Hrvatska;

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

⁸Ulamec Monika

KBC Sestre milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju Ljudevit Jurak, Zagreb, Hrvatska;

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Mišićno-invazivni karcinom mokraćnog mjehura (engl. muscle-invasive bladder cancer, MIBC) je agresivna bolest koja zahtijeva multimodalno liječenje. Radi se o heterogenom tumoru različitog molekularnog profila i ponašanja. Dva su osnovna molekularna podtipa karcinoma mokraćnog mjehura luminalni i bazalni. Uz to, MIBC je i imunoreaktivan tumor. Posljednjih godina je stoga razvijena imunoterapija, kao nova terapijska mogućnost kojom se obnavlja antitumorski imunitet, čime je došlo je do promjene paradigme liječenja MIBC.

Metode i rezultati: U ovom radu istražena je izraženost biomarkera PD-L1 u osnovnim molekularnim podtipovima MIBC. Temeljem „nasumičnog“ odabira 43 uzorka pacijenata s materijalom dobivenim iza transuretralne resekcije i dijagnozom MIBC, izdvojeni su luminalni i bazalni tip MIBC, a fenotipizacija je provedena imunohistokemijskom analizom na Citokeratin 5/6 i GATA3. U grupi karcinoma bazalnog podtipa dobivena je viša ekspresija PDL-1 u imunosnim stanicama koja je iznosila od 10-90% u pozitivnim uzorcima. Uzorci luminalnog podtipa pretežno su pokazivali reakciju manju od 5%.

Zaključak: Rezultat ovog istraživanja unaprjeđuje razumijevanje imunološkog konteksta MIBC što potencijalno doprinosi lakšoj selekciji podskupine pacijenata koja bi mogla imati korist od imunoterapije.

Ključne riječi: biomarkeri, imunohistokemija, mikrookolina tumora, mišićno-invazivni karcinom mokraćnog mjehura, PD-L1.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

TADALAFIL PLIVA



Vrijeme više
nije bitno.



Literatura: Sažetak opisa svojstava lijeka za Tadalafil PLIVA odobren 3.11.2020.

NAPOMENA: Upućujemo zdravstvene radnike na posljednje cjelokupni sažetak opisa svojstava lijeka te uputu o lijeku Tadalafil PLIVA koji su dostupni na internetskoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode (www.halmed.hr). **Način izdavanja:** na recept, u ljekarni.

Datum sastavljanja: travanj, 2023. TDPL-HR-00015

PLIVA HRVATSKA d.o.o., Prilaz baruna Filipovića 25, 10000 Zagreb, Hrvatska. Tel.: + 385 1 37 20 000, Faks: + 385 1 37 20 111;
www.pliva.hr, www.plivamed.net

Prikaz slučaja bolesnice s tumorom urahusa

AUTOR RADA

SLAVEN OVČARIČEK

slavenovcaricek@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 12

¹Alfirević Maša

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Bokarica Pero

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Goleš Luči

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Stojčić Mladen

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵Kirin Ivan Marijan

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Kožul Salihagić Iva

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Malivuk Hrvoje

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸Hrkać Adelina

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁹Rašić Domagoj

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Kapelac Martin

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹¹Bilić Marko

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹²Glas Ana Magdalena

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Tumori urahusa rijetki su i agresivni, a čine približno 0.7% svih tumora mokraćnog mjehura. Najčešće su lokalizirani na fundusu i prednjoj stijenci mokraćnog mjehura te su češći u srednjoj dobi i u muškaraca. Gradus i resekcijski rubovi su najvažniji prognostički čimbenici uz stadij, status limfnih čvorova i tip kirurškog liječenja. Histološki je najčešće riječ o adenokarcinomu (>90%), dominantno necističnom (83%). Očekivano petogodišnje preživljenje je oko 45%.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj 28-godišnje bolesnice s tumorom urahusa koja se u dobi od 25 godina prezentira makrohaturijom. Cistoskopijom i MSCT-om verificirana je septirana cistična tvorba na kranijalnom rubu mokraćnog mjehura te je indicirana TUR biopsija. Patohistološki nalaz ukazuje na metastatski adenokarcinom mokraćnog mjehura ili metastazu intestinalnog tipa mucinoznog karcinoma jajnika. Tumorski markeri, urin citološki, kolonoskopija i biopsija sluznice terminalnog ileuma bili su uredni. Pacijentica dolazi na naš Zavod na daljnje operativno liječenje tvorbe veličine 7x7 cm desno paravezikalno. Preoperativno je isključena ginekološka etiologija maligniteta, a učinjenim MR-om zdjelice ne uspije se utvrditi sijelo tumora. Učinjena je parcijalna resekcija mokraćnog mjehura s ekstirpacijom tumorske tvorbe u cijelosti te je potvrđena dijagnoza mucinoznog adenokarcinoma urahusa s infiltracijom mokraćnog mjehura bez rubne infiltracije preparata. Iako je kontrolni MR nakon 6 mjeseci bez znakova recidiva, PET CT nakon 10 mjeseci prikazuje nepravilnu lobuliranu policističnu tvorbu 4,5 x 1,9 cm uz prednju i donju stijenu mokraćnog mjehura kao i obostrano solidno-cistično promijenjene jajnike. Multidisciplinarni tim indicirao je radikalno kirurško liječenje. Izveden je kompleksni operativni zahvat, egzanteracija prednje zdjelice s metastazektomijama sa kostiju zdjelice i limfadenektomijom, te ureteroileokutana stoma. Patohistološki je potvrđen raniji nalaz malignoma urahusa uz bilateralne mucinozne adenokarcinome jajnika. Provedena je adjuvantna polikemoterapija po FOLFOX protokolu kroz 12 ciklusa. Godinu dana od operacije MR zdjelice ukazuje na suspektan sekundarizam u području lijeve pubične kosti koji se punktura pod kontrolom UZV-a, a PHD-om potvrdi metastaza mucinoznog adenokarcinoma. Bolesnica je upućena na radiokirurški tretman.

Zaključak: Cistični tumor urahusa u mlađe ženske bolesnice prezentiran je makrohemorijom. Radikalni kirurški pristup smatra se okosnicom liječenja dok su adjuvantni modaliteti liječenja još uvijek bez konsenzusa. Obzirom na recidiv multidisciplinarni tim se odlučio na adjuvantnu kemoterapiju i radiokirurgiju koju pacijentica tolerira 30 mjeseci od postavljene dijagnoze.

Prikaz slučaja bolesnice s tumorom urahusa

AUTOR RADA

ŠOIP ŠOIP

shoipi@yahoo.com

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 10

¹Dumbović Leo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Štimac Goran

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Tomašković Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴Grubišić Igor

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁵Justinić Danijel

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Tomić Miroslav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Svaguša Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸Pezelj Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁹Nikles Sven

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Benigni mezenhimalni tumori mokraćnog mjehura su relativno rijetki te čine 1-5% svih tumora mokraćnog mjehura. Lejomiom je najčešći benigni mezenhimalni tumor mokraćnog mjehura te čini manje od 0.5% svih tumora mokraćnog mjehura s oko 250 opisanih slučajeva u literaturi. U ovom radu je opisan rijedak slučaj lejomioma mokraćnog mjehura. Kod 48-godišnje žene je u sklopu obrade otežanog mokrenja i inkompletne retencije učinjen pregled urologa. Ultrazvučno se postavila sumnja na proliferat mokraćnog mjehura veličine oko 4 cm. Cistoskopski se prikazala protrudirajuća polipoidna ekspanzivna tvorba u području vrata mjehura i trigonuma. Bolesnica je bila pregledana i od strane ginekologa koji je isključio ginekološko podrijetlo navedene tvorbe. Daljnjom obradom učinjena CT urografija prikazuje tumorsku masu veličine 4x2.5cm koja je širokom bazom adherira uz stijenku trigonuma. Nije opisana infiltracija okolnih struktura kao niti regionalna limfadenopatija. Kod bolesnice je učinjena transuretralna resekcija tumorske tvorbe mokraćnog mjehura. Patohistološkom analizom utvrdila se dijagnoza lejomioma. Kod bolesnice nije bila indicirana adjuvantna onkološka terapija prema odluci multidiscipliniranog tima zbog dobrih prognostičkih čimbenika ekscidiranog tumora. U daljnjem praćenju bolesnica nije imala mikrohematurije, a u jednom navratu je imala uroinfekciju koja je uspješno izliječena antibiotskom terapijom. Na kontrolnim CT urografijama nije prikazano lokalnog recidiva bolesti tijekom 2-godišnjeg praćenja. Na kontrolnim cistoskopijama nije nađeno recidiva bolesti. Trenutno ne postoje standardne smjernice za liječenje opisanog tumora. Većina autora preporuča transuretralnu resekciju za manje tumore. Veći tumori i oni s ekstravezikalnim rastom obično zahtijevaju segmentalnu resekciju ili djelomičnu cistektomiju. Lejomiomi, iako dobroćudni tumori, mogu uzrokovati nekoliko različitih simptoma i treba ih rano dijagnosticirati i liječiti.

Karcinosarkom unutar divertikula mokraćnog mjehura: prikaz bolesnika

AUTOR RADA

ŠOIP ŠOIP

shoipi@yahoo.com

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 10

¹Štimac Goran

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Dumbović Leo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Ulamec Monika

KBC Sestre milosrdnice, Klinički zavod za patologiju i citologiju „Ljudevit Jurak“, Zagreb, Hrvatska

⁴Jazvić Marijana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

⁵Pirša Matea

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁶Vrhovec Borna

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁷Svaguša Ivan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁸Justinić Danijel

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

⁹Reljić Ante

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

¹⁰Spajić Borislav

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinomi koji nastaju u divertikulima mokraćnog mjehura čine približno 1,5% svih karcinoma koji nastaju u mjehuru. Karcinosarkomi su rijetki maligni tumori s epitelnom i sarkomatoidnom komponentom. To je skupina tumora s vrlo agresivnim tijekom i s lošom prognozom liječenja. Opisujemo rijedak slučaj karcinosarkoma unutar divertikula mokraćnog mjehura. Kod 52-godišnjeg muškarca se u sklopu obrade makrohematurne cistoskopije učinila cistoskopija koja je pokazala krvarenje iz divertikula lijeve lateralne stijenke. Daljnjom obradom je učinjena CT urografija koja je prikazala tumorsku masu veličine 7x5 cm koja ispunjuje divertikul te uzrokuje opstrukciju lijevog ureteralnog ušća te posljedično hidronefrozu I. stupnja lijevog bubrega. Nije opisana perivezikalna infiltracija kao niti regionalna limfadenopatija. Kod bolesnika se odlučilo učiniti transvezikalnu divertikulektomiju i regionalnu limfadenektomiju. Patohistološkom analizom utvrdila se infiltracija tumora u stijenku divertikula te širenje u okolno masno tkivo. Bolesnik je primio adjuvantnu kemo- i radioterapiju odlukom multidisciplinarnog tima zbog loših prognostičkih čimbenika ekscidiranog tumora. Na kontrolnim CT slikovnim metodama nije prikazano lokalnog recidiva kao niti udaljenih metastaza tijekom 5-godišnjeg praćenja bolesnika. Trenutno ne postoje standardne smjernice za liječenje opisanog tumora. Opisani su različiti modaliteti liječenja, no u svima se preporučuje multimodalno liječenje. Većina autora preporuča radikalnu cistektomiju s regionalnom limfadenektomijom uz razne kombinacije neoadjuvantne ili adjuvantne kemo- i radioterapije. Međutim, rezultati su bili vrlo različiti i nedosljedni. Prikazani bolesnik je bio uspješno liječen i bez recidiva unatoč ne-radikalnom pristupu.

