



# NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos tudományos folyóirata

Főszerkesztő: Bősze Péter dr.

## TARTALOM

<b>BEVEZETŐ</b>	Bősze Péter dr.	2
<b>EGY ÚJ FOLYÓIRAT MARGÓJÁRA</b>	Berbik István dr., Borsos Antal dr., de Châtel Rudolf dr., Doszpod József dr., Eckhardt Sándor dr., Egyed Jenő dr., Frenkl Róbert dr., Gardó Sándor dr., Gáti István dr., Gógl Árpád dr., Kovács László dr., Lampé László dr., László János dr., Marton István dr., Papp Zoltán dr., Pálfalvi László dr., Szabó István dr., Ungár László dr., Vizi E. Szilveszter dr.	3
<b>EREDETI KÖZLEMÉNYEK</b>	Invazív méhnyakrákok előfordulása, kezelése és gyógyulási eredmények változása 1952-1991 között a Pécsi Női Klinikán Krommer Károly dr., Szabó István dr. (Keller Gábor professzor emlékére írt tanulmány)	13
	A limfödéma vizsgálatának lehetőségei és egy mikronizált flavonoid frakció (Detralex) hatásának meghatározása limfoscintigráfia segítségével a felső végtagi limfödéma kezelésében Pecking AP, M.D. Rampert P., M.D.	21
<b>ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK</b>	Treatment of early stage breast cancer Chris Theodossiou, M.D., Paul Schwarzenberger, M.D., David V. Schapira, M.B.Ch.B.	25
	Combined operative and radiotherapeutic treatment (CORT) Michael Höckel, M.D.	33
	Immunomorphologic aspects in endometrial cancer Gerald Gitsch, M.D.	39
<b>BÖNGÉSZÉS A MÚLTBAN</b>	Annual report on the result of treatment in gynaecological cancer Folke Pettersson, M.D.	45
	A Wertheim műtét 100 éves története Pálfalvi László dr., Ungár László dr.	50
<b>HOGY CSINÁLOM?</b>	Kiterjesztett méheltávolítás Bősze Péter dr.	57
<b>HATÁRTERÜLETI VIZEKEN</b>	A hólyag-hüvely sipoly és kezelése Rusznikó Barnabás dr.	70
<b>TÉTELEK</b>	A magnézium anyagcsere nőgyógyászati onkológiai vonatkozásai Bősze Péter dr.	77
<b>TÁRSASÁGI HÍREK</b>		79

**A Magyar  
Nőgyógyász  
Onkológusok  
Társaságának  
vezetősége**

**ÖRÖKÖS TISZTELETBELI ELNÖK**

Prof. Dr. Gáti István

**ELNÖK**

Prof. Dr. Bősze Péter

**TITKÁR**

Prof. Dr. Gardó Sándor

**TAGOK**

Dr. Berbik István,  
Prof. Dr. Bodó Miklós,  
Prof. Dr. Doszpod József,  
Prof. Dr. Eckhardt Sándor,  
Dr. Hernádi Zoltán,  
Dr. Karácsony István,  
Prof. Dr. Kovács László,  
Prof. Dr. Krommer Károly,  
Dr. Papp Zoltán,  
Dr. Ungár László



A logót Mátyássy László tervezte. Egy nyolcszögből (octogon) és egy mandula alakú részből az ún. mandorla-ból áll. Az octogon, vagyis a nyolcas szám az átváltozást (megjülést, újra születést), a mandorla pedig a szeméremtestet jelöli. A logo a női nemi szervek átváltozásának (pl. ismeretlen kimenetelű rákos megbetegedés) jelképe.

The embleme, designed by László Mátyássy, symbolizes a transition related to the female genital system, such as gynecologic cancer of unknown outcome. It is composed of an octogon and a mandorla. Octogon means eight which is the number of transition (renewal, rebirth), the mandorla is an almond-shape aureole representing the vulva.

# NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

## Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja  
*Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists*

**ALAPÍTÓ ÉS FŐSZERKESZTŐ**

*Founding Editor and Editor-in-Chief*

Prof. Dr. Bősze Péter

**TISZTELETBELI FŐSZERKESZTŐ**

*Honorary Editor-in-Chief*

Prof. Dr. Gáti István

**SZERKESZTŐBIZOTTSÁG**

*Editorial Board*

Dr. Artner Attila, Dr. Berbik István,  
Prof. Dr. Bodó Miklós, Dr. Bosi Máté,  
Prof. Dr. Doszpod József, Prof.  
Dr. Eckhardt Sándor, Prof. Dr. Gardó Sándor,  
Dr. Hernádi Zoltán, Dr. Karácsony István,  
Prof. Dr. Kovács László, Dr. Krommer Károly,  
Dr. Krivácsi Gábor, Prof. Dr. László János,  
Prof. Dr. Papp Zoltán, Dr. Paulin Ferenc,  
Dr. Pálfalvi László, Dr. Ungár László,  
Dr. Vass János

A Nőgyógyászati Onkológia (ISSN 1219-9079) 4 havonta jelenik meg 1400 példányban. Kiadó: Primed-X Kft. Cím: 1301 Budapest, Pf. 46. Tel/fax: (36 1) 275-2172. Szedés, tördelés, nyomdai kivitelezés: PRO-PLUS Szolgáltató Kft., Budapest.

**Előfizetés.** Előfizetési díj egy évre egyéneknek 1000 Ft + 12% ÁFA, közületeknek 3000 Ft + 12% ÁFA. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága a tagsági díj befizetése esetén a lapot tagjainak térítésmentesen megküldi.

**Hírdetés.** Tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz.

**Szerzői jog és másolás.** Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.



# NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists

Editor-in-Chief: Péter Bősze M.D.

## CONTENTS

<b>PREFACE</b>	<i>Péter Bősze M.D.</i>	2
<b>THOUGHTS ON A NEW MEDICAL JOURNAL</b>	<i>István Berbik M.D., Antal Borsos M.D., Rudolf de Châtel M.D., József Doszpod M.D., Sándor Eckhardt M.D., Jenő Egyed M.D., Róbert Frenkl M.D., Sándor Gardó M.D., István Gáti M.D., Árpád Gógl M.D., László Kovács M.D., László Lampé M.D., János László M.D., István Marton M.D., Zoltán Papp M.D., László Pálfalvi M.D., István Szabó M.D., László Ungár M.D., E. Szilveszter Vizi M.D.,</i>	3
<b>ORIGINAL ARTICLES</b>	<b>Incidence and treatment of cervical cancer in the Department of Gynecology, Pécs Medical University during 1952-1991</b> <i>Károly Krommer M.D. István Szabó M.D. (A study prepared in memory of Professor Gábor Keller)</i>	13
	<b>Current evaluation of lymphoedema and assessment by lymphoscintigraphy of the effect of a micronized flavonoid fraction (Daflon 500 mg) in the treatment of upper limb lymphoedema</b> <i>Pecking AP, M.D. Rampert P., M.D.</i>	21
<b>REVIEW ARTICLES</b>	<b>Treatment of early stage breast cancer</b> <i>Chris Theodossiou, M.D., Paul Schwarzenberger, M.D., David V. Schapira, M.B.Ch.B.</i>	25
	<b>Combined operative and radiotherapeutic treatment (CORT)</b> <i>Michael Höckel, M.D.</i>	33
	<b>Immunomorphologic aspects in endometrial cancer</b> <i>Gerald Gitsch, M.D.</i>	39
<b>MEDICAL HISTORY</b>	<b>Annual report on the result of treatment in gynaecological cancer</b> <i>Folke Pettersson, M.D.</i>	45
	<b>The 100 year story of the Wertheim operation</b> <i>László Pálfalvi M.D., László Ungár M.D.</i>	50
<b>HOW I DO IT?</b>	<b>Radical hysterectomy</b> <i>Péter Bősze M.D.</i>	57
<b>RELEVANCE TO OTHER SPECIALITY</b>	<b>Treatment of vesico-vaginal fistulae</b> <i>Barnabás Ruszinkó M.D.</i>	70
<b>THESES</b>	<b>Disturbances in magnesium metabolism in gynecologic oncology</b> <i>Péter Bősze M.D.</i>	77
<b>REPORTS</b>		79

# Bevezető



A „Nőgyógyászati Onkológia” a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja. A tudományos folyóirat megfogalmazott céljait, lét-terét minden számban a hátsó borító belső oldalán ismertetjük. Ezek ismertetése felesleges lenne, ezért kérem az olvasót, nézze el, hogy a bevezetőben csak a lap megszületésével és előzetes fogadásával kapcsolatban felmerült gondolatokat, érzelmeket említem.

Minden születés egy olyan esemény, amely elindít valakit vagy valamit egy ismeretlen úton. Hogy az út hova vezet, meddig tart, milyen vége lesz, azt nem tudjuk. A születést általában ünnepnek fogjuk fel, néha azonban szükségességét megkérdőjelezzük. Azt sem tudjuk, hogy a kezdetet, a születést honnan számoljuk. Emberi korunkat sem ítéljük meg egységesen; legtöbbször a megszületésünktől, mások a fogamzás pillanatától vagy (?) számolják. A tárgyak születése az a pillanat, amikor a tárgy megformáltan megjelenik előttünk, a dolog kezdete azonban sokkal régebbre nyúlik vissza. Ilyen a világrendünk, és ez alól nem kivétel ez a lap sem. A kezdete évekkel korábbra tevődik. Most pedig jól vagy rosszul, de megformáltan kezünkben tartjuk. Születését ünnepnek érzem, másokban azonban kétely merül fel, hogy „kis” országunkban, rangos orvosi folyóiratok mellett valóban van-e szükség rá. Önképzőkör jellege lesz-e, „csak magunknak írunk”, vagy szavunk messze jut és kiköt a betegágyánál. Hogy alakul? Merre megy? Meddig tart? Mi lesz a vége? Megannyi kérdőjel. Túllép-e a magyar átkon, és képes lesz-e összefogni mindazokat, akik közvetlenül vagy közvetve ebben a szakmában dolgoznak, azon esküvel fogadott kötelesség érdekében, hogy a ránk bízott daganatos és nem daganatos betegeknek jobban segíthessünk. Le tudjuk-e vetközni emberi gyarlóságunkat: féltelmünket, megfélemlíthettségünket, ellenséges érzelmeket, rang és vélt nagyságérzésünket ennek érdekében. Kétely mindenkiben él, bennem is. Mégis azt hiszem, hogy, ha csak egyetlen beteg hasznára van ez a lap, a ráfordított idő és energia nem volt hiábavaló, a ráfordított pénz nem volt kidobott. Együtt dolgozva, mindenkit, beteget és segítőt bevonva, rajtunk múlik, hogy ez az „újszülött” mivé válik. A mi együtt munkálkodásunk dönti majd el, hogy a „Nőgyógyászati Onkológia” megszületése ünnep vagy kérdőjel.

A margóra írt megjegyzések elvárásokat tükröznek: szervezést (a méhnyakrák szűrés felelőse, végrehajtója, összefogása, a nőgyógyász helye), szakma szervezést (nőgyógyászati onkológiai szakvizsga, nőgyógyász

onkológus munkaköre, tömegkommunikáció), képzést (elsősorban továbbképzést, későbbiekben fokozatos beépülést az egyetemi képzésbe), *teremtsem fórumot* a hazai eredmények közkinccsá tételére, rangos külföldi munkák, adatok ismertetésére, a tapasztalatok átadására, a kezelési, ellátási elvek egyeztetésére, a szélsőségek megszüntetésére, együtt dolgozásra, javaslatokra, vitaindításra, *társasági hírek közlése és összefoglaló informálás*, mert a fejlődéssel már nem nagyon lehet lépést tartani. Legyen az *interdisciplináris és nemzetközi együttműködés fóruma; böngészést a múltban és utat a jövőbe* (a daganat biológia és genetika a jövő meghatározója, az emlő megbetegedések ellátásának bevonása a nőgyógyász hatáskörébe, a hormonok és a daganatok kapcsolatának részletesebb, gyakorlati jelentőségű tárgyalása, a hormonpótló kezelés és a rosszindulatú daganatok kapcsolata), *segítse elő, hogy a speciális ismeretek megtermékenyítőleg hassanak az „anya” szakmára*, a szülészet-nőgyógyászatra; *magas nívót*, (rangos szerzők és elfogulatlan lektorok összehangolt munkája, nemzetközi mérce), *igényes külsőt*; és így tovább.

Igen, ezek mind a megfogalmazott és megfogalmazatlan célok közé tartoznak. Nem kis feladat, és csak bizakodhatunk abban, hogy az „újszülött” eleget tesz a hozzá fűzött reményeknek, megfelel az elvárásoknak és megtalálja a helyét szakmánkban, hazánkban és a világban. Az újszülött egyelőre csak az első lépéseit teszi, még fel kell nőnie, és fellette bábáskodni kell. Ez a mi feladatunk.

Ez a lap nem születhetett volna meg, ha a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága nem hívja életre, és nem érezte volna úgy, hogy szükség van rá. Tetemes teher és nem mérhető megismeretlenség a Társaság bizalmát bírva ellátni azt a feladatot, amelyben egy gondolatban megfogant lap formát ölt. Félve és fejet hajtva köszönöm a bizalmat. Nem tudom, hogy a megformált lap tetszést vált-e ki. Azt azonban tudom, hogy mindent megtettem ennek érdekében.

Egy tudományos folyóirat mindig sokak munkája, széles értelmezésben ebben az egészségügy, a szakma, a betegek és nem betegek, mindenki benne van. Köszönet, tehát mindenkinek megillet. Külön köszönetemet fejezem ki azoknak, akik megjegyzéseikkel, köszöntőikkel, dolgozataikkal és segítségükkel aktív részesei a lap megteremtésének. Köszönettel tartozom Prof. Dr. Gáti István és Prof. Dr. Eckhardt Sándor akadémikus uraknak, akiknek a segítsége nélkül a szakma nem jutott volna idáig. Köszönetemet fejezem ki közvetlen munkatársaimnak, fiaimnak és mindenkinek előtt feleségemnek, akinek segítsége és buzdítása nélkül nehéz lett volna célt érni. Végül, de nem utolsó sorban köszönettel tartozom Szabó Éva grafikus művésznőnek és Kiss Jánosnak, a ProPlus Kiadói kft. igazgatójának, amiért „baráti” munkatársak voltak.

Bősze Péter

# Egy új folyóirat margójára

## Dr. Berbik István

osztályvezető főorvos, megyei szakfelügyelő,  
minisztériumi főtanácsos, Komárom-Esztergom  
megyei Önkormányzat Vaszary Kalos Kórháza,  
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Az új folyóirat margójára a reprodukció egészség megőrzésének ginekológiai feladataival kapcsolatos gondolatokat jegyzem fel, kiemelten a szekunder prevenciót jelentő citológiai tömegszűrés problémáit.



Szeretném, ha a lap meghatározná és tudatosítaná azt, hogy mit jelent a női nemiszervi rák tömegszűrése, hazánkban ki a felelős szervező, végrehajtó, adminisztrátor? Hol van a nőgyógyász helye a szekunder prevencióban?

Orülhettünk 1994-95 fordulóján, hogy 20 millió forint értékben az ország legtöbb nőgyógyászati intézménye korszerű onkocitológiai kenetvevő eszközökkel lett ellátva. Orülhettünk annak is, hogy egyre több modern citológiai laboratórium szerveződik. De az új eszközök és laboratóriumok véleményem szerint a rákszűrés hatékonyságát a jelenlegi szervezeti szinten csupán annyival fokozzák, amennyivel a leletek megbízhatósága nő. Ez pedig számszerűen kevés új esetet jelent. A cervix rák tömegszűrésének hatékonyságát csakis globálisan lehet fokozni: a jó minőségű kenet, a korszerű értékelés akkor redukálja szignifikánsan a morbiditást és a mortalitást, ha a veszélyeztetett populáció optimális gyakorisággal meg is jelenne a szűrésen, megszűnének a régi – új társadalmi és földrajzi fehér foltok.

Banalnak tűnhet, de mégis ki kell jelenteni újra és újra, hogy a citológiai tömegszűrés ott és akkor oldható meg, ahol hüvelyi feltárással a portio uteri látóterébe hozható, és a szem ellenőrzése mellett a portio felszínéről és a cervikális csatorna kezdeti részéről, ideálisan a laphám és a hengerhám átmeneti zónájáról, fixálást követően további feldolgozásra és korszerű metodikával értékelésre – egyetlen mikroszkópos tárgylemezre – sejtűs kenet vehető.

Hazánkban ezek a helyek ma: onkológiai gondozók, nőgyógyászati járóbetegrendelések, nőgyógyászati osztályok ambulanciái, egy-egy citodiagnosztikai magánvállalkozás, illetve ad hoc szervezett szűrőkampányok, kiszállások során felállított ideiglenes szűrőhelyek vagy szűrőbusz. Nem jelentéktelen a nőgyógyászati magánrendelőkben vett kenetek száma sem. A háziorvosok túlnyomó többsége nem rendelkezik képzettséggel

ilyen feladatra, a védőnőknek erre nincs jogosítványa. A nőgyógyászati rendelőkben végzett citológiai kenetvétel a szakma szabályai szerint a nőgyógyászati szakorvosi vizsgálat része. Vagyis nőgyógyászati rákszűrést hazánkban nőgyógyász szakorvosok végeznek. Ez azt jelenti, hogy szekunder prevenció, mint a veszélyeztetett populáció jelentős többségére kiterjedő valódi, szervezett, optimális gyakorisággal végzett tömegszűrés nem létezik és nem is létezzet nálunk, csupán onkológiai szűrés igényével végzett nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatok halmaza.

Az utóbbi hónapokban az is sajnálatos tényé vált, hogy az integrált intézményről levált önálló járóbetegrendelések jelentős része az alulfinanszírozottság miatt még az esetek számának növelésével sem képes magát fenntartani. A fekvőbeteg intézmények is hiába tudnák teljesítményüket növelni, új esetek HBC-s szerinti elszámolásával, az alapellátás nem érdekelt a populáció mozgósításában. Az egynapos vagy nappali sebészeti eljárások bevezetésére a finanszírozási rendszer miatt egyetlen intézmény sem érdekelt.

Ismerjük, hogy a nőgyógyászati szakrendelésre több-kevesebb rendszerességgel szinte ugyanaz a néhány száz ezer nő jár, számuk a panaszk miatt vizsgálatra kerülökkel, valamint az alkalmi, kistéleplési önkormányzat vagy nagyobb munkaadó cég által szervezett kampányszűrésen résztvevőkkel egészül ki. Évente egymillió alatti a nőgyógyászati onkocitológiai kenetek száma, beleértve a kontrollokat is.

Pedig az ötmillióból mintegy hárommillió a cervix carcinoma szempontjából veszélyeztetett korban lévő 25-65 év közötti magyar állampolgár. A veszélyeztetett korcsoport meghatározását, a szűrés frekvenciáját, a szűrést végzőket illetően vita van, de modellként a WHO ajánlása adaptálható. Eszerint közepes anyagi lehetőségekkel rendelkező országban optimális a 35-60 év közötti női populáció 3 évenkénti onkocitológiai tömegszűrése. Ha ennek a populációnak 80 %-a megszűrhető, látványosan csökkenthető lenne az invazív cervix rákos esetek száma. A leggazdagabb országokra vonatkozik az ideális modell, akik áldozhatnak arra, hogy a 25-65 éves női populáció két évenkénti szűrése történjék meg. A WHO (és a Világbank) azt ajánlja, hogy az onkocitológiai tömegszűrést a háziorvosok és betanított paramedikális személyek bevonásával szervezzék meg.

Hazánkban ahhoz, hogy a veszélyeztetett populáció elérhető legyen, és a cervix rák eliminálási stratégia hatékony legyen, minimum három éves programot kellene kiemelni finanszírozni és elsősorban az alapellátást végző egészségügyi személyzetet érdekeltté

tenni. Évente egymillió új páciens szűrését kellene megszervezni. Így három év elteltével a veszélyeztetett női populáció elméletileg túlesne a szűrésen.

A kampány nem valósítható meg a Népjóléti Minisztérium, az ÁNTSZ, az Országos Egészséggépzőintézet, és a szakmai vezető testületek közös akaratával, amely alapvető feltétele a parlament, a költségvetést készítővel történő hatékony lobbizásnak. Kívánom ennek az új lapnak, hogy nívós publikációkkal municiót szolgáltasson az egészségpolitika döntéshozóinak, asszonyaink, lányaink, daganatmentes reprodukció egészségének megőrzéséhez.

## Prof. Dr. Borsos Antal

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója

Különleges érzés és megtisztelő lehetőség egy most induló teljesen új folyóirat első számában leírni a folyóirattal kapcsolatos gondolataimat. Vitathatatlan, hogy az on-



kológia rendkívüli módon fejlődőben lévő, fontos és nagyon jelentős terület. Sajnálatos is, hogy ez így van, hiszen pl. a nőgyógyászati onkológiai betegek néha nagyon elhanya-

golt stádiumban kerülnek felfedezésre. Kezelésük nem mindig sikeres, és minden egyes onkológiai beteg elvesztése komoly lelki terhet jelent a kezelőorvosnak is. Ugyanakkor nagyon jó látni azt a tendenciát, hogy a kezelési lehetőségeink egyre jobbabbak, a műtéti technika napjainkban is fejlődik. A kombinációs kezelések, a korszerű sugárterápia, a citosztatikus kezeléseknek az egyre nagyobb választéka lehetővé teszi azt, hogy mind több és több beteget meggyógyítsunk. Az is nyilvánvaló, hogy a daganatok korai felismerése a kezelésnek a lehetőségét milyen rendkívüli mértékben javítja. Legjobb példa erre a nőgyógyászati daganatok közül a cervix carcinoma, hiszen felfedezhetünk rákmegelőző állapotokat és felfedezhetünk egészen korai, kezdeti metasztázist még egyáltalán nem adó állapotokat, amikor is teljes biztonsággal tudjuk a kezelést elvégezni.

Különleges területe a nőgyógyászati daganatoknak a fiatalokban előforduló tumorok csoportja, nevezetesen a gyermekkori nőgyógyászati praxisban előforduló daganatoké. Ezeknek eltér a természete a felnőttektől, néha a szövettani típusa is. Más a viselkedése, a terápiás lehetősége, a lefolyása is. Ez egy

olyan speciális terület, ahol legnagyobb gyakorissággal gyermeknőgyógyászattal foglalkozók találkoznak a tumoros betegekkel. A technika fejlődésével, az ultrahang módszerek egyre elterjedtebb használatával, egyre jobb műszerek alkalmazásával ma már ott tartunk, hogy az intrauterin magzatnál is képesek vagyunk benignus és malignus tumorokat felfedezni, és bizony ennek a terápiás dilemmájával is szembetalálkozunk. Hasonlóan nehéz kérdés és döntés előtt állunk, ha a terhes anyának van malignus tumora. Én magam 29 éves szülészeti-nőgyógyászati múlttal rendelkezem, ha nem is elsősorban a nőgyógyászati onkológiára specializáltam magam, de természetesen óhatatlanul és igen kiterjedten foglalkozom mindezekkel a kérdésekkel, így a gyermekkori nőgyógyászati tumorok felismerésében és terápiájában nagyobb elmélyültséggel rendelkezem, mint az átlag hazai nőgyógyász. Biztos vagyok abban, hogy egy most induló folyóirat összegezni fogja mindazokat a tapasztalatokat, ismereteket, sikeres kezelési eredményeket, amelyek Magyarországon összegződtek, hiszen nagyon jó szakembereink vannak. Ezek átadása, közkinccsé tétele a magyar szülészeti-nőgyógyászat ügyét, nevezetesen a nőgyógyászati onkológia, onkoterápia ügyét messzeemenően előrevizslik és a betegek gyógyulását és érdekeit segítik.

Ugyanakkor lehetővé teszik azt is, hogy befolyásoljuk egymást, hassunk egymásra, egyeztessük a terápiáról alkotott elképzeléseinket és a legkorszerűbb, legeredményesebb jó gyógyulási eredménnyel szolgáló kivizsgálási és terápiás eljárásokat alkalmazzuk. Egy új folyóirat indítása mindig ünnepi esemény. Biztos vagyok abban, hogy nem volt egyszerű dolog, nagy energia kellett az indításhoz, de ugyanilyen nagy energiát igényel a folyóirat folyamatos életben tartása. Itt nemcsak a jelenlegi nehéz gazdasági körülményekre, hanem a szakmai színvonalnak a folyamatos őrzésére és emelésére is gondolok.

A folyóirat szerkesztőbizottságának a legjobbakat kívánom. Kívánom azt, hogy a folyóiratuk sikeres legyen és a nőgyógyászati onkológia további fejlődését szolgálja.

#### Prof. Dr. de Châtel Rudolf

*Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Általános Orvosi Kar, dékán*

Egy új orvosi folyóirat megjelenése mindig nagy öröm a szakma képviselőinek, különösen, ha hiánypótló kezdeményezésről van szó. A nőgyógyászati onkológia ma már egyike azoknak a subspecialitásoknak, melyek méltán kivívták önállóságukat a szakmán belül, méltó tehát, hogy megfelelő fórumot kapjanak az ezen a területen dolgozó kollégák klinikai tapasztalataik, tudományos eredményeik ismertetésére. Nyilván a képzést-továbbképzést is szolgálni fogja ez az új kiadvány, és ez fontos feladata is kell, hogy legyen a jövőben. A szakember utánpótlás megerősítése éppen ezekben a népbetegségeket érintő subspecialitásokban tűnik

ma a legfontosabb célkitűzésnek. A graduális oktatás szintjén is fokozottan kell megjeleníteni ezt a diszciplínát, persze ehhez az alapanyag – az onkológia – oktatásának egyértelmű megerősítése szükséges.



Bősze professzor személye, nemzetközi tekintélye és elismertsége garancia arra, hogy megfelelő színvonalú közleményeket vonzon az új folyóirat. Magam részéről őszintén kívánom, hogy sikeresen töltsse be azt a feladatot, amire Bősze professzor megálmodta, megtervezte és létrehozta a Nőgyógyászati Onkológiát.

#### Prof. Dr. Doszpod József

*Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója*

Egy új szakmai folyóirat megjelenése a szakma mindenkor ünnep, a gazdagodásnak, a szellemi erőnek, az információ javulásának, a tudás továbbadásának jele és módja. Ha ehhez még hiánypótló szerep is társul a siker nem maradhat el.



Már korábban leírtam azt a véleményemet, hogy hazánkban, ahol a nőgyógyászati onkológiának ilyen nagy tradíciója van, szükséges a szakma önállósulása, szakmai képzés megszerzésének lehetősége és logikus folytatásként önálló szakmai folyóirat alapítása.

Ez a folyóirat nem konkurrens a Magyar Nőorvosok Lapjának, csupán lehetőséget ad a magyar nőorvos társadalomnak arra, hogy szélesebb palettán számoljon be tudományos eredményeiről, klinikai tapasztalatairól. Ez a folyóirat tegye lehetővé a nőgyógyászati onkológiában történő kutatások eredményeinek közlését, adjon módot továbbképző jellegű közlemények megjelenésére, fontos társasági hírek közlésére. Legalkalmasabb hely speciális nőgyógyászati témák közlésére, vitaindításra, javaslatételre. A lap mozgítsa elő a magyar nőgyógyász-társadalom szemléletében uralkodó szélsőségek megszüntetését, segítse egységes szemlélet kialakítását.

Nagy előnyére szolgálna a lapnak, ha nívós közlemények jelennének meg benne, és lehetőség nyílna azok külföldi elfogadtatására. Fontosnak tartom az ízléses külsőt és a nívós belsőt.

A szerkesztőbizottságnak jó munkát, a lapnak hosszú életet és sok sikert kívánok.

#### Prof. Dr. Eckhardt Sándor

*akadémikus, Országos Onkológiai Intézet*

Napjainkban az orvostudományok szakosodásának vagyunk tanúi. Az ismeretek skálája egyre szélesedik, a fejlődés üteme mindinkább gyorsul. A lépéstartás az adott szakma-



ban napról-napra nehezebbé válik, és az orvosi informatika segítségével is legfeljebb általános áttekintésre van lehetőség. Ugyanakkor továbbra is fennáll az az igény, hogy a részleteket és a

kutatás egyes eredményeit megismerjük. Ez teszi szükségessé olyan szaklapok indítását és folyamatos szerkesztését, mely fórumot biztosít ezek közlésére.

Ez a „Nőgyógyászati Onkológia” szándéka is. A nőgyógyászati onkológia a nőgyógyászat és a klinikai onkológia sajátos keveréke. Mindkét tudományterület szerves része, de ugyanakkor önálló szakterület is, mely szerencsésen ötvözi e két szakma onkológiai vonatát. Hazánkban eddig ilyen tudományos folyóirat nem létezett, bár maga a magyar nőgyógyászati onkológia – mint egyesület – már öt évnél régebben megszületett. E szakma művelői európai szinten előzetesen már jelentős sikereket könyvelhettek el. Budapesten nagy sikerrel rendezték meg az egyik nemzetközi nőgyógyászati onkológiai kongresszust, a European School of Oncology (ESO) pedig minden évben itt tartja nőgyógyászati onkológiai tanfolyamát. A kitűnő külföldi előadók kutatási és terápiás beszámolóit rangos könyvek formájában jelentek meg, és a rendezvényeken a hazai szakemberek is kiváló tanulmányokkal szerepeltek. A nőgyógyászati onkológia tudományos ülései szintén megmutatták, hogy Magyarországon sokan vannak, akik e tudományágban sikeresen tevékenykednek.

E szakemberek részére indul meg ez a folyóirat. De nemcsak a közlemények számára biztosít helyet, hanem valamennyiünknek egyúttal korszerű szemléletet kölcsönöz. Erre az „interdiszciplináris” szemléletre napjainkban a rákgyógyításban égető szükség van. Csak így remélhető, hogy a jövőben haladást érünk el.

#### Prof. Dr. Egyed Jenő

*Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet igazgatója*

A változó világban az orvostudományra is jellemző a változás-fejlődés, mely mind tartalmában, mind céljaiban és eszköztárában nyomomonkövethető. Új diszciplínák, specialitások, valamint interdiszciplináris együttműködések alakulnak ki a legfőbb cél, az adott szakma mind magasabb szintű művelése érdekében.

A Nőgyógyászati Onkológia megjelenése harmonikusan illeszthető a fenti történetekbe. Annak elfogadásával, hogy lényegében minden nőgyógyászati vizsgálatnak



együttal ráksűrési vizsgálatnak is kell lennie (tehát az onkológia ebből a szempontból az alapszakma elválaszthatatlan része), ma már mindenki előtt nyilvánvaló, hogy helyes volt a specializálódási törekvések korábbi elindítása. A figyelem felélnkülése, központok kialakulása, új módszerek és területek (pl. az emlősebészet) megerősödése, a nemzetközi kapcsolatrendszer látványos aktivitása, szemináriumok, célzott továbbképzések szervezése voltak az eddigi lépések, melyek után szinte már törvényszerű az önálló folyóirat megjelenése is.

Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet feladatkörébe tartozik minden olyan jelenség értékelése, mely befolyással van vagy lehet a szakma tevékenységére, színvonalára és teljesítményére. Ebből következően az OSZNI örömmel fogadja a Nőgyógyászati Onkológia megjelenését. Az ugyanis nyilvánvaló, hogy a lap csakis hasznos lehet mind a köré szerveződő műhelyek, mind az érdeklődő közvélemény számára. Várhatóan olyan fórum jön létre, mely alkalmat és keretet adhat a szakterületet érintő viták, álláspontok és ami mindezeket túl a legfontosabb, a gyógyító-megelőző tevékenységek megjelenítésére.

Társadalmi, társadalomegészségügyi, szociális és medicinális adatokból közismert, hogy nagyon aktuális, előtérben álló problémakörrel van szó. Természetes tehát, hogy valamennyien nagy várakozással tekintünk a lap megjelenése és majdani „pályafutása” elé. A Szerkesztőbizottság összetétele és a főszerkesztő személye garancia arra, hogy a Nőgyógyászati Onkológia teljesíti majd mindazokat a célkitűzéseket, melyeket felvállalt. Az induláskor az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet nevében személyesen is azt kívánom, hogy ezek a célkitűzések maradéktalanul megvalósuljanak a konkrét szakterület és a szüléset-nőgyógyászat egészét egyaránt szolgálva.

**Prof. Dr. Frenkl Róbert**  
Lege Artis Medicinae főszerkesztője

Korunk medicináját egyidejűleg jellemzi a hollisztikus gondolkodás és a specializálódás, méghozzá úgy, hogy a két megközelítés egymást is jellemzi.

Ennek nyilvánvalóak a következményei az orvosi szaksajtóban is. Természetes, hogy a folyamatban meghatározóak a személyiségek. Dr. Bősze Péter professzor a Nőgyógyászati Onkológia egyik jelentős nemzetközi szak-

tekintélye. A tudós orvos megtestesítője, aki azt is tudja, mit jelent egy ország orvostudománya és gyógyító gyakorlata számára, ha egy szakterület fórumhoz jut. A folyóirat nemcsak publikációs lehetőség egy szakma művelőinek – természetesen ez alapvető fontosságú –, hanem az önképzés, a továbbképzés eszköze és nem utolsósorban kapcsolatot a világgal.



Orvondetes és üdvözlendő, hogy a mai nehéz körülmények között, amikor a meglévő szakfolyóiratok is létükért küzdenek, meg tud indulni a Nőgyógyászati Onkológia. Túl minden egyéb említett és nem említett szemponton létjogosultságát, szükségességét fájdalmasan bizonyítja a daganatos betegségek gyakoriságának a növekedése minden korosztályban. Szakmai értékén túl jelezte a folyóirat elszántságunkat a trend megfordítása érdekében.

A Lege Artis Medicinae főszerkesztőjeként is szeretettel köszöntöm az új szaklapot.