Kabazitaksel u liječenju bolesnika s metastatskim kastracijski rezistentnim rakom prostate: retrospektivna analiza iskustva liječenja na klinici za onkologiju i radioterapiju KBC Split

AUTOR RADA

TOMISLAV OMRČEN

tomislavomrcen@yahoo.com

KBC Split, Klinika za onkologiju i radioterapiju, Split, Hrvatska

Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹ Pejak Marta

Kantonalna bolnica "Dr. fra Mihovil Sučić", Livno, Bosna i Hercegovina

UVOD: Prostata je najčešće sijelo raka kod muškaraca. Rak prostate čini 15.2% svih zloćudnih tumora u Hrvatskoj, s 2 478 novooboljelih u 2020. godini. Kabazitaksel je taksan druge generacije koji stabilizira mikrotubule vezanjem β -tubulina i potiče njihovo polimerizirano stanje. Koristi se u 2. liniji (2L) liječenja bolesnika s metastatskim rakom prostate otpornim na kastraciju (mKRRP) koji su progredirali na prethodnu terapiju s docetakselom i novom hormonskom terapijom (NHT; enzalutamid, abirateron, apalutamid) koja se primijenila u u metastatskom hormonski osjetljivom raku prostate (mHORP) ili mKRRP. Kabazitaksel ne samo da izaziva citostatski učinak, već također utječe na različite molekularne putove, u usporedbi s docetaxelom, što može biti temelj njegove učinkovitosti nakon neuspjeha liječenja docetaxelom u bolesnika s KRRP. Studija TROPIC, ključna studija za primjenu kabazitaksela u ovoj indikaciji, pokazala je da je kabazitaksel učinkovit nakon neuspjeha terapije temeljene na docetakselu. Značajna prednost kabazitaksela u ukupnom preživljenju (OS) od 2.4 mjeseca dokazana je u 2L liječenja u odnosu na mitoksantron (15.1 naspram 12.7 mjeseci). Medijan bPFS (preživljenje bez biokemijske progresije), rPFS (radiografski PFS) i cPFS (klinički PFS) bili su 6.4, 8.8 odnosno 11.1 mjeseci. Studija CARD također je izvijestila da je kabazitaksel poboljšao klinički ishod u usporedbi s abirateronom ili enzalutamidom u bolesnika s mKRRP koji su prethodno liječeni docetakselom i jednim od NHT. Kabazitaksel je rezultirao 36% manjim rizikom od smrti u usporedbi s pacijentima liječenim abirateronom ili enzalutamidom.

CILJEVI ISTRAŽIVANJA: Odrediti bPFS, rPFS, cPFS, OS i PSA stopu odgovora i učestalost nuspojava 3. i 4. stupnja s kabazitakselom u 2L liječenju mKRRP u svakodnevnoj kliničkoj praksi na Klinici za onkologiju i radioterapiju KBC Split.

METODE I MATERIJALI: Retrospektivno smo analizirali kliničke ishode 21 bolesnika s mKRRP liječenih kabazitakselom u 2L, od srpnja 2017. do veljače 2022. na Klinici za onkologiju i radioterapiju KBC-a Split. Svi su bolesnici prethodno primali docetaksel i NHT u uvjetima mHORP ili mKRRP. Analizirali smo podatke prikupljene iz dostupne medicinske dokumentacije. Podaci su analizirani pomoću programa Microsoft Excel 2017 i Origin 9.

REZULTATI: U analizu je uključen 21 pacijent. Medijan praćenja bio je 6.3 mjeseca (raspon 0,4 - 33,2). Medijan dobi bio je 64 godine (raspon 50-78). Osamnaest pacijenata (85%) imalo je ECOG status 0-1, a 3 (15%) imalo je ECOG status 2. Medijan broja ciklusa kabazitaksela bio je 10 (raspon 1-14). Medijan OS bio je 7.8 mjeseci. Medijan bPFS, rPFS i cPFS bio je 2.0, 3.6, odnosno 4.5 mjeseci. Stopa PSA odgovora bila je 52%. Osam bolesnika (38%) imalo je pad vrijednosti PSA za 25%, a 3 bolesnika (14%) imalo je pad vrijednosti PSA za 75% u odnosu na početnu vrijednost. Dvadeset bolesnika (95%) imalo je nuspojave stupnja 1 i 2 (anemija, neutropenija, leukopenija, trombocitopenija, povraćanje, mučnina, umor, proljev). Jedan pacijent (5%) imao je nuspojavu stupnja 3 (febrilna neutropenija). Nije bilo nuspojava 4. stupnja.

ZAKLJUČAK: Kabazitaksel predstavlja važan oblik liječenja bolesnika s mKRRP kod kojih je došlo do progresije na prethodno liječenje docetakselom i NHT-om. Rezultati našeg istraživanja nešto su lošiji od rezultata postignutih u studiji TROPIC. Jedan od razloga može biti mali broj ispitanika uključenih u naše ispitivanje kao i raznolikost pacijenata koji se liječe u svakodnevnoj kliničkoj praksi u usporedbi s pacijentima koji su uključeni u randomizirana klinička ispitivanja. Glavna ograničenja našeg istraživanja su njegov retrospektivni karakter i mali broj uključenih ispitanika.

KLJUČNE RIJEČI: kabazitaksel, metastatski kastracijski rezistentni rak prostate

Farmakološko liječenje karcinomske boli

AUTOR RADA

LIDIJA FUMIĆ DUNKIĆ

lidija.fumic.dunkic@gmail.com

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska
Medicinski fakultet, Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 3

¹ Kustura Antonia

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

² Martinčević Jasna

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

³ Bohm Tihana

Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

Bolesnici s dijagnozom karcinoma vrlo često imaju doživljaj neke vrste boli koja se intenzivira s progresijom bolesti. Kod 30-40% bolesnika zaostaje kronična bol i u fazi kada je završeno liječenje osnovne bolesti te zahtijeva dugotrajno liječenje. Karcinomska bol varira između različitih tipova karcinoma, stadija bolesti kao i lokacije. Osim toga postoje rizični faktori za razvoj kronične karcinomske boli. Procjena boli s obzirom na etiologiju, vrstu boli i trajanje predstavlja osnovu u planiranju strategije u liječenju boli. Primjenjujući smjernice za liječenje karcinomske boli se može postići dobra ili odlična kontrola boli kod više od 75% bolesnika. S obzirom da karcinomska bol uključuje različite komponenta boli, multimodalni pristup u liječenju boli se pokazao kao najbolja opcija s ciljem individualiziranog pristupa. Analgetici predstavljaju temelj u liječenju karcinomske boli, a opioidi su i dalje zlatni standard. Nuspojave kod primjene opioida su česte te ih treba predvidjeti i prevenirati. Primjenom antidepresiva i antikonvulziva se postiže bolja kontrola neuropatske boli, a smanjuje se potreba za opioidima a time i nuspojave. Intervencijske tehnike u liječenju karcinomske boli se danas sve više primjenjuju uključujući i neuraksijalnu analgeziju i u kućnim uvjetima. Ova opcija bi trebala biti integrativni dio u okviru multimodalnog liječenja a ne posljednja opcija.

Informiranost adolescenata o tumorima testisa

AUTOR RADA

ANTONIJA POPOVIĆ

popovic.antonija@gmail.com

Klinika za urologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Rudelić Ines

Klinika za urologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

²Vitas Lidija

Klinika za urologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

Uvod: Tumori testisa su najčešći tumori u muškaraca mlađe životne dobi.

Cilj: Cilj istraživanja bio je ispitati upućenost adolescenata o tumorima testisa, poznavanje samopregleda i motiviranost da nauče više o toj bolesti.

Metode: U istraživanje je bilo uključeno 116 studenata Sveučilišta u Rijeci. Prvu grupu (42 studenta) sačinjavali su studenti prve godine Odjela za informatiku, drugu grupu je sačinjavalo 44 studenata druge godine Odjela za informatiku, a 30 mladića ostale studentske populacije sačinjavalo je treću grupu. Za istraživanje se koristio anonimni anketni upitnik s 18 pitanja. Prva i druga grupa ispunjavali su upitnik direktno dok je treća grupa ispunjavala upitnik putem on-line ankete.

Rezultati: Prosječna dob ispitanika bila je 19,7 godina, a najveći broj studenata je dolazio iz Primorsko-goranske županije. O tumorima testisa čulo je 70% studenata iz prve grupe, 93% studenata iz druge grupe i 90% studenata iz treće grupe. Najvažniji izvor informacija za sve tri grupe su Internet i televizija. Samopregled testisa je učinilo 57,8% ispitanika, a samo njih 45,7% zna kako ga ispravno učiniti.

Zaključak: Studenti su putem Interneta i televizije upoznati s tumorima testisa i imaju želju da budu još bolje informirani. Samopregled testisa, kojim se ova bolest može otkriti, provodi samo oko 50% studenata, a manje od 50% ih zna kako ga i učiniti što je nezadovoljavajuće. Podaci dobiveni našom studijom pokazuju nam kako je neophodno provesti edukaciju adolescenata o ovom zdravstvenom problemu.

Uloga prehrane u prevenciji i liječenju karcinoma urogenitalnog sustava

AUTOR RADA

ANDRIJANA HRANJ

andrijana@kbsd.hr

KB Sveti Duh, Službe bolničke prehrane i dijetetike, Zagreb, Hrvatska

Prehrana ima važnu ulogu u prevenciji i liječenju karcinoma.

Istraživanja su pokazala da se nastajanje dijela karcinoma urogenitalnog sustava može povezati s prehranbenim navikama i prehranbenim statusom bolesnika. Zato je važno poticati stvaranje zdravih prehranbenih navika i obrazaca kod stanovništva, no treba imati na umu činjenicu da je karcinom vrlo složena bolest čiji nastanak i progresija se ne mogu objasniti utjecajem samo jednog čimbenika, kao što je prehrana, te da ne postoji određena dijeta, odnosno način prehrane koji mogu spriječiti njegovu pojavu.

Postojanje i terapija karcinoma mijenjaju nutritivne potrebe organizma i mogu dovesti do malnutricije. Budući da je poznato da adekvatan nutritivni status pozitivno utječe na oporavak, povećava učinkovitost terapije i smanjuje broj nuspojava, važno je bolesnicima pružiti optimalnu nutritivnu skrb i prehranu prilagoditi njihovim individualnim potrebama.

Karcinom prostate - hormonsko liječenje

AUTOR RADA

VESNA JURKOVIĆ

vesna.jurkovic59@gmail.com

OB Dr. Josip Benčević, Služba za kirurške djelatnosti, Odjel za urologiju, Slavonski Brod, Hrvatska

KO-AUTORI: 4

¹Jerković Jela

OB Dr. Josip Benčević, Služba za kirurške djelatnosti, Odjel za urologiju, Slavonski Brod, Hrvatska

²Gabrić Antonija

OB Dr. Josip Benčević, Služba za kirurške djelatnosti, Odjel za urologiju, Slavonski Brod, Hrvatska

³Vuković Snježana

OB Dr. Josip Benčević, Služba za kirurške djelatnosti, Odjel za urologiju, Slavonski Brod, Hrvatska

⁴Tunanović Domagoj

OB Dr. Josip Benčević, Služba za kirurške djelatnosti, Odjel za urologiju, Slavonski Brod, Hrvatska

Uvod: Rak prostate je zloćudni tumor koji se razvija iz stanica žljezdanog tkiva prostate. Ovisan je o hormonu zbog čega je njegov rast i razvoj pod utjecajem muškog spolnog hormona testosterona.

Osnovni dijagnostički postupci: anamneza i klinički pregled, PSA, DRP, biopsija prostate. Dodatne pretrage: scintigrafija skeleta, CT, MR, PET CT.

Metode liječenja karcinoma prostate: praćenje, operacija / radikalna prostatektomija, kemoterapija, zračenje, hormonsko, kombinirano.

Hormonsko liječenje: oblik liječenja kojim se blokira stvaranje muških spolnih hormona (androgena) u organizmu i sprječava se njihov učinak. Takvo se liječenje naziva ADT (Androgena deprivacijska terapija) i osnovni je oblik liječenja hormonskom terapijom. Vrste hormonskog liječenja: kirurška kastracija -obostrana orhidektomija (najbrže smanjuje razinu testosterona u tijelu) i medikamentozna kastracija postiže se primjenom

- LHRH agonista (goserelin, leuprorelin u injekcijama)
- ANTIANDROGENI (bikalutamid tab) u obliku tableta su te blokiraju djelovanje testosterona u tumorskim stanicama. Bolesnik ih prima prije primjene LHRH agonista

Priprema LHRH agonista: provjera roka valjanosti, čuvanje na temperaturi ispod 250 C, ne zamrzavati.

Aplikacija: Lijek se primjenjuje subkutano i intramuskularno. U novije vrijeme u svijetu postoje oblici LHRH agonista i u tabletama. Lijek se aplicira svaka tri ili šest mjeseci a može trajati do šest mjeseci pod nazivom kratkotrajna ili dvije do tri godine pod nazivom dugotrajna hormonska terapija. U slučaju da je karcinom prostate metastazirao hormonsko liječenje mora trajati doživotno. Nuspojave: umor, gubitak spolne želje, erektilna disfunkcija, navale vrućine, hladni znoj, krutost krvnih žila, osteoporoza

Zaključak: Ovaj oblik liječenja uglavnom se primjenjuje kod uznapredovalog karcinoma prostate. Cilj hormonske terapije je kontrola karcinoma a ne izlječenje.

Iskustva boli tijekom biopsije prostate

AUTOR RADA

ALMA REDŽEPAGIĆ

alma.redzepagic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Stipančić Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Karcinom prostate je značajan javnozdravstveni problem jer je najčešći karcinom muškaraca. Temeljna pretraga pri postavljanju dijagnoze je biopsija prostate, čiju indikaciju postavlja urolog na temelju vrijednosti serumskog prostata specifičnog antigena (PSA), digitorektalnog pregleda (DRP) i magnetske rezonance prostate. Na Klinici za urologiju KBC Sestre milosrdnice biopsija prostate radi se unatrag tridesetak godina. Postupak je invazivan, provodi se ambulantno, do 2020. godine bez primjene analgezije i anestezije.

Metode i rezultati: Od 5. srpnja 2018. do 15. rujna 2018. godine je na Klinici za urologiju KBC Sestre milosrdnice provedeno istraživanje „Iskustva pacijenata pri biopsije prostate“ u kojem je bilo uključeno 120 pacijenata kojima je učinjena biopsija prostate. Pacijenti su ispunili Upitnik koji je sadržavao 12 pitanja s ponuđenim odgovorima. Cilj istraživanja je bio ustanoviti informiranost i pripremljenost pacijenata za biopsiju prostate te prisutnost boli tijekom postupka. Specifični cilj je bio utvrđivanje intenziteta boli pomoću numeričke skale.

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanici zadovoljni informiranošću i pripremom za postupak biopsije prostate. Utvrđeno je da 42,5% pacijenata bol ocjenjuje brojem od 0 do 3 (umjerena bol), 48,33% pacijenata bol ocjenjuje brojem od 4 do 6 (srednje izdrživa bol), a 9,17% pacijenata bol ocjenjuje brojem od 7 do 10 (vrlo jaka bol).

Temeljem dobivenih rezultata zaključili smo da 57,5% pacijenata bol tijekom biopsije prostate ocjenjuje srednje i vrlo jakom, što upućuje na potrebu primjene nekog oblika analgezije ili anestezije.

Ključne riječi: biopsija prostate, bol, rak prostate

Što znamo o liječenju tumora bubrega ablacijskim metodama?

AUTOR RADA

ANA STIPANČIĆ

ana.stipancic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Redžepagić Alma

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinom bubrega čini 3-5% svih karcinoma i treći je najčešći karcinom mokraćnog sustava. Prema podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2018. u Republici Hrvatskoj karcinom bubrega je na 7. mjestu po učestalosti među muškarcima, s udjelom 4% od ukupno dijagnosticiranih malignih bolesti, a kod žena se nalazi među deset najčešćih sijela zloćudnih tumora s udjelom 3%.

Učestalost otkrivanja karcinoma bubrega u ranijim stadijima se povećava što je prvenstveno rezultat većeg broja sistematskih pregleda. Rezultat je češće otkrivanje asimptomatskih bubrežnih tumora i fenomen migracije stadija tj. otkrivanje bubrežnih tumora u nižim stadijima bolesti. Danas tumori bubrega T1 stadija čine oko 50% svih tumora bubrega.

Strategija liječenja ovisi o stadiju bolesti, a kod tumora bubrega manjih dimenzija opcije su parcijalna ili radikalna nefrektomija, aktivno praćenje te perkutane ablacijske metode pod kontrolom kompjuterizirane tomografije. U Kliničkom bolničkom centru Sestre milosrdnice 2017. godine učinjena je prva radiofrekventna ablacija, 2018. godine prva mikrovalna ablacija, a 2022. godine učinjena je prva krioablacija tumora bubrega.

Navedene perkutane ablacijske metode imaju nisku stopu komplikacija i mogu se izvesti bez opće anestezije te je negativan učinak na bubrežnu funkciju minimalan. Hospitalizacija traje jedan do dva dana i stopa izlječenja je vrlo visoka. Svi navedeni razlozi opravdavaju ovu metodu kao metodu izbora za liječenje malih tumora bubrega kod bolesnika sa komorbiditetima zbog kojih kirurške metode nose prevelik rizik.

Liječenje bolesnika s tumorima bubrega zahtijeva multidisciplinarni pristup i timski rad. Medicinska sestra sudjeluje u pripremi bolesnika za postupak i u postoperativnom nadzoru bolesnika. Naglasak svakako treba ostati na kontinuiranoj edukaciji s ciljem osiguravanja kvalitetne zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: Karcinom bubrega, perkutana ablacija tumora, medicinska sestra

Utjecaj ciljane terapije na kvalitetu života bolesnika s metastatskim karcinomom bubrega

AUTOR RADA

ANTONIJA SMOLIĆ

antonija.smolic@kbcsm.hr

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Kosier Mateo

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Bubrezi su parenhimatozni organi koji imaju niz važnih funkcija bitnih za održavanje zdravlja i normalno funkcioniranje organizma. Glavna uloga bubrega je filtriranje krvi čime se iz organizma odstranjuju štetni produkti metabolizma, toksini, lijekovi, višak soli i tekućine. Funkcija bubrega može biti narušena brojnim stanjima, između ostalog i tumorima bubrega. Karcinom bubrežnih stanica je najučestaliji maligni tumor bubrega. Rizikni čimbenici za razvoj karcinoma su pušenje, hipertenzija i prekomjerna tjelesna masa. Onkološko liječenje karcinoma bubrega provodi se za sada samo kod metastatske bolesti. Osnova liječenja kod metastatske bolesti bubrega, uz imunoterapiju je i ciljana terapija tzv. „pametni lijekovi“ koji djeluju blokiranjem određenih puteva koji su bitni u nastanku tumora. Primjena tih lijekova dovodi do manjeg narušavanja kvalitete života nego kod citotoksične kemoterapije. Ciljana terapija inovativan je pristup u liječenju tumora bubrega. Glavna prednost ovakve terapije je ciljano uništavanje tumorske stanice, bez negativnog utjecaja na zdrave stanice. Medicinska sestra primjenjujući svoja znanja i vještine neizostavni je član tima koji skrbi o oboljelima od maligne bolesti, te je odgovorna za prepoznavanje prvih znakova nuspojava i komplikacija koje nastaju kao posljedica širenja bolesti. Sestrinske intervencije usmjerene su na dijagnoze koje se odnose na psihološko funkcioniranje u fazi prihvatanja spoznaje o bolesti, edukacije o mogućim neželjenim nuspojavama tijekom liječenja. Komunikacija s bolesnicima i njihova edukacija ključni su za pridržavanje uputa liječenja, a samim time i za uspješnost liječenja onkoloških bolesnika. Najvažnije promjene koje utječu na kvalitetu života je povećanje stope preživljenja, te niz promjena koje se odnose na psihičko i emocionalno stanje.

Ključne riječi: ciljana terapija, karcinom bubrega, komunikacija, edukacija

Informiranost o karcinomu testisa među muškom populacijom u Republici Hrvatskoj

AUTOR RADA

ANTONIJA STROJNY

strojnyantonija7@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Karcinom testisa je najčešći tumor kod muškaraca reproduktivne dobi. U Hrvatskoj se najčešće dijagnosticira u dobnoj skupini od 20 do 34 godine. Incidencija se posljednjih godina povećala no stopa smrtnosti smanjila što se smatra rezultatom ranog otkrivanja bolesti i integracije multimodalnog liječenja. Pravodobno otkrivanje bolesti ima veliki utjecaj na smanjenje stope mortaliteta. U Republici Hrvatskoj nisu provedene studije koje pokazuju razinu informiranosti populacije o karcinomu testisa, stoga je provedeno ovo istraživanje čiji je cilj bio ispitati znanje i stavove muške populacije o karcinomu testisa, utvrditi postoje li različitosti u znanju i stavovima muške populacije iz ruralnog i urbanog područja, te ispitati na koji način povećati informiranost muške populacije o prevenciji karcinoma testisa.

Metode i rezultati: Istraživanje je provedeno među muškom populacijom urbanog i ruralnog područja Republike Hrvatske. Istraživanje je provedeno na 200 ispitanika, presječnom metodom, u razdoblju od 01. travnja do 20. rujna 2021. godine. Od ukupnog broja ispitanika u istraživanju je sudjelovalo 56% ispitanika iz urbanog područja i 44% iz ruralnog područja. Istraživanje je provedeno ispunjavanjem anketnog upitnika. Korišteno je ne-probabilističko uzorkovanje u kojem su ispitanici regrutirali nove uzorke kroz mrežu poznanstva, gdje se koristio lanac preporuke metodom „snježne grude“. Ispitano je znanje o rizičnim čimbenicima, kliničkoj prezentaciji, dijagnostici i metodama liječenja, te provođenju samopregleda. Rezultati nisu pokazali značajnu razliku između znanja i stavova populacije iz ruralnog i urbanog područja. Međutim, pokazalo se da je ukupna razina znanja o karcinomu testisa niska.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja ukazuju na povećanu potrebu edukacije o karcinomu testisa i samopregledu testisa. Provođenjem edukacije je moguće utjecati na svijest o važnosti poznavanja znakova i simptoma bolesti te provođenju samopregleda što utječe na preživljenje. Bitno je kontinuirano ulagati napore u unaprjeđenje preventivnih programa u svrhu zaštite zdravlja muške populacije.