**Prof. Dr. Gardó Sándor**

osztályvezető főorvos, Petz Aladár Megyei Kórház, Győr, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Napjainkban az orvostudomány eddig soha nem tapasztalt fejlődésének lehetünk tanúi. Az orvosi ismeretek exponenciális mértékű gyarapodása, a technikai forradalom és nem



utolsó sorban a betegek elvárásainak a növekedése, új specialitások és subspecialitások kialakulását eredményezi. Ezen tendencia alól a szüléset-nőgyógyászat sem kivétel, amelynek

az elmúlt évtizedek során ugyancsak több önálló diszciplínája jött létre. A nőgyógyászati daganatos betegek ellátása komplex feladat, és speciális ismereteket igényel. A diagnosztika és a terápiás eljárások ma már olyan szintre jutottak, hogy azok el-sajátítása meghaladja az átlag szüléset-nőgyógyász lehetőségeit. A terület specialistája a nőgyógyász onkológus, akinek a sebési készség mellett megfelelő kemoterápiás és sugárterápiás jártassággal is rendelkeznie kell. A nőgyógyászati onkológia ma már a legtöbb fejlett országban elismert önálló diszciplína.

Hazánkban mintegy két évtizeddel az Egyesült Államokat és Nyugat-Európát követően az évtized elején indult orvondetes fejlődésnek a nőgyógyászati onkológia. Az illetékes szakmai kollégiumok a nőgyógyászati onkológiát a szüléset-nőgyógyászat illetve az on-

kológia önálló szakterületének ismerték el, majd 1991. decemberében megalakult a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága, amely jelentős szerepet vállal magára a szakemberek képzésében és továbbképzésében. Újabb mérföldkő ezen az úton a Társaság lapjának, a Nőgyógyászati Onkológiának a megjelenése, amellyel jelentős lépést teszünk a szakma elismertetése és felzárkóztatása irányába. Az új folyóiratra nagy feladat vár. Hírt kell adnia az emlő- és a női nemi szervek daganatai megelőzésének és szűrésének a lehetőségeiről, a tumorbiológiai és genetikai kutatások legújabb eredményeiről, a legújabb diagnosztikai eljárásokról és műtéti lehetőségekről, valamint a sugár- és a kemoterápia fejlődéséről. Biztos vagyok benne, hogy ezzel jelentősen hozzájárul majd a lap a szakképzés és a szakképesítés megoldásához is.

Ezen gondolatok jegyében üdvözlöm az új folyóirat megjelentetését, kívánom, hogy sok-sok évfolyamot érjen meg, és szolgálja eredményesen a hazai nőgyógyászati onkológia ügyét.

**Prof. Dr. Gáti István**

akadémikus

a „Nőgyógyászati Onkológia” tiszteletbeli főszerkesztője

A női nemiszervek daganatos megbetegedéseinek komplex kezelése és a radikális sebészeti beavatkozások elterjedése szükségessé tette, hogy a nőgyógyászati onkológiával



foglalkozó orvosok, a szülészeti és nőgyógyászati képzésen túlmenően speciális képzésben részesüljenek. Így jött létre a nőgyógyászati onkológia, mint a szüléset-nőgyógyászat önálló diszciplínája. Ezt az új szakmát először az Egyesült Államokban fogadták el hivatalosan a hatvanas években, amit Európa hozzávetőlegesen egy évtizeddel később követett.

A legtöbb országban, sőt az European Board of Obstetrics and Gynecology megfogalmazásában európai szinten is meghatározták a nőgyógyászati onkológia szakvizsga feltételrendszerét. Egységes az álláspont abban, hogy a nőgyógyászati onkológiai szakképesítés a szüléset-nőgyógyászat szakvizsgára épített képzésen alapszik.

Hazánkban a nőgyógyászati onkológiának, mint a szüléset-nőgyógyászat önálló diszciplínájának szükségessége hivatalos fórumon először csak 1990-ben került megtárgyalásra Prof. Dr. Bősze Péter, az Országos Onkológiai Intézet osztályvezető főorvosának előterjesztése alapján. Az előterjesztést a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium tárgyalta, és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézetel együtt önálló diszciplínának fogadta el. Ez a tény lényegében lehetővé teszi, hogy hazánk ezen a területen is felzárkózzon

a világ haladó országaihoz, és bekapcsolódhasson az európai, amerikai és más nőgyógyászati onkológiai társaságok működésébe és egyben

– lehetőséget teremt a nőgyógyászati onkológia alap- és továbbképző szintű oktatására;

– megteremti a nőgyógyászati-onkológia szakvizsga feltételeit,

– jogalapot adott a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának megalapítására,

– körvonalazza a nőgyógyászati-onkológiai munkakört és alapot teremt a nőgyógyászati onkológiai osztályok vagy osztályrészelek felállítására. Megjegyezni kívánom, hogy mindezek révén jelentősen elősegíti a szülészet-nőgyógyászatnak, mint „nagy” szakmának a korszerűsítését.

1991. december 20-án Prof. Dr. Bősze Péter kezdeményezésére a Szülészeti-Nőgyógyászati Szakmai Kollégium támogatásával megalakult a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága.

A határozatot követően sokan jelezték, hogy nőgyógyászati onkológiából szakvizsgázn szeretnének. Ennek alapján a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium a nőgyógyászati onkológiai szakvizsga kérdését újra tárgyalta és annak szükségességét hangoztatta. A Kollégium javaslata alapján az Országos Szakvizsga Bizottság is a nőgyógyászati onkológiai szakképesítés mellett foglalt állást, és kérte a népjóléti ministertől ezen szakvizsga engedélyezését. A nőgyógyászati onkológiai szakképesítést azonban a népjóléti miniszter még nem engedélyezte „a szakma túlzott elaprózódásának elkerülése érdekében.”

Az említett lépések megtétele után hazánkban a nőgyógyászati-onkológia jelentősen fejlődött. Létezése nemcsak hivatalosan, de az orvostársadalomban és a köztudatban is kezd elterjedni. Sokakkal egyetértésben én is úgy vélem, hogy a nőgyógyászati onkológiai szakképesítés bevezetése a közeljövőben feltétlenül szükséges, mert csak így felelhetünk meg a kor követelményeinek és az európai standardoknak.

#### Dr. Gógl Árpád

a Magyar Orvosi Kamara elnöke

Kritikus helyzetbe jutott egészségügyünkben a MOK számára kitüntetetten fontos az onkológia területe és nem kizárólag a tragikus népegészségügyi mutatók miatt. Nem véletlen, hogy a háziorvosi hatásköri lista összeállításakor külön figyelmet fordítottunk az alapellátás daganatos betegekkel kapcsolatos teendőinek szabatos megfogalmazására.

A betegeknek talán az egyik legtöbb szenvedést okozó, ma még sok vonatkozásában titokzatos betegség gyógyítása, ellenszereinek



kutatása, kórokainak kiderítése a lakosság talán leginkább foglalkoztató egészséggel összefüggő kérdés. Az elégtelen prevenció, a gyakran megalapozatlan várakozások kereszt-tüzében, többnyire a beteg közeli halálának tudatában ténykednek e diszciplína orvosai, kutatói, miközben nap, mint nap szembe kell nézzenek hivatásuknak legkényesebb etikai kihívásaival. Ki más, mint az onkológust érintenék leginkább az orvoslást napjainkban érő, emberséget, bölcsességet és hivatástudatot próbára tevő olyan kérdések, mint a gazdasági szűkösség gyógyító munkát korlátozó hatása, a fájdalomcsillapítás lehetőségének korlátozottsága, a beteg felvilágosításának kötelezettsége, az emberhez méltó halálhoz való jog, az eutanázia kérdésköre.

Nehezítik dolgukat a természetgyógyászat vagy az alternatív gyógyászat, nem ritkán a sarlatánok vádjai, szaporodó számú csodaszerei, amelyek bizalmatlanságot keltenek a mai orvosi ellátás iránt, ugyanakkor teljesen indokolatlan reményeket keltenek a ma még gyógyíthatatlan betegségekben szenvedőkben. Természetesen mi is szorgalmazzuk a tudományosan megalapozott, korszerű alternatív gyógyászattal való együttműködést.

Remélem az onkológus szakma új orgánuma a daganatos betegségek megelőzésének, diagnosztikájának, terápiájának legkorszerűbb módszereinek, hazai és nemzetközi eredményeinek bemutatásán túl ezeknek a kérdéseknek is teret szentel majd.

A szerkesztőknek sok sikert, a lap olvasóinak nívós folyóiratot kívánok.

#### Prof. Dr. Kovács László

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója

Mindig öröm egy új orvosi folyóirat születését köszönteni, hiszen általa az ismeretek áramlásának új csatornája nyílik meg. Különösen fontosnak tartom ezt a Nőgyógyászati Onkológia esetében, mellyel nemcsak a Magyar Nőgyógyász



Onkológusok Társasága jutott önálló hivatalos laphoz, hanem a nőgyógyászati onkológia, a szülészet-nőgyógyászat elismert, de az alapszakmába integrált subdiszciplínája is tudományos, oktatási és továbbképzési fórumhoz. A lap várhatóan jól beilleszkedik az e témával eddig is foglalkozó magyar szaklapok, a Magyar Nőorvosok Lapja és a Magyar Onkológia mellé, és azok kiegészítőjeként és nem konkurrensként fogja a nőgyógyász és onkológus szakma érdekeit szolgálni.

A nőgyógyászati onkológia, mint subspecialitás, az alapszakmával, a szülészet-nőgyógyászattal számos szempontból szorosan összefügg, és a nőgyógyászat alapos ismerete nélkül nem is művelhető.

Jól példázzák ezt a gestatio eredetű trophoblast tumorok, melyek felismerése, gyógyszeres és műtéti kezelése tipikusan nőgyógyászati onkológiai feladat.

Igen szoros a kapcsolat a nőgyógyászati endokrinológia és onkológia között is. A nőgyógyászati hormontherápia, illetve az ide sorolható hormonális fogamzásgátlás szerepet játszik egyes rosszindulatú daganatok, mint a petefészek és az endometrium rák megelőzésében. Más hormontherápiás módszereink pedig, mint a postmenopausában a hormonpótló kezelés, különös onkológiai éberséget igényelnek az emlő és az endometrium rosszindulatú betegségeinek elkerülésére.

A szűkebb értelemben vett onkológiai kezelési módszerek hasznos kiegészítői főképpen emlő és méhtrák esetén a nőgyógyászati hormontherápia fegyvertárából az anti-ösztrogének és a gesztogének. Szakszerű alkalmazásukhoz a nőgyógyászati laboratóriumi módszerek közül a szexualsteroid receptorok meghatározása nélkülözhetetlen.

Az újabb módszerek közül megemlítendő a progeszteron antagonisták szerepe a sárgatesthormon dependens meningeomák gyógyításában, de egyes vizsgálatok alapján várható hasznosításuk az emlődaganatok kezelésében is.

A gonadotropin releasing hormon analógok a nőgyógyászatban az ösztrogénfüggő rossz- és jóindulatú daganatok kezelésében sikerrel alkalmazhatók.

Említést érdemel az emlőbetegségek közül az emlőrák kezelése, mely a Nőgyógyász Világszövetség (FIGO) állásfoglalása szerint a nőgyógyászat keretei közé tartozik. A tradíciók alapján kialakult gyakorlat az egyes országokban eltérő, számos helyen nőgyógyászok az emlő minden betegségének orvosai, másutt, mint hazánkban is, a műtéti kezelés a sebészet körébe tartozik. Megemlítendő azonban, hogy néhány nőgyógyászati osztályon az orvosok kellő mértékű, többnyire külföldön megszerzett tapasztalata alapján, eredményesen művelik az emlő sebészi kezelését is, és reméljük ez a gyakorlat egyre terjedni fog.

A kiragadott példákkal csak azt kívántam alátámasztani, hogy feltétlenül van szakmai alapja egy nőgyógyászati onkológiai folyóirat megjelenésének. Amikor üdvözlöm az újszülöttet, egyben eredményes munkát kívánok a főszerkesztőnek és a szerkesztő bizottságnak, hogy a lapnak ne csak jelene, de sikeres jövője is legyen.

#### Prof. Dr. Lampé László

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Aligha vitatható, hogy válságban van Magyarországon a nőgyógyászati onkológia. (Valószínű, hogy ez a megállapítás az onkológia egészére, minden szakterületére érvényes.) Sohasem volt igazán magas színvonalú, sohasem volt jól szervezett, de az utóbbi években kétségtelen rosszabbodás tapasztalható. A negatív értékelés a



szervezetlenségéből, a szellemi és anyagi erők koncentrációjának hiányosságából adódik.

A nőgyógyászati onkológia fentiekben megfogalmazott elmarasztaló értékelése sok adattal és sokféle módon bizonyítható. Említsünk ezek közül kettőt.



Csökken a nőgyógyászati rákok és rákmegelőző állapotok sűrűsége. A korábban állami feladatként meghirdetett méhnyakrák (rákmegelőző állapotok) sűrűsége a feltételek redukálásával a minimumra csökkent, ugyanakkor a privát szektorban vagy az ANTSZ kereteiben még nem bontakozott ki a megelőzés ezen formája. – A sűrűsék elmaradása azért is súlyos teher, mert az elmúlt években észrevehetően javultak a méhnyakrák megelőző állapotok felismerésének módszerei (új citológiai anyagvételi eszközök, korszerűbb szemléletet tükröző nomenclatura és értékelés stb.), az anyagvétel lehetőségei (punch biopsy, elektromos hurok – kimetszés stb.), de új és hatékony eljárásokat dolgoztak ki az endometrium carcinoma (aspiratio, „endometrium-kefe” stb.) és az ovarium carcinoma szűrésére is (ultrahang vizsgálatok, endoszkópia stb.). A legújabb, korszerű módszerek alkalmazása igen sok genitális rák korai felismerését vagy rákot megelőző obligát folyamatok korai diagnosztizálását tenné lehetővé és racionális gazdasági számítások szerint nemcsak emberi életet tudna megmenteni, de a korai felismeréssel igen sok fiatal nő egészségét tudná megőrizni.

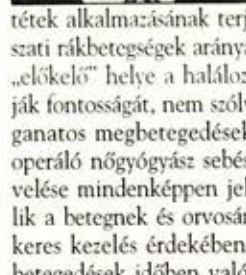
A progresszív betegellátás szervezési keretei – amelyek talán éppen az onkológiában a legfontosabbak – az utóbbi években erősen fellazultak, és sok tekintetben ötletszerűvé vált a malignus tumoros betegek kezelése. Régóta felismert szabály értelmében az onkológiai betegek kezelését olyan intézményekben kell végezni, amelyekben a diagnosztika és a terápia minden feltétele adva van. Legalább ilyen fontos követelmény, hogy a betegek koncentrációja révén kellő számú beteg gyógyításával nagy tapasztalatú munkacsoport foglalkozzon. Néhány beteg műtétével, kemoterápiájával nem lehet kellő tapasztalatot szerezni, nem lehet elfogadható eredményeket elérni. A szellemi és anyagi erők koncentrációjára és a gyógyítás kiemelkedő sikerű eredményességére számtalan példát lehet látni a hazánknál sokkal gazdagabb országokban (Svédország, Norvégia, USA stb.)

Joggal reméljük, hogy az új onkológiai folyóirat elősegíti az ismertetett – és még sok egyéb – anomália megszüntetését és a magyar nőgyógyászati onkológia kívánatos fejlődését.

#### Prof. Dr. László János

Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A nőgyógyászati onkológia, mint a nőgyógyászati megbetegedések szerves és az utóbbi időben mind jelentősebb része, egyre nagyobb tért hódít a nőgyógyászati tevékenység elméletében és gyakorlatában. Az egyre szélesebb körben alkalmazott onkológiai szűrővizsgálatok, a korszerű sugárkezelés döntő szerepe, a kiterjesztett műtétek alkalmazásának terjedése, a nőgyógyászati rákbetegségek arányának emelkedése és „előkelő” helye a halálozásban mind igazolják fontosságát, nem szólva arról, hogy a daganatos megbetegedések gyógyításában az operáló nőgyógyász sebészeti készségének növelése mindenképpen jelentős hasznára válik a betegnek és orvosának egyaránt. A sikeres kezelés érdekében a daganatos megbetegedések időben való felismerése a gyakorló nőgyógyász egyik legfontosabb feladata. Mindezek azt bizonyítják, hogy az onkológiai megbetegedéseket a nőgyógyászati betegségek csoportjának egészétől sem elválasztani, sem megbontani azt az egységes szemléletet – amely a női betegségek gyógyításában minden nőorvos gondolkodásának szerves része kell legyen – nem lehet. Ezen gondolatok jegyében kívánok sikert a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága által indított „Nőgyógyászati Onkológia” című új folyóiratnak és kívánom, hogy hasznos szerepet töltsön be a női betegségek elleni küzdelemben.



A nőgyógyászati onkológia témaköréből, illetve az ezzel kapcsolatos problémákról számos folyóirat közöl cikkeket. Tekintettel azonban arra, hogy a nőgyógyászati onkológia kérdései, lehetőségei egyre inkább egy speciális érdeklődésű és egy magasabb szakmai színvonalat igénylő olvasóréteget tételeznek fel, valójában időszerűnek tűnik a Társaság vezetőségének döntése, hogy új lapot indít.

Az onkológia egészében jelentős átalakulás zajlik. Az új sebészeti technikák (laparoscopia, laser) a mind hatékonyabb és mind kevésbé toxikus citosztatikumok megjelenése valójában több esélyt ad a betegnek a gyógyulásra, a megfelelő minőségű élet folytatásra. Ugyanakkor azonban szükséges, hogy az orvostársadalom érintett része időben jusson meghatározó információhoz.

Ha igaz az, hogy korunk legnagyobb vívmányának az információs szupersztráda kialakulása tekinthető, akkor meggyőződésem, hogy ezen a szupersztrádán egy fontos sávjára lehet a most meginduló folyóirat, mely mind a hazai, remélhetőleg mielőbb a nemzetközi onkológia aktuális információit juttatja el az olvasókhöz.

#### Prof. Dr. Papp Zoltán

Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága azért alakult öt éve, hogy összefogja a női daganatos betegségekkel foglalkozó kollégák mind népesebb táborát. Mára már kevésnek bizonyul a Társaság által szervezett tudományos ülések



száma, mind több a publikálható eredmény. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága által szerkesztett és kiadott új tudományos szakfolyóirat alkalmas

nyújt az elért eredmények közzlésére, a kutatók összehangolására és ezáltal a kezelési eredmények további javítására.

Magyarországon évente több, mint tízezer új rosszindulatú megbetegedés fordul elő a nők körében. Ezek között a leggyakoribb az emlőrák, de jelentős számban szerepelnek a kismedencei női nemi szervek rosszindulatú elváltozásai is.

Nagyon fontos, hogy a nőgyógyászati daganatos betegségek felismerésében és kezelésében szerepet játszó orvosok ismerjék a legújabb eredményeket. Fontos, hogy ne csak a külföldi, hanem a hazai eredmények, egymás munkája is nyilvánvaló legyen. A legeredményesebb munka külföldön onkológiai centrumokban történik. A hazai centrumok is elismerésre méltó teljesítményt nyújtanak, szükséges, hogy az eredményeik mindenki által frott formában is elérhető legyenek. Remélhető, hogy megismerve a centrumok

#### Prof. Dr. Marton István

osztályvezető főorvos, MÁV Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

A szülész-nőgyógyász számára – még ha onkológus is – egy új folyóirat indulása menthetetlenül a szülés asszociációját ébreszti fel. A társaság alapításának nehézségei, a folyóirat anyagi bázisának megteremtése mind megannyi párhuzam a terhesség, vajadás nehézség, gondokkal teli, de végső soron örömeiket adó eseményeire.



A folyóirat első számának megjelenése talán az újszülött felsírása lehet. Ennek a számnak a hangvétele, stílusa meghatározhatja a folyóirat sorsát. Nem kis mértékben a magyar nőgyógyász onkológusok egyetemes, összefogó munkáját, amelyből remélhetőleg betegünk jobb ellátása születik meg.

eredményeit, a kisebb, onkológiával nem foglalkozó kórházak is segítséget kapnak betegek megfelelő helyre történő irányításához. Az új tudományos lap ehhez is segítséget nyújthat.

Ugyanakkor nagyon reméljük, hogy csak lektorált, tudományos igényű közlemények látnak majd benne napvilágot. Ellenkező esetben ugyanis többet érthet a lap az ügynek, mint használhat.

Kívánom, hogy az igényes külső olyan tartalommal párosuljon, amely méltó a magyar orvostudományhoz.

#### Dr. Pálfalvi László

*főorvos, Fővárosi Szent István Kórház Nőgyógyászati Onkológiai Osztály*

Az évek óta nőgyógyászati onkológiával foglalkozók számára, az új folyóirat egyszerre jelent kihívást, elégtételt és kételyt. Kihívást, hiszen egy szűk területtel, a nőgyógyászati onkológiával foglalkozó társaság



először lép a nyilvánosság elé egy folyóirattal, mely arra hivatott, hogy a szakterületet képviselje. Elégtételt, hiszen a folyóirat megjelenése egy újabb lépés a nőgyógyászati onkológia önálló szakterületként való elismerésében. Kételyeket, hiszen eddig a Magyar Nőorvosok Lapja „onkológia” és „műtét” rovata nívós közlési fórumot jelentett a magyar nőgyógyász onkológusok számára. Ennek a maroknyi csapatnak kíván közlési teret biztosítani az új folyóirat. Ha csak maguknak közölnek, akkor a kételyek már a közeljövőben beigazolódnak. A nőgyógyászati onkológia azonban interdiszciplináris szakma. A petefészekrák műtéti kezelésével kapcsolatban a Lampé féle műtét könyv a következőt ajánlja: „Elengethetetlen fontosságú, hogy az operáló team el tudja végezni a méh radikális eltávolítását, a retroperitoneális lymphadenectomiát, az omentectomiát, szükség esetén a végbél, a sigma, a vékonybél, vagy a húgyhólyag rezekcióját”. A nőgyógyász onkológusnak a nőgyógyászatban, sebészetben, urológián kívül értenie kell a patológiához, kemoterápiához, radioterápiához is. Ha a lapot a jövőben a szülés- nőgyógyászok, sebészek, urológusok, belgyógyász-onkológusok, pathológusok, radioterapeuták is forgatni fogják, akkor a kételyek fölöslegesnek bizonyulnak majd.

#### Prof. Dr. Szabó István

*Pécsi Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója*

Talán egyik szakmának sem képezi olyan jelentős részét a daganatos betegek ellátása, mint szülészeti-nőgyógyászat keretén belül az onkológiai betegeké.

Ha meggondoljuk, hogy egyrészt az emlő betegségeinek – köztük a mammacarcinomáknak – a kezelése számos fejlett országhoz hasonlóan várhatóan hazánkban is a nőgyógyászok feladatát fogja képezni, másrészt az emlőrák a leggyakoribb az összes daganatos megbetegedés



közül, amelyet előfordulási sorrendben a 3. helyen már a méh- rákok követnek: akkor nem kell különösebben bizonygatnunk, hogy a nőgyógyászati onkológiának milyen fontos és kiemelkedő

szerpe van mind az onkológia, mint a nőgyógyászat keretén belül. Ráadásul a női nemi szervi rosszindulatú daganatok többsége jól „szűrhető” és kezelhető, adekvát terápiával nagy százalékban véglegesen meggyógyítható. A daganatbiológiai kutatások, a diagnosztikus módszerek és a különböző terápiai eljárások (kifinomult, speciális műtétek, korszerű sugárkezelés és chemoterápia) olyan szintet értek el, amelyekkel a lépéstartás, illetve az újabb és újabb módszerek alkalmazása már egyre inkább meghaladják a gynekológusok szokásos szülészeti-nőgyógyászati feladatait és lehetőségeit.

Az utóbbi 20 év során a diagnosztikus és terápiai módszerekben bekövetkezett gyors fejlődés indokoltá tette nőgyógyászati onkológiai érdeklődésű szakemberek képzését is. A betegek javát szolgálja, ha speciális felkészültségű orvosok végeznék az ellátásukat. Mindenképpen örömmel kell üdvözlőnk egy olyan új szaklap („Nőgyógyászati Onkológia”) megjelenését, amelynek nyilvánvalóan jelentős szerepe lesz a nőgyógyászati onkológia, mint önálló disciplina elfogadtatásában és művelésében.

#### Dr. Ungár László

*osztályvezető főorvos, Fővárosi Szent István Kórház Nőgyógyászati Onkológiai Osztály*

A nőgyógyászati onkológia önálló magyar folyóiratának indulása (mint feltehetően a többi szakmabeli kollégában) bennem is néhány fontos kérdést vetett fel. Lesz-e közönsége egy ilyen szűk területet érintő folyóiratnak? A nőgyógyászati onkológiával foglalkozó maroknyi magyar szakember meg tud és meg akar-e tölteni értékes mondanivalóval egy rendszeresen megjelenő folyóiratot. Helyes-e a



meglévő, igen színvonalas Magyar Nőorvosok Lapjának szerző, olvasó és szponzoráló tábort megosztani? Ha lesz fontosnak vélt mondanivalója a szülés- nőgyógyász- társadalom számára bármelyi-

künknek a női rákokkal kapcsolatban, melyik fórumot hagyjuk cserben? Ha a nálunk sokszorta nagyobb európai országokban néhány nemzetközi folyóiratot elegendőnek tartottak mindmáig és nem indítottak hasonló nemzeti folyóiratot, vajon Magyarországnak nem lenne-e helyesebb ezt a modellt követni?

A kétségek számbavételekor el kellett azonban képzelnem a kajánul mosolygó utódokat, akik a ma még meg sem született folyóirattól kapnak talán maradandó értéket ebben a kis országban. Baljóslataink elég megbízhatóak? Lehet talán dialógus egy-egy kérdésben a két folyóirat között? Hátha ez az új fórum segít majd abban, hogy a nőgyógyászatban belül egy-egy szakmai kérdés megítélése érvek és ellenérvek mérlegelésével, (az érvek hangoztatása mellett az ellenérvek meghallgatásával) folytonos megújulással tarthasson lépést a fejlődéssel.

Közelebb hozhatja az új folyóirat a nemzetközi szakmai vitákat a magyar szakmai fórumokhoz? Megnyerhet szerzőként mértékadó külföldi szakembereket?

Repülj hát, mesterségünk új zászlója! Szervezők, szerzők és olvasók pedig csaljanak mosolyt az utókor ajkára a ma kételyeivel szemben.

#### Prof. Dr. Vizi E. Szilveszter

*akadémikus, az MTA Orvosi Osztály elnöke*

A múlt évszázadot a mechanika fejlődése jellemezte, korunkat a fizikáé. Az elmúlt 50 évben az orvostudományban észlelt exponenciális fejlődés viszont előrevetíti az árnyékát, hogy a jövő évszázadot az orvosi biológia évszázadának fogják nevezni mindazzal együtt, hogy egy információs robbanásnak vagyunk szemtanúi. A modern kor, a jövő évszázad emberének megjelölése remélhetőleg már nem a homo coeca-coleus, hanem a homo informaticus lesz. Ennek a fejlődésnek a jegyében születnek újabb és újabb szakmai folyóiratok, a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának aszisztálisa mellett, a „Nőgyógyászati Onkológia”.



Alig egy évszázada még a fertőző betegségek és a gyermekhalandóság szabott mértéket egy ország, vármegye, város, falu lakosságának, addig ma már a cardiovascularis és daganatos megbetegedések a vezető halálokok. Ez egy új kihívást is jelent az orvostudomány számára, amelyben fontos szerepet vállalhat a Nőgyógyászati Onkológia, mint a képzés, továbbképzés fontos fóruma.

Kívánom, hogy az új folyóirat minőségével, időszerűségével bizonyítsa, hogy nemcsak az információs igényeket elégíti ki, hanem teljesíti azokat a minőségi elvárásokat, amelyek egy ilyen laptól elvárhatók.

# Végre!

Természetes hormonpótló terápia

## Tablettaszedés nélkül



A modern nőknek

  
**Estracomb<sup>®</sup>TTS**  
oestradiol és norethisteron acetate

### Könnyű felírni, könnyű alkalmazni

### Korszerű hormonpótlás

**Hatóanyag:** Estraderm TTS 50: 4 mg oestradiolum kerek, lapos, átlátszó tapaszoként. Hatóanyag felszabadulás: 50 µg/nap. Estragest TTS: 10 mg oestradiolum és 30 mg norethisteronum aceticum kétrekeszes, lapos, átlátszó tapaszoként. Hatóanyag felszabadulás: 50 µg ösztadiol/nap és 0,25 mg NETA/nap. **Javallatok:** Természetes úton vagy sebési beavatkozást követően kialakuló menopauzális ösztrogén-hiánytünetek. Postmenopausalis osteoporosis megelőzése a csonttörésekre való fokozott hajlam, ill. kockázati tényezők esetén. **Adagolás:** A kezelést az Estraderm TTS 50 tapasszal kell kezdeni, melyet hetente kétszer (3-4 naponta cserélve) kell alkalmazni. A következő két hétben hetente kétszer egy-egy Estragest TTS 0.25/50 tapaszt kell felragasztani. **Ellenjavallatok:** Emlő- vagy endometrium carcinoma, endometriosis, ismeretlen eredetű hüvelyi vérzés, súlyos máj- és vesekárosodás, Dubin-Johnson szindróma, Rotor szindróma, súlyos szívbetegség, thrombophlebitis, thrombosis vagy thromboembóliás megbetegedések, terhesség, szoptatás. **Figyelmeztetés:** Uterus leiomyomák, korábban előforduló, ösztrogén terápiával összefüggő halláskárosodás, cholelithiasis, diabetes, szívelégtelenség, hypertonia, vese- vagy májkárosodás, epilepszia, migrén, fibrocisztikus emlőbetegség, vagy a családban előforduló emlőcarcinoma esetén fokozott elővigyázatosság és rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges. **Mellékhatások:** Bőr-irritáció a tapasz alkalmazási helyén, az ösztrogén kezeléssel összefüggő reakciók, pl. emlőfeszülés, migrén. Izolált esetekben: generalizált viszketés, és exanthea, thrombophlebitis, anaphylactoid reakciók. **Megjegyzés:** + Csak vényre, "SZ" jelzéssel. **Csomagolás:** 1 doboz Estracomb TTS 4 db Estraderm TTS 50 és 4 db Estragest TTS tapaszt tartalmaz.



Ciba Hungária Kft. Pharma Divízió  
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

## Az antiemetikus terápia csúcsa

### Mert:

- Egy ampulla KYTRIL<sup>iv</sup>, granisetron elegendő az erősen emetogén kemo- és radioterápia okozta hányinger és hányás kivédésére<sup>1</sup>.
- Egyedülálló 5-HT<sub>3</sub> szelektivitása révén védelmet nyújt 24 órán át betegeink<sup>2</sup>.
- Ugyanolyan hatásos, mint a konvencionális kombinációk, de adagolása kényelmesebb és betegek jobban tolerálják<sup>1,3</sup>.
- Adagolása egyszerű<sup>4</sup>.



### Irodalom:

1. Chevallier B. Br J Cancer 1993; 68: 176-180.
2. Wijngaarden I. Eur J Pharmacol 1990; 188: 301-312.
3. Chevallier B. Eur J Cancer 1990; 26: (Suppl) S33-S36.
4. Navari R. J Clin Oncol 1995; 13: 1242-8.



**SmithKline Beecham**  
Pharmaceuticals

SmithKline Beecham MTS Ltd. Magyarországi Információs és Szerviz Iroda 1023 Budapest, Frankel Leó u. 30-34.



**KYTRIL** injekció infúzióhoz. ATC:A04A-A02. A granisetron antiemetikus hatású, szelektív 5-hidroxi-triptamin (5-HT<sub>3</sub>) receptor antagonist. A szervezetben kb. 65 %-ban kötődik a plazmafehérjékhez, plazmafelezési ideje kb. 9 óra. Az alkalmazott adag kb. 59 %-a (12 % változatlan, 47 % metabolitok formájában) a vizelettel, a fennmaradó mennyiség pedig a széklettel választódik ki. **Hatóanyag** 3,00 mg granisetronium (hidroklorid só formájában), 3 ml steril fiziológias sóoldatban 3 ml-es ampulláként. Az injekciós oldat átlátszó, színtelen vagy halvány sárga színű. **Javallatok:** Citosztatikus kemoterápia és sugárterápia okozta hányinger, ill. hányás megelőzése és kezelése. **Ellenjavallatok:** Granisetronnal vagy rokon vegyületeivel szembeni túlérzékenység. **Adagolás:** Csak iv. infúzióban alkalmazható! Átlagos adagja felnőtteknek 3 mg (1 ampulla), melyet kompatibilis infúziós oldattal 20-50 ml-re hígítva, 5 percen át kell beadni a citosztatikus terápia megkezdése előtt. Általában egyszeri 3 mg granisetron adag elegendő 24 óra a hányás, ill. hányinger megelőzésére. A profilaktikus kezelést a citosztatikus terápia megkezdése előtt be kell fejteni. Szükség esetén 24 óra alatt maximum további 2-szer 3 mg adható, a napi adag nem haladhatja meg a 9 mg-ot. Az egyes adagok beadása között legalább 10 percnél kell eltelnie. Klinikai tapasztalatok alapján a kezelés 4-5 egymást követő napon át alkalmazható. Az injekciós oldat hígításához kizárólag az alábbi infúziók használhatók: - 0,9 %-os nátrium klorid infúzió; - 0,18 %-os nátrium klorid +4 %-os glükóz infúzió; - 5 %-os glükóz infúzió; - Hartmann infúzió; - nátrium laktát infúzió; - 10 %-os mannitol infúzió. Nem szükséges az adag módosítása sem idős, sem máj-, ill. vesebetegségben szenvedő betegek esetében. A granisetron nem adható együtt egy infúzióban más gyógyszerekkel. Az infúziót közvetlenül a beadás előtt kell elkészíteni. Hígítás után szobahőmérsékleten, közvetlen napfénytől védve tartandó és 24 órán belül kell felhasználni! Amennyiben az infúzió elkészítése nem közvetlenül a felhasználás előtt történik, a hígítást aseptikus körülmények között kell végezni. **Mellékhatások:** Enyhe fejfájás, székrekedés. Ritkán bőrkötés, átmeneti transzamináz (SGOT, SGPT) szint emelkedés. Gyógyszerkölcsönhatások Nem ismeretesek. Biztonságosan adható együtt a citosztatikus kezelés során alkalmazott egyéb gyógyszerekkel, pl. benzodiazepinokkal, neuroleptikumokkal, H<sub>2</sub>-antagonistákkal, ill. egyéb citosztatikumokkal. **Figyelmeztetés:** Gyermekkorban történő biztonságos alkalmazásával kapcsolatban nincs megfelelő tapasztalat. A granisetron csökkentheti a bélmozgást, ezért a szubakut bélzáródás jeleit mutató betegeket a kezelést követően is folyamatosan ellenőrizni kell. Megfelelő tapasztalatok hiányában terhesség és szoptatás idején csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével adható. **Túlادagolás:** Nincs specifikus antidotum, ezért túlادagolás esetén OGYL-eng. száma: 10.107/41/94. **Előírás:** 30°C alatt, fagytól és közvetlen napfénytől védve. **Megjegyzés:** +Kizárólag fékvéteg-gyógyintézetben felhasználásra. **Csomagolás:** 5 amp. (3 ml). (SmithKline Beecham) A KYTRIL védjegyzett név.