Ključne riječi: karcinom testisa, informiranost, hrvatsko ruralno i urbano područje, prevencija

Vizija i strategija sestrinstva KBC-a Sestre milosrdnice

AUTOR RADA

BISERKA REŽEK

biserka.rezek@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Ravnateljstvo, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Benceković Željka

KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

Današnje dinamično okruženje donosi brojne izazove, u svim područjima djelovanja pa tako i u poslovanju zdravstvenih ustanova. One se suočavaju sa specifičnim okolnostima koje ovise o brojnim unutarnjim i vanjskim čimbenicima. Sve upravljačke strukture zdravstvenih ustanova, pa tako i sestrinske, moraju biti upoznate s njima u cilju što uspješnijeg poslovanja.

Iz tog razloga osobe koje su uključene u organizaciju i upravljanje u sestrinstvu KBC – a Sestre milosrdnice, prate čimbenike okoline, definiraju smjer kojim žele dugoročno napredovati i načine na koje će to ostvariti. Ključnu ulogu pri tome ima sagledavanje vlastitih snaga i prilika s ciljem ublažavanja prijetnji i slabosti.

Godine 2013. donesena je prva Strategija razvoja stručnog kadra u sestrinstvu za razdoblje 2013 - 2020. Cilj iste bio je osiguranje dovoljnog broja medicinskih sestara, povećanje njihove obrazovne strukture, osnaživanje i afirmacija sestrinske profesije.

Nakon postignuća postavljenih ciljeva donesena je nova Strategija razvoja za razdoblje 2020 - 2027. Ciljevi postavljeni ovom strategijom usmjereni su zadržavanju i privlačenju kvalitetnih sestrinskih kadrova, usklađivanju zdravstvene njege novim zahtjevima i trendovima, promociji sestrinstva na nacionalnoj i međunarodnoj razini.

Medicinske sestre, kao najbrojniji profesionalci u zdravstvenim ustanovama, značajno doprinose njihovu poslovanju, kao i kvaliteti usluga koje se pružaju njihovim korisnicima, pacijentima. Kao preduvjet tom doprinosu neophodno je dugoročno i usmjereno planiranje u sestrinstvu i ostvarenje ciljeva postavljenih u strategiji. Da bi se to ostvarilo ključna je inicijativa upravljačkih sestrinskih struktura najviše razine koja će se slijediti na svim ostalim razinama.

Ključne riječi: medicinske sestre, organizacija i upravljanje, vizija, strategija

Intraoperativna skrb pacijenta kod laparoskopske nefrektomije

AUTOR RADA

DANIJELA PRGOMET

danijela.prgomet13@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Jurlina Martina

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinomi bubrega čine 2- 3 % svih malignih oboljenja u svijetu. Zlatni standard u liječenju je operativni zahvat (parcijalna, otvorena ili laparoskopska nefrektomija). Laparoskopska radikalna nefrektomija izvodi se kada je tumor manji od 8 cm, a klinički stadij bolesti T1 ili T2 uz N0. Tijekom ovog kirurškog zahvata medicinska sestra instrumentarka ima važnu ulogu. Intraoperativna skrb obuhvaća rad instrumentarke i anesteziološkog tehničara. Instrumentarka svojim znanjem, iskustvom i spretnošću doprinosi radu kirurškog tima. Intraoperativna skrb započinje ulaskom pacijenta u operacijsku salu, a završava odlaskom u jedinicu intenzivnog liječenja. Za laparoskopsku operaciju pripremaju se dvije instrumentarke, jedna „oprana“ i druga koja je „slobodna“. Važno je provjeriti ispravnosti medicinske dokumentacije (pristanci, kirurška kontrolna lista), a zatim položaj bolesnika na operacijskom stolu (suprotni bok u odnosu na zahvaćeni bubreg). Držači za ekstremitete te neutralna elektroda postavljaju se na predviđeno mjesto. Također se postavlja urinarni kateter kako bi se mogla pratiti količina i izgled urina tijekom zahvata. Potrebno je pripremiti: operacijsko rublje, PVC zaštitnu navlaku za kameru, troakare (4), Veressovu iglu, instrumentarij za laparoskopiju, aplikatore za klipse, priključak za sauger, teleskop, CO2, elektrokaotor, LigaSure™ te šivaći pribor. Osim stola za instrumente koristi se i stol za rublje, na kojem su sterilne rukavice, rublje i zavojni materijal. Instrumentarka je pozicionirana nasuprot operatera. „Oprana“ instrumentarka pokriva instrumentarski stol, sudjeluje u pokrivanju operativnog polja, odijeva kirurški tim i dodaje instrumentarij. „Slobodna“ brine o rasporedu ispravnosti aparata, provođenju aseptičnih mjera, koordinira rad ostalih članova po potrebi. Zadaća instrumentarke je pravilno zbrinuti instrumente nakon zahvata. Instrumentarka svojim znanjem, iskustvom i vještinama doprinosi radu cjelokupnog tima.

Ključne riječi: medicinska sestra, instrumentarka, laparoskopija, karcinom bubrega, intraoperativna skrb

Značaj fizioterapije kod onkoloških pacijenata

AUTOR RADA

IVAN JUROŠ

ivan0602juros@gmail.com

OB Šibenik, Šibenik, Hrvatska

Uvod: Sve veća pojava malignih oboljenja i napredak tehnologije te medicinskih saznanja traže multidisciplinarnan pristup liječenju pa i fizioterapijsku intervenciju kao neizostavan dio pristupa liječenju.

Materijal i metode: Opisane fizioterapijske intervencije u vremenski različitim fazama s naglaskom na onkološke pacijente iz područja urologije i očuvanje funkcije mišićnog dna zdjelice.

Rezultat i cilj: Značaj fizioterapijskih intervencija kako bi se postigao cilj u ukupnoj kvaliteti liječenja i života nakon liječenja, a to je vraćanje pacijenta u aktivnosti svakodnevnog života.

Optimalno pružanje zdravstvene njege nakon radikalne cistektomije

AUTOR RADA

IVANA CRNKOVIĆ

ivanacrnkovic28@gmail.com

KB Merkur, Odjel za urologiju Zagreb Hrvatska

KO-AUTORI: 3

¹Jug Slijepčević Danijela

KB Merkur, Odjel za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Mesić Sajko Marija

KB Merkur, Odjel za urologiju, Zagreb, Hrvatska

³Milić Antonija

KB Merkur, Odjel za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Uvod: Karcinom mokraćnog mjehura najčešći je karcinom donjeg urinarnog trakta koji se manifestira pojavom krvi u mokraći mikroskopski ili makroskopski te se tako i dijagnosticira uz ultrazvučni pregled i cistoskopiju. Ako je karcinom mokraćnog mjehura zahvatio mišićni sloj, metoda izbora je radikalna cistektomija i u tom slučaju potrebno je učiniti odgovarajuću derivaciju urina.

Metode: Derivacije urina učinjene nakon cistektomije mogu se podijeliti na one sa urinarnom stomom i ortotopične. Kod ureterokutane stome ureteri se izravno izvedu na kožu, a kod derivacije sa ureteroilealnim konduktom koristi se 12 do 15 cm tankog crijeva (ileuma) za formiranje konduita i stome na desnoj strani abdomena. To je metoda po Brickeru koja je i dalje u svijetu ukupno gledano najzastupljenija derivacija urina te predstavlja zlatni standard. Ortotopične derivacije podrazumijevaju formiranje neovezike od crijeva, a najzastupljenije su one po Hautmannu i Studeru kod kojih se koristi 35 do 45 cm ileuma za formiranje neovezike. Predstavljaju optimalnu metodu kod odgovarajućih pacijenata koja im omogućuje mokrenje na prirodan način. Unatoč brojnim prednostima derivacije urina po Brickeru, pacijent ima permanentnu urinarnu stomu i nužno je nošenje receptakuluma / vrećice za mokraću.

Rezultati: Radikalna cistektomija veliki je kirurški zahvat te je oporavak nakon operacije dug i izazovan. Radi se o mutilirajućem zahvatu nakon kojeg pacijent ima urinarnu stomu ili poteškoće sa mokrenjem koje su povezane sa korištenjem dijelova probavnog u rekonstrukciji mokraćnog sustava. Uloga medicinske sestre usmjerena je na preoperativnu pripremu pacijenta, sprječavanje mogućih komplikacija, kontrolu, praćenje, njegu pacijenta postoperativno te upute u vezi poteškoća sa mokrenjem i drugih simptoma po otpustu iz bolnice.

Zaključak: Dobra edukacija pacijenta i multidisciplinarni pristup zdravstvenog osoblja od velike su važnosti za što uspješniji oporavak, što bolji ishod nakon operacije, a samim time i bolju kvalitetu života.

Glavne riječi: karcinom, mjehur, derivacija urina, edukacija

Kako živjeti sa urostomom

AUTOR RADA

IVANA GOLUBIĆ FAPALI

ivana.golubic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Gavran Luca

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinom mokraćnog mjehura drugi je najčešći maligni tumor mokraćnog sustava. Radikalna cistektomija sa zdjeličnom limfadenektomijom najznačajnija je metoda liječenja mišićnoinvazivnog tumora mokraćnog mjehura. Nakon operacijskog zahvata bolesnik nastavlja život sa urostomom, kirurškim putem izvedenim otvorom na trbušnoj stijenci. Postoji nekoliko načina derivacije urina, a uobičajeni je pomoću izoliranog segmenta tankog crijeva koji se najčešće formira na desnoj strani trbuha, malo niže od pupka. Urostoma je ružičasto/crvenkaste boje, vlažna je i obično je okruglog ili ovalnog oblika. Nakon oporavka od operacije potrebno je vrijeme prilagodbe tijekom kojeg se bolesnika podučava kako samostalno brinuti o urostomi.

Kvalitetna komunikacija, edukacija i psihološka podrška bolesniku i njegovoj obitelji važan je dio sestrinske skrbi. Edukacija bolesnika započinje prije operacijskog zahvata i uključuje praktičnu primjenu pomagala i pribora za njegu peristomalne kože. Perioperativna skrb, a osobito savladavanje početnih nedoumica i poteškoća važan je djelokrug rada medicinske sestre. Savjetima, tiskanim vodičima i razgovorom nastojimo kontinuirano educirati bolesnike te im pomoći u poboljšanju kvalitete života.

Ključne riječi: Karcinom mokraćnog mjehura, radikalna cistektomija, urostoma, kvaliteta života

Komunikacija u onkologiji – riječima do boljitka!