Teljeskörű információval készséggel állunk rendelkezésére

# DICYNONE<sup>®</sup>

OM

VÉRZÉSCSILLAPÍTÓ



A Dicynone bármely eredetű és lokalizációjú kapilláris vérzés megelőzésére és kezelésére alkalmas.  
Valamennyi alkalmazási területen hatásos és jól tolerálható.

A Dicynone a trombózis kockázatát nem befolyásolja, trombózisprofilaxis mellett is adható.

***Bővebb információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot!***

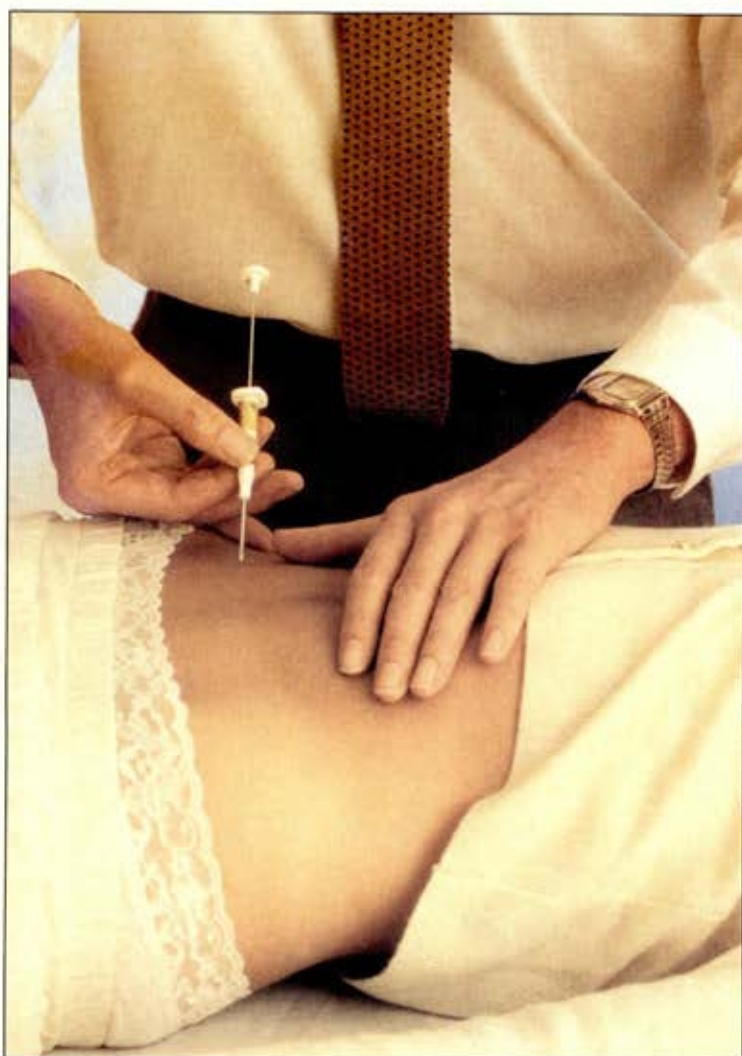
OM Laboratories Ltd. Tudományos és Információs Iroda  
4028 Debrecen, Simonyi út 36. Tel./fax: (52) 418-258

# Zoladex<sup>®</sup>

goserelin

## LHRH-analóg depó az emlőrák komplex kezeléséhez

- Hormondependencián alapuló, NEM toxikus kezelési mód
- Hatékonyan és reverzibilisen felfüggeszti az ováriumok hormontermelését
- Emlőrákban az egyetlen törzskönyvezett LHRH-analóg Magyarországon



- ◆ négyhetenként egyszer, szubkután adagolás
- ◆ egyenletes felszívódás, megbízható hatás
- ◆ azonnali felhasználásra kész készlet

**Szakorvosi javaslatra térítésmentesen felírható.**

Kérjük tanulmányozza a részletes alkalmazási előíratot.  
További információval szívesen állunk rendelkezésére:

**ZENECA** Hungary Kft.  
1016 Bp. Hegyalja út 7-13.  
Tel.: 202-3191

# Invazív méhnyakrákok előfordulása, kezelése és a gyógyulási eredmények változása 1952–1991 között a Pécsi Női Klinikán\*

KROMMER KÁROLY DR., SZABÓ ISTVÁN DR.

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs

**ÖSSZEFOGLALÁS** A szerzők a Pécsi Női Klinika 40 éves invazív méhnyakrákos beteganyagát elemezték. 1952-1991 között összesen 5666 beteget kezeltek. Az évenként felvett betegek száma az 1960-as években lényegesen csökkent, de 1972 után alig változott. Emelkedett a fiatal korúak (főleg a 30 évnél fiatalabbak) és az I. stádiumban felvett aránya. 186 betegben Schauta műtétet, 167 esetben Wertheim műtétet végeztek; a nem operálható betegekben manuális brachytherapia és külső besugárzás történt. A gyógyulási eredményeket 3576 betegben lehetett értékelni. A korai stádiumok arányának a növekedése, az adott betegre (betegségre) adaptált individuális brachytherapia és a telecobalt kezelések kiterjedt alkalmazása következtében a korábbi 55 %-os abszolút gyógyulás az 1980-as évek végére 61,5 %-ra emelkedett. A teljes időszakra vonatkoztatott 5 éves tünetmentesség 58,8 %, a harminc évnél fiatalabb betegeken 53 %. Adenocarcinómák és anaplasticus daganatok vonatkozásában az abszolút gyógyulást lényegesen rosszabbnak (49 % ill. 38 %) találták. Hangsúlyozzák, hogy a gyógyeredmények további javulása a megelőző vizsgálatok kiterjesztésétől, egy modern HDR after loading készülék és egy nagy energiájú gyorsító-berendezés alkalmazásától várható.

**Kulcsszavak:** méhnyakrák, radikális műtét, sugárkezelés

**ABSTRACT** Krommer K, Szabó I. Incidence, therapy, and changes in the treatment results of cervical cancer between 1952-1991 at the Gynecologic Clinic of Pécs

The authors studied 5666 patients with invasive cervical cancer treated in the Department of Obstetrics and Gynecology, Pécs Medical University between 1952-1991. The number of affected individuals decreased significantly in the 60's, but did not change much after 1972. The proportion of young women (<30 years) with cervical cancer and the proportion of the stage I disease has increased.

A total of 186 Schauta operation and 167 Wertheim radical hysterectomy were performed. Those unfit for surgery received manual brachytherapy and external beam irradiation.

Treatment results could be evaluated in 3576 patients. The previous total remission rate of 55 % had increased to 61,5 % by the end of the 1980's due to the increase in the proportion of the early stages carcinomas, to individualized brachytherapy, and to the widespread use of telecobalt irradiation.

\* Dr. Keller Gábor professzor emlékére írt tanulmány

Levelezés

Dr. Krommer Károly

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs

7624 Pécs, Édesanyák útja 17.

Telefon: (36 72) 324122 Fax: (36 72) 210862

The overall 5 year disease free survival was 58,8 % and it was 53% for those < 30 years of age. Patients with adenocarcinomas and those with anaplastic tumors did worse (5 year disease-free survival 49 % and 38 %, respectively). Authors point out that treatment results could be further improved by the extension of screening and by the use of a modern HDR after loading apparatus and a high energy accelerator unit.

**Key words:** cervical cancer, radical operation, radiotherapy

**BEVEZETÉS** A rosszindulatú daganatos megbetegedések gyakoriságának a növekedése az egész világon megfigyelhető. Számos országban, Észak-Amerikában, Nyugat-Európában s hazánkban is a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás után a második helyen a daganatos megbetegedések által okozott halálozás áll. Magyarországon évente kb. 30.000 ember hal meg különböző rosszindulatú daganatos betegségben, amely az össznépességhez viszonyítva jelentős szám. WHO adatok szerint a férfiak daganatos betegségek okozta halálozása nálunk a legmagasabb, míg a nők halálozási aránya sorrendben a harmadik helyen szerepel. Hazai adatok szerint a nők daganatos betegségek okozta halálozásában az 1. helyen csaknem azonos arányban az emlőrák ill. a vastag-végbélrák szerepel, míg a rosszindulatú női nemi szervi daganatok közül a méhnyakrák morbiditása és mortalitása a legmagasabb (1). Ezzel ellentétben a fejlett államokban a tömeges megelőző vizsgálatok széles populációra történt kiterjesztésével a méhnyakrák előfordulása jelentősen csökkent. Az Amerikai Egyesült Államokban az elmúlt 30 év során sikerült a méhnyakrák előfordulását 44 százalékról 8 százalékre csökkenteni (2), ugyanezen időszak alatt a halálozásban 70 %-os csökkenés következett be (3). Ebben nyilván jelentős szerepe van a sugárbiológiai ismeretek, a diagnosztikus és a kezelési módszerek fejlődésének ill. a korszerű terápiás készülékek (telecobalt, gyorsítók, after loading brachytherapia, stb.) elterjedésének is.

Fentiek indokoltá teszik, hogy klinikánk beteganyagát 1952-ig visszamenőleg feldolgozva, megvizsgáljuk, milyen változások következtek be az invazív méhnyakrákok előfordulásában, kezelésében és a gyógyulási eredményekben, ill. megpróbáljunk rávilágítani a változások lehetséges okaira is.

**BETEGEK** A Pécsi Orvostudományi Egyetem Nőgyógyászati Klinika onkoradiológiai osztályának ellátási területe Baranya, Somogy, Tolna megye, de esetenként más megyékből is érkeznek betegek. A területhez tartozó lélekszám kb. 1 millió, amely az ország népességének mintegy 10 %-a, ezért ebből következtetéseket vonhatunk le Magyarország teljes lakosságára.

1952 és 1991 között a klinikán 5666 invazív cervixcarcinomás beteget kezeltünk. Stádium-megoszlásukat az 1. táblázaton tüntettük fel.

1. táblázat 1952-1991 között kezelt méhnyakrákos betegek száma és stádiumok szerinti megoszlása

Év	Összes beteg	I.st. (%)	II.st. (%)	III.st. (%)	IV.st. (%)
1952-1961	1646	204 (12,4%)	430 (26,1%)	870 (52,9%)	142 (8,6%)
		p* 0.0001		0.0001	
1962-1971	1342	249 (18,6%)	413 (30,8%)	604 (45,0%)	76 (5,6%)
		p* 0.0003		NS	
1972-1981	1354	329 (24,3%)	347 (25,6%)	608 (44,9%)	70 (5,2%)
		p* NS		NS	
1982-1991	1324	347 (26,2%)	350 (26,4%)	561 (42,4%)	66 (5,0%)
1952-1991	5666	1129 (19,9%)	1540 (27,2%)	2643 (46,7%)	354 (6,2%)

p\* Fisher exact test, NS nem szignifikáns

A betegek száma 1962-71 között lényegesen csökkent, de 1972 után alig változott. Az I. stádiumban felvettek aránya viszont fokozatos emelkedést mutat. Sajnos az elhanyagolt, III.-IV. stádiumban lévő betegek száma csak lassan csökkent. Az I/a stádiumban felvettek arányát a 2. táblázaton tüntettük fel.

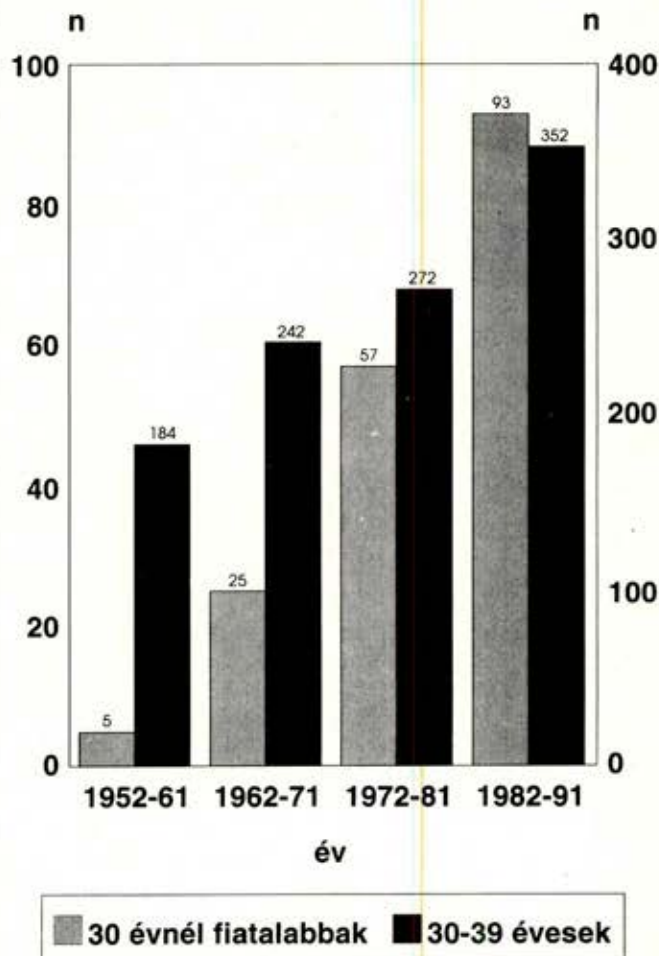
2. táblázat Korai invazív, I/a stádiumban felvett betegek aránya

Év	I.st.	I/a st.	%
1962-71	249	64	26 %
			p* 0.0001
1972-81	329	152	46 %
			NS
1982-91	347	187	54 %

p\* Fisher exact test, NS nem szignifikáns

30 év alatt a korai invazív méhnyakrákok relatív előfordulása több, mint a kétszeresére emelkedett. Feltűnő a fiatal korúak (30 év alattiak) arányának a változása. Míg az 1950-es években átlag két évente került felvételre 30 év alatti beteg, addig az utolsó időszakban évente csaknem 10 fiatal korút kezeltünk (1. ábra).

A daganatok döntő többsége, 91 %-a, laphámráknak bizonyult, 7 %-a adenocarcinoma, ritkán egyéb típusú, mesenchymalis vagy mesonephrogen (Gartner-járat) eredetű tumor. Klinikai jelentősége az adenocarcinomáknak van. Ezek kevésbé sugárérzékenyek és sokáig észrevétlenül növekednek, legtöbbször intracervicalisan ún. „hordószertű” („barrel-shape”) üregképződést okozva. Az éretlen, anaplasticus daganatok aránya meghaladja a 20 %-ot.

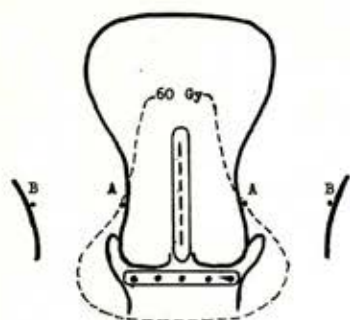


1. ábra Fiatal korban előforduló cervixcarcinomák számának változása

**KEZELÉS** Az 1950-es években az I. ill. a II. stádiumban lévő cervixcarcinomás betegeken radikális műtét történt, majd postoperatív rádium- és röntgen-kezelést kaptak. 1960 óta az operabilis betegek először praeoperatív célú brachytherapiás kezelésben részesültek, az „A” pontra számítva 24-28 Gy dózissal, a műtétet követően pedig postoperatív sugárkezelésben. I/a stádiumban a praeoperatív rádiumkezelés után egyszerű hysterectomiát végeztünk, műtét utáni besugárzást csak indokolt esetekben (maradék tumor, regionalis vagy paraaorticus áttétek, anaplasticus daganatok) alkalmaztunk. Vavra (4) I/a-I. stádiumban - amennyiben érbetörés nem észlelhető - megelégszik a conisatióval és a rendszeres cytologiai nyomonkövetéssel.

1973 előtt 186 beteg esett át Schauta műtéten; 1974-1991 között 167 beteg már kizárólag a Latzko, Okabayashi és Meigs által módosított Wertheim műtétet végeztük (5,6), a műtétet követően LDR-brachytherapiával csontkötőanyagot, szükség esetén külső besugárzással kiegészítve. Előrehaladottabb stádiumokban kizárólag radiotherapiát alkalmaztunk. A sugárkezelést fractionált brachycurie, ismertebb nevén rádium-kezeléssel kezdtük. A vaginalis és a cervicalis kezeléseket külön-külön végeztük 40-60 mg Ra-226 vagy azzal egyenértékű Co-60 speciális készítményekkel. Ha az anatómiai viszonyok indokolták - pl. nem középen elhelyezkedő méhnyak, valamelyik oldalra deviált méh, stb.- röntgen felvétellel ellenőriztük a sugárzóanyagok elhelyezkedését. Tekintettel arra, hogy klinikánk after loading készülékkel még mindig nem rendelkezik, jelenleg is manualis low dose rate brachytherapiát végzünk módosított stockholmi módszerrel. Célunk az, hogy az „A” pontban 60 Gy dózist érjünk el, ami a medencefalig már 15 Gy-re csökken (2. ábra).



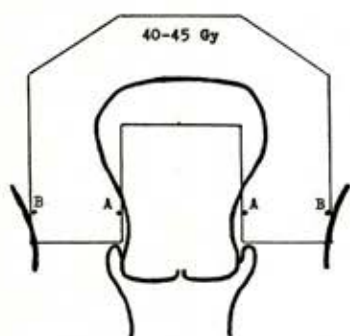


**Brachytherápia**

A pont 60 Gy  
B pont 15 Gy

2. ábra Dózisviszonyok a cervixcarcinomák brachytherápiája során

A dózistokat szövet-aequivalens fantomban, ill. esetenként a hólyagba és a rectumba helyezett Siemens-Gammameterrel ellenőrizzük. Két brachytherapiás kezelés között külső besugárzás történt, korábban orthovolttal (180 kV, 15 mA, parametriumonként 2000-2400 R gócdózis), 1967 óta, a telecobalt készülék üzembehelyezését követően, supervolttal. A telecobalt besugárzás elülső és hátsó mezőből a parametriumokra ill. a kismedencei nyirokcsomókra irányul, a rádiummal besugárzott részek takarásával, 40 Gy gócdózissal (3. ábra). A telecobalt kezeléseket a Radiológiai Klinikán végezték.



**Teletherápia**

A - B 60 Gy

**Brachytherápia**

B 15 Gy

Össz: B 60 Gy

3. ábra Dózisviszonyok a cervixcarcinomák telecobalt kezelése során

Nagykiterjedésű, gyakran exophyt növekedésű daganatok kezelése a nem kielégítő dózisviszonyok miatt telecobalt besugárzással kezdődik az egész kismedencére 50-60 Gy gócdózissal, majd a tumor regresszióját követően végezzük a brachytherapiát. Paraaorticus nyirokcsomó-áttéteket okozó, főként anaplasticus tumorok eseteiben, a környező szervek sugárérzékenységének a figyelembe vételével, az érintett régió további 30-35 Gy gócdózisú besugárzása történik.

**EREDMÉNYEK** Az 1952-91 között felvett 5666 beteg közül a gyógyulási eredményeket, az 5 éves tünetmentességet csak az 1962 után felvett 3576 betegen lehetett értékelni (3. táblázat).

3. táblázat 1962-1991 között kezelt 3576 beteg 5 éves tünetmentessége

Stádium	I.	II.	III.	V.	Összes
Betegek száma	822	1006	1558	190	3576
Tünetmentes	740	686	672	8	2106
%	90,0	68,2	43,1	4,2	58,8

A többinek vagy nyoma veszett, vagy nem lehetett legalább 5 éven át követni. Az 1952-61 időszak betegeit az adatok hiányosságai miatt kizártuk a tanulmányból. Az 1962-1991 között kezelt 3576 betegre vonatkoztatott abszolút gyógyulást 58,8 %-nak találtuk. Amennyiben a beteg halálát követően boncolás nem történt, vagy nem lehetett bizonyítani, hogy más betegségben halt meg, akkor a tumor miatt elhal-

tak közé soroltuk. A három időszakban elért gyógyeredményeket külön-külön stádiumonként is feltüntettük (4. táblázat).

4. táblázat Az 5 éves tünetmentesség változása

	Stádium	I.	II.	III.	IV.	Össz
1962-71	Betegszám	210	379	502	66	1157
	Tünetmentes	183	244	208	2	637
	%	87%	64%	41%	3%	55,0%
						p* 0.017
1972-81	Betegszám	296	302	518	60	1176
	Tünetmentes	268	209	225	3	705
	%	90%	69%	43%	5%	59,9%
						NS
1982-91	Betegszám	316	325	538	64	1243
	Tünetmentes	289	233	239	3	764
	%	91%	72%	44%	5%	61,5%
1962-91	Betegszám	822	1006	1558	90	3576
	Tünetmentes	740	686	672	8	2106
	%	90%	68,2%	43,1%	4,2%	58,8%

p\* Fisher exact test, NS nem szignifikáns

A 30 éves értékelési időtartam 3 x 10 éves periódusa jól reprezentálja, hogy a IV. stádiumot kivéve minden tumor-kiterjedésben javultak az eredmények. A stádiumon kívül a gyógyulási eredményeket a beteg életkora és a daganat szöveti szerkezete, érettsége lényegesen befolyásolta. Ide sorolhatjuk még a korábban elvégzett uterus amputatiókat is.

A 30 életévénél fiatalabbak gyógyulásában az I. stádium kivételével minden csoportban rosszabbak az eredmények (5. táblázat). Abszolút gyógyulásuk 53 %.

5. táblázat 30 évesnél fiatalabb betegek gyógyulása

Stádium	Betegszám	Tünetmentes	%
I.	77	72	93,5
II.	41	18	-
III.	57	6	-
IV.	5	-	-
Összesen	180	96	53%

6. táblázat Adenocarcinomák és anaplasticus daganatok előfordulása és gyógyulása (1962 - 1991)

Stádium	Adenocarcinoma		Anaplasticus daganat	
	n	%	n	%
I.	54/60	90 %	105/132	80 %
II.	40/69	58 %	97/192	51 %
III.	34/113	30 %	104/395	26 %
IV.	1/20	-	0/76	-
I-IV.	129/262	49 %	306/795	38 %

A cervix-csonk carcinomás betegek abszolút gyógyulása is mindössze 45 %.

Adenocarcinomákban az I. stádiumú betegeket nem számítva minden daganatkiterjedésben rosszabbak a gyógyeredmények. Anaplasticus tumorokban már az I. stádiumban 80 %-ra csökken az 5 éves túlélés, előrehaladottabb daganatokban még az adenocarcinomáknál is rosszabb a gyógyulás (6. táblázat).

**MEGBESZÉLÉS** Az invazív méhnyakrákos betegek száma az 1960-as években lényegesen csökkent, de az elmúlt 20-25 évben az évenkénti előfordulás gyakorlatilag nem változott. Az emlődaganatok (7), a végbél-vastagbélrákok (1) és az endometrium carcinomák számának állandó emelkedése alapján a méhnyakrákok előfordulásának a növekedése is feltételezhető, ezért a cervixcarcinomák évenkénti számának állandóságát a megelőző vizsgálatok kiterjesztése eredményeként tarthatjuk. Ezzel nem lehetünk megelégedve, ugyanis a fejlett országokban elért jó eredményeket (2,3,8) figyelembe véve a prevenció területén még sok feladat áll előttünk. Meglehetősen nagy a „szűrő” vizsgálatokon nem jelentkezők száma, és közöttük 50-55 % a III-IV. stádiumban felismert betegek aránya.

A méhnyakrákos betegeket az elmúlt 20-25 évben sokkal eredményesebben lehet gyógyítani. Ennek egyik oka, hogy a megelőző vizsgálatok kiterjesztésével emelkedik a korai stádiumokban felismert betegek aránya (9,10,11). Anyagunkban I. stádiumban felismertek száma a korábbi időszakokhoz viszonyítva megkétszereződött, és ezen belül a korai invazív (I/a st.) rákok az I. stádiumban kezelteknek már több mint a felét teszik ki az utolsó 10 éves periódusban.

A másik ok a diagnosztikus feltételek javulásának tulajdonítható. Az alsóvégtag-lymphographia és a modern vizsgálómódszerek (ultrahang, computer-tomographia, mágneses rezonancia) alkalmazásával (12,13) a regionális és a távolabbi nyirokcsomók állapotáról sokkal pontosabban lehet tájékozódni. A nyirokcsomó-érintettség már a korai stádiumokban is gyakori (14), ezért pontos megállapításának a műtéti indikáció felállításában ill. a sugárkezelés adequat módjának a megválasztásában van nagy szerepe. Deppe és mtsai (15) kimutatták, hogy I. stádiumban az esetek 16 %-ában már a paraaorticus nyirokcsomók is érintettek.

A harmadik ok a radiotherapiás lehetőségek bővülése. A sugárbiológiai ismeretek fejlődésével (16), az optimális fractionálás és dózis-intenzitás megválasztásával a környező szövetek károsodása elkerülhető (17). A supervolt-therapia bevezetése és speciális módszerek (18, 19) alkalmazása – elsősorban a II.-III. stádiumú méhnyakrákos betegeken – nagyobb arányú gyógyulást eredményezett (20,21,22).

Gyógyulási adataink megegyeznek az irodalomban található jó eredményekkel (23,24,25).

A laphámrákokhoz viszonyítva lényegesen rosszabbak az adenocarcinomák, az anaplasticus daganatok és a fiatal betegek gyógyulási aránya (2. és 3. táblázat).

Adenocarcinomban gyakoribbak a helyi kiújulások is. Kjørstad (26) 150 I/b stádiumos betegen igazolta, hogy a kismencedeici és a távoli áttétek gyakorisága a laphám és adenocarcinomban gyakorlatilag azonos, de a praeparatív sugárkezelések után eltávolított uterusokban kimutatott maradék tumor csaknem 3-szor gyakoribb az adenocarcinomban (30 % ill. 11 %).

Berek (27) 100 betegen végzett vizsgálataival igazolta, hogy adenocarcinomban nincs semmi különbség a túlélésben az operált és az operált+sugárkezelt betegek között, de az 5 éves túlélési arány mindkét csoportban significansan nagyobb volt, mint a kizárólag sugárkezelésben részesült betegeknél. Adenocarcinomák esetében éppen ezért szorgalmazni kell a kiterjesztett radikális műtéti megoldásokat, de az anaplasticus daganatokban - feltehetően a nagyobb áttétképző hajlam miatt - ez kevesebb sikerrel kecsegtet; a betegek sorsát ugyanis legtöbbször a regionalis ill. a távolabbi metastasisok kialakulása határozza meg.

A cervix-csonkból kiinduló carcinomákban elérhető gyógyeredmények is rosszabbak az átlagosnál. Ennek egyik oka lehet, hogy műtét után romlik a cervix vérellátása (28), s ennek következtében a daganat oxigénellátása is, amely kedvezőtlen sugárbiológiai körülményeket eredményez, másrészt a rövid cervix-csonk, a megváltozott anatómiai helyzet, adhaesiók, bélletapadások nem mindig teszik lehetővé a tervezett optimális radiotherapiát.

Adjuváns chemotherapiát nem végzünk, recidiváló vagy sugárkezelésre refractaer daganatokban szisztémás cisplatin mono- vagy cisplatin alapú kombinált cytostaticus kezeléseket alkalmazunk irodalmi megfigyelések alapján (29). Újabban a neo-adjuváns chemotherapiával is történnek próbálkozások (30,31).

Esetenként a daganatban nekrosis alakul ki, amely a kezelés esélyeit rontja. Okai meglehetősen összetettek. Keletkezésében szerepe lehet a tumor hirtelen növekedésének, aránytalan vér- és oxigén-ellátásának, gyulladásnak, sugárterhelésnek. Lokális kezelésén kívül esetenként szisztémás antibioticum-terápiára is szükség lehet.

A sugárkezeléssel gyakran együtt járó korai mellékhatásokon (émelygés, ritkán hányás, proctitis, cystitis) kívül késői, esetleg maradandó panaszt okozó szövődmények (szűkületek, fistulák) 1-4 %-os gyakorisággal fordulnak elő (24,25,32). Anyagunkban ureter-elzáródás, bél-szűkelet, recto- vagy vesico-vaginális fistula 1-2 %-ban alakult ki (7). Történeti áttekintésünkben az invazív cervixcarcinomás beteganyagunkat 4 x 10 éves időszakokra bontva dolgoztuk fel. Nagyjából az egyes periódusokkal párhuzamosan változások következtek be a stádiumok arányában, a kezelés módjában, következőképpen a gyógyulási eredményekben is.

A négy időszak közös jellemzője, hogy végig manualis low dose rate brachytherapia történt. Az első 10 éves periódusban (1952-61) az anatómiai viszonyokra való tekintet nélkül sablonos brachytherapia, amelyet 4 nőgyógyászati mezőre leadott röntgen-besugárral egészítettek ki.

A II. időszakban (1962-71) a kezelések jelentős részét már az akkor forgalomba került speciális Co-60 applikátorokkal végeztük, de bizonyos esetekben, a megfelelőbb dóziseloszlás elérése céljából rádiumkészítményeket is használtunk. Orthovoltos besugárral a korábbi időszakhoz képest nagyobb dóziseket adtunk a parametriumokra és szükség esetén rácsbesugárral is alkalmaztunk.

A III. időszakban (1972-81) lényegesen javultak az eredmények. Az 55 %-os abszolút gyógyulás 59,9 %-ra emelkedett. Ez részben a telecobalt besugárral bevezetésének és kiterjedt alkalmazásának, részben a korai stádiumok felé történő arányeltolódásnak tulajdonítható.

A IV. periódusban (1982-91) betegre adaptált, az adott tumorkiterjedésnek és anatómiai viszonyoknak leginkább megfelelő individuális brachytherapiát alkalmaztunk, a külső telecobalt besugárral is a legoptimálisabb módszerrel (nyílt mezőből az egész kismencedeicé, vagy osztott nőgyógyászati mezőből, ékbesugárral, rácsbesugárral) történtek.

A gyógyulási eredmények további javulása a megelőző vizsgálatok kiterjesztésétől és - a manualis rádiumkezelések alkalmazása helyett - egy modern after loading brachytherapiás készülék és gyorsító-berendezés beszerzésétől ill. üzembe állításától várható.

## IRODALOM

1. Kasler M, Ottó Sz: A rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzése, korai felkutatása („szűrés”). *Orv Hetil* 1993; 134: 473-480.
2. American Cancer Society. Cancer facts and figures. 1990 Atlanta, GA: The American Cancer Society 1990.
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures. 1992 Atlanta, GA: The American Cancer Society 1992.
4. Vavra N, Nagele F., Rosen A. és mtsai: Die Konisation beim Zervixkarzinom im Stadium I/a. *Geburtsh. u. Frauenheilk* 1994; 54: 397-400.
5. Than G.N., Arany A., Schunk E. és mtsai: Closure or non-closure of visceral peritoneums after abdominal hysterectomies and Wertheim-Meigs radical abdominal hysterectomies. *Acta Chirug Hung* 1994; 34: 79-86.
6. Than G., Krommer K., Arany A., és mtsai: Intra- és post- operatív szövődmények méhnyakrákos betegeknél végzett radikális Wertheim- ill. Schauta-műtétknél. *Magy. Onkol* 1994; 38: 129-131.
7. Keller G., Krommer K., Garadnay B.: Méhnyakrákos betegek kezelése és a gyógyulási eredmények változása. *Magy Nőorv L* 1986; 49: 113-116.

8. MacGregor J.E., Campbell M.K., Mann E.M. és mtsai: Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. *BMJ* 1994; 308: 1407-1411.
9. Bodó M., Sugár J., Döbrössy L. és mtsai: Cytológiai vizsgálattal kiegészített nőgyógyászati rákszűrések eredményei Budapesten. *Orv. Hetil* 1981; 112: 509-511.
10. Bodó M., Cseh I., Böste P.: Alarm-helyzet a cervix-programban, kérdések és feladatok. *Magy Nőorv L* 1991; 54: 373-375.
11. Schindler A.E., Hügle I., Donath E.M.: Zur Klinik der Genitalkarzinom der Frau. *Geburtsh. u. Frauenheilk* 1984; 44: 636-639.
12. Brodman M., Friedman F., Dottino P. és mtsai: A comparative study of computerized tomography, magnetic resonance imaging and clinical staging for detection of early cervix cancer. *Gynecol Oncol* 1990; 36: 409-412.
13. Póka R., Seluha K., Hernádi Z. és mtsai: A lymphographia és a preoperatív helyi sugárkezelés alkalmazásának jelentősége az Ib és IIa stádiumú méhnyakrák túlélési eredményeiben. *Magy Nőorv L* 1995; 58: 57-60.
14. Creasman W.T., Parker R.T.: Microinvasive carcinoma of the cervix. *Clin. Obstet Gynecol* 1973; 16: 261-275.
15. Deppe G., Lubicz S., Galloway B.T. és mtsai: Aortic node metastasis with negativ pelvic nodes in cervical cancer. *Cancer* 1984; 53: 173-175.
16. Kaplan H.S.: Basic principles in radiation oncology. *Cancer* 1977; 39: 689-693.
17. Ries J.: Zum Stand der Strahlentherapie des Uteruskarzinoms. *Rad.biol.-Rad.ther* 1961; 2: 191-204.
18. Dibbelt L., Rahm G., Renner K.: Dosimetrische Untersuchungen zur Gammabestrahlung des Lymphwege beim Uteruskarzinom. *Strahlentherapie* 1960; 112: 406-420.
19. Frischbier H.J., Kuttig H.: Zur Technik der direkten Feldkontrollaufnahmen mit der Telekobaltherapie-Einheit. *Strahlentherapie* 1960; 113: 610-618.
20. Fletcher G.H.: Supervoltage radiotherapy for cancer of the uterine cervix. *Brit J Radiol* 1962; 35: 5-17.
21. Joelsson J.: Experience at Radiumhemmet in treatment of carcinoma of the uterine cervix. *Gyn Oncol* 1972; 1: 17-25.
22. Németh Gy., Takácsi Nagy L., Naszályi A.: A méhnyak- tumoros betegek gyógyulási eredményeinek változása 1946-1972 között. *Magy Nőorv L* 1979; 42: 215-217.
23. Essen A., Essen H.: Erfahrungen und Ergebnisse von 1013 Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs. *Strahlentherapie* 1975; 150: 288-305.
24. Kottmeier H.L.: Presentation of therapeutic results in carcinoma of the female pelvis: experience of the Annual Report on the Results of Treatment in Carcinoma of the Uterus, Vagina, and Ovary *Gynecol Oncol* 1976; 4: 13-19.
25. Ruponen D.: Diagnostic and therapeutic aspects of cervical cancer *Acta Obstet. Gynec Scand Suppl* 1977; 68: 1-42.
26. Kjørstad K.E., Bond B.: Stage IB adenocarcinoma of the cervix: metastatic potential and patterns of dissemination. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 297-299.
27. Berek J.S., Castaldo T.W., Hacker N.F. és mtsai: Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer* 1981; 48: 2734-2741.
28. Csömör S.: A méhnyakrák néhány kérdése. *Kandidátusi értekezés* 1971.
29. Vermorken J.B.: The role of chemotherapy in squamous cell carcinoma of the uterine cervix: a review *Int.J Gynecol Cancer* 1993; 3: 1129-1142.
30. Dottino P.R., Plax S.C., Beddoe A.M. és mtsai: Induction chemotherapy followed by radical surgery in cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 7-11.
31. Panici P.B., Scambia G., Baiocchi G. és mtsai: Neoadjuvant chemotherapy and radical surgery in locally advanced cervical cancer. Prognostic factors for response and survival. *Cancer* 1991; 67: 372-379.
32. Slater J.M., Fletcher G.H.: Ureter strictures after radiation therapy for carcinoma of the uterine cervix. *Amer J Roentgenol* 1971; 111: 269-272.