AUTOR RADA

IVONA POLJAK

ipoljak2@yahoo.com

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

Rad s oboljelima od malignih bolesti za zdravstvene djelatnike često sa sobom povlači i specifične komunikacijske vještine kako bi se oboljelima olakšao proces liječenja. Ipak, unutar sustava školovanja takve vještine nisu uvrštene u opći kurikulum.

Dobro poznavanje bolesnikovih tjelesnih i psiholoških stanja može pridonositi njihovom učinkovitijem zbrinjavanju. Dobre komunikacijske vještine povezane su s većim zadovoljstvom oboljelih, većom suradljivošću u liječenju te boljim ishodima zdravstvene skrbi, Istraživanja pokazuju kako u 84% - 94% susreta zdravstvenog osoblja i onkoloških bolesnika postoje komunikacijske teškoće. Ukoliko je komunikacija nedostatna i nezadovoljavajuća, bolesnici mogu iskazivati smanjeno zadovoljstvo zdravstvenom uslugom, veće razine tjeskobe i potištenosti, manju suradljivost u procesu liječenja, te lošije ishode zdravstvene skrbi uz povećani broj pritužbi. Posljedica nedostane komunikacije prema bolesnicima može biti otvoreno iskazivanje nezadovoljstva dostupnim informacijama o svom zdravstvenom stanju, razumijevanju prirode bolesti i liječenja, mogućnostima liječenja i odgovoru na potrebe u procesu liječenja.

Kod zdravstvenih djelatnika pak, komunikacija u različitim fazama liječenja onkoloških bolesnika potiče stres i osjećaj nekompetentnosti, može umanjivati kvalitetu života i povećavati anksioznost što dugoročno može dovesti do sagorijevanja na poslu. Poteškoće u komunikaciji osobito se povećavaju tijekom ključnih trenutaka u procesu liječenja od maligne bolesti - postavljanja dijagnoze i prvog susreta, dugih hospitalizacija, recidiva bolesti i palijativne skrbi. Najčešći komunikacijski problemi odnose se na odgovaranje na brojne upite bolesnika i komunikaciju s obiteljima oboljelih, odgovore na pitanja o ambivalenciji u liječenju te razgovore u terminalnim fazama bolesti.

Primjenom psiholoških spoznaja u kliničkom radu s pacijentima, korištenjem nekih alata i učenjem vještina može se povećati efikasnost osoblja u svakodnevnom radu, povećava se kvaliteta pružene zdravstvene usluge, a individualiziranim pristupom pacijentima povećava se kvaliteta prenošenja znanja ključnih za adekvatno zbrinjavanje bolesti. Svi ti faktori zajedno pozitivno djeluju na povećanje suradljivosti kod oboljelih od malignih bolesti. Nalazi brojnih istraživanja ukazuju na veliku potrebu za podrškom i osnaživanjem zdravstvenih djelatnika u komunikaciji s onkološkim bolesnicima u svrhu prevencije iscrpljenosti i sagorijevanja, te povećanja doživljaja kompetentnosti. U predavanju će biti prikazane komunikacijske vještine u svim fazama liječenja s praktičnim prikazom tih vještina.

Postoperativna primjena analgetika kod onkoloških bolesnika

AUTOR RADA

JADRANKA HODAK

jadranka.hodak@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Senjanović Karolina

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Bol je neugodno, osjetno i emocionalno iskustvo povezano aktualnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva koja djeluje na sve organe i organske sustave. Ona je subjektivna reakcija na objektivni stimulans. Bolni podražaj dijeli se prema duljini trajanja na akutnu i kroničnu bol, prema mehanizmu nastanka na organsku i psihogenu, uzroku na nocicepcijsku i neuropatsku bol, mjestu nastanka na visceralnu (utrobna) i somatsku (duboka) te prema općem uzroku na benignu i malignu. Akutna poslijeoperacijska bol nastaje zbog ozljeda tjelesnih ili organskih struktura. Bolesnici obično osjećaju kombinaciju više tipova boli. Svaki bolesnik ima različitu toleranciju na bol.

Za procjenu boli u kliničkoj praksi koriste se skale boli primjerene dobi i kognitivnim sposobnostima bolesnika. Lijekovi koji se koriste postoperativno su opioidni i neopiodni analgetici te lokalni anestetici. Aplikacija lijekova je intravenozno „u bolusu“, intravenozno kontuirano 24 sata, subkutano i intratekalno putem epiduralnog katetera. Farmakološko liječenje akutne boli zahtjeva trajni nadzor frekvencije disanja, sistoličkog tlaka, oksigenacije bolesnika (pulsna oksimetrija) te pojavu mučnine. Kod primjene opioidnih analgetika provodi se procjena sedacije, a kod primjene epiduralne analgezije procjena motorike i senzibiliteta. U KBC-u Sestre milosrdnice 2015. godine s radom je započela služba za liječenje akutne boli (Acute Pain Service) te su definirani protokoli postoperativne analgezije za svaki operacijski zahvat. APS tim čine anesteziolozi i educirane medicinske sestre anesteziološki tehničari. Njihova znanja usvajaju i primjenjuju urološke medicinske sestre i tehničari na Klinici za urologiju. Lijekovi se primjenjuju prema APS listi. Individualni pristup bolesniku, pravilna titracija doze lijeka, primjena analgetika u pravilnim vremenskim razmacima omogućuju brži i uspješniji oporavak bolesnika, sprječavanje nastanka komplikacija te smanjenje troškova liječenja.

„Pravi analgetik u pravoj dozi primijenjen u pravo vrijeme uklanja 80 – 90 % boli“.

Ključne riječi: bol, analgetici, onkološki bolesnik

Specifičnosti sestrinske skrbi za onkološkog bolesnika s urološkim karcinomima

AUTOR RADA

JASMINKA MILIČEVIĆ

hdomst.hr@gmail.com

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Zubatović Đunđenac Iva

KBC Zagreb, Klinika za onkologiju, Zagreb, Hrvatska

²Kosier Mateo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

U današnje vrijeme sve više ljudi obolijeva od onkološki bolesti što je postao veliki javnozdravstveni problem. Statistike pokazuju da svaka treća osoba obolijeva od maligne bolesti, dok svaka četvrta osoba umire. Najčešći tumori urogenitalnog sustava su karcinom bubrega, karcinom mokraćnog mjehura, karcinom prostate te karcinom testisa.

Nakon postavljanja dijagnoze bolesnik se prikazuje na multidiscipliniranom timu kako bi se donijela zajednička i individualna odluka o liječenju i zbrinjavanju bolesnika. Multidisciplinirani tim sastoji se od onkologa, urologa, radiologa, patologa, psihologa te medicinske sestre/ tehničara. Danas na raspolaganju imamo razne vrste liječenja, a odluka o vrsti liječenja donosi se na temelju kliničke procjene rizika s obzirom na bolesnikovu dob, opće stanje bolesnika, komorbiditete, stadij bolesti, metastaze (ako ih ima), histološki tip tumora i laboratorijske pretrage. Nakon što je donesena odluka o vrsti i načinu liječenja potrebno je provesti edukaciju bolesnika i obitelji odnosno bliskih osoba. Prilikom edukacije bitno je opisati plan liječenja te što se može očekivati od nuspojava i komplikacija vezanih uz liječenje. Ako postoje pisani materijali daju se bolesnicima kako bi ih mogli proučiti kod kuće. S obzirom na mogućnosti potrebno je uključiti psihologa za dodatnu psihološku pomoć. Bolesnike se može uputiti da se priključe raznim udrugama od kojih također mogu dobiti upute i savjete kako se lakše nositi s bolesti, liječenjem i nuspojavama.

Različite vrste terapija imaju i različite nuspojave. Bitna je pravilna edukacija bolesnika i njegove obitelji, ali i zdravstvenog osoblja koje mora biti osposobljeno i educirano kako bi na vrijeme prepoznali moguće nuspojave i komplikacije terapije. Zdravstveno osoblje mora biti upućeno u vrstu terapije koju bolesnik prima jer o tome ovisi i način na koji se zbrinjavaju pojedine nuspojave.

Za uspješno i kvalitetno liječenje potrebna je dobra suradnja unutar multidisciplinarnog tima te educirano osoblje koje na vrijeme prepoznaje nuspojave i zbrinjava ih držeći se smjernica. Velika važnost daje se edukaciji medicinskih sestra i tehničara kako bi mogli unaprijediti kvalitetu zdravstvene njege i povećati učinkovitost u radu s bolesnicima.

Ključne riječi: maligne bolesti, multidisciplinarni tim, liječenje, nuspojave, edukacija

Postoperativna primjena analgetika kod onkoloških bolesnika

AUTOR RADA

KRISTINA ARAMBAŠIĆ

arambasickristina96@gmail.com

OB Šibenik, Odjel urologije, Šibenik, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Božikov Ranka

OB Šibenik, Odjel hematologije, onkologije, alergologije i kliničke imunologije, Šibenik, Hrvatska

Karcinom prostate zloćudni je tumor koji napada mušku populaciju te je u kontinuiranom porastu po broju obolijevanja. Prema zadnjim podacima Nacionalnog registra za rak nalazi se na prvom mjestu po incidenciji s udjelom oko petine svih oboljelih muškaraca od malignih bolesti. Prema smrtnosti zauzima treće mjesto iza karcinoma pluća i karcinoma debelog crijeva. Ovim radom se željeli popratiti pojavnost istog u našoj Županiji

U ovo istraživanje uključeni su pacijenti kojima je u našoj ambulanti napravljena biopsija prostate u razdoblju od 01.01.2020 do 31.12.2022. godine.. Popratili smo ih od dijagnostike do terapije i liječenja u koji je uključen multidisciplinarni tim naše bolnice.

Procjena kvalitete života bolesnika s malignim oboljenjem prostate

AUTOR RADA

KSENIJA ROMIĆ

xsenija.romic@gmail.com

KBC Split, Klinika za onkologiju i radioterapiju, Split, Hrvatska

Uvod: Kvaliteta života postala je važan predmet istraživanja u različitim disciplinama. Bolesnici s malignim oboljenjem prostate mogu se ubrojiti u rizičnu skupinu smanjene kvalitete života s obzirom na specifične zdravstvene tegobe, nuspojave liječenja ali i promijenjene životne okolnosti koje sa sobom nosi sama bolest. Upravljanje kvalitetom života izuzetno je važno u cjelokupnom procesu skrbi za pacijenta s rakom prostate.

Cilj: Kritički pregledati dostupne upitnike kvalitete života upitnika specifičnih za rak prostate te rezultate navedenih. Raspraviti o važnosti upitnika EORTC QLQ-C30 najčešće korištenog instrumenta u istraživanjima kvalitete života temeljene na zdravlju u onkologiji, predstaviti najčešće korištene alate za procjenu kvalitete života kod pacijenta s malignim oboljenjem prostate, te važnu ulogu medicinske sestre u multidisciplinarnom pristupu ovim bolesnicima. Naglasiti važnost kvalitete života kao jedan od glavnih faktora uspješnosti liječenja i preživljavanja.

Metode: Pretraživanje PubMed, baze podataka publikacija za mjerenje ishoda kvalitete života muškaraca s malignom bolešću prostate.