SIGVARIS®



A szép lábak már 1952-ben is  
a figyelem középpontjában álltak.  
A SIGVARIS gyógyharisnyák  
széles választéka áll rendelkezésre az OEP támogatásával  
az ország számos gyógyászati  
segédeszközboltjában.

GANZONI & CIE AG, Grödenstrasse 8, CH 9014 St. Gallen, Tel. 071/279 33 66, Fax 071/279 33 08  
 GANZONI & CIE SA, 11, rue de Village Neuf, F 68100 St. Louis CEDEX, Tel. 00370 24 00, Fax 00369 48 89  
 SIGVARIS DO BRASIL, INDUSTRIA L COMERCIO LTDA., Rua Joaquim de Andrade 209,  
 Charata Santo Antonio - Santo Antonio, 04719-020 São Paulo/Brasilien, Tel. 011/521 48 99, Fax 011/546 04 79  
 GANZONI GmbH, Eh. Karl Lenz Str. 35, D-87700 Memmingen, Tel. 08331/757 0, Fax 08331/757 111  
 SIGVARIS GmbH, Fraunhoferstraße 16, A-1130 Wien, Tel. 01/877 49 12, Fax 01/877 49 15  
 SIGVARIS INC., 11 Park Drive East, Branford, CT 06405/USA, Tel. 203/481 5508, Fax 203/481 5408  
 SIGVARIS CORP., 3653 Chemin St. François, St. Laurent, Québec H4S 1W6/Canada,  
 Tel. 514/116 23 62, Fax 514/116 07 36  
 SIGVARIS BRITAIN LTD., Unit 6A, The Foundry, London Road, Kingswoth, Winchester, SO23 7QD/England,  
 Tel. 096200 62 27, Fax 096200 62 12

® = Registered trademark of Ganzoni & Cie AG, St. Gallen/Switzerland  
 © = 1996 Copyright by Ganzoni & Cie AG, St. Gallen/Switzerland

KUPON

levélgható és elküldhető a forgalmazónak

Kérem tájékoztassanak a SIGVARIS termékekről

.....név  
 .....ír.sz. ....helyiség  
 .....telefonszám

# Génia 92<sup>R</sup>

H Ü V E L Y K Ű P

## Tisztelt Kollégák!

Újból felhívjuk szíves figyelmüket a Génia hüvelykúpra, melyet 1991-ben törzskönyveztek gyógytermékként és 1995 végéig közel 500 ezer doboz fogyott. Bevezetése folyamatban van külföldön is.

Emlékeztetőül:

### • BEVEZETÉS

A hüvelyfolyás az egyik leggyakoribb tünet, ami a nőket szakorvoshoz kényszeríti. Eredete igen változatos lehet, így bakteriális, mikotikus stb., de okozhatják különféle betegségek és hormonzavarok éppúgy, mint pl. neurológiai tényezők. A hüvely fertőzésekkel szembeni ellenállását, rendellenes folyásoktól való védelmét, sajátos fizikai, kémiai és biológiai ún. mikroökológiai rendszer biztosítja, ezen belül is kiemelkedő szerepük van a lactobacillusoknak. Bármely kóros változás következik is be ezen mikroökológiai rendszerben, az rendellenes folyáshoz vezethet, így a bioegyensúly fenntartása elsődleges terápiás és higiénés feladat. A GÉNIA 92<sup>R</sup> korszerű készítmény formájában oldja meg ezt a sokakat érintő problémát.

### • ÖSSZETÉTEL

Csak természetes eredetű, a szervezetre ártalmatlan anyagokat tartalmaz: 0,045 g lactamin, 0,5 g lactosum, 0,075 g acidum lacticum, 0,0015 g acidum folicum, hüvelykúponként.

### • HATÁS

A GÉNIA 92<sup>R</sup> hüvelykúp ún. öko-terápia formájában biztosítja a vagina fiziológiás viszonyainak helyreállítását. Olyan tápmédium, mely a normális vaginális baktériumflóra szaporodásához szükséges milliőt teremt meg.

### • JAVALLATOK

Általános hüvelyhigiénia, mikroorganizmusokkal szembeni prevenció, a fluor célzott gyógyszeres kezelésének adjuválása, nőgyógyászati műtétek, művi abortuszok, szülések utáni öko-terápia, juvenilis, aspecifikus, neurogén és orális fogamzásgátlók vagy intrauterin eszközök okozta hüvelyfolyások.

### • ELLENJAVALLATOK – MELLÉKHATÁS

Célzottan nem kezelt fertőzések eredetű fluorok és sebészi beavatkozást igénylő folyamatok. Egyéni túlérzékenység esetén átmeneti enyhe csipő-égő érzés léphet fel.

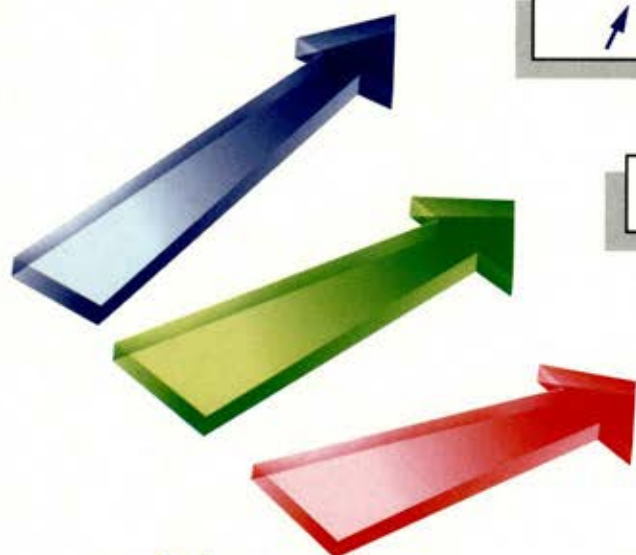
### • KLINIKUM

Az eddigi klinikai vizsgálatok a GÉNIA 92<sup>R</sup> hüvelykúp hatásának a tejsavas irrigálással való összehasonlítására irányultak, ezek eredményeként megállapítható, hogy a készítmény a fluorral járó szubjektív panaszokat az esetek 80-85 %-ában megszünteti, csökkenti a hüvely vegyhatását, emeli a Lactobacillus koncentrációt, javítja a hüvely tisztasági fokát.

A hozzánk beérkezett információk alapján állíthatjuk, hogy a készítmény mind a terméket ajánló orvosok mind a felhasználók körében egyértelmű sikert aratott. Az időközben lefolytatott szabadalom kutatás és külföldi nőgyógyászok körében folytatott megbeszélések azt is igazolták, hogy a Génia világviszonylatban is újszerű, hiánytöltő termék. A nyugat-európai bevezetéshez igényelt mélyreható biostatistikai elemzések is alátámasztották, hogy a Génia hüvelykúppal való kezelés szignifikánsan lecsökkenti a hüvely pH-ját, növeli a tisztasági fokát és csökkenti a tünetek súlyosságát.

Gyakorló nőgyógyászok 1991-94 között nagy számú beteganyagon végeztek poszt-marketing vizsgálatot az indikációs területek, illetve az alkalmazási mód optimalizációja érdekében. A vizsgálatok arra engedtek következtetni, hogy a kúraszerű alkalmazáson túlmutatóan a Génianak létjogosultsága van a hüvelyi optimális okosizstéma helyreállításában, rendszeres alkalmazással a testi higiénia napi szükségletének biztosításában. *Ígéretesnek látszik a Génia hüvelykúp, mint kiegészítő kezelés sugárkezelésben részesülő nőgyógyászati daganatos betegek esetében.*

*Ne felejtse el: Génia!*



↗ Vénás tónus

↗ Nyirokelfolyás

↗ Mikrocirkuláció

# detralex

Mikronizált, tisztított flavonoid frakció

*mikronizált*

#### Detralex filmtabletta

**Hatóanyag:** 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettaként. **Hatás:** Vénatonizáló és erhalozat védő hatását a vénás rendszeren fejti ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkulációs területen normalizálja a hajszálerek átteresztőképeségét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták: a gyógyszernek a vénás pleizmográfiai paramétereire (vénás kapacitás, táplékonyosság, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a vénák kiürülési idejét. Angiosztrometroális mérések igazolták, hogy a kapilláris fragilitás fennállása esetén a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felvezési ideje 11 óra. Kiürülése főként a széklettel, kb. 14%-ban a vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában, az alábbi esetekben: feszülés, nehézség érzés, fájdalom; éjszakai lábikrára görcsök; haemorrhoidális vénák betegségei. **Ellenjavallat:** A készítménynek anyatejben való kiválasztódásáról nincs kellő adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Napi 2 tablettát, elosztva délelben és este 1-1 tablettát, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tablettát, majd további 3 napon keresztül napi 4 tablettát. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló enyhe gastrointestinális és neuromuszkuláris panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 db filmbevonatú tablettát. **Eltartási utasítás:** Szobahőmérsékleten (15-25°C) között tartandó.

**Eloallitja:** LES LABORATOIRES SERVIER

**Bővebb információ:**  
SERVIER HUNGÁRIA  
1051 Bp.

Bajcsy-Zsilinszky út 12.  
Tel.: 266-3210, Fax: 117-3425



**Döntő terápiás előny a betegeknek a következő esetekben:**

**Krónikus vénás elégtelenség:**

*napi 2 tablettát*

**Akut aranyeres krízis:**

*6 tablettáig naponta*

# A limfödéma vizsgálatának lehetőségei és egy mikronizált flavonoid frakció (Detralex) hatásának meghatározása limfoscintigráfia segítségével a felső végtagi limfödéma kezelésében

A.P. PECKING, M.D., P. RAMBERT, M.D.

Department of Nuclear Medicine, Centre René Huguenin, Saint-Cloud

**ÖSSZEFOGLALÁS** A vizsgálat célja, meghatározni, hogy a Detralex milyen hatással van a emlőrák konvencionális kezelése után jelentkező felső végtagi limfödémára. Nyitott, „bepülős”, egyközpontú vizsgálat. Betegek: az intézet járóbeteg rendeléséről 10 nőt (44-64 év között) vizsgáltak, akiknél a vizsgálatot megelőző emlőrák kezelését felső végtagi limfödéma kialakulása követte [műtéttől eltelt idő 17±7 hónap]. A betegek 6 hónapon keresztül napi 2 Detralex tbl-t szedtek. A kezelés során nézték a tünetek alakulását, az érintett felső végtag térfogatának és a technécium 99-el mért radioaktív limfoscintigráfias paramétereinek változását. Eredmények: valamennyi betegnek enyhültek a tünetei, és a végtag térfogatának csökkenése következett be, az átlag térfogat csökkenés 6,8% volt. Scintigráfia segítségével meghatározott paraméterek szignifikánsan javultak [felezési idő: 147,4 (14,9)-ről 144,1 (14,9) min-re  $p < 0,01$ ; a kolloid clearance 25,9 (2,5)-ről 28,3 (2,8)  $\mu\text{l}/\text{min}$ ,  $p < 0,05$ ; a kolloid limfás sebessége 7,7 (0,3)-ről 8,0 (0,2)  $\text{cm}/\text{min}$   $p < 0,05$ ]. Következtetés: ezek az előzetes eredmények arra utalnak, hogy a Detralex hatékony a limfödéma kezelésében.

**Key words:** emlőrák, flavonoidok, limfödéma, limfoscintigráfia.

**ABSTRACT** Pecking AP, Rambert P. Current Evaluation of Lymphoedema and Assessment by Lymphoscintigraphy of the Effect of a Micronized Flavonoid Fraction (Daflon 500 mg) in the Treatment of Upper Limb Lymphoedema

**Objective:** To assess the effect of Daflon 500 mg on upper lymphoedema occurring after conventional treatment of breast cancer. **Design:** Open, pilot, single centre trial. **Setting:** Hospital outpatients attending a University Hospital. **Patients:** Ten female patients (aged 44-64 years) whose previous treatment for breast cancer was followed by upper limb lymphoedema (mean (SD) time delay = 17 ± 7 months). **Interventions:** Oral administration of a daily dose of two tablets of Daflon 500 mg for 6 months. **Main outcome measures:**

Address correspondence to:

A. P. Pecking, M.D.  
Dept. of Nuclear Medicine  
Centre René Huguenin, Saint-Cloud  
France

Symptoms, affected upper limb volume and parameters of radionuclide lymphoscintigraphy using technetium-99m.

**Results:** All patients experienced improvement of symptoms and limb volume (mean volume decrease of the swollen limb: 6.80%). Functional parameters assessed with scintigraphy were significantly improved half-life: 147.4 (14.9) to 144.1 (14.9) min,  $p < 0.01$ ; clearance of the colloid: 25.9 (2.5) to 28.3 (2.8)  $\mu\text{l}/\text{min}$ ,  $p < 0.05$ ; lymphatic speed of the colloid: 7.7 (0.3) to 8.0 (0.2)  $\text{cm}/\text{min}$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** These preliminary results suggest that this therapy is effective for the treatment of lymphoedema.

**Keywords:** Breast cancer; Flavonoids; Lymphoedema; Lymphoscintigraphy

**BEVEZETÉS** A felső végtagi limfödéma az emlő eltávolítását (mastectomia) követően a kezelt betegek mintegy 20%-ában alakul ki. Világszerte 20 millió esetet tartanak számon (1). Számos kezelési lehetőség van, amelyeknek a hatását csak objektív és mennyiségi paraméterekkel lehet összehasonlítani. Szükséges, hogy a tünetek változásának feljegyzése és a felső végtag körfogatának mérése mellett megbízhatóbb, bonyolultabb vizsgálatokat, mint pl. a radioaktív limfoscintigráfia, is végezzünk.

Jelen vizsgálatnak az a célja, hogy összesítse és kritikusan felbecsülje a különböző módszereket. Beszámoljon a mastectomia utáni felső végtagi limfödéma Detralex-szel történt kezelésének eredményeiről. A Detralex új mikronizált flavonoid frakció, mely 90% diosmint, és 10% hesperidint tartalmaz.

## A LIMFÖDÉMA VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGEI

**1. KLINIKAI VIZSGÁLATOK** A limfödéma tüneteinek értékelése. A tünetek (bőrkeményedés, nehézségérzet, görcsök, paraesthesia és működési zavar) súlyosságát egy négy pontos skálát használva 0-tól (nincs tünet) 3-ig (maximális intenzitás) értékelhetjük. A betegek általános jóllétét az egyes tünetek átlag értékeinek változásai alapján ítéldhetjük meg.

**A felkar és az alkar körfogatának megmérése.** A körfogat mérését mindkét végtagon. 5 cm-es távolságokként végezzük. A nem limfödémás kar (V kontroll kar) összehasonlításként szolgál.

**A végtag térfogatának meghatározása.** A végtag térfogatát (v) a saját intézetünkben kifejlesztett, ún. „rövidített kónusz” modell segítségével számolhatjuk ki:  $V = \Sigma \Pi \cdot \Delta / 3 [P^2 + r^2 + R \cdot r]$ , ahol  $\Delta$  két mérés közötti távolság (5cm), R a két körfogat legnagyobb sugara, r ezeknek a legkisebb sugara. Az ödéma relatív térfogatát ( $V_{ed\ rel}$ , %) a következő

képlet fejezi ki:  $V_{ed\ rel} = (V_{ed\ kar} - V_{kontroll\ kar}) \cdot V_{kontroll\ kar} \times 100$

**2. KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOK (2-5)** A kék festék teszt (indirekt limfográfia) alkalmas a nyirokkeringés elégtelenségének megállapítására. A mérések azonban nem elég objektívek és nem eléggé ismételtetők ahhoz, hogy az eljárást nyomon követésre lehetne használni

A radiokontraszt limfoangiográfia, egy invazív módszer, amely az ödémás végtagok esetében nagyon nehezen kivitelezhető. A nyirok ereket ábrázolja.

Fluoreszcens mikrolimfangiográfia az afferens nyirokerek ábrázolására jól használható, a nyirokcsomókról azonban nem szolgáltat adatokat.

Az ultrahang vizsgálat a kötőszövet vastagságának megállapítására alkalmas. Sajnálatos módon ez a módszer nagyon függ a vizsgáló személyétől.

A nukleáris mágneses rezonancia (MRI) vizsgálat egy sokat ígérő új módszer. A pontos indikációs területe még nem körvonalazódott.

Az indirekt radioaktív limfoszintigráfia (RNL) az ödémás végtagok spontán nyirokelfolyásának meghatározására legjobban használható, nem invazív módszer (6). Ennek a módszernek az ismételtetősége nagy mértékben függ attól, hogy a kontraszt anyagot a bőr alatti kötőszövetbe milyen mélységben adjuk, ezért a beadás mélységét mindig nagyon pontosan kell meghatározni (7). Az indirekt limfoszintigráfia a nyirokrendszer funkcionális értékelésének standard módszere, amely kórisémzésre és gyógyszeres kezelés hatékonyságának megállapítására egyaránt alkalmazható. Az indirekt felső végtagi limfoszintigráfiához (7,8) technécium 99-el jelzett rhenium szulfát kolloidot (Tck17 nemzetközi CIS, az átlagos kolloid részecskék mérete 40 nm) használunk, mivel nyirokerek ábrázolására a kolloid a legalkalmasabb (9). A radioaktivitással jelzett kolloidot (74 MBq 0,2 ml-ben) egyidejűleg mindkét oldalon az első és második kezűj közé adjuk a bőr alá. Negyven perccel az injektálás után a kolloid eloszlását a végtagokon nagylátószögű gamma-kamerával (Sigma 410 Ohio Nuclear) vizsgáljuk. A nyirok utak pirosak. A vizsgálat során megmérjük mindkét végtagban a radioaktivitás csökkenésének görbéjéből a felezési időt ( $t_{1/2}$  min) és a jelzett kolloid clearance-et (Cl. ul/min), amely szoros összefüggésben van a nyirokkeringéssel. Megállapítjuk a nyirokáramlás sebességét (LSC), ami az időegység (1 perc) alatt megtett, centiméterben kifejezett távolság. A sebességet a  $D/t$  képlet fejezi ki, ahol D a vizsgált távolság cm-ben (20cm) és t az idő, amely szükséges ahhoz, hogy ezt a távolságot megtegye. Az LSC az afferens nyirokutak működését tükrözi.

**BETEGEK ÉS MÓDSZEREK** Tíz emlő eltávolítás után kialakult, egyoldali limfödémában szenvedő beteget vizsgáltunk. A betegek átlag életkora 54 év (SD, 4 év) volt. Mindegyik esetben a René Huguenin Kórházban radikális mastectomia történt, melynek során az emlő mirigyek és az axilláris-pectorális nyirokcsomók is eltávolításra kerültek. Műtét után valamennyi beteg a nyirokcsomó áttétek miatt loco-regionalis sugárkezelésben részesült. A limfödéma kifejlődésének átlag ideje 17 (SD, 7) hónap volt. A betegek 6 hónapon keresztül napi 2 tableta Detralexet kaptak.

A 6 hónapos megfigyelési idő alatt mindegyik esetben három alkalommal (8 hetenként) történt ellenőrző vizsgálat. Minden vizsgálatkor megmértük mindkét felső végtag körfogatát, a tünetek alakulását az előzőekben ismertetett pontrendszer segítségével értékeltük, és feljegyeztük a mellékhatásokat. A kezelés előtt /0 hónap/ és a kezelés végén /6 hónap/ felső végtagi indirekt limfoszintigráfia történt.

Az eredményeket átlag és SEM értékekben adtuk meg. A statisztikai számításokhoz a Friedman féle non-parametikus tesztet (tünetekre), variáns analízist (végtag térfogatánál) és a Student-féle t-tesztet (limfoszintigráfias paraméterekre) alkalmaztuk. A statisztikai szignifikancia szintjét  $p < 0,05$  szinten állapítottuk meg.

**EREDMÉNYEK** A vizsgálatot mind a 10 betegben teljesen elvégeztük. A beteg jellemzőket az 1. táblázatban tüntettük fel. A 2. táblázat a tünetek súlyosságának alakulását mutatja a pontrendszerrel történt értékelés szerint (átlag értékek a 0. hónapban (M0) és a 6. hónapban (M6)). Ebből látható, hogy a bőrkeményedés (2.2 (0.20) az M0 időben és (1.3 (0.15) az M6-ban ( $p < 0,05$ )) és a végtag nehézség érzése (2.0 (0.15) M0 időben és (1.4 (0.16) M6 időben ( $p < 0,05$ )) szignifikánsan csökkent a kezelés végére. Hasonló módon csökkent a görcsök intenzitása és a végtag mozgás korlátozottsága, a különbség azonban nem volt szignifikáns ( $p < 0,06$ ), amelynek oka lehet, hogy a kis esetszámban keresendő.

2. táblázat A tünetek súlyosságának alakulása a kezelés során

Tünetek	M0	M6	p
Bőrkeményedés	2.2 (0.20)	1.3 (0.15)	<0.05
Nehézségézés	2.1 (0.15)	1.4 (0.16)	<0.05
Görcsök	0.7 (0.21)	0.2 (0.13)	0.06
Mozgás korlátozottság	2.3 (0.15)	1.8 (0.13)	0.06
Paraesthesia	0	0	

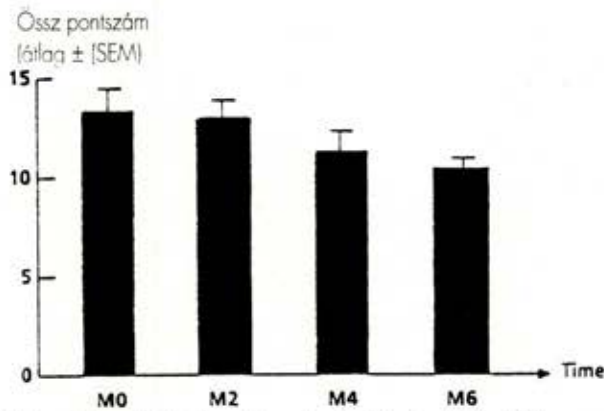
Az adatok átlagok (SEM)

1. táblázat Beteg jellemzők

Beteg	Limfödéma időtartama /hetek/	Sebészi kezelés	Nyirokcsomó rezekciója	Műtét utáni sugárterápia dózis /Gy/	Kemoterápia	Hormon kezelés	Lymphödémás kar térfogata [vol] % M0-M6
1	96	+	Axilláris	50	-	+	- 10.8
2	84	+	Pectorális	45	+	-	- 13.2
3	56	+	Axilláris	50	+	+	- 24.1
4	104	+	Axilláris	50	+	+	- 7.2
5	8	+	Axilláris	50	+	-	- 1.9
6	44	+	Pectorális	45	+	-	- 0.1
7	68	+	Axilláris	50	-	+	- 2.2
8	20	+	Axilláris	50	+	+	- 0.6
9	68	+	Axilláris	50	-	-	5.3
10	24	+	Axilláris	50	+	+	- 1.8

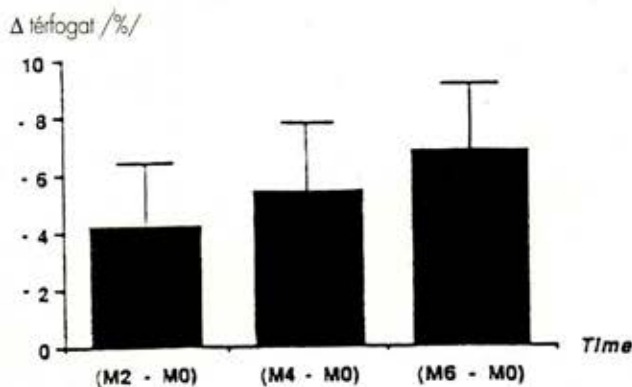


A vizsgálat alatt paraesthesiáról egyetlen beteg sem panaszkodott. Az 1. ábra a betegek általános jóllétét mutatja. Ebből látható, hogy a tünetek súlyosságát jelző össz pontszám szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) csökkent a kezelés alatt, (M0-tól M6-ig), mely azt mutatja, hogy a betegek általános állapota jelentősen javult a Detralex-szel történő hat hónapos kezelés során.



1. ábra A betegek általános állapotának változása (M0 – M6)

A 2. ábra az ödéma relatív térfogatának változásait mutatja az egymást követő vizsgálatok során. A vizsgálatok alatt kapott értékeket a kezelés előtti megfelelő értékekkel hasonlítottuk össze. A relatív ödéma térfogat folyamatosan csökkent a vizsgálat alatt; a második hónapban -4,20 (2,20) %, a hatodikban pedig -6,80 (2,35) % volt.



2. ábra A limfödéma átlag térfogat értékének csökkenése

A 3. táblázatban a limfoszintigráfias vizsgálatok eredményeit foglaltuk össze. Valamennyi paraméter mindkét végtagon javult, de a javulás az érintett végtagon kifejezettebb volt. A Detralexet a betegek jól tűrték, a 6 hónapos kezelés alatt mellékhatás nem jelentkezett.

3. táblázat A limfoszintigráfias vizsgálatok eredményei

Paraméterek	M0	M6	p
$t_{1/2}$ (min)			
Érintett végtag	147.4 (14.9)	144.1 (14.9)	<0.01
Kontroll végtag	100.8 (6.5)	98.3 (6.5)	<0.01
Cl ( $\mu$ l/min)			
Érintett végtag	25.9 (2.5)	28.3 (2.8)	<0.05
Kontroll végtag	38.7 (2.1)	40.0 (2.0)	<0.001
LSC (cm/min)			
Érintett végtag	7.7 (0.3)	8.0 (0.2)	<0.05
Kontroll végtag	8.8 (0.1)	8.9 (0.1)	<0.05

Átlag és (SEM) értékek

**MEGBESZÉLÉS** Az emlő eltávolítása és műtét utáni sugárkezelést követő felső végtagi limfödéma a kezelés egyik legsúlyosabb szövődés, amely rendszerint 2-től 250 hónapig tartó lappangási idő után jelenik meg. Oka a nyirokedények közvetlen károsodása és elzáródása, amelyhez hegesedés és a sugárkezelés okozta bőr és bőr alatti szírszövet fibrózis társul (10). A megmaradt nyirokedények hónapokon keresztül túlterheltek és elégtelenné válnak, aminek következtében magas fehérje tartalmú krónikus ödéma keletkezik (11). Az ödéma krónikus gyulladást idéz elő, amely tovább rontja a nyirok keringést (11).

A hosszantartó nyirok keringési zavar a felső végtagot károsítja; ödéma képződik, fájdalom keletkezik, és a kar mozgása korlátozottabbá válik. Mindez a mindennapi tevékenységet zavarja. A fent említett tünetek jelentkezésekor nyirok keringést javító, pangást csökkentő kezelést próbálnak meg. A kezelés rendszerint fizioterápiát (kézi masszázst vagy megszakított pneumatikus leztorításokat), rugalmas kötések viselését és az úgynevezett „limfoaktív” gyógyszerek alkalmazását foglalja magában. Köztudott, hogy a fizioterápiával a tünetek gyors javulása érhető el (12), fizioterápia azonban nem mindenütt áll rendelkezésre. A rugalmas kötést a betegek egy része nehezen viseli. A flavonoidok, melyeknek a farmakológiai alkalmazása széles körű, hatékonyan csökkentik a duzzadást valamennyi magas protein tartalmú ödéma esetében (11). Mikrovaskuláris zavarok esetében hatásukra a macrophagok a magas fehérje tartalmú szövetekben fokozzák a fehérjék feloldását. Ez történik diosmin adásakor is. A diosmin a Detralex fő alkotóeleme.

A micronizált diosmin, amely csak a Detralexben van, biztosítja a gyógyszer optimális felszívódását a gyomor-bél rendszerből (13). Egyidejűleg a Detralex gátolja azokat a biokémiai mediátorokat, amelyek a gyulladás előidézésében szerepet játszanak (14), csökkenti az abnormálisan fokozott kapilláris permeabilitást (15) és növeli a gyűjtő nyirokerek pumpáló-működését (16). Ez utóbbi hatás egyenes arányban van a beadott gyógyszer mennyiségével. A jelen vizsgálatban a Detralex, amelyben mikronizált diosmin és hesperidin van hatékonyan csökkentette a limfödémás végtagok térfogatát, amellyel párhuzamosan javultak a funkcionális limfoszintigráfias paraméterek. A szer javította a bőr puhaságát, csökkentette a nehézségérzést, a görcsök súlyosságát és a végtag mozgás korlátozottságát. Mindez a betegek életminőségének, általános jólétének javulásában nyilvánult meg. Ezek az előzetes vizsgálatok azt mutatják, hogy az emlőrák kezelése után kialakult limfödéma eseteiben a 6 hónapos Detralex kezelés biztonságos és hatékony alternatívája a fizioterápiás és rugalmas kötéssel történő kezelésnek.

**KÖVETKEZTETÉSEK** A limfödéma általánosan elfogadott vizsgáló módszerei közül, ma is az indirekt limfoszintigráfia tekinthető „arany standardnak”. Az emlőrák új konzervatív kezelésének ellenére a felső végtagi limfödéma még mindig szignifikáns százalékban fordul elő. A fizioterápia és a rugalmas kötés, jóllehet biztonságosak és hatékonyak, hosszú távon nehezen alkalmazhatóak. A flavonoidoknak helyük van a limfödéma kezelésében, különös tekintettel a Detralexre, amelyet mikrocirkulációs zavarok esetén széles körben alkalmaznak. Jelen vizsgálat egyértelműen igazolta, hogy a Detralex a felső végtag limfödémájának gyógyításában is hatékony. Ezek az előzetes megfigyelések, amelyeket 10 beteg vizsgálata során tettünk, megerősítést igényelnek. Javasolt nagy esetszámú, kettős vak vizsgálat végzése.

#### IRODALOM

- Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. High-protein oedemas and the benzo-pyrones, Sydney and Baltimore: Lippincott 1986.
- Cluzan RV, Ecillard P, Ghabboun S. L'aide au diagnostic dans le lymphoedème par les methodes d'explorations. L'indispensable, l'utile, le superflu. Artères et Veines 1993;12:16.

3. Cluzan RV, Alliot AF. Considérations sur les différents types de lymphoedèmes: du diagnostic à la thérapie. *Artères et Veines* 1993;12:5.
4. Patsch H, Wenzel-Hora BI, Urbanek A. Differential diagnosis of lymphedema after indirect lymphography with Iotasul. *Lymphology* 1983;16:12.
5. Bollinger A, Jäger K, Sgier F, Seglias J. Fluorescence microlymphography. *Circulation* 1983;64:1195.
6. Jackson FI, Lentle BC. The scintilymphangiographic 'flare' sign of lymphangitic obstruction. *Clin Nucl Med* 1977;2:211.
7. Pecking A., Cluzan R, Desprez-Curely JP, Guerin P. Indirect lymphoscintigraphy in patients with lymphoedema. *Phlebology* 1986;1:211.
8. Pecking A. Comment explorer les lymphoedèmes des membres? Interêt de la lymphoscintigraphic agents. *Semin Nucl Med* 1983;XIII:9.
10. Brismar B, Ljungdahl I. Postoperative lymphoedema after treatment of breast cancer. *Acta Chir Scand* 1983;149:687.
11. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. The pathophysiology of lymphoedema and the action of benzo-pyrones in reducing it. *Lymphology* 1988;21:190.
12. Clodius L, Foldi M. Therapy for lymphedema today. *Inter Angio* 1984;3:207.
13. Bertrand M, Genissel P, Francois-bouchard M, Roussie M, Bertrand M. Absorption de la diosmine chez le lapin: intérêt de la micronisation. *Artères et Veines* 1992;11:163.
14. Damon M, Faindre O, Michel F, Crastes DE, Paulet R. Effect of chronic treatment with a purified flavonoid fraction on inflammatory granuloma in the rat. *Arzneim Forsch/Drug Res* 1987;37:1149.
15. Stucker O, Bonhomme E, Lenaers A, Teisseire B. Daflon 500 mg depresses bradykinin-Ischemia-induced microvascular leakage of FITC-Dextran in rat cremaster muscle. *Inter Angio* 1989;8:(suppl. 4):39.
16. Cotonat A, Cotonat J. Lymphagogue and pulsatile activities of Daflon 500 mg on canine thoracic lymph duct. *Inter Angio* 1989;8:(suppl. 4):15.

---

#### PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága pályázatot hirdet 35 évnél fiatalabb orvosok részére:

#### „MIÉRT FONTOS AZ ALAPKUTATÁS ÉS A KLINIKUM ÖSSZEKAPCSOLÁSA A NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIÁBAN?”

A pályázónak saját kutatási eredményeket is kell ismertetnie.