Rezultati: Različiti faktori poput dijagnoze, procesa i nuspojava liječenja, psihičkih i socijalnih teškoća mogu znatno narušiti kvalitetu života. U muškaraca oboljelih od maligne bolesti prostate, prevladavaju uglavnom urinarne, spolne i crijevne disfunkcije. Vidljiva je i značajna povezanost između simptoma anksioznosti i depresije i kvalitete erekcije.

Zaključak: Procjena kvalitete života kontinuirani je proces koji uključuje mnoge pristupe. Liječnici i medicinske sestre moraju biti svjesni izazova koje dijagnoza raka prostate predstavlja za muškarca s rakom prostate i njegovu partnericu. Pacijenti bi trebali biti u potpunosti informirani o utjecaju bolesti na kvalitetu života i svim modalitetima liječenja, a medicinska sestra može igrati važnu ulogu u pružanju tih informacija i podršci pacijentu kada je kvaliteta života ugrožena. Kvaliteta života nedjeljiv je dio onkološke skrbi bolesnika.

Ključne riječi: Kvaliteta života, rak prostate, EORTC QLQ-C30



Erleada ▼
(apalutamid) tablete



SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

ERL-CRO-eOT-027-03/05/2023 CP-388082

Zadaće medicinske sestre u kliničkoj studiji kod bolesnika s karcinomom mjehura

AUTOR RADA

LJILJANA VLAHEK

ljiljana.vlahek@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Vidović Maja

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

²Kosier Mateo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Klinička ispitivanja su znanstveno-medicinska ispitivanja koja se provode na zdravim ili bolesnim ispitanicima koji su dobrovoljno dali pristanak za sudjelovanje. Nastoji se utvrditi jesu li novi lijekovi, dijagnostički postupci ili terapije sigurni i djelotvorni. Medicinska sestra je dio tima koji sudjeluje u kliničkom ispitivanju lijekova što zahtjeva ozbiljnost, stručnost, znanje i odgovornost u radu. Medicinska sestra priprema i primjenjuje ispitivani lijek (aktivne tvari ili placebo). Pohranjuje ispitivane lijekove i uzorke krvi u hladnjak i zamrzivače te ih priprema za transport (izvan države). Vodi evidenciju o temperaturama hladnjaka i zamrzivača u kojima se pohranjuje ispitivani lijek i uzorci krvi. Uzima različite uzorke materijala za laboratorijske analize, te njihova obrada i priprema za slanje u centralni laboratorij koji određuje ispitivač. Mjerenje i bilježenje vitalnih funkcija (RR, puls, disanje, saturacija, tjelesna temperatura), tjelesne težine i visine bolesnika. Psihička i fizička priprema bolesnika za primjenu ispitivanog lijeka. Snimanje elektrokardiograma (EKG). Priprema bolesnika za radiološka snimanja (CT; MR). Prije same pripreme lijeka potrebno je prijaviti bolesnikove tražene nalaze glavnom ispitivaču, kako bi se dobio odgovarajući broj lijeka. Lijek se daje ovisno o načinu primjenjivanja: oralno, supkutano ili intravenozno. Prije primjene lijeka potrebno je utvrditi: točnost bolesnikovog identifikacijskog broja i broja dodijeljenog lijeka, datum valjanosti lijeka, dozu lijeka, način primjene lijeka i potrebnu dokumentaciju.

Ključne riječi: kliničko ispitivanje, laboratorijski uzorci, ispitivani lijek, placebo, priprema bolesnika

Utjecaj predoperativnog obilježavanja na podizanje kvalitete života bolesnika s urostomom

AUTOR RADA

MAJA PEŠA

maja.pe87@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Vrbat Radmila

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

²Brandić Beverly

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Predoperativno obilježavanje mjesta urostome na prednjem trbušnom zidu predstavlja delikatan dio predoperativne pripreme pacijenata, te je neophodan postupak koji provodi tim koji čine operater (urolog) i enterostomalni terapeut. Obzirom da pacijent sa urostomom živi ostatak života postupak obilježavanja i izvođenja predstavlja veliki izazov.

Cijeli postupak trebao bi omogućiti neometano provođenje svakodnevnih aktivnosti kao što su brigu o sebi, provođenje kućanskih poslova, rad te provođenje slobodnog vremena. Prije određivanja mjesta stome enterostomalni terapeut uzima sve relevantne podatke o pacijentu i njegovom dosadašnjem načinu života. Određivanje mjesta stome se izvodi u ležećem, sjedećem, stojećem i nagnutom stavu prema naprijed. Stoma se markira u donjem desnom kvadrantu, u granici ravnog trbušnog mišića. Prilikom markiranja enterostomalni terapeut obraća pažnju na:

- pokretljivost pacijenata, odnosno mogućnost korištenja pomagala
- izgled abdomena (ravni trbušni mišić, pregibi, ožiljci, dlakavost, tetovaže)
- urostoma mora biti vidljiva pacijentu
- životne navike (dugotrajno sjedenje, nošenje remena, pojasa sa alatima)

Pogrešno postavljena urostoma može izazvati komplikacije kao što su popuštanje vrećice i oštećenja kože (iritacija, gljivice, alergija), nemogućnost lijepljenja vrećice, usporeno cijeljenje rane, promjene u body image-u. Greške u formiranju mjesta stome mogu izazvati ozbiljne psihofizičke posljedice, otežati ili potpuno onemogućiti vraćanje pacijenta svakodnevnim aktivnostima te trajno narušiti kvalitetu života.

Cilj radionice: demonstrirati postupak predoperativnog obilježavanja i prikazati posljedice pogrešnog pozicioniranja mjesta urostome

Imunoterapija u urološkim tumorima

AUTOR RADA

MAJA VIDOVIĆ

maja.vidovic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹ Rašić Bojan

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

² Kosier Mateo

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Imunoterapija kod uroloških tumora ima svoju primjenu kod karcinoma mjehura, bubrega te karcinoma penisa. Od 7 mjeseca 2022. godine u Hrvatskoj usuglašene su nove indikacije primjene imunoterapije kod karcinoma mokraćnog mjehura. Primjenjuje se imonoterapija u liječenju kao terapija održavanja nakon inicijalnog pozitivnog odgovora na kemoterapiju koja se do sada primjenjivala nakon progresije bolesti. Kod bolesnika koji nisu kandidati za kemoterapiju zbog lošijeg općeg stanja i nezadovoljavajuće funkcije bubrega te je izraženost inhibitornih kontrolnih točaka veća od 5% primjenjuje se imunoterapija. Sve je veći broj bolesnika s karcinomom bubrega koji primaju dvojni imunoterapiju te samim tim i broj bolesnika s imunološki uvjetovanim nuspojavama je u porastu. Kod karcinoma penisa imamo skromna iskustva, to su rijetki tumori. Medicinskim žargonom karcinom penisa zovemo siroče bolesti (eng. Orphan disease). Dostupno je sveobuhvatno gensko testiranje. Temeljem nalaza pojedini bolesnici su kandidati za imunoterapiju. Najčešće nuspojave imunoterapije su: gastrointestinalna toksičnost (kolitis i hepatitis), kožna toksičnost, endokrinopatije, pneumonitis, neurološka toksičnost, srčana toksičnost i reumatološka toksičnost. Važno je pravilno i pravovremeno prepoznavanje nuspojava i tu je ključna uloga medicinske sestre. Uočavanje i prepoznavanje nuspojava, edukacija bolesnika i članova njegove obitelji temelji su kvalitetne i učinkovite zdravstvene njege onkološkog bolesnika. Educirani bolesnik važan je partner u procesu primjene imunoterapije, učinci terapije su kvalitetniji, a ishodi liječenja pozitivniji. Medicinske sestre rekonstituiraju i primjenjuju imunoterapiju. Obavještavaju liječnika o nuspojavama te iste dokumentiraju. Provode dogovorene intervencije usmjerene zbrinjavanju nuspojava. Velika pozornost pridaje se i edukaciji medicinskog osoblja jer medicinska sestra je važan dio tima u primjeni imunoterapije kod uroloških bolesnika.

Ključne riječi: imunoterapija, karcinom, urologija, nuspojave, edukacija

Medicinska sestra kao dio multidisciplinarnog tima u liječenju bolesnika s urološkim tumorima

AUTOR RADA

MATEO KOSIER

mateo.kosier@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹ Domitrović Ivan

Poliklinika Solmed, Zagreb, Hrvatska

² Mijatović Danijel

OB Dr. Ivo Pedišić, Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu, Sisak, Hrvatska

Urološki tumori zahvaćaju pojedince oba spola, iako su neki tumori specifični muškarcima: tumor prostate, testisa i penisa. Prema zadnjim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo vezano za tumore rak bubrega i mokraćnog mjehura čine 9% svih novootkrivenih tumora u muškaraca i 4% svih novootkrivenih tumora žena u 2020. godini. 19% svih novootkrivenih tumora u 2020. godine kod muškaraca je rak prostate (2299 slučajeva), što pokazuje da je to tumor koji predvodi pobol novootkrivenih tumora u muškaraca. Optimalno liječenje pacijenata s uro-onkološkim tumorima zahtjeva multidisciplinarni tim sastavljen od iskusnih pojedinaca. Članovi multidisciplinarnog tima članovi su različitih znanstveno-stručnih profesija: liječnici raznih specijalizacija, medicinska sestra/-medicinski tehničar, fizioterapeut, psiholog, nutricionist, farmaceut i dr.

Intervencije medicinske sestre i medicinskog tehničara započinju dolaskom pacijenta u ustanovu i prate proces bolesnikovog liječenja sve do izlječenja, dugoročnog praćenja ili smrti. Medicinska sestra treba kroz proces liječenja biti empatična i visoko profesionalna prema bolesniku, njegovoj obitelji i ostalim članovima tima kako bi doprinijela najvećem stupnju pacijentova oporavka. Ona je prva do pacijenta u zdravstvenom procesu, najčešće je glavna osoba u relaciji između bolesnika i ostalih članova zdravstvenog tima, njegova je zagovarateljica i uz njega i s njim uočava novonastale simptome, nuspojave i problematiku. Medicinska sestra uključuje pacijenta i njegovu obitelj u terapijski proces, educira ih unutar vlastite kompetencije jezikom njima razumljivim, pruža psihološki suport pravovremenom i pravovaljanom komunikacijom. Kroz rad, medicinska sestra sudjeluje u koordinaciji dijagnostičkih ili terapijskih pretraga, planira zdravstvenu njegu i osigurava individualan pristup pojedincu.

Cook i suradnici 2019. godine su proveli ispitivanje na 66 članova onkološkog tima (koji nisu medicinske sestre ili medicinski tehničari) sa zaključkom da su medicinske sestre važni članovi tima tj. medijatori između relacija raznih stručnjaka i bolesnika uz kontinuiranu podršku oboljelima.

Ključne riječi: multidisciplinarni tim, medicinska sestra, uro-onkološki bolesnik

Hormonska terapija kod raka prostate

AUTOR RADA

NATAŠA LUKAČEVIĆ

lukacevic1983@gmail.com

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Sever Marijana

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Hormoni su kemijske tvari koje proizvode žlijezde s unutrašnjim lučenjem. Hormon ovisni tumori su zloćudni tumori podložni regulacijskom utjecaju hormona. Određeni hormoni, posebno spolni, potiču rast nekih vrsta tumora. Hormonska terapija koristi se kod tumora koji pokazuju tzv. hormonsku ovisnost. Ciljevi hormonske terapije su smanjiti stvaranje hormona i smanjiti učinak hormona na tumorske stanice. Hormonska terapija kod karcinoma prostate je najučinkovitiji oblik liječenja uznapredovalog karcinoma prostate te se zasniva na sniženju razine androgena u cirkulaciji. 80% bolesnika s karcinomom prostate ima subjektivni odgovor na hormonsku terapiju, dok se kompletna ili parcijalna regresija postiže kod 60% bolesnika. Tijekom hormonskog liječenja potrebno je praćenje vrijednosti PSA i ukupnog testosterona u krvi kako bi se procijenio učinak liječenja. Neželjeni učinci hormonskog liječenja: gubitak seksualne želje i erektilna disfunkcija, ginekomastija, navale vrućine, metaboličke promjene, smanjena gustoća kostiju, anemija i umor te neurokognitivne promjene. Medicinska sestra primjenjuje terapiju koristeći se sa šest pravila za primjenu lijekova. Jedna od ključnih zadaća medicinske sestre je stvoriti profesionalni odnos i osjećaj povjerenja sa pacijentom, pokazati razumijevanje njegovih osjećaja, pokazati stručnost i znanje, koristiti razumljiv jezik prilikom razgovora o dijagnostičkim postupcima, tijeku liječenja i trenutnom stanju.

Ključne riječi: karcinom prostate, hormonska terapija, neželjeni učinci, medicinska sestra, pacijent

Prepoznavanje palijativnog bolesnika i procjena potreba bolesnika i obitelji

AUTOR RADA

NENSI ŽIVKOVIĆ

nensi.zivkovic04@gmail.com

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹ Miličević Bojana

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Palijativna skrb je specijalizirana zdravstvena skrb usmjerena na ublažavanje simptoma bolesti i poboljšanje kvalitete života bolesnika u terminalnom stadiju bolesti. U prepoznavanju palijativnog pacijenta ključno je postaviti pitanje iznenađenja: „Bi li me iznenadilo da ovaj pacijent umre za manje od godinu dana?“, te upotreba vodiča SPICT koji služi za prepoznavanje osoba s povećanim rizikom od pogoršanja zdravlja i smrti. Važno je prepoznati potrebu za palijativnom skrbi te kamo i kako otpustiti bolesnika. Također je ključno utvrđivanje izvora patnje pacijenta te obavještanje obitelji ili bolničkog socijalnog radnika, ukoliko pacijent nema obitelj niti zakonskog skrbnika. Kako bi pacijentu bila pružena odgovarajuća skrb i njega, bitno je planirati otpust te educirati obitelj o posthospitalnoj skrbi. Kod otpusta u liječničkom otpusnom pismu potrebno je da se nalazi šifra Z 51.5, preporuke za nastavak skrbi, šifre za fizioterapiju i materijale, terapija boli, preporuke za prehranu i potrebna pomagala.

Prema bijeloj knjizi europskog udruženja za palijativnu skrb (EAPC) bitno je planirati skrb ovisno o potrebama pacijenta. Razlikuju se kratkoročna i srednjeročna bolnička skrb. U kratkoročnu bolničku skrb spadaju pacijenti s malignim oboljenjima gdje je fokus na somatskim simptomima koji narušavaju kvalitetu života bolesnika. Skrb se pruža u domovima za starije ili specijalnim ustanovama. Veliki dio dugotrajne skrbi zauzima skrb nemedicinske prirode koja se pruža u domovima za dugotrajnu skrb ili kod kuće. U pružanju dugotrajne skrbi ključnu ulogu imaju medicinske sestre i negovatelji.

Jedna od problematike palijativnog bolesnika jest sindrom anoreksije i kaheksije. Zbog uznapredovalih stanja, kroničnih mučnina i povraćanja, bolova i pojedinih lijekova dolazi do gubitka apetita. Nastanku kaheksije pridonosi smanjena aktivnost, infekcije, dob, inzulinska rezistencija i drugi čimbenici, a cilj je postići adekvatni peroralni unos od 239 kCal/dan. Vrlo je važna procjena nutritivnog statusa pacijenta uz upotrebu alata za procjenu malnutricije. Vrlo važan korak u planiranju skrbi unaprijed je komunikacija. Rana integracija palijativne skrbi uvelike poboljšava kvalitetu života bolesnika s malignim bolestima.

Ključne riječi: palijativna skrb, palijativni pacijent, terminalni stadij

Allium stent – nove terapijske mogućnosti

AUTOR RADA

PAMELA KRIŽANČIĆ

pamela.krizancic@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹ Meštović Ana

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Kronične uretralne i ureteralne strikture, onkološke ili postoperativne etiologije učestali su dio urološke prakse, te se najčešće liječe postavljanjem JJ ureteralnih stentova ili perkutanom nefrostomijom. Obje metode su podložne učestalim infekcijama, inkrustacijama i učestalim izmjenama svakih nekoliko mjeseci. Napretkom medicine dolazi do novih spoznaja i otkrića u području urologije koje će izbjeći ili značajno smanjiti komplikacije povezane sa ranijim generacijama uroloških stentova. Jedna od novijih metoda je postavljanje Allium stentova.

Allium stent je sastavljen od mrežice Nikal - Titanija (Nitinol) koja se uvodi u ureter ili uretru i spontano se širi te održava prošireni lumen za nesmetani protok urina. Stent je obložen polimerom koji sprječava inkrustacije i urastanje tkiva. Prednosti Allium stenta su jednostavno postavljanje i uklanjanje, dužina trajanja je do 3 godine, anatomski je prilagođen te ima poseban mehanizam odmatanja koji omogućava jednostavno uklanjanje. Na Klinici za urologiju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice prvi Allium stent je postavljen početkom 2022. godine.

U prikazu slučaja onkološkog bolesnika N.N. nekoliko je puta učinjena operacija discizije vezikouretralne anastomoze zbog recidivne strikture uretre nakon radikalne prostatektomije. Medicinska sestara prepoznaje rane postoperativne komplikacije; inkontinenciju, pojavu krvi u mokraći te bol povezanu sa dislokacijom stenta. Uvođenjem metode Allium stentova u liječenju kompliciranih kroničnih striktura pruža se nova mogućnost liječenja. Razvoj novih terapijskih metoda zahtjeva kontinuiranu edukaciju svih djelatnika zdravstvenog tima.

Ključne riječi: onkološki bolesnik, uretralne strikture, JJ proteze, Allium stent.

Utjecaj predoperativne obrada kroz dnevnu bolnicu na liječenje uro-onkoloških bolesnika

AUTOR RADA

RADMILA VRBAT

rrvat@kbsd.hr

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Karcinomi mokraćnog mjehura i prostate ubrajaju se među najčešće maligne bolesti u Republici Hrvatskoj. Obzirom na činjenicu da se često ne otkriju u ranoj fazi te njihovu nepredvidivost i brzinu razvoja, izuzetno je važno omogućiti pravovremenu dijagnostiku i liječenje. Uz navedene, i ostale maligne bolesti urinarnog trakta predstavljaju značajan javnozdravstveni problem. Nakon pojave pandemije COVID-19 veliki dio resursa zdravstvenog sustava preusmjeren je na njeno suzbijanje i liječenje što je dodatno umanjilo dostupnost dijagnostike i liječenja malignih bolesti. Stoga je prepoznata potreba koordinacije i integracije kako bi bolesniku u što kraćem vremenu, na jednom mjestu bila omogućena što kompletnija skrb.

Cilj rada je opisati provođenje kontinuirane zdravstvene skrbi uro- onkoloških bolesnika kroz dnevnu bolnicu s naglaskom na individualnu predoperativnu obradu i optimizaciju bolesnika za operativni zahvat te analizirati utjecaj takvog načina rada na kvalitetu liječenja uro- onkoloških bolesnika.

Provedena je SWOT analizi dostupnih parametara kvalitete liječenja prije i nakon uspostavljanja navedenog koncepta.

U analizi kontinuirane zdravstvene skrbi uro- onkoloških bolesnika kroz dnevnu bolnicu korišteni su Workflow (radni tijek) i SWOT analiza, učinkoviti alati koji se koriste u sustavu zdravstva za poboljšanje parametara kvalitete i racionalizaciju resursa. Analizom je utvrđen značajan utjecaj na dostupnost, brzinu, učinkovitost i kvalitetu skrbi. Neometana i pravovremena skrb, utemeljena na multidisciplinarnom pristupu u kojem je ključan član medicinska sestra jedan je od preduvjeta za uspješno liječenje, osnaživanje bolesnika kao i zadovoljstvo bolesnika pruženim uslugama. Također, ovakav pristup smanjuje rizik od dupliciranja postupaka i dovodi do smanjenja lista čekanja te racionalizacije troškova liječenja i hospitalizacije.

Ključne riječi: kontinuirana zdravstvena skrb, uro- onkološki bolesnik, dnevna bolnica

Poboljšana perioperativna skrb nakon radikalne cistektomije

AUTOR RADA

RADMILA VRBAT

rrvat@kbsd.hr

KB Sveti Duh, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

Unatoč poboljšanjima u kirurškoj tehnici, anesteziji i njezi, radikalna cistektomija kao standardni operativni zahvat za pacijente s invazivnim karcinomom mokraćnog mjehura, povezana je s visokom stopom komplikacija, produženom hospitalizacijom i većim morbiditetom. Alat koji se koristi s ciljem optimizacije stanja bolesnika, smanjena stresa uzrokovanog operativnim zahvatom i bržeg oporavka nakon operativnog zahvata naziva se protokol poboljšanog oporavka. Protokol obuhvaća niz elemenata u periodu od postavljanja indikacije za operativni zahvat, preko operativnog zahvata do postoperativnog razdoblja uključujući nutritivni status bolesnika. Dokazano je da je nutritivni deficit snažan prediktor lošijeg ishoda liječenja i povećanog mortaliteta u periodu od 90 dana nakon operativnog zahvata. Stoga procjena nutritivnog statusa i mjere koje se poduzimaju za njegovo poboljšanje zauzimaju važno mjesto u protokolu. Za njegovo definiranje koristi se univerzalni alat za nutritivni probir preporučeni od Europskog društva za parenteralnu i enteralnu prehranu, upitnik NRS 2002. Protokol poboljšanog oporavka sastavljen je na temelju kliničkih dokaza čija primjena doprinosi boljem psihofizičkom odgovoru na operativni zahvat, minimalizaciji mehaničke pripreme i razdoblja gladovanja, promicanju ranog unosa hrane nakon operativnog zahvata i rane mobilizacije. Protokol utječe na smanjenje broja komplikacija nakon operativnog zahvata za 50 %, brži postoperativni oporavak i skraćuje hospitalizaciju za 2,5 dana.