Díjak: 1./ 50.000 Ft, 2./ 25.000 Ft 3./ 10.000 Ft

A pályázatot a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága elnökének kell benyújtani legkésőbb 1996. december 31-ig.  
A pályázatokat a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága vezetőségének tagjai bírálják el.

Prof. Dr. Bősze Péter

Magyar Nőgyógyászati Onkológusok Társaságának elnöke  
1301 Budapest, Postafiók 46. Tel/fax: 275-2172

# Treatment of early stage breast cancer

CHRIS THEODOSSIOU M.D., PAUL SCHWARZENBERGER, M.D., DAVID V. SCHAPIRA, M.B.CH.B.,

Section of Hematology-Oncology, Stanley S. Scott Cancer Center & Louisiana State University Medical Center, New Orleans

Carcinoma of the breast remains the most common malignant tumor in women. There were 186,000 new cases and 46,000 deaths related to breast cancer in 1995 in the US alone. It is the second most common cause of cancer-related death after lung cancer and remains the leading cause of cancer-related death in women between 40 and 55.

The incidence of breast cancer has been increasing steadily over the last 50 years. Between 1940 and 1982 the increase was 1.5 % per year, and between 1982 and 1986 it was 4 % per year. The most dramatic increase is seen in small primary tumors, mainly because of earlier diagnosis due to increased awareness and widespread use of screening mammography.

The majority of patients with early stage breast cancer will be cured by local therapy (surgery and radiation) and should therefore be spared the toxicity and costs of adjuvant therapy. However, approximately 30% will eventually relapse locally or systemically. The challenge for the clinician is to determine which patient has a higher chance of relapse and treat her with adjuvant therapy. In making the decision who to treat in the adjuvant setting, the clinician usually considers several prognostic factors.

**PROGNOSTIC FACTORS** There are several prognostic factors the value of which has been well established, while others should be not be routinely used outside the setting of a clinical trial.

**Axillary involvement** The most common site of regional involvement is the axilla. Patients with axillary node involvement have a worse prognosis than patients with no nodal involvement. Furthermore, the higher the number of involved nodes, the worse the prognosis. For patients with 1-3 lymph nodes, the 5-year disease-free survival is 62 %, for patients with 4-9 positive nodes it is 58 %, and if more than 10 nodes are involved it is only 29 % (1).

**Tumor size** The relationship between the size of the primary tumor and the incidence of subsequent recurrence has been clearly documented (2). In addition, it has been shown that the bigger the tumor, the higher the chances of axillary involvement and the shorter the disease-free interval. The 5-year disease-free survival for tumors less than 1 cm is 99 % but the 20-year relapse rate is 14 %. For tumors between 1 and 2 cm, the 5-year disease-free survival is 91 % but the 20-year relapse rate is 31 % (3).

**Nuclear grade** Several histologic grading systems have been described and shown to be of prognostic value. They take into account the architectural arrangement of cells, the degree of nuclear differentiation, and the mitotic rate. Regardless of the nuclear grading system used, nuclear grade I defines a subset of patients with good prognostic characteristics (4).

**Proliferative rate and ploidy** The proliferative rate is determined as the percentage of cells that are in S phase (DNA synthesis). It has been shown that the higher the percentage of cells in S phase, the higher the chances that the tumor will recur (5). The proliferative rate has the additional advantage of not requiring fresh tissue; it can be performed later on frozen tissue or paraffin-embedded tissue. In general, tumors that are Estrogen Receptor negative (ER-) and are aneuploid or have poor histologic grade have a higher S phase.

Ploidy is usually determined by flow cytometry or static cytophotometry. Most of the breast carcinomas are aneuploid, having abnormal DNA content. Aneuploidy has been invariably associated with poor histologic grade and ER negative status.

**Estrogen receptors** Since their initial description in 1977, the measurement of estrogen receptors has become standard practice in the evaluation of patients with breast cancer. The importance of hormone receptor status as a prognostic factor has been more clearly documented in node-positive than in node-negative patients. It should be used in combination with tumor size to assess the risk of recurrence and provide information regarding the use of adjuvant therapy (6).

**HER 2/new Oncogene** Although it seems that patients who express the HER 2/new oncogene have a higher chance of progression (7), its role has not been clearly defined. Its use for treatment decisions is not recommended outside the setting of a clinical trial.

**Cathepsin D** It is proposed that cathepsin D facilitates the metastatic process by digesting the basement membranes. Patients who overexpress cathepsin D seem to have a shorter disease-free survival and a trend for shorter overall survival. The prognostic impact of cathepsin D seems to be independent of estrogen receptor status, tumor size, or involvement of axillary lymph nodes (8).

Other factors that have been studied include histologic subtype, the presence of lymphatic invasion, epidermal growth factor (9), Ki-67, (10), heat shock proteins (11), type IV collagenase (12), and p53 (13). Their use is primarily restricted to the research setting, and they should not be routinely used for treatment-related decisions.

**TREATMENT** With the widespread use of screening mammography and the increased awareness of breast cancer a substantial proportion of tumors are now diagnosed radiologically and hence are smaller. The median diameter of tumors discovered by physical examination is 2.5 cm, while the median diameter of tumors detected radiologically is 0.5 cm. The percentage of tumors detected by mammography has increased from 29 % between 1970 and 1985 to 69 % between 1990 and 1992 (14).

**SURGICAL TREATMENT** The extent of the surgical resection has changed drastically over the last 100 years. With more women concerned about the cosmetic results of the surgery, the use of limited resection in the form of quadrantectomy or lumpectomy has been increasing. The NSABP B-06 trial clearly demonstrated that patients with tumors less than 4cm treated with lumpectomy and radiation have a local recurrence rate of 10% compared to 35 % in patients treated with lumpectomy alone (15). The overall survival

Address correspondence to:

Chris Theodossiou, M.D.  
Section of Hematology-Oncology, Louisiana State University  
1542 Tulane Avenue, Room 604K New Orleans, LA 70112  
Phone: (1 504) 568 6291 Fax: (1 504) 568 3694

of patients treated with lumpectomy and radiation was comparable to the survival of those treated with mastectomy; patients who choose limited surgery and subsequently relapse can be effectively salvaged with mastectomy.

Table 1

### CONTRAINDICATIONS FOR LUMPECTOMY

**Multifocal tumors**

**Tumors with extensive intraductal component**

**Large tumors relative to the volume of the breast**

Limited surgery is contraindicated in certain categories of patients (Table 1). Patients with multifocal tumors and patients with extensive intraductal component (DCIS) are at high risk for local recurrence when treated with lumpectomy plus radiation. In addition, patients who would not experience any advantage from conservative surgical approach, e.g. women with large tumors relative to the volume of the breast, are not candidates for lumpectomy.

Positive margins after conservative resection occur frequently and should be considered an indication for reexcision. It has been clearly demonstrated that patients with positive margins have a high incidence of local recurrence (16). If negative margins cannot be achieved with repeated excision, mastectomy should be recommended (17). A recent study of patients treated with lumpectomy plus radiation compared close margins (less than 3 mm) versus more than 3 mm margins and did not show any differences in local control rate (18). Therefore, a close but negative margin does not require reexcision.

In patients with invasive breast carcinoma, an axillary dissection is routinely performed. The status of the axillary nodes is an excellent predictor of disease-free and overall survival (19). The information obtained from the axillary dissection can be used to determine whether radiation and/or adjuvant therapy is needed. In addition, axillary dissection provides an excellent means of local control for patients with positive nodes. Traditionally a level I and II dissection is carried out unless the lymph nodes at level III are involved, in which case they should be excised. The complication rate of axillary dissection depends on the extent of the exploration and is up to 20% (20).

Investigators have attempted to identify groups of patients who can be spared the morbidity of axillary dissection. Progesterone and estrogen receptors as well as S phase and ploidy have not been able to predict the axillary node status. In a small retrospective study none of eleven patients with primary tumors less than 5 mm had axillary node involvement, while 22% of patients with tumors between 5 and 10 mm and 55% of patients with tumors more than 10 mm had positive axillary nodes (21). The above findings need to be confirmed and more studies are needed before a more conservative approach can be recommended for patients with small primary tumors.

Elderly patients with clinically negative axillas and ER (+) tumors are the only group of patients that can be spared an axillary dissection. These patients usually receive adjuvant hormonal therapy regardless of their axillary node status. In a small series of 73 elderly patients treated with lumpectomy without axillary dissection followed by radi-

ation and tamoxifen, the 8-year survival, disease-free survival, and local control rate were comparable to those of historical controls who had undergone axillary dissection (22).

Sentinel lymph node biopsy has been explored and suggested as an alternative to complete axillary dissection (23). Although this approach appears promising, it has not been prospectively studied and cannot be routinely recommended at this point.

**RADIATION THERAPY** The role of radiation therapy in patients treated with lumpectomy was well established by the NSABP B-06 trial (15). Breast irradiation does not increase survival but decreases the local recurrence rate from 35% in patients treated with lumpectomy alone to 10% in patients treated with lumpectomy plus radiation (15). The timing of radiation is also important. A recent retrospective study from the Joint Center for Radiation Therapy found that for patients who were treated with lumpectomy and delayed radiation therapy for more than 16 weeks, the 5-year local recurrence rate was 35%, which is the same as for patients treated with lumpectomy without concomitant radiation. In contrast, a surgery-radiation interval (SRI) of 0-8 weeks resulted in the same local recurrence rate as an SRI of 8-16 weeks (24).

Although radiation therapy has traditionally been used in conjunction with conservative surgical approach, certain patients treated with mastectomy also require radiation therapy (Table 2). These include women with big tumors (T3), women with more than 4 positive axillary nodes, women with positive margins or involvement of the pectoral muscle, and women with tumors extending into the axillary adipose tissue.

Table 2

### INDICATIONS FOR POSTMASTECTOMY RADIOTHERAPY

**More than 4 positive lymph nodes**

**Positive resection margins**

**Involvement of the pectoral muscle**

**Tumors greater than 5 cm (T3)**

**Extension into the axillary adipose tissue**

With an increasing proportion of patients opting for a conservative surgical approach, the integration of chemotherapy with radiation has become controversial. Patients can be treated concurrently (chemotherapy plus radiation), sequentially (chemotherapy followed by radiation or vice versa) or with chemotherapy-radiation-chemotherapy (sandwich approach). A retrospective study from the Joint Center for Radiation Therapy showed that patients treated with the sandwich approach had a lower locoregional and distant failure rate compared to patients treated concurrently or sequentially (24). A similar European prospective study randomized patients to adjuvant chemotherapy with cyclophosphamide, methotrexate, and 5-FU (CMF) for 6 cycles followed by radiation, versus radiation followed by 6 cycles of CMF, versus 3 cycles of CMF followed by radiation and 3 more cycles of CMF. At 10 years the survival was higher and the rate of local failure was lower in the patients treated with the "sandwich" approach (25).

Patients treated with concurrent radiation and chemotherapy seem to have an increased incidence of radiation pneumonitis. Although the data are not conclusive, it seems that congestive heart failure is more frequently seen in left sided lesions when radiation is given in conjunction with doxorubicin. Acute skin reactions are more frequent

with concurrent administration of chemotherapy and radiation, and doxorubicin is not routinely administered concurrently with radiation.

**ADJUVANT CHEMOTHERAPY** The first trials of adjuvant therapy used thiotepa, melphalan, or cyclophosphamide as single agents and showed minimal improvement in disease-free survival. Studies comparing combination chemotherapy to single agents have consistently shown the superiority of combination chemotherapy in terms in disease-free and overall survival.

The indications for adjuvant chemotherapy have expanded (Table 3). Currently only axillary node negative patients with tumors less than 1 cm or well differentiated tumors less than 2 cm are considered low risk for recurrence and therefore are not treated in the adjuvant setting. The presence of infiltrating ductal carcinoma >1 cm and the presence of axillary node involvement are indications for adjuvant therapy.

Table 3

### INDICATIONS FOR ADJUVANT THERAPY

**Axillary node involvement**

**Stage I infiltrating ductal carcinomas greater than 1 cm**

**Stage II and III disease even if nodes are negative**

The initial trial randomizing patients to cyclophosphamide, methotrexate, and 5FU (CMF) versus observation was published in 1975 and showed significant improvement of disease-free and overall survival for the treated patients (26). The recent 20-year follow-up analysis showed that the survival advantage of patients treated in the adjuvant setting has persisted (27). The only two subsets of patients who did not benefit were postmenopausal women and women with more than 4 lymph nodes involved. Although in the initial study CMF was given for one year, subsequent trials established that 6 months of therapy were equally effective.

The standard of care for chemotherapy in the adjuvant setting for premenopausal patients and patients with less than 4 involved axillary nodes remains CMF for 6 cycles. The NSABP B-15 trial compared 6 cycles of CMF with 4 cycles of cyclophosphamide 600 mg/m<sup>2</sup> plus doxorubicin 60 mg/m<sup>2</sup> (CA) and found the two regimens to be equally effective (28). The CA regimen has the advantage that the chemotherapy is completed by day 63 in contrast to CMF, where the chemotherapy continues for a total of 154 days. Therefore 4 cycles of CA is an acceptable choice for patients who would like to finish chemotherapy earlier. A recent European study comparing CMF to CEF (cyclophosphamide-epirubicin-5FU) failed to show any benefit for the anthracycline-containing regimen (29). Currently there is no evidence from prospective randomized trials that an anthracycline-containing regimen offers any advantage to CMF.

For patients with more than 4 positive lymph nodes, the optimal adjuvant chemotherapy schedule remains to be defined. It is recommended that patients be enrolled in clinical trials assessing the role of intensive chemotherapy with or without bone marrow support.

**CHEMO-HORMONAL COMBINATIONS** Addition of chemotherapy to tamoxifen has been evaluated in several trials primarily in postmenopausal patients. It seems that the disease-free survival increases but increase in overall survival has been shown only in the NSABP B-16 trial where postmenopausal patients with axillary node involvement

were treated with cyclophosphamide, doxorubicin, and tamoxifen (30). A recent study (31) randomized premenopausal women to chemotherapy plus ovarian ablation versus chemotherapy alone and found no significant difference in survival. Therefore combinations of chemotherapy with hormonal treatment cannot be routinely recommended.

**THE ISSUE OF DOSE-INTENSITY** The 20-year analysis of patients treated with CMF clearly showed that patients who had received more than 85 % of their predicted dose did far better than patients who received less than 85 %. A CALGB study where patients with positive nodes were randomized in one of three dose-intensity arms of FAC (5FU, cyclophosphamide, doxorubicin) showed that patients receiving the higher doses had a better disease-free and overall survival (32). It has therefore become apparent that within the standard dose range, dose reduction compromises survival. What is not clear is whether chemotherapy doses higher than standard will impact on survival. Preliminary results from an NSABP trial assessing the efficacy of high dose adjuvant chemotherapy did not show any advantage to increasing the dose of cyclophosphamide (33).

Table 4

### MINIMAL RISK FOR RECURRENCE

**Tumors less than 1 cm**

**Well differentiated papillary, mucinous, and tubular tumors less than 2 cm**

**Ductal carcinoma *in situ***

**HORMONAL THERAPY** Tamoxifen remains the hormonal agent of choice in the adjuvant setting primarily due to its safety profile compared to other hormonal agents. Its mechanism of action has not been fully elucidated; it seems that tamoxifen binds to estrogen receptors and has both estrogenic and antiestrogenic effects. With administration of 20 mg per day, a steady level is reached in about 4 weeks (34). It should be given at a daily dose of 20 mg for 5 years. Results of a recently completed NSABP trial showed that there is no benefit in continuing tamoxifen for more than 5 years.

Tamoxifen has consistently increased disease-free survival in almost all the adjuvant trials. An improvement in overall survival has been shown in several trials including the Scottish (35) and Christie (36) trials and most recently the NSABP B-14 trial (37). The increase in survival is primarily seen in postmenopausal women while in premenopausal women the data are not conclusive: in the NSABP and the Christie trials the advantage was seen when pre- and postmenopausal women were considered together but not when premenopausal women were considered separately. In premenopausal women in the adjuvant setting tamoxifen should be reserved for those patients with ER (+) tumors who are not considered high risk, i.e. stage I patients with ER (+) tumors less than 2 cm.

Based on the above, recommendations for adjuvant treatment for early stage breast cancer can be outlined as follows:

For premenopausal patients with axillary node involvement chemotherapy should always be used in the adjuvant setting. CMF for 6 cycles or CA for 4 cycles are equally effective regimens. Patients with more than 4 positive lymph nodes should be encouraged to enter clinical trials.

For premenopausal node negative patients who need adjuvant therapy, chemotherapy should be used for ER (-) tumors and for ER (+) tumors more than 2 cm. Tamoxifen can be used for tumors less than 2 cm with estrogen positive receptors, low nuclear grade, and low S phase.

For postmenopausal node positive patients tamoxifen should be used for estrogen receptor positive tumors. Tamoxifen plus chemotherapy (cyclophosphamide plus doxorubicin) can also be used in this setting, especially for early postmenopausal patients. For patients with ER (-) tumors who need adjuvant therapy, chemotherapy is usually recommended.

Finally, for postmenopausal node negative patients who are considered for adjuvant therapy tamoxifen should be given to the ones with positive receptors, while chemotherapy should be considered for ER (-) patients.

**NEW DIRECTIONS IN THERAPY** New aromatase inhibitors have already been tested and found to be efficacious in patients with metastatic disease (38). It is expected that within the next few years they will be included in adjuvant studies.

Single arm studies have suggested that more aggressive chemotherapy may be beneficial in high risk patients (39). Ongoing randomized studies will evaluate the role of high dose chemotherapy plus bone marrow transplantation. No recommendations can be made at this point and high risk patients (as defined by the number of lymph nodes involved) should be encouraged to participate in clinical trials. Future adjuvant studies will also include newer agents such as paclitaxel, docetaxel, and vinorelbine that have shown encouraging results in advanced breast cancer. Whether these agents have a role in the adjuvant setting remains to be defined.

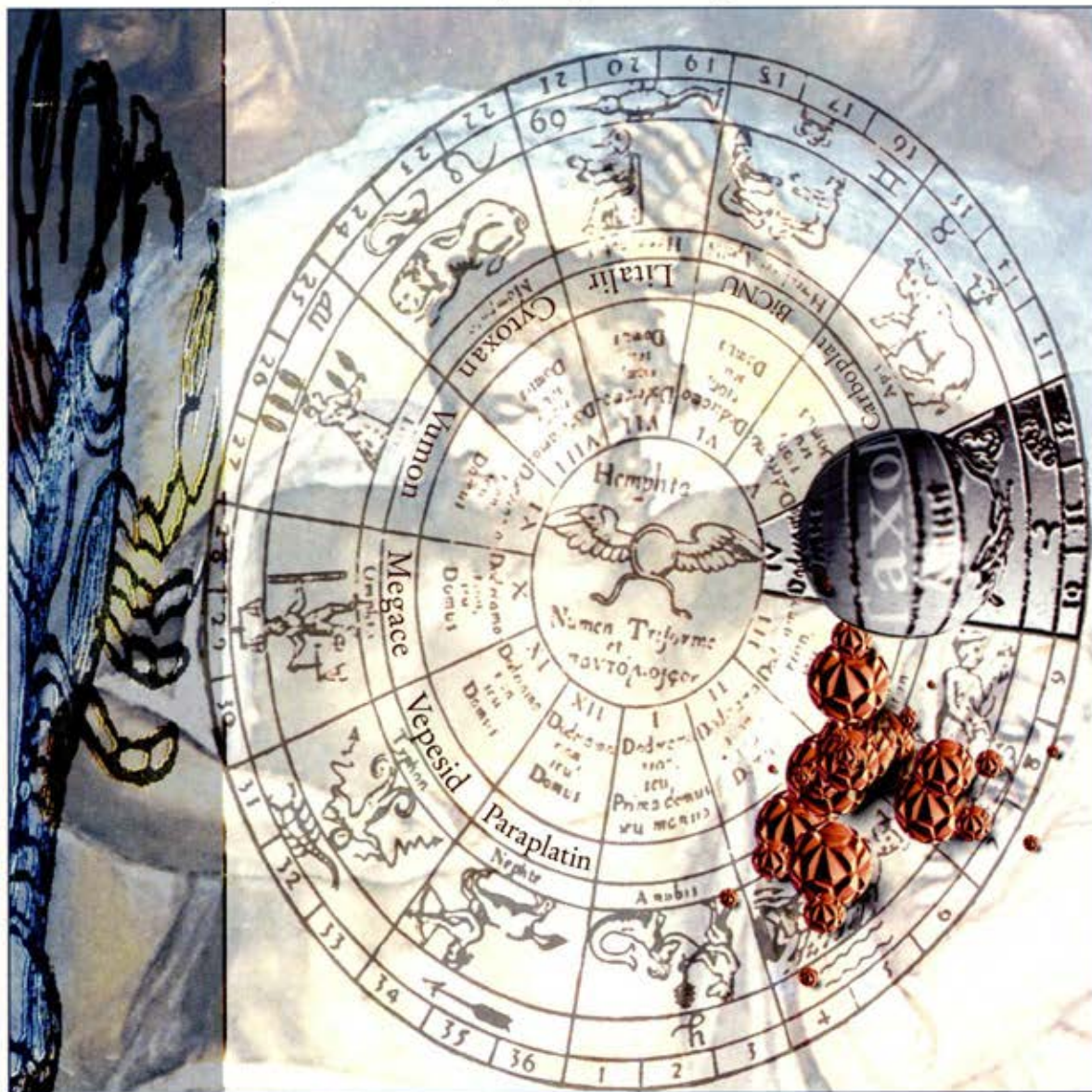
## REFERENCES

- Nemoto T, Vana J, Bedwari RN et al: Management and survival of female breast cancer: results of a survey by the American College of Surgeons. *Cancer* 1980; 45:2917-24.
- Fischer B, Slack NH, Bross DJ et al: Cancer of the breast. Size of neoplasm and prognosis. *Cancer* 1969;24:1071-80.
- Rosen PP, Groshen S, Saigo PE, Kinne DW, Hellman S: A long term follow-up study of survival in Stage I (T1N0M0) and Stage II (T1N1M0) breast carcinoma. *J Clin Oncol* 1989;7:355-66.
- Fisher B, Redmond C, Fisher ER et al: Relative worth of estrogen or progesterone receptor and pathologic characteristics of differentiation as indicators of prognosis in node negative breast cancer patients: Findings from the National Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-06. *J Clin Oncol* 1988;6:1076-87.
- Sigurdsson H, Baldetorp B, Borg A et al: Indicators of prognosis in node negative breast cancer. *N Engl J Med* 1989;320:627-33.
- McGuire WL: Estrogen receptor versus nuclear grade as prognostic factors in axillary node negative breast cancer. *J Clin Oncol* 1988;6:1071-72.
- Tandon AK, Clark GM, Wong et al: HER 2/New oncogene protein and prognosis in breast cancer. *J Clin Oncol* 1989;7:1120-28.
- Tandon AK, Clark GM, Chamness GC et al: Cathepsin D and prognosis in breast cancer. *N Engl J Med* 1990;322:297-302.
- Nickolson S, Richard J, Sainsbury C et al: Epidermal growth factor (EGF): Results of a 6-year follow-up study in operable breast cancer with emphasis in the node negative subgroup. *Br J Cancer* 1991;63:146-50.
- Wintzer HO, Zipfel I, Schulte-Monting J: Ki-67 immunostaining in node negative stage I/II breast carcinoma. Significant correlation with prognosis. *Cancer* 1991;68:549-57.
- Chamness GC: Estrogen-inducible heat shock protein hsp27 predicts recurrence in node negative breast cancer. *Proc Am Assoc Cancer Res* 1989;30:252.
- Daidone MG, Silvestrini R, D'Ercole et al: Laminin receptors, collagenase IV and prognosis in node negative breast cancers. *Int J Cancer* 1991;48:529-32.
- Allred DC, Clark GM, Elledge R et al: Association of p53 protein expression with tumor suppressor gene protein: an independent marker of prognosis in breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1992;84:845-55.
- Ciatto S, Turco MRD, Bonardi R et al: Non-palpable lesions of the breast detected by mammography: review of 1182 consecutive histologically confirmed cases. *Eur J Cancer* 1994;30A:40-44.
- Fisher B, Anderson S, Dredmond KC et al: Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 333:1456-61.
- Chu A, Cope O, Russo R et al: Patterns of loco-regional recurrence and results in stages I and II breast cancer treated by irradiation following limited surgery. *Am J Clin Oncol (CCT)* 1984;7:221-9.
- Taylor ME, Perez CA, Halverson KT et al: Factors influencing cosmetic results after conservation therapy for breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;31:753-64.
- Pittinger TP, Marionian NC, Poulter CA et al: Importance of margin status in outcome of breast-conserving surgery for carcinoma. *Surgery* 1994;116:605-09.
- Siverstein M, Gierson E, Waisman J et al: Predicting axillary node positivity in patients with invasive carcinoma of the breast by using a combination of T category and palpability. *J Am Col Surg* 1995;180:700-04.
- Petrek JA, Blackwood MM: Axillary dissection: Current practice and technique. *Curr Probl Surg* 1995;32:309-13.
- Seidman JD, Schanper LA, Aisner SC: Relationship of the size of the invasive component of the primary breast carcinoma to axillary lymph node metastasis. *Cancer* 1995;75:65-71.
- Reynolds JV, Mercer P, McDermott EW et al: Audit of complete axillary dissection in early breast cancer. *Europ J Cancer* 1994;30A:148-9.
- Giulano AE, Kirgan DM, Guenther JM et al: Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 1994;220:391-401.
- Recht A, Come SE, Gelman R, Goldstein M et al: Integration of conservative surgery, radiotherapy and chemotherapy for the treatment of early stage, node positive breast cancer: sequencing, timing and outcome. *J Clin Onc* 1991;9:1662-67.
- Lara Jimenez P, Garcia Puche JL, Pedraza V: Adjuvant combined modality treatment in high risk breast cancer patients: ten years results. 5th EORTC Breast Cancer Conference, Leuven, Belgium September 1991:A293.
- Bonadonna G, Brusamolino E, Valagussa P et al: Adjuvant study with combination chemotherapy in operable breast cancer. *Proc Am Assoc Cancer Res Am Soc Clin Oncol* 1975;16:254 abstract
- Bonadonna G, Valagussa BS, Moliterni A et al: Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in node-positive breast cancer. The results of 20 years of follow-up. *N Engl J Med* 1995;332:301-06.
- Fisher B, Brown AN, Dimitrov N et al: Two months of doxorubicin-cyclophosphamide with and without interval reinduction therapy compared with 6 Months of cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in positive-node breast cancer patients with tamoxifen-nonresponsive tumors: Results from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-15. *J Clin Oncol* 1990;8:1483-96.
- Coombs RC, Bliss J, Wils F et al: Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil versus fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide chemotherapy in premenopausal women with axillary node-positive operable breast cancer: Results of a randomized trial. *J Clin Oncol* 1996;14:35-45.
- Fisher B, Redmond C, Legault-Poisson S et al: Postoperative chemotherapy and tamoxifen compared with tamoxifen alone in the treatment of positive-node breast cancer patients aged 50 years and older with tumors responsive to tamoxifen: Results from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-16. *J Clin Oncol* 1990;8:1005-18.
- Rivkin S, Green S, O'Sullivan J et al: Adjuvant CMFVP versus adjuvant CMFVP plus ovariectomy for premenopausal, node-positive, and estrogen receptor-positive breast cancer patients: A Southwest Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 1996;14:45-51.
- Wood WC, Budman DR, Kozrum Ah et al: Dose and dose intensity of adjuvant chemotherapy for stage II, node positive breast carcinoma. *N Engl J Med* 1994;330:1253-59.
- Dimitrov N, Anderson S, Fisher B et al: Dose intensification and increased total dose of adjuvant chemotherapy for breast cancer: Findings from NSABP B-22. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1994;13:64.
- Jaiyesimi I, Buzdar A, Decker D et al: Use of tamoxifen for breast cancer: Twenty-eight years later. *J Clin Oncol* 1995;13:513-29.
- Breast Cancer Trials Committee; Scottish Cancer Trials Office: Adjuvant tamoxifen in the management of operable breast cancer: the Scottish trial. *Lancet* 1987;2:171-75.
- Ribeiro G, Swindell R: The Christie Hospital adjuvant tamoxifen trial-status at 10 years. *Br J Cancer* 1988;57:601-03.
- Fisher B, Constatino J, Wickerham L et al: Adjuvant therapy for node negative breast cancer: An update of NSABP findings. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1993;1279 (abstr).
- Hayes DF, Van Zyl JA, Hacking A et al: Randomized comparison of tamoxifen and two separate doses of toremifene in postmenopausal patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol* 1995;13:2556-66.
- Peters WP, Ross M, Vredenburgh JJ et al: High dose chemotherapy and autologous bone marrow support as consolidation after standard-dose adjuvant therapy for high risk primary breast cancer. *J Clin Oncol* 1993;11:1132-43.

# Taxol®

(PACLITAXEL) INJEKCIÓ 30 MG

DESIGN: SETRAISE D STUDIO



ÚJ HATÁSMECHANIZMUSÚ CITOSZTATIKUM

TÖBB DAGANATTÍPUSBAN EGYEDÜLÁLLÓAN MAGAS REMISSZIÓS RÁTA  
HATÉKONY A STANDARD TERÁPIÁKRA REZISZTENSÉ VÁLT ESETEK BEN IS

TOVÁBBI INFORMÁCIÓK AZ ALKALMAZÁSI ELŐIRATBAN TALÁLHATÓK







 Bristol-Myers Squibb

BRISTOL-MYERS SQUIBB KFT. 1023 BUDAPEST, FRANKEL LEÓ U. 30-34.  
TEL.: 326-4825, 326-4826; FAX: 326-4827

 TRADEMARK  
**Orungal**  
itrakonazol

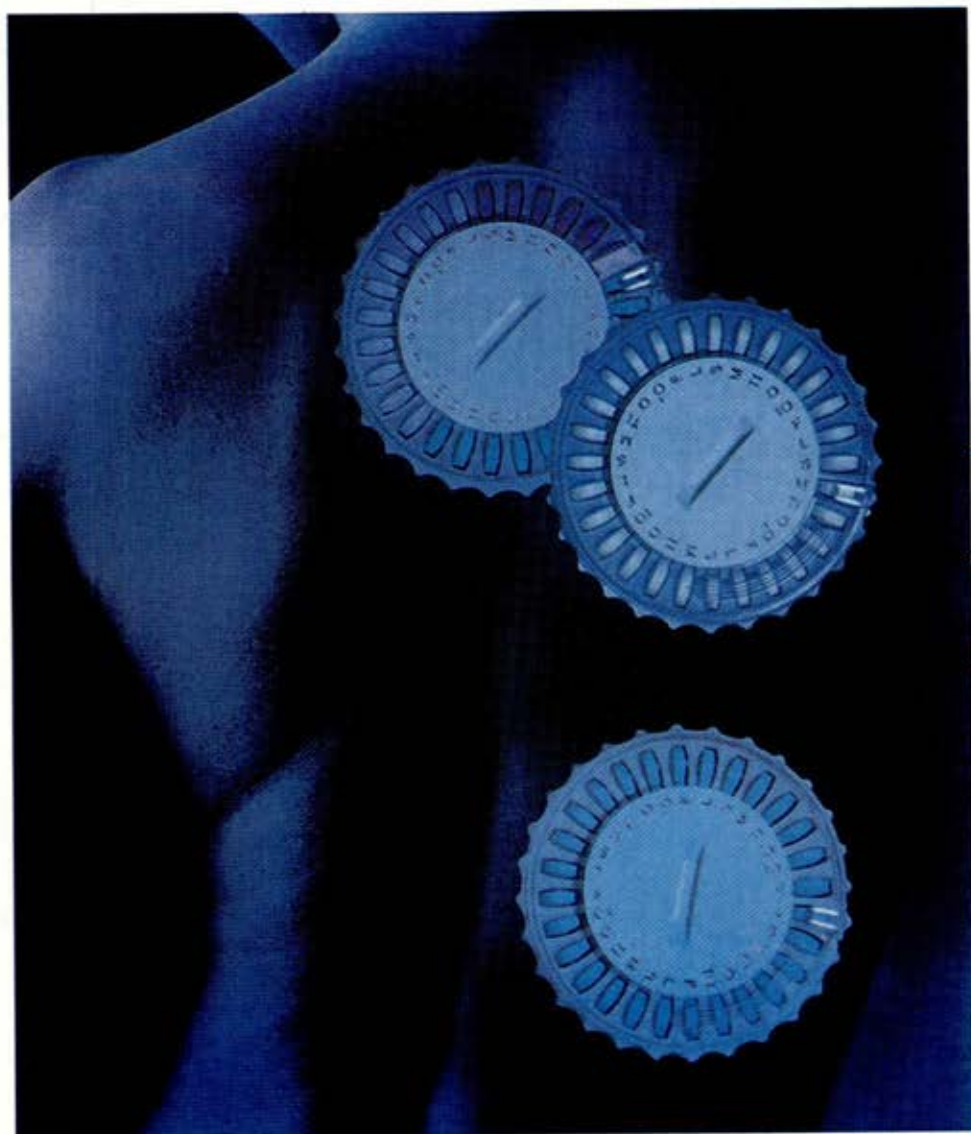
## Új gyógyszer a vaginalis candidiasis kezelésére

-  A legszélesebb spektrum
-  Fungicid hatás
-  A legrövidebb kezelési idő
-  A legkedvezőbb ár





**Az Ő teste  
Az Ő választása  
Novo Nordisk  
A természetes választás**



*Egy tabletta  
Naponta egyszer  
Mindennap*

(természetes humán  $17\beta$ -oestradiol)

- Trisequens<sup>®</sup> ▶ Menopausában
- Kliogest<sup>®</sup> ▶ Postmenopausában
- Estrofem<sup>®</sup> ▶ Hysterektomizált nők számára

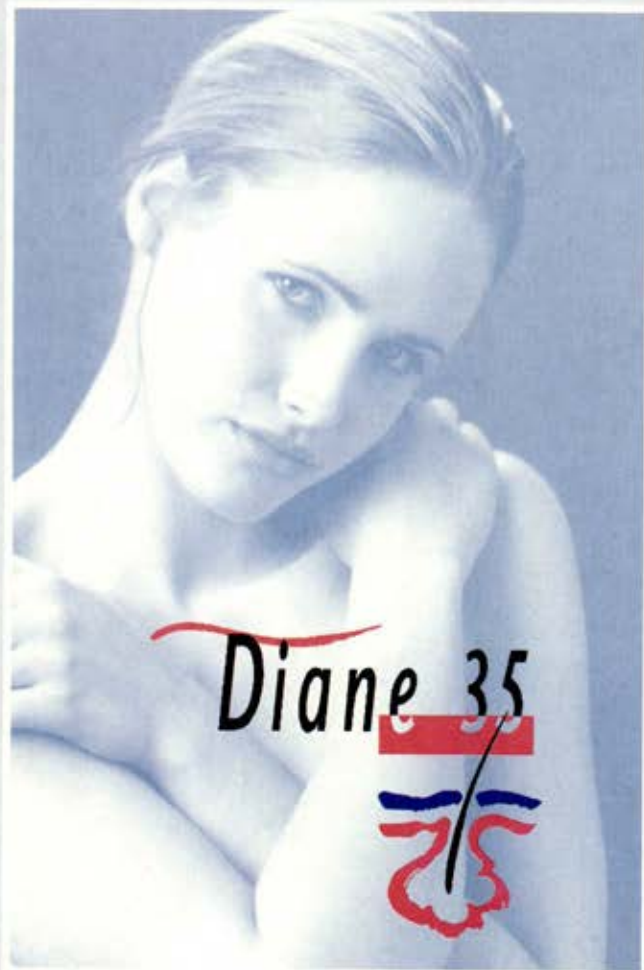
**Osteoporosis preventio**

Novo Nordisk  
Magyarországi Információs és Szerviz Iroda  
1025 Budapest, Felsőzöldmáli út 35.  
Telefon: 250-2277, Fax: 250-2338



**Novo Nordisk**

# Kérdések és válaszok a Diane-35-ről



A Diane-35 draszté 1991 óta van forgalomban hazánkban. Bevezetését követően a magyarországi Schering képviselőlet számos kérdést kapott a készítmény rendelkezésére, hatásmódjára, biztonságára vonatkozóan. Tájékoztatónkkal a leggyakrabban felmerült kérdésekre szeretnénk választ adni.