Ključne riječi: cistektomija, protokol poboljšanog oporavka, nutritivni status

Prepoznavanje palijativnog bolesnika i procjena potreba bolesnika i obitelji

AUTOR RADA

SANJA JANEŠ

sanja.janes@kbcsm.hr

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹Jakšić Sijana

KBC Sestre Milosrdnice, Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, Zagreb, Hrvatska

Liječenje onkoloških bolesnika velikim dijelom utječe na samu prehranu oboljelog. Promjene koje se događaju unutar organizma, nuspojave lijekova te mnogi drugi čimbenici stvaraju poteškoće s unosom hrane, što može dovesti do gubitka tjelesne mase. Određena hrana izaziva odbojnost kod pacijenata, stoga ju je potrebno izbjegavati bez narušavanja dnevnog energijskog unosa. Najvećim dijelom preporuča se prehrana na usta, osim kod osoba koje imaju poteškoća sa gutanjem ili ranama u usnoj šupljini. Gubitak na tjelesnoj masi povećava rizik za nastanak komplikacija, smanjuje kvalitetu života, kraće je očekivano preživljavanje, podnošenje terapije te se povećavaju troškovi liječenja. Također, preporučuju se dodaci prehrani s visokim nutritivnim sadržajem, ponajviše u slučajevima malnutricije. Prema preporukama liječnika i nutricionista, moguće je uvođenje enteralne ili parenteralne prehrane. Tijekom liječenja povećavaju se energetske potrebe organizma što je teško zadovoljiti uobičajenom prehranom. Vrijeme aktivnog liječenja kemoterapijom ne bi trebalo biti vrijeme promjena u prehrani pacijenta. Potrebno je konzumirati hranu provjerenog podrijetla. Kod komplikacija u prehrani uzrokovanih mučninom, povraćanjem i proljevima treba jesti lagano kuhano hranu, manje začinjenu, raspoređenu u manje obroke te unositi dovoljno tekućine. Izbjegavati hranu koja izaziva odbojnost ili mučninu. Zadaće medicinske sestre usmjerene su na prepoznavanje i ublažavanje simptoma poremećaja prehrane te savjetovanje i educiranje pacijenata o pravilnoj i uravnoteženoj prehrani prilikom liječenja kemoterapijom i radioterapijom, stoga medicinska sestra treba imati stečena znanja i vještine u enteralnoj i parenteralnoj prehrani. Upoznavanje sa pravilnom prehranom u tijeku liječenja pomaže pacijentima da održe tjelesnu masu, povećaju snagu te lakše podnose samo liječenje. Uz medicinsku sestru, veliku ulogu u prehrani i održavanju tjelesne mase imaju liječnici onkolozi, nutricionisti te liječnici opće prakse.

Ključne riječi: gubitak tjelesne težine, kemoterapija, komplikacije, malnutricija, prehrana

Noviteti u sestrinskoj profesiji Republike Hrvatske

AUTOR RADA

SNJEŽANA KRPETA

snjezana.krpeta@kbcsm.hr

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti, Zagreb, Hrvatska

Posebna savjetnica ministra za djelatnost sestrinstva

Povjerenstvo za sestrinstvo pri Ministarstvu zdravstva (MIZ), a čiji je Hrvatska komora medicinskih sestara član, je krajem prošle godine pokrenulo pripremu izrade planova i programa specijalističkog usavršavanja medicinskih sestara. Komora je pozvala sestrinska stručna društva da joj do početka ožujka dostave prijedloge programa specijalizacija i prijenosa kompetencija. Na temelju prijedloga MIZ će pripremiti zajednički Plan i program specijalističkog usavršavanja medicinskih sestara i tehničara. Za uvođenje medicinskih sestara specijalista bit će, uz donošenje Programa specijalizacija, potrebno izmijeniti i odgovarajuće zakonske i podzakonske akte.

Priprema se 20-ak sestrinskih specijalizacija

Ovaj proces će u zdravstvo uvesti medicinske sestre – napredne stručnjake u sestrinskoj njezi koje će biti formalno obrazovane i praktično osposobljene iznad razine sestre s općom edukacijom te imati i specijalističke licence za rad. Te sestre, sukladno svojim kompetencijama, preuzet će niz kompetencija i postupaka od liječnika (tzv. task shifting). Razvoj sestrinskih specijalnosti je iznimno važan u poticanju razvoja sestrinskog znanja i stručnosti, kao i za poboljšanje kvalitete skrbi za pacijente.

Ovaj proces je već pokrenut za područje hitne medicine te je početkom 2023. raspisan natječaj za 300-tinjak specijalizacija iz hitne medicine za što su sredstva osigurana Nacionalnim planom oporavka i otpornosti. To znači da će tijekom 2023. prvostupnici i magistri sestrinstva moći specijalizirati hitnu medicinu u trajanju od godinu dana. Radi se o specijalističkom usavršavanju prvostupnika sestrinstva koji rade u Timu 2 već i sada bez liječnika, ali bez ikakvih samostalnih ovlasti. Specijalizirati će na visokoobrazovnim ustanovama, a praktični dio će se održavati u zdravstvenim ustanovama. Ovom specijalizacijom kroz godinu dana u sustav će ući prve medicinske sestre educirane za rad u hitnoj, koje će ići na teren u Timu 2 u vozilima hitne pomoći umjesto liječnika. Sada se planira novih dvadesetak specijalizacija među kojima i one iz onkologije, kardiologije, hematologije...

Zakonska regulacija sestrinskih kompetencija i povećanje koeficijenata

Kompetencije medicinskih sestara uređene su člankom 16.a. Zakona o sestrinstvu te se razlikuju ovisno o razini obrazovanja medicinske sestre (temeljna izobrazba, prvostupnica, magistra sestrinstva, medicinska sestra za završenom specijalističkom izobrazbom i medicinske sestra s poslijediplomskim sveučilišnim studijem). Stručna društva pripremiti će prijedloge programa o potrebnim sestrinskim specijalizacijama, kojih za sada planiramo dvadesetak. Ključno je nakon prihvaćanja programa, učinkovito promijeniti nužne zakonske i podzakonske propise.

Palijativna skrb za pacijenta s karcinomom prostate

AUTOR RADA

TINA ŠKUGOR

palijativa@dz-sibenik.hr

DZ Šibenik, Ordinacija palijativne skrbi, Šibenik, Hrvatska

KO-AUTORI: 1

¹ Magazin Boris

DZ Šibenik, Ordinacija palijativne skrbi, Šibenik, Hrvatska

Palijativna skrb je aktivna i cjelovita briga za pacijenta čija bolest više ne reagira na liječenje, a osnovni cilj palijativne skrbi i djelatnika palijativnih službi jest povećanje kvalitete života kako bolesnika, tako i članova obitelji. Ona započinje s prvim danom dijagnoze neizlječive bolesti, a kako bolest napreduje tako se kurativni pristup postupno zamjenjuje palijativnim pristupom. Palijativna skrb teži ublažavanju „totalne boli“ koja se očituje u tjelesnoj, emocionalnoj, socijalnoj i duhovnoj boli. Unatoč stigmi koja prati pojam palijativne skrbi, ona slavi život, ne ubrzava niti ne odgađa smrt, već smrt promatra kao sastavan i normalan dio životnog procesa. Kada se smrt prihvati kao normalan i neizbježan dio života, palijativni pristup postaje najprikladniji način kako pristupiti pacijentu.

Iako većina genitourinarnih karcinoma ranog stadija imaju povoljnu prognozu, pacijenti s lokalno uznapredovalom ili metastatskom bolešću suočavaju se s opterećujućim doživotnim simptomima i ograničenim preživljavanjem. Baš zato treba podržati ranu integraciju palijativne skrbi u standardnu onkološku skrb za pacijente s lokalno uznapredovalom, a pogotovo metastatskom bolešću. Obzirom da palijativna skrb uvelike počiva na dobrim komunikacijskim vještinama koje su preduvjet za razvoj povjerenja i ostvarenju suradnje između svih dionika, važno je istaknuti psihološku podršku koje ne smije manjkati u palijativnom pristupu pacijentu i njegovoj obitelji. Takav pristup ne znači da se više ništa ne može učiniti, dapače, znači primjenu suosjećajne ekspertize radi ublažavanja tjelesne, emocionalne, duhovne ili društvene boli.

Kako bi pristup palijativnom pacijentu, zbrinjavajući njegove potrebe, uvažavajući uvjerenja i želje, a također i želje njegove obitelji trebao izgledati, objasniti ćemo prikazom slučaja pacijenta s uznapredovalim karcinomom prostate u razdoblju od 02. kolovoza 2021. godine do 19. listopada 2021. godine.

“Onomu koji odlazi iz života treba posvetiti jednaku pažnju zajednice kao i onomu malenomu ljudskomu biću koje tek ulazi u život” - Anica Jušić

Prednosti laparoskopske nefrektomije

AUTOR RADA

ŽELJKA GOLUB

zeljkagolub13@gmail.com

OB Dr. Ivo Pedišić, Odjel za urologiju, Sisak, Hrvatska

KO-AUTORI: 2

¹Durbić Marina

OB Dr. Ivo Pedišić, Odjel za urologiju, Sisak, Hrvatska

²Škvorc Danijela

OB Dr. Ivo Pedišić, Odjel za urologiju, Sisak, Hrvatska

Laparoskopska nefrektomija je kirurško uklanjanje bubrega ili dijela bubrega primjenom laparoskopske operativne tehnike. Indikacije za nefrektomiju su: maligni ili benigni tumori bubrega, bubreg oštećen traumom i nefunkcionalni bubreg. Uvijek nije moguće planirati i izvesti laparoskopsku nefrektomiju zbog veličine bubrega, priraslica ranijeg operativnog zahvata i tehničkih problema.

U ovom radu željeli smo prikazati prednosti laparoskopske nefrektomije.

Unazad godinu dana u Sisačkoj bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ napravljeno je 14 nefrektomija i to 9 laparoskopskih i 5 klasičnih. Prosječno trajanje laparoskopskog zahvata je 110 minuta (90-130).

Kod laparoskopske nefrektomije uporaba analgetika postoperativno bila je manja, odstranjivanje drena ranije-II. postoperativni dan i smanjen je broj komplikacija. Također je uočena manje bolna i značajno brža mobilizacija nakon laparoskopske nefrektomije uz lakšu pokretljivost. Pacijent je zadovoljniji zbog boljeg kozmetičkog učinka i kraće hospitalizacije.

Rizik da je tumor zloćudan je prevelik da bismo odustali od operativnog zahvata. Ukoliko se učini pravovremeno, uspjeh operativnog zahvata je vrlo dobar. Uspješnom postoperativnom tijeku prethodi dobra preoperativna priprema.

Ključne riječi: laparoskopska nefrektomija, postoperativno liječenje.



URO-ONKO FORUM

TEHNIČKI ORGANIZATOR / TECHNICAL ORGANISER
KONEKTIVA usluge d.o.o. - Radnička 34, 10000 Zagreb - OIB: 58993465592

K^oNEKTIVA

info@uof2023.com - +385 98 297 811



Otkrivamo
za život.

Suočavamo se s mnogo izazovnih bolesti dok trebamo lijekove za liječenje raka, Alzheimerove bolesti, HIV-a i drugih bolesti, koje uzrokuju patnju ljudima i životinjama u cijelom svijetu.

Otkrivamo zajedno.
Otkrivamo za život.



msd.hr

Samo za zdravstvene djelatnike.
Merck Sharp & Dohme d.o.o., Ivana Lučića 2a, 10000 Zagreb, Hrvatska.
Telefon: 01/ 66 11 333, faks: 01/ 66 11 350. Izrađeno u Hrvatskoj, travanj 2023.
Sva prava pridržana. HR-NON-00208 EXP 04/2025