## Ki írhatja fel a Diane-35-öt?

A készítmény indikációja a hyperandrogenizmussal járó kórképek (acne, seborrhoea, hirsutismus, androgen alopecia) antiandrogén kezelése. A javallati körnek megfelelően a készítményt szakorvos írhatja fel: nőgyógyász, bőrgyógyász, belgyógyász-endokrinológus stb. Kórházi gyakorlatban és magánpraxisban egyaránt rendelhető.

## Kiknek érdemes felírni?

A már ismertetett javallati körben mindazoknak a hyperandrogén jeleket hordozó fertilis korú nőbetegeknek, akik egyébként nem kívánnak teherbe esni.

## Milyen vizsgálatok szükségesek a felírás előtt?

A családi és egyéni kórelőzmény pontos felvétele mellett gondos általános orvosi és nőgyógyászati vizsgálat szükséges. Vérnyomásmérés, vizeletcukor vizsgálat, a májfunkciók ellenőrzése, cytológiai kenet vétele, valamint a terhesség kizárása elengedhetetlen.

## Milyen időtartamra szabad felírni?

Hazánkban a Diane-35-tel kapcsolatban elterjedt az orvosi köztudatban az az információ, hogy csak korlátozott időtartamra rendelhető. A félreértés valószínűleg abból a korszakból származik, amikor a készítményt csak egyedi importban lehetett beszerezni. Amióta a Diane-35 hivatalosan forgalomba került, a rendelkezésére nézve semmilyen megkötés nincs. Ilyen utalást a gyógyszeralkalmazási előírás sem tartalmaz.

## Mennyi ideig szedheti a beteg?

Nem határozható meg pontosan, hogy egy adott beteg gyógyulásához hány ciklus Diane-35 szedése szükséges. Általában azt javasolják, hogy a kezelést a tünetek teljes megszűnéséig kell folytatni, és utána abbahagyni. Klinikai vizsgálatokkal igazolt tény, hogy a gyógyszeresedés felfüggesztését követő néhány hónap múlva az acnés és seborrhoeás elváltozások kb. egyharmada kiújulhat. Ilyenkor érdemes további Diane-35 ciklusokat beiktatni.

## Mit jelent a fogamzásgátló „mellékhatás”?

Ciproteronacetát kezelés során a terhesség kerülendő. Ezért a Diane-35 összetétele eleve biztosítja a megfelelő anticoncipiens hatást. A Diane-35 fogamzásgátló megbízhatósága megegyezik a kombinált hormonális anticoncipienssekével. Szedése során ezért kiegészítő fogamzásgátló módszer alkalmazása nem szükséges. A Diane-35 Pearl index értéke 0,1/100 asszonyév. A ciproteronacetát- hatóanyag ovulációgátló dózisa napi 1 mg (a Diane-35 draszté 2 mg-ot tartalmaz).

## Lehet-e helyi acne-terapeutikummal együtt adni?

Igen. A betegnek nem kell abbahagynia a lokális acne elleni készítmények használatát, ha Diane-35-öt szed. Lehetséges kombináció pl. a Diane-35 és az azelainsavas krém (Skinoren) együttes használata.

További tudományos információval készséggel áll rendelkezésére: SCHERING Gyógyszer Kft.  
1122 Budapest Maros u. 19-21.  
Telefon: 202-5054, Fax: 212-2966

# Combined operative and radiotherapeutic treatment (CORT)

MICHAEL HÖCKEL, M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology, Klinikum der Johannes Gutenberg, Mainz

**A FORDÍTÓ BEVEZETŐJE** Pálfalvi László dr. Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

A nagy onkológiai centrumok adatai szerint a méhnyak és méhtest-daganatos betegek kb.35%-ában kell a daganat kiújulására számítani. A kiújulás az esetek jelentős részében a kismedencére lokalizálódik. A csak műtéten átesett betegek recidív daganatának általánosan elfogadott kezelése a sugárterápia. Az előzetesen sugárkezelésben részesült betegek egyetlen gyógyulási esélyt nyújtó jelenleg ismert kezelési formája a radikális műtét. A gyakorlati tapasztalatok alapján ugyanis a chemoterápia hatása a sugárkezelés utáni kismedencei recidívákban minimális, és a korai recidívák esetén reirradiatio nem végezhető.

Az exenteratiót 1948-ban Alexander Brunschwig előrehaladott méhnyakrákos betegeknél mint palliatív műtéti kezelést írta le. Az egyes betegeknél észlelt hosszú túlélési idő azonban már a kezdeti időkből átforgalmazta az indikációs kört, és a műtétet a sugárkezelés utáni kismedencei recidívákban mint kuratív igényű beavatkozást kezdték végezni. A műtét egyik alapfeltétele, hogy a recidíva a kismedencében centrális elhelyezkedésű legyen. A kiújult tumorok többsége azonban a medencefalhoz kötött. E betegcsoportnál eddig nem állt rendelkezésünkre hatásos terápia.

A mainzi klinikán bevezetett CORT módszer egy forradalmian új kezelési eljárás, mely kibővíti az exenteratio indikációs területét, terápiai lehetőséget biztosítva e korábban inkurábilisnak tartott és csupán fájdalomcsillapításra ítélt betegcsoportnak. Intraoperatív besugárzásra eddig is történtek próbálkozások, ez a kezelés azonban csak egy alkalommal, nyitott hasnál végezhető. A CORT eljárás során azonban az exenteratiót követően brachyterápiás vezetősöveket ültetünk a medencefalra, így a postoperatív sugárkezelés tetszőleges számú frakcióban végezhető, a brachyterápia előnyeit kihasználva: kis távolságon belül nagy sugárdózis, a környező szervek kímélésével.

Az új módszert két éve Magyarországon is alkalmazzuk, biztató kezdeti eredményekkel. Örömmel szolgál, hogy Höckel professzor eredeti leírását magyarra átültethettem, és a nőgyógyászati onkológia iránt érdeklődő kollegák elé tárhattam.

**ÖSSZEFOGLALÁS** A szerző a kiújult medencei rosszindulatú daganatok új kombinált sebészi és sugárkezelési módszerét írja le. Körvonalazza a javallatok körét, a betegek kiválasztásának szempontjait, és módszer technikai részleteit ismerteti. Az eddigi eredmények alapján úgy tűnik, hogy sugárkezelés után kiújult, medencefali daganatok esetében az új módszer, az esetek egy részében a gyógyulás esélyével alkalmazható. A CORT kezelés bevezetése előtt ezekben az esetekben csak tüneti kezelés jött szóba.

Address correspondence to:

Michael Höckel, M.D.  
Klinikum der Johannes Gutenberg  
Langenbeckstrasse 1, 6500 Mainz, Germany  
Phone: (49 6131) 176536, Fax: (49 6131) 176671

**Kulcsszavak:** CORT, sugár és sebészi kezelés, medencefali kiújult daganat

**ABSTRACT** Höckel M. Combined operative and radiotherapeutic treatment (CORT)

The author gives the detailed description of a new combined operative and irradiation treatment of recurrent pelvic malignancies. The indications, patient selection, and technical details of the new method are given. The combination of the pelvic exenterative procedures and tube guided brachytherapy gives a curative chance for a group of patients with postirradiation recurrent pelvic cancer attached to the pelvic wall who until now were candidates for palliative treatment only.

**Key words:** CORT, surgery and radiation, pelvic wall recurrence

**INDIKÁCIÓK** A CORT kifejezés a Combined Operative and Radiotherapeutic Treatment (kombinált műtéti és sugárterápiás kezelés) rövidítése. Ez egy új terápiai megközelítése a medencefalat infiltráló sugárkezelés utáni recidív nőgyógyászati daganatoknak, melyet először a mainzi klinikán 1989-ben vezettek be. Az ötéves tapasztalat azt mutatja, hogy a CORT egy a gyakorlatban alkalmazható terápiai lehetőség, amely hosszú túlélést biztosíthat az egyébként igen rossz prognózisú betegeknél.

**1. táblázat** A nőgyógyászati kismedencei recidív daganatok beosztása

## ENDOPELVIKUS RECIDIVA

Centrális kiújulás	(a daganat nem éri el a medence falát)
Medencefali infiltratio	
I. Típus	(MTM centrális)
II. Típus	(MTM a medencefalon)
Ischiopubikus kiújulás	(MTM a medencefél mellső harmadában)
Acetabularis kiújulás	(MTM a medencefél középső harmadában)
Iliosacralis kiújulás	(MTM a medencefél posterior harmadában)
Suprailiacalis kiújulás	(MTM az iliaca externa ill. communis erek fölött)
Infrailiacalis kiújulás	(MTM az iliaca externa ill. communis erek alatt)

## EXOPELVIKUS RECIDIVA

Inguinalis kiújulás	Medencefali infiltratio nélkül
	Medencefali infiltratioval
Perinealis kiújulás	(vulva és a hüvely alsó harmada)
	Medencefali infiltratio nélkül
	Medencefali infiltratioval

(MTM: major tumor mass = a tumormassza többsége)

A rosszindulatú női nemiszervi daganatok miatt kezelt betegeknek, a petefészek és a kürt daganatait leszámítva, közel 10%-ban valamikor kismencedei recidívája lesz, távoli áttét nélkül. Ez a szám megközelítőleg 3 beteget jelent 100 000 lakosra számítva a fejlett nyugati államokban. A fejletlen országokban ez a szám jóval magasabb.

A nőgyógyászati daganatok lokálrecidívái bárhol elhelyezkedhetnek a kismencedében. Az anatómiai szempontokat figyelembe véve az 1. táblázatban összefoglalt klasszifikációt javasoljuk a kismencedei recidívák osztályozására.

## 2. táblázat A CORT javallatai és ellenjavallatai

### INDIKÁCIÓK

Recidív nőgyógyászati daganatok, melyek a medencefalat infiltrálják  
Előzetes sugárkezelés az elsődleges vagy a kiújult daganat miatt

### ELLENJAVALLATOK

Tuba vagy ovarium carcinoma [kivéve az alacsony malignitású formákat]  
Távoli áttétek  
Paraaortikus vagy ellenoldali kismencedei nyirokcsomó áttétek  
Intraabdominális tumorterjedés  
5 cm-nél nagyobb tumorátmérő  
Idős beteg (75 év fölött)  
Gyenge általános állapot  
Rövid várható élettartam  
A sebészeti beavatkozás egyéb belgyógyászati ellenjavallata  
Psychiátriai betegségek

A kismencedei recidívák kezelése általában a daganat elhelyezkedésétől és az előzetes terápiától függ. A ma általában használt kezelési sémákat figyelembe véve csupán a recidív kismencedei daganatos betegek 15%-a nem részesült előzetes sugárkezelésben. Így ezeknél a betegeknél elsősorban a tele- és brachytherápia alkalmazása jön szóba. A sugárkezelés utáni centrális, a medencefalat el nem érő recidívák esetén a radikális vagy ultraradikális műtéti megoldás (kismencedei exenteratio) a ma elfogadott terápiás alternatíva. A betegek többségénél azonban, akiknél az anamnézisben sugárkezelés szerepel, és akiknél a recidíva infiltrálja a medencefalat, eddig nem állt rendelkezésünkre gyógyulási esélyt jelentő és elfogadható életminőséget biztosító terápiás eljárás. Így az öt éves túlélés ezekben az esetekben igen alacsony, 10 % alatti volt. 1989 óta a mainzi klinikán prospektív módon került alkalmazásra és értékelésre a CORT módszer, olyan sugárkezelés utáni recidív daganatok esetén, ahol a folyamat a medencefalra is ráterjedt. A módszer nem alkalmazható távoli áttétek esetén, beleértve a paraaortikus és a hasi áttéteket is. Az első 41 beteg adatainak Kaplan Mayer féle analízise 36%-os daganatmentes és 42%-os öt éves túlélést valószínűsített. Ezek a túlélési görbék nem különböztek a centrális recidíva miatt azonos periódusban, ugyanabban a centrumban csupán kismencedei exenterációval kezelt betegek túlélési görbéitől. Ennek ellenére a Cox féle regressziós analízis a tumorméretet mint önálló és statisztikailag szignifikáns faktort jelölte meg. Az 5 cm-t meghaladó átmérőjű kismencedei recidív daganatos betegek életkilátásai igen rosszak az ultraradikális kezelés ellenére is. E tapasztalatok alapján mi a CORT módszert azoknál a medencefalhoz kötött recidív daganatos betegeknél alkalmazzuk, ahol a tumor legnagyobb átmérője nem haladja meg az 5 cm-t. A CORT jelentősége a többgócú kismencedei recidív daganatok kezelésében még nem tisztázott. Hasonlóan tisztázatlan még, hogy előzetes sugárkezelésben nem részesült, a medencefalat infiltráló recidív daganatok esetén a CORT, vagy a sugárkezelés a hatásosabb módszer. Ugyanakkor azoknál a betegeknél akiknél a sebészi kezelés utáni recidív daganat nem reagál 45-50 Gy kismencedei teletherápiára, a CORT módszert ter-

piás alternatívának tartjuk. A CORT ellenjavallatai között szerepel az idős kor (75 év fölött), a rossz általános állapot, súlyos pszichiátriai megbetegedés, rövid életkilátás valamilyen más nem nőgyógyászati megbetegedés miatt, vagy bármilyen más elváltozás, amely a sebészeti beavatkozás ellenjavallatát képezi. A javallatokat és ellenjavallatokat a 2. táblázatban összegeztük.

A CORT előtti kivizsgálás laboratóriumi, képalkotó és más szükség szerinti diagnosztikus vizsgálatokból áll. Fontos a beteg narcosisban történő klinikai vizsgálata, és elengedhetetlen a recidíva histológiai igazolása, akár a klinikai lelet alapján, akár CT vezérelt biopsiával. A beteg a műtét előtt belgyógyászati, anesthesiológiai és radiotherápiás konzíliumon esik át.

**MŰTÉTI TECHNIKA** A CORT egy több lépésből álló sebészi és sugárterápiás kezelési eljárás. A *sebészi beavatkozás* részei: 1. a sebészi exploratio, 2. az exenteratio, 3. az after-loading vezetősívek beültetése a medencefali tumorágyra, 4. lebeny képzés, és ennek segítségével a medencefal fedése, 5. a reconstructio. A sugárkezelés a beültetett csöveken keresztül történő brachytherápiából áll, amely általában a műtétet követő második héten kezdődik.

**A BETEG ELŐKÉSZÍTÉSE** Ha az előzetes vizsgálatok alapján a betegnél a CORT eljárás javallott, a pácienssel megbeszéljük a terápiás tervet. A beteget bemutatjuk az urológusnak is, akivel a műtét előtti i.v. pyelogram és irrigoscopia alapján megbeszéljük a vizeletdeviációs lehetőségeket. Hydronephrosis és néma vese esetén (15% alatti creatinin clearance), a nephrectomia is része lesz a beavatkozásnak. A beteget részletesen informáljuk a terápiás tervről, illetve annak lehetséges módosításairól a műtéti lelet függvényében, felvázolva a lehetséges legkisebb és legkiterjedtebb beavatkozás mibenlétét. A nőgyógyász, az urológus, a radiotherapeuta és a pszicho-onkológus elmagyarázza a betegnek a kezelés hosszútávú következményeit és a lehetséges szövődeményeket. A pszichoszexuális következményekről, és a megváltozott testképpel való együttéléssel is részletesen felvilágosítjuk a beteget, mielőtt a CORT-hoz beleegyezését kérnénk.

48 órával a műtét előtt bélelőkészítést kezdünk. Az orron át bevezetett gyomorszondán keresztül orthograd bélmosást végzünk 10 l mosó-folyadékkal, melyet 10 óra alatt folytatunk le, és amelynek összetétele a következő: 75 mmol nátrium, 5 mmol kálium, 50 mmol klorid, 10 mmol citrát és 25 mmol polietilenglikol-4000, literenként. 24 órával a műtét előtt magas beöntéssel egéztjük ki a belek tisztítását. Centrális véna catheteren keresztül 1 l elektrolit oldatot és 1 l aminosavakat és glukózt tartalmazó parenterális tápláló oldat infúziót adunk, valamint szélesspektrumú antibiotikum prophylaxist kezdünk (pl. Augmentin és metronidazol). A stomatherapeuta kijelöli a két stoma helyét a hasfalra, és a tervezett beavatkozástól függően a combokon is kijelöljük az esetleges lebenyeket.

**1. AZ EXPLORATIV LAPAROTOMIA ÉS A LYMPHADENECTOMIA** Minden endopelvikus (kismencedei) recidív tumoros betegnél a CORT eljárás exploratív laparotómiával kezdődik. A hasüreget egy, a köldök fölé meghosszabbított alsó medián laparotómiából nyitjuk meg. A köldököt 3 cm-es szegéllyel kerüljük meg, a tervezett hasfali plastica függvényében (lásd később). Ha van, akkor az esetleges előzetes medián vagy paramedián laparotómiák hegében hatolunk a hasba. Tekintettel az előzetes kezelésre, a hasban általában kiterjedt összenövéseket találunk, melyek gondos oldása szükséges, a has teljes explorálásához. A hasi mosófolyadékot citológiai vizsgálatra küldjük, a gyanús területekről pedig biopsiát veszünk és ezt intraoperatív histológiai vizsgálatra küldjük. Ha a tumorhoz ileum, coecum vagy sigmákacs tapadt le, akkor ezeket kireparáljuk, és az összenövés helyét megjelöljük (pl. öltéssel). Amennyiben a tumor infiltrálja ezeket a

bélszakaszokat, akkor ezt a folyamat abdominális szóródásaként értékeljük. A későbbi bélelzáródás megelőzése végett mérlegelendő ezen bélszakaszok resectioja, a CORT eljárás azonban valószínűleg nem javít ezeknek a betegeknek az életkilátásain.

Amennyiben nincs hasi propagatio utaló jel, mindkét laterocolikus spatiumban meghasítjuk a rekeszig a peritoneumot, majd hasonlóan megnyitjuk a hashártyát a mesenterium mentén. Így a sigma kivételével a beleket és a csepleszt műanyag zsákba helyezve kiemelhetjük a hasból, szélesen feltárva a paraaortikus régiót. Amennyiben az elsődleges kezelés során nem történt meg a paraaortikus nyirokcsomók eltávolítása vagy besugárzása, paraaortikus lymphadenectomiát végzünk. Ellenkező esetben csupán áttapintjuk ezt a régiót és csupán a megnagyobbodott (1 cm-nél nagyobb) nyirokcsomókat távolítjuk el. Mivel valamennyi CORT kezelésre kerülő beteg előzetes irradiációban részesült, a kismedencei lymphadenectomia nem feltétlenül része a műtétnek. A nem infiltrált oldalon azonban megnyitjuk a paravesicális és pararectális spatiumokat, és eltávolítjuk a megnagyobbodott nyirokcsomókat. Az exenteratiót csupán akkor végezzük el, ha az intraoperatív histológiai vizsgálat nem igazolt áttétet a paraaortikus és az ellenoldali kismedencei nyirokcsomókban.

Az *exopelvikus* (kismedencén kívüli) tumoros folyamattal rendelkező betegnél első lépésként kétoldali inguinális lymphadenectomiát végzünk, amennyiben nem kapott előzetes irradiációt erre a területre. Ellenkező esetben csupán a megnagyobbodott nyirokcsomókat távolítjuk el és küldjük intraoperatív histológiai vizsgálatra. Amennyiben egyoldali inguinális nyirokcsomópozitivitást találunk recidív perineális megbetegedésben vagy CORT kezelésre alkalmas inguinális recidívák esetén, azonos oldali extraperitoneális kismedencei nyirokcsomó explorációt végzünk. Ezt a lig. inguinale laterális részének dissectioja, az epigastrica erek leköttetése és a hasizmok szétválasztása után tudjuk elvégezni.

A CORT eljárást nem végezzük el, ha a recidív *exopelvikus* megbetegedés esetén kétoldali inguinális nyirokcsomópozitivitást igazoltunk, hasonló módon ahogy a hasüregben terjedés, a pozitív paraaortikus vagy az ellenoldali kismedencei nyirokcsomópozitivitás ellenjavallatot képez *endopelvikus* folyamat esetén.

**2. AZ ABLATIO (EXENTERATIO)** A kezelés ezen fázisában a sebészi célkitűzés a tumor, és vele együtt az elsődlegesen és másodlagosan (pl. működésképtelen vese) megtámadott szervek resectioja. A tumor resectioja centrális irányban távol az épből kell történni, a medencefal pedig makroszkóposan az épből. Ez az infrailiacalis recidívák többségében csupán valamilyen exenteratiós eljárással érhető el. A sebészi technikát a tumor elhelyezkedése és a medencefallal való viszony határozza meg.

**ENDOPELVIKUS RECIDÍVÁK:** A műtét a hasi feltárásból kezdődik. Az ellenoldali paravesicális és pararectális spatiumok már az előző, exploratív részben feltárással kerültek (lásd fent). Amennyire technikailag lehetséges, a két spatiumot a tumoros oldalon is feltárjuk, a daganat érintése nélkül. Iliosacralis és ischiopubikus recidívák esetén a két spatium megnyitása általában akadálytalanul kivitelezhető. A tumor acetabuláris elhelyezkedése általában csupán a két spatium részleges feltárást teszi lehetővé. Az így feltárt paravesicális és pararectális spatiumokat is exploráljuk, és az esetleges megnagyobbodott nyirokcsomókat fagyasztott metszet vizsgálatra küldjük. Eddig az azonos oldali kismedencei nyirokcsomómetasztázisokat vagy az azonos oldali többgócú megbetegedést nem tekintettük a CORT eljárás ellenjavallatának, a kérdés azonban továbbra is vizsgálat tárgyát képezi.

Miután a tumorosan infiltrált részeket leszámítva, valamennyi kismedencei kötőszövetes spatiumot feltártuk, az exploratio alapján eldönthetjük, hogy szükség van-e valamilyen exenteratio típusra, annak érdekében, hogy centrálisan a tumort épből eltávolítsuk. Az I. típusú infrailiacalis medencefali recidívák minden esetben exenteratiót tes-

nek szükségessé. A II. típusú infrailiacalis recidívákat néha sikerül exenteratio nélkül is ép sebészi széllel eltávolítani. Az exenteratio technikai kivitelezésével kapcsolatban itt csupán néhány fontos részletre hívjuk fel a figyelmet. Az azonos oldali urétert a tumortól 2 cm-rel proximálisan vágjuk át. Amennyiben nem tervezünk nephrectomiát, a distalis urétercsomok végét szövettani vizsgálatra küldjük, az esetleges tumorinfiltratio kizárására.

Az exenteratiós blockot előbb a medencefalat nem infiltráló oldalon mobilizáljuk. A tumoros oldalon centripetálisan haladunk a tumoros rész irányába, végül a blockot az infiltrált medencefali izmokkal együtt távolítjuk el.

A suprailiacalis elhelyezkedésű tumorrecidívák esetén ritkán kerül sor exenteratióra, a tumorhoz rögzült vékonybél kacsok vagy vastagbél szakasz resectiojára azonban az operáló team-nek fel kell készülni. Ugyanakkor a suprailiacalis tumorok teljes eltávolítása psoas izom részleges resectióját teszi szükségessé.

A medencefalra a tumor teljes eltávolítására kell törekednünk, megőrizve azonban a láb számára szükséges ereket és idegeket. A tumorágyat a medencefalra metilénkékkel megjelöljük. A hasat és a kismedencét gondosan átöblítjük a tumorsejtek intraoperatív szóródásának csökkentésére.

Ha a nephrectomia is része a műtétnek, az urétert teljesen mobilizáljuk, majd feltárjuk és leköttetések között átvágjuk az artéria és vena renalis. A vesét tompán mobilizáljuk a perirenalis zsírszövetben. A suprarenális érszékötetéseket coaguláljuk a vese eltávolítása előtt.

**PERINEALIS RECIDÍVÁK:** Ebben az esetben a műtétet a gáton kezdjük. A bőrmetszést a makroszkópikus tumorszéltől 2 cm-re vezetjük. Amennyiben a tumor az urethra distalis harmadánál többet infiltrál, infralevator mellő exenteratióra van szükség. Hasonlóan az anus tumoros beszűrsége hátsó infralevator exenteratiót tesz szükségessé. Az anus és az urethra beszűrsége, illetve a medencefali infiltráltsága esetén totál infralevator exenteratiót végzünk.

A tumorresectio stratégiája hasonló az endopelvikus tumorterjedésnél leírtaknál. A hüvely felől a preparálást az arcus tendineusig végezzük, majd a műtétet a has felől folytatjuk. A hüvelyi specimenrészt steril fóliaszákkal borítjuk. A medencefalra a tumorágyat az endopelvikus tumoroknál leírtakhoz hasonlóan látjuk el.

**INGUINALIS RECIDÍVÁK:** A CORT alkalmazásához az inguinális recidíváknek unifocálisnak kell lenniük. A sebészi exploratio során az ellenoldali inguinális régióknak és az azonos oldali obturator és iliaca externa régióknak tumor mentesnek kell bizonyulniuk. A bőrmetszés proximális része a kismedencei nyirokcsomók retroperitoneális feltárást is lehetővé kell tegye. A metszés distalis része a tumortól körülötte legalább 2 cm távolságra kell legyen. A caudalis preparálás során átvágjuk a subcutan réteget, majd átvágva a fascia lata-t, megnyitjuk a Scarpa féle háromszöget. A fascia fölött lévő összes eret leköttetjük, beleértve a vena saphenát is. A fascia alatt a femorális ereket preparálunk proximális irányba, mobilizálva a tumort az inguinális ligamentum szintjéig. Ezt követően a preparálást a seb felső részében folytatjuk, az iliaca externa erek mentén distalis irányba haladva. A kétirányból való preparálás az epigastrica erek eredésének szintjében találkozik, melyeket leköttetünk a block eltávolítása során. A blockot ezután mediális irányba mobilizáljuk a pectineus izom mentén a symphysisig, itt is 2-3 cm ép szövetet tart biztosítva. A tumorágyat itt is metilénkékkel jelöljük meg. Az obturator fossába szívódraint helyezünk, majd a ligamentum inguinálét egyesítjük.

**3. A VEZETŐCSÖVEK IMPLANTÁLÁSA** A CORT kezelésben a tumor sebészi ablatióját, a medencefalra hagyott tumorágyra leadott egysíkú brachytherapiás besugárzás követi. A besugárzás célterülete magába foglalja a feltételezett mikroszkópikus tumor residuum területét, és egy körkörös 2 cm-es biztonsági zónát. Ezt a területet intraoperatív speciális clipekkel jelöljük meg, melyek a simulator Röntgen felvételein

különböznek a szokásos haemoclipektől. Ezek a marker clipek titaniumból készülnek, hogy a CT és MRI felvételeket ne zavarják. A clipeket a tuttlingeni Normend cég állította elő.

A vezetősövek beültetésekora a következő irányelvek betartását ajánljuk: 1. A legelső és legutolsó vezetőső a legszélső markerclipektől 1 cm-re laterálisan helyezkedjen el, a csövek distalis vége pedig 2 cm-rel haladja meg a legelső clipeket. 2. a csöveket egymással párhuzamosan és egyenlő távolságra helyezük el. 3. A csövek feküdjének fel a medencefalra. A fenti követelmények elérésére egy „CORT szettet” fejlesztettünk ki a karlsruhei Angiomed és a tuttlingeni Normend cégekkel közösen. A vezetősövek számát a célterület kiterjedése határozza meg. A csövek között 2 cm távolságot hagyunk. A CORT eljárást maximum 5 cm átmérőjű tumoroknál alkalmazzuk, így a célterület maximális átmérője 9-10 cm (5 cm tumorátmérő plusz 2 cm kétoldali biztonsági zóna). Így a csövek maximális száma 5.

A csövek kivezetési helyét a bőrön keresztül a tumorágy elhelyezkedése határozza meg. A legtöbb endopelvikus medencefali recidíva esetén a csövek kivezetési helye egy, az inguinális ligamentummal párhuzamos és attól 1-2 cm-re mediálisan elhelyezkedő vonal mentén helyezkedik el. Mély ischiopubikus vagy perineális recidívák esetén a csöveket a gát bőrén keresztül vezetjük ki. Inguinális recidívák esetén a csövek kilépési helye egy a spina iliaca antero superior és a trochanter maiort összekötő vonal mentén van. A csövek kilépési helyét a bőrön egy vonallal jelöljük meg, melyet 2 centiméterenként beosztunk. Először egy középső csövet helyezünk el. A hasfal rétegeit egy speciális trocarral szúrjuk át, úgy, hogy a szúrscsatorna a tumorágy centruma felé irányul. A trocar bevezetése alatt ideiglenesen a helyükre fektetjük a csöveket majdan takaró hasfali vagy perineális lebenyeket. A csövet átdugjuk a trocaron, majd azt kihúzzuk, az afterloading vezetősövet a helyén hagyva. A titanium távolságtartót a csövek számának megfelelően levágjuk, és a medencefal alakjának megfelelően meggörbítjük, és a csövet a távolságtartó megfelelő gyűrűjébe húzzuk. A távolságtartót 2-3 nem felszívódó öltéssel rögzítjük a medencefalhoz. A többi vezetősövet a trocar segítségével a bőrön megjelölt helyen vezetjük a célterületre, és áthúzzuk őket a távolságtartó megfelelő gyűrűjén. A távolságtartón kívül a csöveket még két három felszívódó öltéssel stabilizáljuk a medencefalon. Ha a daganatágy mélyebben a kismedencében helyezkedik el, a csövek helyes fekvését a távolságtartó megfelelő görbítésével érjük el. A csövek nem nyomják össze az iliaca externa ereket. A csöveket 3 cm-rel a bőr szintje fölött levágjuk. A műtét végén, a hasfalzárást követően a csövekre felhúzzuk a rögzítő gyűrűket és steril Histoacryllal a csövekre ragasztjuk. A csöveket ideiglenesen műanyag dugóval zárjuk.

**4. A MEDENCEFALI LEBENYPLASZTIKA** A medencefali lebenyplasztikája elengedhetetlen fontosságú a CORT sikeréhez. A nem besugarazott, jó vérellátású saját szövet beforgatása a kismedencébe különböző lebenyforgatási technikák révén több célt szolgál: 1. Kellő távolságot tart a sugárforrás és a kismedencei üreges szervek között pl. ureter, hólyag, vékony vagy vastagbél. 2. Javítja a medencefali mikroperfúzióját, ezáltal csökkenti a műtét utáni szövődmenyeket (pl. tályogképződés) és javítja a sugárzás daganatölő hatását az oxigenisatio javítása révén. 3. Csökkenti a medencefali késői sugárkárosodását, a lebeny és a medencefal között képződő neovascularisatio révén.

A fenti célok elérése végett a lebenyplasztika során a következőket kell figyelembe venni: 1. A lebenyeknek teljesen fedniük kell a besugarzott célterületet és legalább 3 cm vastagnak kell lenniük. 2. A daganatágy és a lebeny között nem szabad holt térnek maradnia. 3. A lebenyek vérellátásának tökéletesnek kell lennie, hogy a későbbiekben a neovascularisatio képződését biztosítani tudja.

A CORT eljáráshoz 4 lebenytípust, illetve azok variációit és kombinációit találtunk alkalmasnak: a nagy-cseplesz "J" lebeny, a rectus abdominis lebeny, a glutealis és a tensor fasciae latae lebeny. Általában

a kismedencében izom, deepithelizált musculocutaneus, vagy fasciocutaneus lebenyt használunk, cseplesz lebennyel kombinálva. Amikor lehet, az izomnyeles lebenyt az ellenoldalról a csepleszlebenyt pedig az azonos oldalról preparáljuk ki. Az izomnyeles lebenyt a medencefalra fektetjük, míg a csepleszlebennyel az előbbit fedjük, növelve a radioprotektív távolságot, és javítva a mikroperfúziót és a szendvicslebeny angiogenetikus képességét. A lebeny felszínét meg-növelhetjük, ha a distalis részét U vagy J alakban összevarrjuk. Izomnyeles lebeny esetén az izomrész fektetjük a medencefalra. Fasciocutaneus lebeny esetén mind a fascia mind a deepithelizált oldalt fektettük már a medencefalra, nem észlelve különbséget a postoperatív szakban. Az epithelizált musculo vagy fasciocutaneus lebenyeket exopelvikus tumorok esetén használjuk.

**5. A RECONSTRUCTIO** A beavatkozás ezen részében helyreállítjuk a kismedencei functioikat, melyek elveszték a hólyag, az anorectum, a hüvely, a gát és az inguinális szövetek resectioja kapcsán. A sebészi reconstructio kapcsán azonban figyelembe kell venni a medencefali lebenyplasztikát, valamint a postoperatív szakban következő irradia-tiot.

**A HÓLYAG** Medencefali recidívák esetén ritkán lehetséges a hólyag részleges resectioja, amennyiben a tumor a hólyagfalat vagy a paravesicális spatiumot infiltrálja. Amennyiben a tumort nem lehet biztonságos ép szegéllyel a hólyagtól elválasztani, a hólyagot resecáljuk és supravescicális vizeletdeviatot készítünk. Mainzban a CORT eljárás kapcsán a continens vizeletdeviatot az urológus kollegék készítik (R. Hohenfellner és munkatársai). A vizeletreservoar készítésére az ileumot és a jobb vagy bal colonfelet használjuk. Ezen bélszakaszok előzetes irradia-tioja, műtete vagy egyéb pathológiás elváltozása ellenjavallja felhasználásukat a puochkészítésben. A vizeletreservoar típusának kiválasztását befolyásolja a daganat elhelyezkedése, a resectio kiterjedése, a székletdeviatio helye és a medencefali lebenyplastica típusa. Egy relatíve jó prognózisú betegnél, akinél CORT eljárást alkalmazunk (unifocális 5 cm-nél kisebb átmérőjű tumor) lehetőleg continens vizeletreservoart készítünk, a stomát a köldökbe helyezve. Ez a megoldás biztosítja a legjobb funkcionális és esztétikai eredményt.

**AZ ANORECTUM** Mi a CORT eljárás során nem törekszünk mély colorectális vagy cololanális anastomosis készítésére, annak ellenére, hogy ez sok esetben technikailag lehetséges volna. Túl magasnak tűnik ugyanis az anastomosis szétválásának veszélye, az előzetes sugárkezelés és a CORT részét képező postoperatív sugárkezelés miatt, még kellően vastag medencefali lebeny esetén is. Egy ilyen szövődmeny túlélési esélye csekély, ugyanis a közvetlen életveszélyen kívül a postoperatív brachytherapiát is lehetetlenné teszi. Infralevator posterior vagy total exenteratio estén eltávolítjuk a teljes anorectumot, beleértve az anális sphinctert is. Supralevator posterior vagy total exenteratio esetén a distalis rectumcsomókat rövidre (kevesebb mint 6 cm) kell resecálni, hogy ne akadályozza a brachytherapiás vezetősövek implantálását, illetve, hogy minimálisra csökkentjük a tályogképződés és súlyos proctitis esélyét a CORT kapcsán.

A colostoma elhelyezését a hasfalon a medencefali daganat elhelyezkedése, az ablatio kiterjedése, a medencefali lebenyplastica és a vizeletdeviatio típusa befolyásolja. A CORT betegeknek a székletdeviatio lehetőség szerint a következő feltételeknek kell megfeleljen: a stoma elhelyezése optimális legyen, minimálisra csökkentve a komplikációk esélyét, és könnyen kezelhető legyen a beteg számára.

**A HÜVELY** A neovagina képzés lehetőségeit CORT kapcsán a tumor elhelyezkedése és a sebészi ablatio kiterjedése szabja meg. Amennyiben a CORT kapcsán supralevator exenteratio történik, a hüvely alsó harmadát megőrizzük. Hüvelyhosszabbító eljárásokat nem ajánlunk, mert a kismedencei hegesezés a hosszutávú funkcionális eredményeket kompromittálja. Hasonlóan nem ajánlatos a neovagina képzés perineális tumor esetén, mert a medencefali lebenyplastica fibrozisa az

introitus irreversibilis constrictiojához vezet. Endopelvikus medencefali tumor esetén végzett infralevator total exenteratio esetén a neovagina képzés megkísérelhető. Tekintetbe véve a szükséges medencefali plasticát, a neovagina képzés optimális megoldása az ellenoldali gluteális lebeny, vagy a kiterjesztett VRAM lebeny (Vertical Rectus Abdominis Musculocutaneus lebeny) vagy az ellenoldali pudendális „Singapur” lebeny. Mi az ellenoldali gluteális lebenyt használjuk, az azonos oldali helyett, hogy elkerüljük a lebeny vérellátásának károsodását a sebészeti beavatkozás által (a gluteális inferior artéria ugyanis a lekötött art. iliaca interna ága), illetve a postoperatív brachytherápia következtében. A gluteális lebeny distális epitheliummal nem fedett részét, vagy a VRAM lebeny epitheliummal nem fedett proximális részét használjuk fel a medencefal plasticára. Az azonos oldali neovagina falat így a gluteális vagy a VRAM lebeny bőrrel fedett része képezi, míg a pudendális (Singapur) lebeny képezi a hüvely ellenoldali falát. Ennél a lebenykombinációnál, a gluteális lebeny beforgatásához szükséges perineális tunel képzésekor vigyázni kell a pudenda interna erek perineális ágainak épségére. A pudendális (Singapur) lebeny, egy fasciocutaneus lebeny, melynek vérellátása az art. pudenda interna perineális ágain alapszik. Kijelölése a perineális, inguinális, femorális hajlatban *Wee és Joseph* szerint történik (13). A gyakorlatban a max. 5 cm átmérőjű széles és 10 cm hosszú lebeny túnt a legmegfelelőbbnek. A nagyjakat részben felpreparáljuk az urogenitális diaphragmáról, így képezve a lebenybeforgatáshoz szükséges tunelt, és a lebenyt a neovagina helyére visszük. A Singapur lebenyt és a bőrrel fedett részét a gluteális vagy a VRAM lebenynek egymással összevarrjuk, a szükséges méretű és rugalmasságú neovaginat képezve. Azoknál a betegeknél, akikenél infralevator mellső exenteratio történik medencefali recidíva miatt, a hátsó és az ellenoldali hüvelyfalat lehetőség szerint megőrizjük, a mellső és az azonos oldali oldalsó hüvelyfalat pedig rectus abdominis musculocutaneus lebenyből képezzük, mely egyúttal a medencefalat is borítja. Hasonló módon infralevator hátsó exenteratio után a megőrzött mellső hüvelyfalat a medencefali plasticához beforgatott gluteális lebenyvel pótoljuk.

**VULVA, PERINEUM ÉS INGUINALIS RÉGIÓ** Exopelvikus daganat esetén, a CORT kezelés során a vulva és preineum rekonstrukciójára is szükség van. A széles tumorresectiót követő lágyrészfektust egy vagy mindkét oldalról beforgatott epithelizált gluteus lebenyvel pótoljuk, mely egyúttal az azonos oldali medencefali plasticát képezi. Az endopelvikus medencefali recidívától eltérően, itt a tumorresectio során nem károsíthatjuk az art. glutealis inferiort. A lebenyképzés és forgatás részletes technikájára itt nem térünk ki, ennek leírását máshol megtalálhatjuk (10). A medencefalat infiltráló inguinális recidívák széles resectioja után keletkező szövethiányt ellenoldali vertikális vagy transversus rectus abdominis musculocutaneus, vagy azonos oldali tensor fasciae latae lebenyvel pótoljuk. Ezek részletes leírására szintén csak utalunk (8,9,11).

**A SUGÁRKEZELÉS** Elvileg a CORT eljárás során a vezetősöveken keresztül több lehetséges brachytherápia modellt alkalmazhatunk (low dose rate, high dose rate, pulsed dose rate). Az alkalmazott kezelési formától függetlenül a kezelés tervezése és a dosimetria optimális kell legyen, a leadott dózis ugyanis elég nagy kell legyen ahhoz, hogy a medencefalon maradt mikroszkópikus daganatokat elpusztítsa. A sugárkezelést a postoperatív szakban a lehető legkorábban elkezdjük, amint feltételezzük, hogy a lebeny és a medencefal között a neovascularisatio létrejött. Állatkísérletekből tudjuk, hogy a musculocutaneus lebenyek és a befogadó szövetágy között hét nap alatt létrejönnek a neovascularis összeköttetések, amit az bizonyít, hogy a hét napot követően a lebeny eredeti ellátóereinek lekötése esetén sem hal el lebeny. Feltételezve, hogy a medencefali plasztika esetén az angiogenesis hasonló idő alatt zajlik, és figyelembe véve, hogy a kiterjesztett

sebészeti beavatkozást követően a beteg közvetlen postoperatív szakból való felépüléséhez szintén egy hét kell, a sugárkezelés megtervezését a második hét kezdetén végezzük, szövődmény mentes postoperatív szak esetén pedig a sugárkezelést a 10-14. napon kezdjük.

A sugárkezelés tervezéséhez a postoperatív szakban MRI felvételt készítünk a kismedencéről. Az MRI vizsgálat során a dinamikus kontrasztvariáció alapján értékeljük a medencefali lebeny funkcióit. Megmérjük a vezetősöveket és a hozzájuk legközelebb eső kismedencei üreges szervek közötti távolságot, és ellenőrizzük a lebeny és a medencefal perfúzióját. Kalibráló jelölődrótokat helyezünk a vezetősövekbe, és különböző síkokban Rtg felvételeket készítünk a kismedencéről. A szimulátor felvételeken kijelöljük a célterületet, a tumorágy szélére intraoperatív behelyezett jelölőcseppek segítségével. A tervezés során az optimális dóziseloszlás eléréséhez a számítógépbe betápláljuk a vezetősövek elhelyezkedését, a célterületet, és más meghatározó anatómiai pontokat (pl. a kismedencei üreges szervekig mért távolságot). Megrajzoljuk a számítógép segítségével a 100%-os izodózis görbét, mely magába kell foglalja a tumorágy területét kb. 2 cm-es szegéllyel, mélységben pedig kb 1-1,5 cm-re kell a medencefalban húzódnia.

A mainzi sugárterápiás központban Microselectron Ir 192 high-dose-rate brachytherápiás készüléket használunk PLATO tervezési rendszerrel (Nucletron, Hollandia).

A kezelés során heti két frakcióban 6 Gy-t adunk le. Amennyiben a beteg rövid ideje (4 hét) percután kismedencei sugárkezelésben részesült, a CORT kezelés előtt az összdózis 30 Gy-re korlátozzuk. Ha a megelőző sugárkezelés több mint 6 hónapja történt, a CORT során 48-54 Gy-t adunk le. A kezelés alatt a beteg hemoglobin értékét 12g% fölött tartjuk, ha kell transfúzióval, vagy erythropoetin adásával.

A vezetősövek bőröltéseit rendszeresen ellenőrizzük. A kezelési idő alatt esetleg szükség lehet újabb fixáló öltések behelyezésére. Az utolsó brachytherápiás kezelést követően a fixáló öltéseket átvágjuk és a vezetősöveket kiméletes húzással eltávolítjuk. A preoperatív intravénásan adott antibiotikus profilaxist követően a beteg szulfamid készítményt kap a kezelés teljes ideje alatt. Hasonlóan az egész kezelés alatt folytatjuk az alacsony dózisú heparin profilaxist.

**SZÖVŐDMÉNYEK** Annak ellenére, hogy a CORT egy ultraradikális kezelési módszer, ezidáig egyetlen beteget sem veszítettünk el a beavatkozás következtében. A 43 eddig kezelt betegnél fellépett jelentősebb szövődményeket a 3. táblázat tartalmazza.

### 3. táblázat Szövődmények

Szövődmény	a kezelés alatt	a kezelést követően	
		tumorprogressio nélkül	tumorprogressio esetén
Thrombembolia	1		1
Vastagbél fistula	2		
Vékonybél fistula		1	1
Sigmabél neovagina elhalás		1	
Kismedencei tályog	2	1	
Hátfali dehiscencia	1		
Vizeletreservoir varratelégtelenség	1		
Proctitis		1	
Alsóvégtag fájdalom		4	3
<b>Összesen</b>	<b>7 (16%)</b>	<b>8 (19%)</b>	<b>5 (12%)</b>

Követési idő átlagban 31 hónap, 1 és 60 hónap között / n = 43 beteg

A legsúlyosabb szövődmény, mely két betegnél fordult elő, a mély colo-rectális, colo-anális anastomosis dehiscenciája volt. Annak ellenére, hogy intraoperatív tesztelve a gépi anastomosisvonal ép volt, a postoperatív harmadik héten mindkét betegnél székletfistula alakult ki. Mindkét beteg állapota rendeződött tehermentesítő colostoma felhelyezése után. A vezetősöveket azonban ezeknél a betegknél 12 Gy brachytherápia után el kellett távolítani. Ez a suboptimális kezelés a lokális tumorkontrollt nem biztosította. Mindkét beteg néhány hónap múlva lokálrecidívá, illetve távoli áttétek miatt elhunyt. Egy másik betegnél a hüvelyképzésre használt sigmaszakasz elhalt a sugárkezelés befejezése után. E három sikertelen eset kapcsán arra a következtetésre jutottunk, hogy az előzetesen irradiált kismedencében a CORT kezelés során készített mély vastagbél-anastomosisok kockázata igen nagy, így ezek alkalmazásával felhagytunk.

Vékonybél-fistula két betegnél alakult ki. Az egyik fistula a tumorprogresszió miatt jött létre 12 hónappal a CORT kezelés után. A betegnél palliatív céllal a tumoros vékonybélszakaszt resecáltuk. A beteget 4 hónappal később veszítettük el a hasi tumoros folyamat progressziója és távoli metastasisok következtében. A második betegnél a vékonybél-fistula 2 évvel a CORT kezelést követően alakult ki tumorprogresszió jelei nélkül. A fistula kishozamú, és a beteg nem kíván sebészi korrekciót.

Kismedencei tályog két betegnél alakult ki a CORT kezelés alatt, egy betegnél pedig egy évvel a kezelést követően. Mindhárom esetben sikeresen alkalmaztunk konzervatív kezelést (CT vezérelt drainage és lavage) és antibiotikus terapiát. Az első két betegnél a brachytherápiát egy hét késéssel folytattuk és sikeresen befejeztük.

Két beteget reoperáltunk a korai postoperatív szakban. Az egyiket hasfali disruptio miatt, a másodikat a vizeletreservoar varratelégtelensége miatt. Tartós fájdalomcsillapítást a CORT kezelést követően egy beteg az anorectális csomó súlyos proctitis miatt igényelt, négy beteg pedig enyhe, a brachytherápiát követő alsóvégtagi fájdalmak miatt. Ezeknél a betegeknek azonban tumorprogresszió nem volt kimutatható.

**ÖSSZEFOGLALÁS** A CORT (kombinált ultraradikális sebészeti beavatkozás és módosított radioterápia) célja olyan, a medencefalat kötő, sugárkezelés utáni recidív nőgyógyászati daganatos betegek megmentése, akiknek a prognózisa egyébként infaust. A CORT eljárás sikere

érdekében azonban különös gondot kell fordítani a betegek szelekciójára, a sebészi tumorablatiora és a medencefali plasztikára. A jövőben a gondos utánkövetés és tudományos értékelés, valamint újabb sebészi technikák kipróbálása tovább fogja finomítani a CORT kezelést.

#### IRODALOM

- Höckel M, Kutzner J, Bauer H, Friedberg V. Eine neue experimentelle Methode zur Behandlung von Beckenwandrecidiven gynäkologischer Malignome. *Geburth. u. Frauenheilk* 1989; 49: 981-986.
- Höckel M, Knapstein PG, Kutzner J. A novel combined operative and radiotherapeutic treatment approach for recurrent gynecologic malignant lesions infiltrating the pelvic wall. *Surg. Gynecol. Obstet* 1991; 173: 297-302.
- Höckel M, Knapstein PG. The combined operative and radiotherapeutic treatment (CORT) of recurrent tumors infiltrating the pelvic wall: first experience with 18 patients. *Gynecol Oncol* 1992; 46: 20-28.
- Höckel M, Knapstein PG, Hohenfellner R, Rösler HP, Kutzner J. Die kombinierte operative und radiotherapeutische Behandlung (CORT) von Beckenwandrecidiven: Erfahrungsbericht nach 3 Jahren. *Geburth. u. Frauenheilk* 1993; 53: 169-176.
- Höckel M, Bausmann E, Mitze M, Knapstein PG. Are pelvic side wall recurrences of cervical cancer biologically different from central relapses? *Cancer* 1994; 74: 648-655.
- Höckel M, Schlenger K, Doctrow S, Kissel T, Vaupel P. Therapeutic Angiogenesis. *Arch. Surg.* 1993; 128: 423-429.
- Liebermann-Meffert D, White H. Protective and reconstructive surgery with the omentum in man. In: *The greater Omentum*. Liebermann-Meffert D, White H. (eds.), Springer, Berlin, New York. 1983, 211-329.
- Taylor G I, Corlett R J, Boyd J B. The versatile deep inferior epigastric (inferior rectus abdominis) flap. *Br. J. Plast. Surg.* 1984; 37: 330-350.
- Pena M M, Drew G S, Smith S J, Given K S. The inferiorly based rectus abdominis myocutaneous flap for reconstruction of recurrent pressure sores. *Plast. Reconstr. Surg.* 1992; 89: 90-95.
- Hurwitz D J, Swartz W M, Mathes S J. The gluteal thigh flap: A reliable, sensate flap for closure of buttock and perineal wounds. *Plast. Reconstr. Surg.* 1981; 68: 521-532.
- Wangensteen O H. Repair of recurrent and difficult hernias and other large defects of the abdominal wall employing the iliotibial tract of fascia lata as a pedicled flap. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1934; 59: 766.
- Nahai F, Hill H L, Hester T R. Experiences with the tensor fasciae latae flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 63: 788-799.
- Wee J T, Joseph V T. A new technique of vaginal reconstruction using neurovascular pudendal thigh flaps: A preliminary report. *Plast. Reconstr. Surg.* 1989; 83:701.



# Immunomorphologic aspects in endometrial cancer

GERALD GITSCH, M.D.

Department of Gynecology and Obstetrics, Vienna University Medical School, Vienna

**INTRODUCTION** Endometrial cancer, the most common female pelvic malignancy, in most of the cases is confined to the uterine corpus. Five-years survival rates are 75% or more. The usual endometrioid carcinoma of the endometrium is easily diagnosed, but well differentiated cancers may be difficult to separate from advanced atypical hyperplasia.

Immunomorphology can be helpful to gain insight in the natural history of endometrial cancer, to clarify diagnostic problems, and to identify prognostic factors. The usefulness of immunohistochemistry in these issues will be described.

**NATURAL HISTORY** Immunohistochemistry can be used to develop a better understanding of the histogenesis of uterine tumors. The most common molecular genetic event thus far described in human cancers is a mutation of the p53 tumor suppressor gene, accompanied by an overexpression of mutant p53 protein. In adenocarcinomas of the ovary p53 overexpression is reported to occur in 10% to 15% of early cancers and in 40% to 50% of advanced cancers.

As the mutant p53 protein have a much longer half-life compared to the wild-type p53, large amounts of the mutant proteins accumulate in the cytoplasm (1). Therefore, overexpression of the mutant p53 protein, associated with mutations of the p53 gene can be detected by means of immunohistochemistry (2). Mutation and overexpression of p53 occur in approximately 20% of all endometrial cancers.

Kohler *et al.* (4) examined 30 endometrial cancer specimens and 117 endometrial hyperplasias to determine whether alteration of the p53 gene is an early event in endometrial carcinogenesis. None of the endometrial hyperplasias was found to have mutations in the p53 gene, whereas mutations were reported in 10% of endometrial cancers ( $P < 0.02$ ). Due to the fact that alteration of the p53 gene does not appear to be a feature of endometrial hyperplasia, mutation of the p53 gene seems to represent a relatively late event in endometrial carcinogenesis (3).

p53 overexpression was found to be stage related (41% in stage III/IV and 9% in stage I/II) (4). This could be due to the accumulation of genetic lesions during tumor progression or p53 alterations are associated with a more virulent phenotype. It seems that endometrial cancers overexpressing p53 protein contain mutations in conserved regions of p53 gene. Mutations are predominantly transitions, which suggests that they arise spontaneously, rather than being caused by carcinogen exposure.

**DIAGNOSIS** Immunohistochemistry may be helpful in the solution of diagnostic problems concerning uterine tumors and their metastasis. A common diagnostic challenge is the differential diagnosis between mucinous endometrial cancer and endocervical cancers in limited dilatation & curettage (D&C) specimens.

Because mucinous tumors of the endocervix show a different biologic behaviour and prognosis compared to endometrial tumors and therefore require different treatment strategies, as do adenocarcinomas of the endometrium and mucoepithelioid carcinomas of the endocervix, it is important to define the site of the malignancy's origin. In order to differentiate between these tumors *Dallenbach-Hellweg et al.* immunohistochemically have investigated the expression of vimentin and carcinoembryonic antigen (CEA) (5). In mucinous tumors of endometrial origin vimentin and CEA stained positive and negative, respectively, while the reverse staining pattern was found in tumors originating from the endocervix. The authors suggest that these reactions reflect the cell of origin.

Ferritin has been localized in many tumors and shows elevated serum levels in several malignancies. Immunohistochemical reactions of Ferritin were investigated in normal, hyperplastic, atypically hyperplastic, and malignant endometrium (6). Ferritin was positive in 0%, 4%, 8%, and 88%, respectively. Ferritin therefore seems to be a useful tool in differentiation between hyperplasia and carcinoma in D&C specimens.

**PROGNOSIS** Endometrial cancer, the most frequently occurring female genital cancer, often is regarded as a malignancy with a favorable prognosis. However, some of the tumors have extended beyond the uterine fundus at the time of primary surgery and others will still recur. These endometrial cancers of "special virulence", approximately 15% of all cases, require special consideration and treatment (7). Fortunately, recognized risk factors can determine most of the patients at risk. However, most of the known risk factors, e.g. myometrial invasion, stage, and lymph node involvement only are available for recognition through the assessment of specimens gained by surgical staging. Cell type and grading can be determined before hysterectomy, although grade as determined by D&C has been reported to have a more than 30% inaccuracy rate (8). Immunomorphology could be helpful in further refinement in the selection of high-risk patients. Using immunomorphology, indicators for poor prognosis can be identified in D&C tissue samples and therefore, as a future aspect, allow limited surgery in patients with favorable prognosis.

The HER-2/neu oncogene encodes for a specific cell surface glycoprotein similar to the human growth factor receptor. *Hetzel et al.* as the primary antibody used anti-c-erbB-2. This antibody has demonstrated specificity to certain epitopes on the intracellular domain of the transmembraneous HER-2/neu oncoprotein and does not cross react with the epidermal growth factor receptor (9). In an analysis of 247 patients with endometrial cancer, overexpression of HER-2/neu

Address correspondence to:

Gerald Gitsch, M.D.

Spitalgasse 23, A-1090 Vienna, Austria

Tel: (43 1) 404002915, Fax: (43 1) 404002911

was reported to be strong in 15% of patients, mild in 58% and missing in 27%. The intensity of the staining inversely correlated with progression free survival. The 5-year progression-free survival was 56% for the strong, 83% for the mild, and 95% for the non-staining groups. The strong ( $P < 0.0001$ ) and the mild ( $P = 0.028$ ) staining groups were distinct from the nonstaining group in prediction of the progression-free survival. Strong overexpression was associated with a poor overall survival ( $P < 0.0001$ ). For surgical stage I patients, strong staining was associated with a 62% 5-year progression-free survival compared to 97% in the group with no or minimal staining ( $P = 0.0007$ ). Multivariate analysis confirmed the strong independent prognostic value of HER-2/neu staining for all stages ( $P = 0.0003$ ) as well as for stage I patients ( $P = 0.0017$ ). p53 seems to play a role not only in the genesis of endometrial cancer, but also has some influence on prognosis of women with this malignancy. *Bur et al.* reported that 5 of 8 patients who died of endometrial cancer showed strong p53 expression while none of the patients with no evidence of disease after a minimum follow-up of 24 months had shown p53 expression (10).

In our series, we have investigated the prognostic significance of tumor-suppressor gene p53 and the lysosomal acidic protease cathepsin D in 100 patients suffering from endometrial cancer stage I and II. Both markers were analyzed for their prognostic value concerning overall survival. Tumors with overexpression of mutant p53 protein were significantly correlated with poor prognosis (log-rank test,  $P = 0.01$ ). The immunohistochemical detection of cathepsin D was also associated with significantly poorer overall survival ( $P = 0.02$ ). *Figure 1* shows the survival distribution function depending on cathepsin D expression. Using a Cox proportional hazards regression model, we found an independent prognostic value of cathepsin D expression ( $P = 0.02$ ).

**CONCLUSION** The application of immunomorphology can improve our understanding of the natural history of endometrial cancer.

Further on it can be helpful for differential diagnosis and therefore can make individualized therapy feasible. Without any doubt the most important application of immunohistochemistry in the future will be the identification of prognostic factors. If further studies allow the use of immunohistochemistry as a routine method, toxicity of therapy could be minimized without compromising survival.

#### REFERENCES

1. Gannon JV, Greaves R, Iggo R, Lane DP. Activating mutations in p53 produce a common conformational effect. A monoclonal antibody specific for the mutant form. *EMBO J* (1990) 9: 1595-1602
2. Gitsch G, Kainz Ch, Joura E, Breitenecker G. Mutant p53 protein in patients with stage III cervical cancer. *Anticancer Res* (1992) 12: 2241-2242
3. Kohler MF, Nishii H, Humphrey PA, Sasaki H, Marks J, Bast RC, Clarke Pearson DL, Boyd J, Berchuk A. Mutation of the p53 tumor-suppressor gene is not a feature of endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol* (1993) 169: 690-694
4. Kohler MF, Berchuk A, Davidoff AM, Humphrey PA, Dodge RK, Iglehart JD, Soper JT, Clarke Pearson DL, Bast RC, Marks J. Overexpression and mutation of p53 in endometrial carcinoma. *Cancer Res* (1992) 52: 1622-1627
5. Dallenbach Hellweg G, Lang-Averous G, Hahn U. The value of immunohistochemistry in the differential diagnosis of endometrial carcinomas. *APMIS* (1991) 23:91-99
6. Tsinou C, Miarretis D, Papageorgiou I, Nakopoulou L, Michalakis S, Aravantinos D. Expression of carcinoembryonic antigen and ferritin in normal, hyperplastic, and neoplastic endometrium. *Gynecol Oncol* (1991) 41:193-198
7. Gitsch G, Friedlander ML, Wain GV, Hacker NF. Uterine papillary serous carcinoma (UPSC): a clinical study. *Cancer* (1995) in press
8. Sant Cassia LJ, Weppelmann B, Shingleton H, Soong SJ, Hatch K, Salter MM. Management of early endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* (1989) 35:362-366
9. Hetzel DJ, Wilson TO, Keeny GL, Roche PC, Cha SS, Podratz KC. HER-2/neu expression: a major prognostic factor in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* (1992) 47:179-185
10. Bur ME, Perlman C, Edelman L, Fey E, Rose PG. p53 expression in neoplasms of the uterine corpus. *Am J Clin Pathol* (1992) 98:81-87

# MAGYAR FOGAMZÁSGÁTLÓ TABLETTÁK

*mindenkinek a megfelelőt*



Egyfázisú:

**CONTINUIN® tbl.** 0,5 mg etinodiol-diacetát tablettánként

**OVIDON® tbl.** 0,25 mg levonorgesztrel és 0,05 mg etinil-ösztadiol tablettánként

**RIGEVIDON® tbl.** 0,15 mg levonorgesztrel és 0,03 mg etinil-ösztadiol tablettánként

Kétfázisú:

**ANTEOVIN® tbl.** 1. fázis: 0,05 mg levonorgesztrel és 0,05 mg etinil-ösztadiol tablettánként  
2. fázis: 0,125 mg levonorgesztrel és 0,05 mg etinil-ösztadiol tablettánként

Háromfázisú:

**TRI-REGOL® tbl.** 1. fázis: 0,05 mg levonorgesztrel és 0,03 mg etinil-ösztadiol tablettánként  
2. fázis: 0,075 mg levonorgesztrel és 0,04 mg etinil-ösztadiol tablettánként  
3. fázis: 0,125 mg levonorgesztrel és 0,03 mg etinil-ösztadiol tablettánként

Posztkoitális:

**POSTINOR® tbl.** 0,75 mg levonorgesztrel tablettánként

Gyártja és forgalmazza: Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt., Budapest.

Kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírásokat!



Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt.

Richter-Wyeth Közös Marketing Iroda  
Telefon: 268-1216, 268-1217 Telefax: 268-1219  
1072 Budapest, Rákóczi út 42.





Don't  
forget

*Minulet*®

Hormonális fogamzásgátó tabletta

- a legalacsonyabb hormontartalom
- megbízható kontraceptív hatás
- kiváló cikluskontroll
- mellékhatással csak elvétve találkozunk
- nincs hatással sem a véralvadékonyságra, sem a szénhidrát- sem a zsíryanycserére

Hatóanyag: egy draszté 0.075 mg gesztodént és 0.030 mg etinil-ösztradiolt tartalmaz.



Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt.  
Richter-Wyeth Közös Marketing Iroda



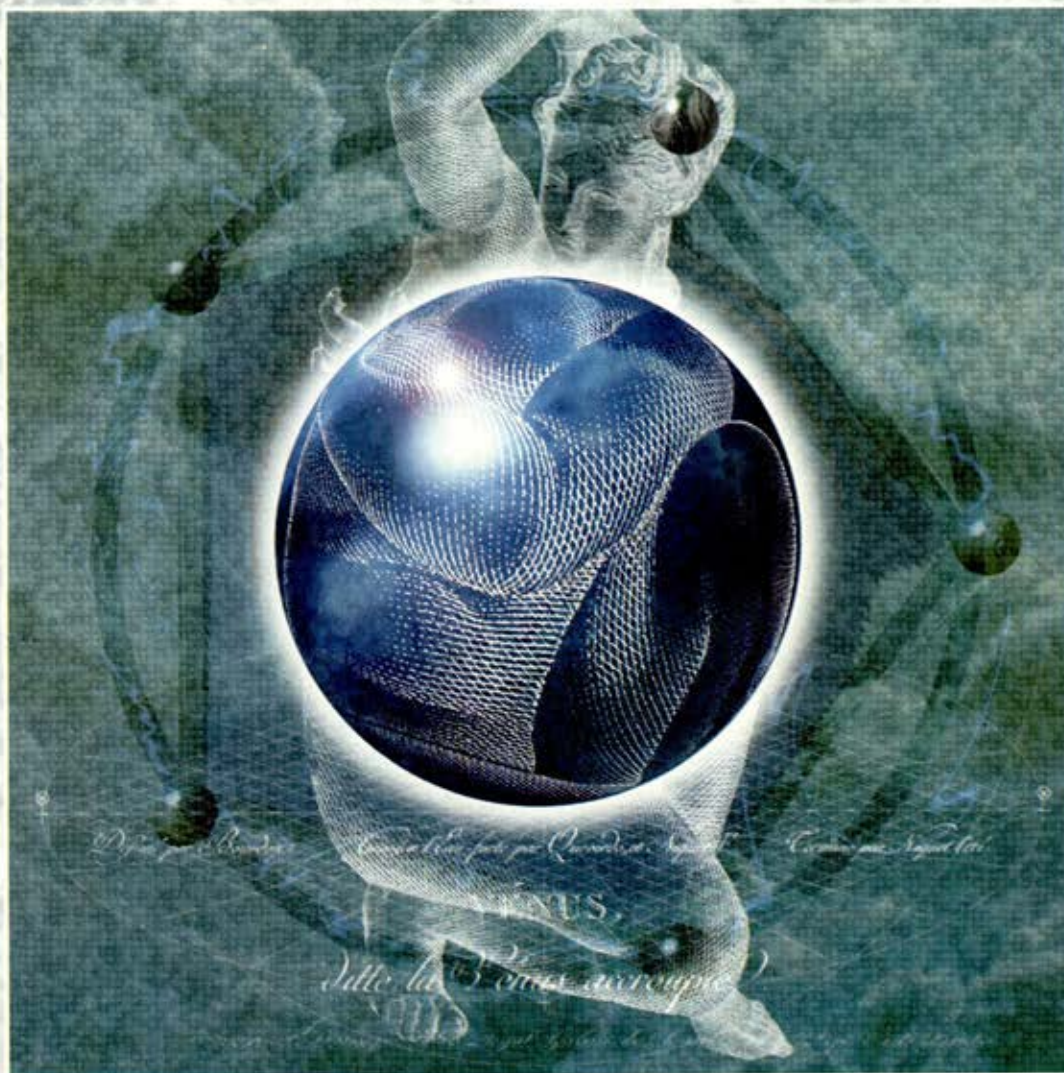
1072 Budapest, Rákóczi út 42.  
Telefon: 268-1216, 268-1217.  
Telefax: 268-1219

# K L I O N

METRONIDAZOL



TABLETTA 250 MG, INFÚZIÓ 500 MG



**BAKTERICID HATÁSÚ  
A LEGTÖBB OBLIGÁT ANAEROB BAKTÉRIUMRA.  
SZINTETIKUS PROTOZÓON-ELLENES SZER.**

**KÉRJÜK, OLVASSA EL AZ ALKALMAZÁSI  
ELŐÍRÁST!**



**RICHTER GEDEON RT.**

ORVOSLÁTOGATÓ HÁLÓZAT 262-6167 • ORVOSTUDOMÁNYI FŐOSZTÁLY 262-0655



# CARDIOXANE

(dexrazoxane, ICRF-187)

**NAGY HATÉKONYSÁGÚ  
SZER AZ ANTRACIKLINEK  
OKOZTA KARDIOMIOPÁTIÁK  
KIALAKULÁSÁNAK MEGELŐZÉSÉRE  
FELNŐTTEKNÉL ÉS GYERMEKEKNÉL**

**Különösen ajánlott:**

- felnőtteknél az alábbi esetekben:
  - hosszabb túlélési esély (jó prognózis)
  - korábbi vagy egyidejű radioterápia
  - antraciklin kemoterápia után
  - tumor recidiva esetén újabb antraciklin kezelés
  - előzőleg már fennálló kardiális megbetegedés
  - hypertónia
  - diabetes mellitus
  - 65 év feletti életkor
- gyermekeknél
  - onkológia
  - onkohematológia

**ESE** LTD.  
PHARMACEUTICALS

További információ:  
Információs Szervíz Iroda  
1028 Budapest,  
Nyár utca 3.  
Tel./fax: 176-80-79  
397-09-67



**CHIRON**

# Annual Report on the results of treatment in gynaecological cancer

FOLKE PETTERSSON, M.D.

Department of Gynaecological Oncology, Radiumhemmet Karolinska Hospital, Stockholm

**HISTORICAL DATA** „Classification is fundamental to the quantitative study of any phenomenon. Uniform definitions and uniform systems of classification are prerequisites in the advancement of scientific knowledge. In the study of illness and cause of death therefore a standard classification of disease and injury for statistical purpose is essential. (1).”

The need for an international agreement on rules for recording accurate information on the extent of disease including precise clinical description and histopathological classification became urgent in the beginning of this century. The possibility to make use of alternative modalities in treatment of carcinoma of the uterine cervix – surgical or radiotherapeutic methods called for comparative studies on the efficacy of each treatment method in terms of healing and survival. Without uniform classification of the extent and nature of the tumours were such studies of no value.

In the report submitted by the Radiological Sub-Commission of Cancer Commission of the Health Organization of the League of Nations June 1929 (2) the following was stated: „The question of radiological treatment of cancer needs at the present time specially to be studied in relation to cancer of the uterus – a site for which radiotherapy already gives results equal to, if not better than, those obtained by radical surgical treatment. The Cancer Commission considered that, in regard to the forms of cancer which come under gynaecological treatment, the great publicity now being given to the success of radiotherapy, and the elaborate and costly apparatus and arrangements which are required for the practice of radiotherapy, have created a medical administrative problem for the study of which the collection of international experience is essential.” The Radiological Sub-Commission was invited to report, upon the possibility of presenting uniform statistical statements on the results obtained by radiotherapeutic methods in the treatment of carcinoma of the uterine cervix. Thus the Sub-Commission recognized that reliable information regarding the results obtained by different methods could be procured only if those results were recorded in a uniform way. The task of formulating rules designed to facilitate the presentation of exact comparable statistics was entrusted to Dr. J. Heyman, Stockholm, Dr. A. Lacassagne, Paris, and Prof. F. Voltz, Munich. The experts' suggestions were adopted in a slightly modified form by the Sub-Commission, and published in 1929.

In addition, the Sub-Commission recommended a system for collecting and analysing the material which, however, was adopted by a few clinics only. In July 1934, the Health Organization convened at Zürich a Conference of former members of the Sub-Commission and other experts to advise as to the lines on which further action should be pursued.

Address correspondence to:

Folke Pettersson, M.D.  
Orvars väg 25 II  
S-754 40 UPPSALA  
Sweden

The Conference recommended that analyses of the result of treatment by radiotherapy in carcinoma of the uterine cervix should be issued by the Health Organization in the form of annual reports. The Cancer Commission and its Radiological Sub-Commission having ceased to function, the Conference recommended that, if the proposal of the Conference for continuous annual statistical statements was adopted, the Health Organization should possess an expert advisory council or committee for the purpose of its radiological investigations. This advisory body would, in particular, guide the Organization of the nature of the commentary or explanatory observations which should accompany the annual statistical statements, and as to any special reports which might be added to them.

The recommendations of the Zürich Conference were adopted by the Health Committee in 1935 and in October of the same year an Advisory Committee was appointed.

The three first Reports appeared in 1937, 1938 and 1939, respectively, and were issued by the Health Organization of the League of Nations, who also bore the financial responsibility. The collecting of the statements for the fourth Annual Report was carried out in spite of irregularities in postal communications caused by the war. In March 1940, it became impossible for the Editor to communicate with the members of the Advisory Committee and the collaborators. In August 1940, the Editor was informed that the League of Nations was, in the existing conditions, unable to undertake the publication for the fourth Report. The costs of its printing, and distribution were defrayed by the Cancerföreningen in Stockholm. An English edition was published in 1941. Until the end of the war all work on the Report came to stand still. Towards the end of 1945, the Editor began exploratory work for the Annual Report. At this time no information was available as to the body which was supposed to replace the League of Nations' Health Organization. Considering the fact that the Health Organization had adopted the proposal of the Zürich Conference for continuous annual statements, there seemed reason to believe that any new organization that might be formed would wish the continuation of the Annual Report.

The Editorial Office was eventually re-established with the financial support of the Cancerföreningen in Stockholm. Invitations to collaborate in the fifth Report were extended to the old collaborators and to a number of institutions previously not collaborating. At the end of 1946, an agreement was reached between the British Empire Cancer Campaign, the Donner Foundation in Philadelphia, and the Cancerföreningen that each of these three bodies should contribute the sum of \$2,000 for each of the years 1947 and 1948, to enable the work on the Report to continue. An Editorial Committee was formed to be responsible for the editorial and scientific part of the work.

In June 1947, as soon as information was received of the formation of the Interim Commission of the World Health Organization, a personal visit was made to the New York headquarters of the Commission by the Editor who notified them that work on the Report was resumed.

In October the same year, a proposal was submitted to the Interim Commission by the three sponsors, that the Commission should include the issue of the Annual Report among its permanent activities and suggested that a similar arrangement should be established for various other cancer sites. The Interim Commission, being unable to assume the tasks that a permanently established World Health Organization might be expected to assume, generously offered temporary support. The Commission agreed in January 1948 to co-operation by its Secretariat in the work on the reports and granted the Annual Report a generous allowance for 1948.

This support of the World Health Organization was continued during 1949 and 1950. Further, the Annual Report had the great advantage of the expert help of the Secretariat of the World Health Organization in the preparation of the fifth Report. This great help received from the Secretariat was discontinued at the end of 1950. Volume 7 to 11 were sponsored by American Cancer Society, British Empire Cancer Campaign, Cancerföreningen in Stockholm, Damon Runyon Memorial Fund, New York, Landsforeningen mot Kreft, Oslo, National Cancer Institute of Canada, and Oeuvre Nationale Belge de Lutte contre le Cancer, Donner Foundation, Philadelphia, and responsible for the publication was the Editorial Committee.

From 1958 and onwards (from volume 12), the Report has been published under the patronage of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. The collection and publication of data in the Report has still been dependent on generous support from different cancer organizations from all over the world.

**THE REPORT** The present 22th volume of the Annual Report (3) now appears 57 years after the first volume and after 36 years under the patronage of FIGO. Only the first reports were really annually published in 1937, 1938, and 1939. Later intervals were irregular and volumes were published in 1941, 1949, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1958, 1961, 1967, 1973, 1976, 1979, 1982, 1985, 1988, 1991 and now in 1995. Editors were James Heyman for volumes 1-10 Hans-Ludwig Kottmeier volumes 11-18 and thereafter Folke Pettersson.

**MAIN OBJECT OF THE REPORT** The main object of the Annual Report has been to provide the greatest possible compatibility between therapeutic statistics in carcinoma of the uterus in order to secure reliable evaluation of the different methods of treatment employed. Comparability requires that all factors which are liable to vitiate comparability are eliminated as far as possible. This can only be done by applying uniform rules for recording of data, for presentation of the statistics and for calculations of the results of treatment.

The object for staging and classification of disease has later been summarized as follows:

1. To aid the clinician in the planning of treatment
  2. To give some indication of prognosis.
  3. To assist in evaluation of the results of treatment.
  4. To facilitate the exchange of information between treatment centers.
  5. To contribute to the continuing investigation of human cancers."
- (4)

Contributors to the Annual Report have without doubt been stimulated to improve the quality of the clinical data and to organize their follow-up. Still and probably due to rising costs for hospital care all over the world cases lost to follow-up create an increasing problem. From volume 7 is quoted: „Lost sight of..." This category should only include those cases where it has proved impossible to ascertain the histories or in spite of all reasonable endeavour, within

the limits imposed by the follow-up system adopted in the institution. It may be remarked that the proportion of patients „lost sight of" constitutes one of the indications as to the reliability or otherwise of statements of the results. In some countries it is difficult to organize a satisfactory follow-up. Experience from the Annual Report shows that, at many institutions, efforts to improve the follow-up have resulted in a marked decrease in the proportion of cases lost sight of. In all branches of clinical medicine it is important that clinicians should get the support necessary for organization of a careful follow-up and, thereby, a firm basis for the further development of therapy."

**SOME EXAMPLES FROM THE LAST PUBLISHED VOLUME OF ANNUAL REPORT (VOLUME 22)**

**CARCINOMA OF THE UTERINE CERVIX** Altogether 537.553 cases of carcinoma of the uterine cervix treated in the years 1913 to 1989 incl. have been reported to the Editorial Office of the Annual Report.

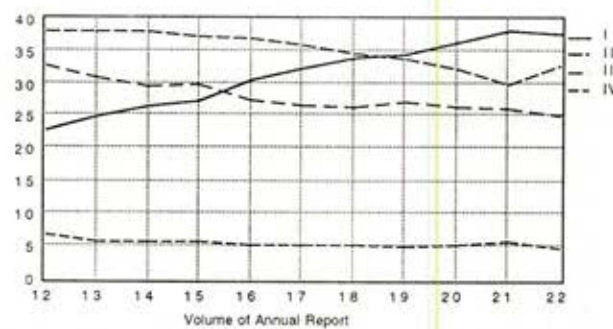


Figure 1. Carcinoma of the uterine cervix. Distribution by stage (percentage) by period of treatment. (volume 12 = 1950-54 and volume 22 = 1987-89).

Figure 1. reviews the changes in stage distribution as reported in the period 1950-54 (volume 12) to 1987-89 (volume 22). The data from vol. 12 to (volume 21 are based on reports from 44 institutions collaborating in all these volumes. Due to loss of some institutions and recruitment of several new collaborators the data for vol. 22 are based on all collaborating institutions. The proportion taken by stage I. continuously increases from 23 % in the period 1950-54 to 38 % among cases treated in 1982-1986. During the same period the stage II cases decrease from 38 % to 33 % and stage III cases from 33 % to 25 %. The proportion taken by stage IV cases decreases from 6.5 % to 4.5 %.

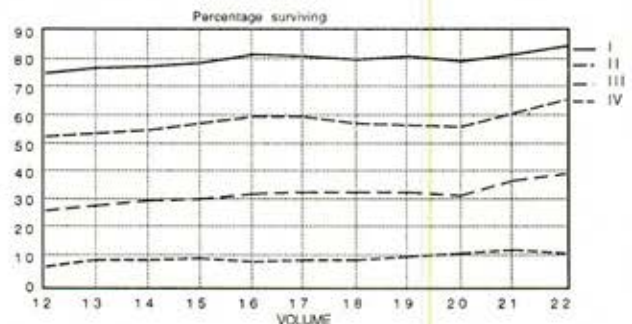


Figure 2. Carcinoma of the uterine cervix. 5-year survival rates by stage and by period of treatment (volume 12. = 1950-54, volume 22 = 1987-89). Data for the two last volumes are given as corrected actuarial survival and for the previous volumes as crude direct 5-year survival.



Figure 2. gives the five-year survival by stage for the total material of the carcinoma of the uterine cervix reported from the 44 clinics contributing to volumes 12 to 21. Data from volume 22 refer to the total material reported by all collaborating institutions. It should also be noted that the data from volumes 21 and 22 are actuarial survival data corrected for cases lost to follow up and for intercurrent deaths and therefore not comparable with the previous data. The reason for this change is that from volume 21 data are included for cases with shorter follow up than 5-years. The results for stage I cases improved from 75 % to 85 % five-year survival rate, and for stage II from 53 % to 66 %. For stage III the change was from 26 % to 39 % and for stage IV from 6 % to 11 %.

Altogether 22428 cases of invasive carcinoma of the uterine cervix were reported to volume 22 with data on age, histology, stage of disease, mode of treatment, involvement of lymph nodes and results of follow-up for the individual patients.

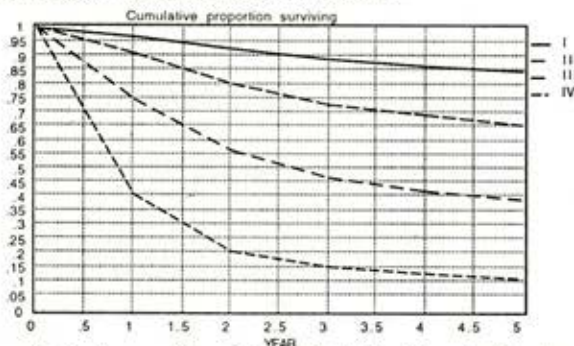


Figure 3. Carcinoma of the uterine cervix. Actuarial survival by stage.

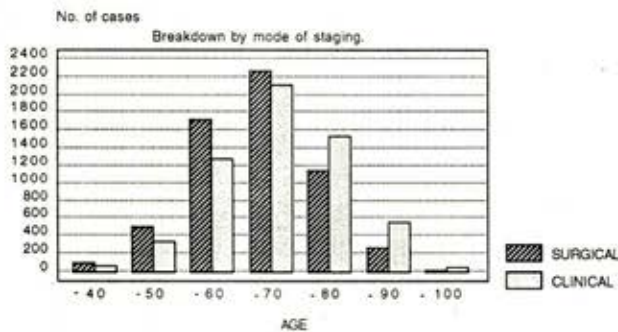


Figure 4. Carcinoma of the corpus uteri. Age distribution by mode of staging.

Table 1. Carcinoma of the uterine cervix. Mode of treatment by stage of disease.

Stage	Surgery	Surg.+rad	Rad.+surg.	Radiation	Chemo +	Total
I	3360	1706	1036	1361	325	7788
II	289	772	953	4456	403	6873
III	36	217	182	4113	489	5037
IV	20	69	21	529	160	799
Col.Tot.	3705	2764	2192	10459	1377	20497

**CARCINOMA OF THE CORPUS UTERI** To the editorial office of Annual Report results of 97656 cases of carcinoma of the uterine corpus were reported from volume 16 to volume 22 inclusive. Table 2. reviews the treatment results given as 5-year direct crude survival rates for volumes 16 to 20 and as 5-year actuarial survival rate (corrected for cases lost to follow up and for cases of intercurrent death) for volumes 21 and 22 (the material for the last two volumes includes cases with shorter observation period than 5-years).

Table 2. Carcinoma of the corpus uteri. Review of the 5-year survival rate reported in volumes 16-22. (Crude data - not corrected for intercurrent death. For volumes 16-20 direct 5-year survival. For volumes 21 and 22 actuarial 5-year survival.)

Volume	Year	Number	Survival%
16	1962-68	14506	63.0
17	1969-72	10720	65.4
18	1973-75	11501	66.6
19	1976-78	13581	67.7
20	1979-81	14906	65.1
21	1982-86	19402	69.7
22	1987-89	13040	72.7
		97656	77.3*

\* corrected for intercurrent death.

Table 3. Carcinoma of the corpus uteri. Patients treated 1987-1989. Stage distribution by mode of staging (clinical and surgical).

	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	Row Total
CLINICAL	4233	927	442	220	5822
Row %	72.71	15.92	7.59	3.78	100.00
SURGICAL	4370	723	739	179	6011
Row %	72.70	12.03	12.29	2.98	100.00
Col.Tot.	8603	1650	1181	399	11833

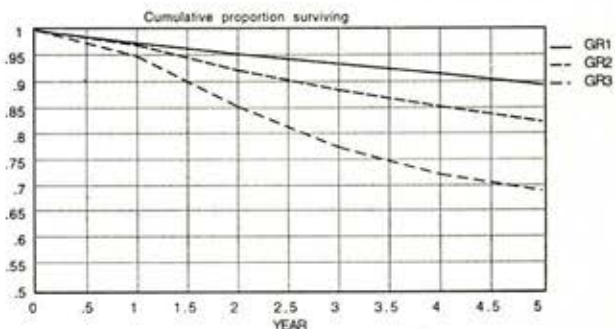


Figure 5. Carcinoma of the corpus uteri stage I (clinical staging). Life table presentation by degree of differentiation.

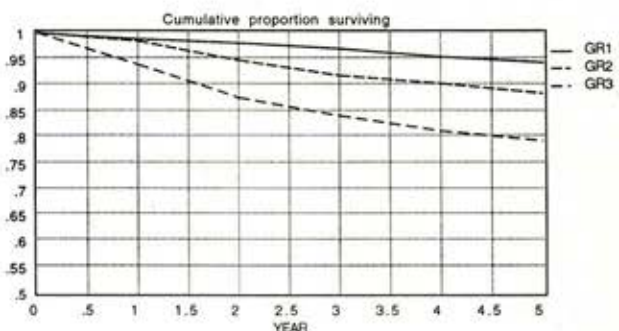


Figure 6. Carcinoma of the corpus uteri stage I (surgical staging). Life table presentation by degree of differentiation.

**CARCINOMA OF THE OVARY** Since volume 15 reporting, patients treated in the years 1958-1962 altogether 50200 cases of obviously malignant epithelial ovarian tumours have been reported to the editorial office of Annual Report. During the same period almost 4000 cases of low potential malignancy (borderline cases) were reported. Table 4.

Table 4. Ovarian cancer. Obviously malignant cases. Five-year survival rate by stage. (Data from volumes 12-20 are given as direct crude 5-year survival and data from volumes 21-22 as 5-year actuarial survival corrected for cases lost to follow up and for cases of intercurrent death.)

Vol.	Year	No. of cases	Stage							Total %	
			Ia	Ib	Ic	IIa	IIb+c	III	IV		
15	1958-62	2,320	60.7	42.0 (Ib IIa)				31.6 (IIb)	6.9	2.6	26.8
16	1963-68	4,588	66.7	51.9			49.7	38.0	8.6	5.0	27.3
17	1969-72	7,892	72.0	62.5		57.4	52.2	37.5	10.8	4.6	30.1
18	1973-75	5,268	69.7	63.9		50.3	51.8	42.4	13.3	4.1	30.5
19	1976-78	6,724	72.3	56.1		58.1	47.7	42.1	13.5	4.5	29.8
20	1979-81	8,082	76.6	67.7		59.6	51.1	43.5	17.4	4.7	30.9
21	1982-86	10,912	82.3*	74.9*		67.7*	60.6*	53.8*	22.7*	8.0*	(35*)
22	1987-89	7,509	83.5*	79.3*		73.1*	64.6*	58.0*	22.9*	14.3*	(39.1*)

\* 5-year actuarial survival

shows a moderate but obvious improvement in survival data during the studied period. Please observe that data from vol. 15-20 are given as crude direct 5-year survival and for the last two volumes as 5-year actuarial survival corrected for cases lost to follow up as well as for cases of intercurrent death. An improvement in survival data is also seen for the potentially malignant cases (Table 5.)

Table 5. Ovarian cancer. Cases of low potential malignancy. Five-year crude survival rate. Cases reported to volumes 15-22.

Vol.	Year	No. of cases	Total Stage Ia-IV %
15	1958-62	451	67.2
16	1963-68	385	73.8
17	1969-72	403	73.4
18	1973-75	304	78.6
19	1976-78	371	78.7
20	1979-81	542	77.5
21	1982-86	725	78.6 (89.1)*
22	1987-89	487	(93.0)

\* 5-year actuarial survival.

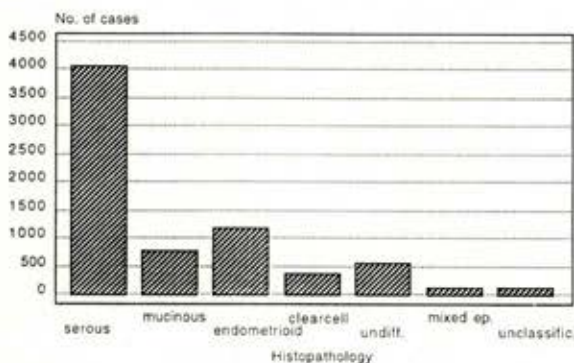


Figure 7. Carcinoma of the ovary. Obviously malignant cases. Distribution by histopathological class.

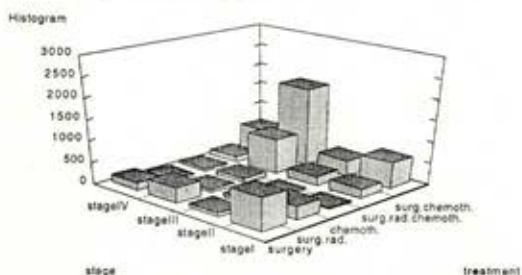


Figure 8. Carcinoma of the ovary. Mode of treatment by stage of disease.

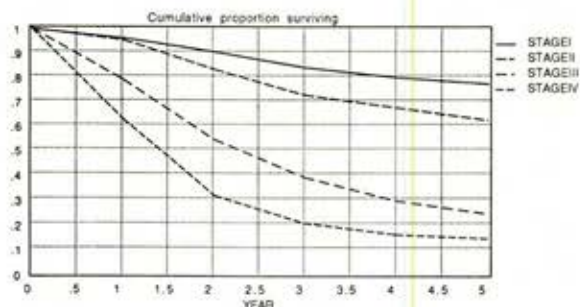


Figure 9. Serous cystadenocarcinomas of the ovary (class 1c). Cumulative proportion surviving by stage.

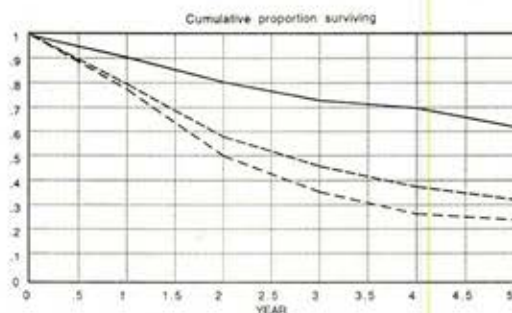


Figure 10. Serous cystadenocarcinoma of the ovary (class 1c). Cumulative proportion surviving by degree of differentiation.

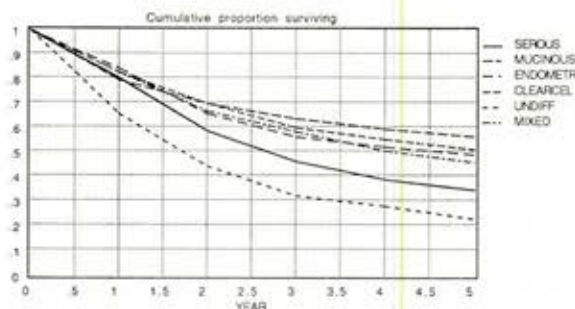


Figure 11. Ovarian carcinoma, obviously malignant cases. All stages. Cumulative proportion surviving by histopathologic class.

**CARCINOMA OF THE VULVA** Sixtyfive collaborators reported 2215 new malignant vulvar tumours of which 1903 were vulvar carcinomas and 51 malignant melanomas. 349 stage 0 cases were reported.

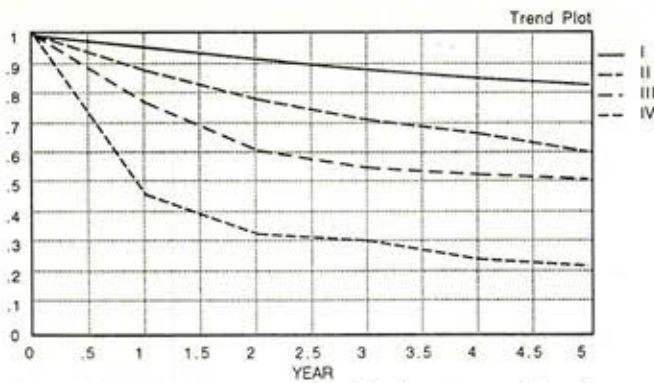


Figure 12. Invasive squamous epithelial cell carcinoma of the vulva. Actuarial survival by stage.

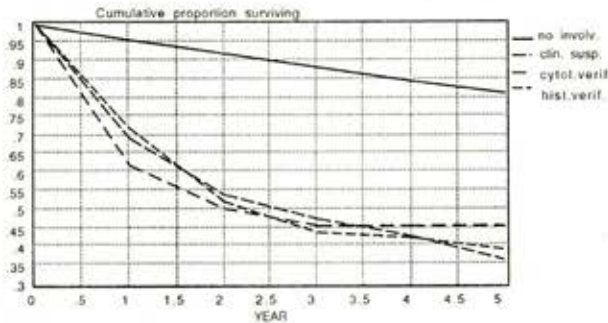


Figure 13. Carcinoma of the vulva. Actuarial survival by lymph node involvement.

**CARCINOMA OF THE FALLOPIAN TUBE** A clinical staging system for Fallopian tube carcinoma was agreed upon at the FIGO Gynaecological Cancer Committee meeting in Singapore 1981. The collaborators were invited to report their cases to volume 22 of the report and statistical data on 275 individual cases have been reported.

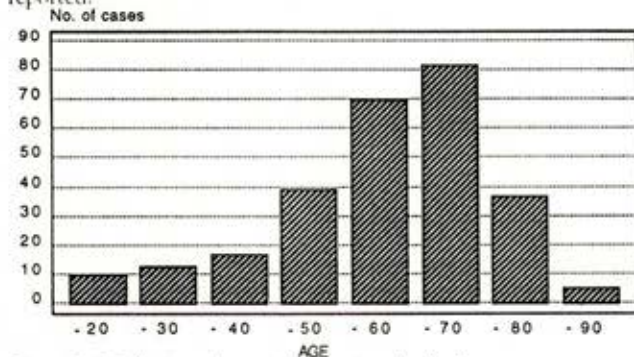


Figure 14. Fallopian tube carcinoma. Age distribution.

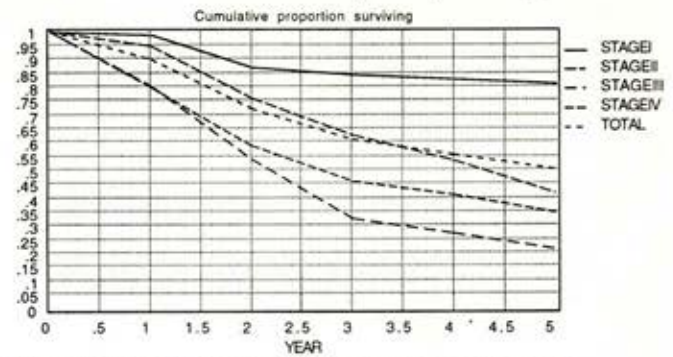


Figure 15. Fallopian tube carcinoma. Actuarial survival by stage.

**CARCINOMA OF THE VAGINA** During the 31-year period from 1959-1989 6096 cases of carcinoma of the vagina were reported to the Editorial Office of Annual Report. An obvious improvement in the 5-year results is seen. It should, however, be noted that the results from the first 20 volumes are given as 5-year crude direct survival rates and for the last two volumes as actuarial survival rates corrected for cases lost to follow up and for intercurrent deaths.

Table 6. Carcinoma of the vagina. Five-year crude survival rate. Cases reported to volumes 15-22.

Vol.	Year cases	No. of	Total Stage Ia - IV %
15	1959-63	1421	34.1
16	1964-68	1075	33.5
17	1969-72	576	37.3
18	1973-75	541	37.5
19	1976-78	641	34.8
20	1979-81	547	38.6
21	1982-86	764	41.4*
22	1987-89	531	46.8*

Total 6096

\* 5-year actuarial survival.

**REFERENCES**

1. Chronicle of the World Health Organization. Geneva: WHO 1948; 2: (No.6).
2. Reports submitted by the Radiological Sub-Commission. Series of League of Nations Publications III. Health 1929. III. 5.
3. Petterson F. Editor. Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. Twenty-second volume. Stockholm, 1995.
4. TNM General Rules (2nd ed.) Geneva. International Union Against Cancer. 1974.

# A Wertheim műtét 100 éves története

PÁLFALVI LÁSZLÓ DR., UNGÁR LÁSZLÓ DR.

Szüléset-Nőgyógyászat és Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Két évvel a száz éves évforduló előtt a szerzők áttekintik a műtét megalkotásának körülményeit és nyomonkövetik történetét napjainkig, felsorolva a nagy elődök névsorát, akik a műtét mai technikájának kialakulásához hozzájárultak.

**SUMMARY:** Pálfalvi L., Ungár L. The 100 year history of the Wertheim operation.

The authors summarise the one century career of the radical hysterectomy, paying tribute to Ernst Wertheim's memory, and give a list of the most important authors who contributed to the development and improvement of the operative treatment of cervical cancer.

**Key words:** Radical hysterectomy, Wertheim operation.

Közel 100 évvel leírása után, a méhnyakrák kezelésében alkalmazott alapműtét ma is az a beavatkozás, amely Ernst Wertheim nevét viseli. A műtét egyes részleteinek ötletét már előtte is megfogalmazták, a „Wertheim műtét” elnevezés azonban jogos, hiszen a műtét tudományos megalapozása, első pontos leírása, népszerűsítése a múlt század utolsó és e század első két évtizedében tevékenykedő Ernst Wertheim nevéhez fűződik. A bécsi nőgyógyász méltán tekinthető a modern nőgyógyászati onkológia megteremtőjének. Az eltelt 100 év alatt, a műtét számos technikai módosításon esett át, voltak korszakok amikor egyáltalán nem alkalmazták, és túlhaladottnak tekintették. A hullámvölgyeket azonban újjáéledés követte, és egyre bővült azoknak a szerzőknek a sora, akinek nevét a műtét megnevezésekor Wertheim mellé illesztették: Wertheim-Latzko, Wertheim-Okabayasi, Wertheim-Meigs és a sort sokáig folytathatnánk. E lista kialakulásának rövid történetét kíséreltük meg bemutatni cikkünkben.

A rákos méh sebészi eltávolításának ötlete Wrisberg és Osiander nevéhez fűződik a tizenharmadik század végén.

Az első radikálisnak nevezhető hasi méheltávolítást méhnyakrákos betegen Wilhelm Alexander Freund végezte 1878-ban. Freund az uterusal együtt a parametriumok egy részét is eltávolította. Az első kismencedei lymphadenectomia Freund egyik tanítványának E. Reinsnak az érdeme. Freund műtete nem talált nagy visszhangra, mert a hatvanhat operált betegen a műtét mortalitása 72% volt. Ezzel szemben Vincenz Czerny „csupán” 32%-os műtét halálozásról számolt be hüvelyi méheltávolításai során. A Wertheim előtti periódusból Reisen kívül még Clark és Rumpf nevét is meg kell említeni, akik szintén végeztek radikális méheltávolítást, mely során az urétereket kireparálták. J. G. Clark volt az első, aki műtét előtt két uréterkatétert

vezetett fel a preparálás biztonságosabbá tételére. Annak ellenére, hogy később közleményekben számoltak be eredményeikről, egyik szerző sem tudott a másik munkásságáról. Wertheim főművében, az 1911-ben megjelent, a kiterjesztett hasi méheltávolításról szóló monográfiájában, a „Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri” előszavában a fent említett szerzőket mint elődöket megemlíti. Sem Wertheim, sem Schauta érdemeit nem kicsinyíti, ha emlékezünk arra, hogy az előttük járó generáció a rákos méh hasi eltávolítását mint Freund féle műtétet, a hüvelyit pedig mint Czerny féle hüvelyi totalexstirpációt emlegette.

Ernst Wertheim 1864 február 21-én született Grazban, apja halálának évében, a család negyedik gyermekeként. Apja Theodor Wertheim gyógyszerész volt. 1854-ben a pesti egyetem kémia tanárává nevezték ki. Ernst Wertheim egyetemi tanulmányait Grazban végezte. Két évig, 1888 és 1890 között a bécsi II. Női Klinikán Rudolf Chrobak mellett volt gyakornok. 1890-ben Chrobak ajánló sorai segítségével a prágai német egyetem Friedrich Schauta vezette női kilinikáján helyezkedett el. 1892-ben Schautát kinevezték a bécsi I. Női Klinika élére, ahová magával hozta ifjú asszisztensét. 1897-ben az Albert Rothschild által alapított Bettina kórház nőgyógyászati osztályának élére az akkor 33 éves Wertheimet nevezték ki. A Bettina kórház élén 1910-ig állt. Ez alatt az idő alatt 500, később róla elnevezett műtétet végzett méhnyakrákos betegeken. Ezt az 500 esetet dolgozta fel a már említett, 1911-ben megjelent monográfiájában.

Wertheim monográfiájában részletesen elemzi első 500 betegének adatait. Figyelemre méltó, hogy az utánkövetés szempontjából egyetlen beteget sem veszítettek el! A hasi radikális méheltávolításról ezt írja: „Az első pár eset után meggyőződtem róla, hogy a mi megközelítésünk helyes; az uréterek feltárása könnyűvé vált; igen tanulságos volt az a tapasztalat, amelyet a rák terjedésének módjáról nyertünk; igen kiterjedté vált a környező szövetek és nyirokmirigyek eltávolítása. Véleményünk szerint a legnagyobb eredmény azonban az volt, hogy olyan eseteket is sikerült megoperálni, amelyek a hüvelyi út számára inoperábilisak lettek volna”.

A műtét másik nagy előnye exploratív jellege volt: „Miután a vizsgálatok során lehetetlen a betegség kiterjedését pontosan meghatározni, minden méhnyakrák miatt végzett műtétet egy exploratív laparotomiának kell tekintenünk. Csak a hasüreg megnyitása után lehetséges eldönteni, hogy a műtét elvégezhető-e vagy sem. A laparotomia lehetővé teszi a nyirokcsomók, az uréterek, a hólyag és a rectum állapotának megítélését. A szem lát, az ujjak tapintanak, és amennyiben ez nem elég, a peritoneum megnyitható, anélkül, hogy a műtét elveszítene exploratív jellegét. Még az uréterek dissectioja, illetve a hólyag vagy a rectum lepreparálása sem változtat ezen a helyzeten, hiszen a megasztott peritoneum bezárható. Az exploratio mindenképpen előnyt jelent a hüvelyi műtéttel szemben, ahol gyakran az operátor csak egy olyan fázisban győződik meg a műtét értelmetlenségéről, amikor már nincs visszaút”. Wertheim az érett sebész bölcsességével állapítja meg a ma is érvényes következtetést: „Nem az indikációs kör fokozatos bővítésében, – írja – hanem a műtét lehető legprecízebb technikai végrehajtásában látjuk az eredmények további javításának útját”.

A berlini professor, Karl Franz 1925-ben írt műtéttanában megál-

Levelezés

Dr. Pálfalvi László

Szüléset-Nőgyógyászat és Nőgyógyászati Onkológiai Osztály

Fővárosi Szent István Kórház

1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

Telefon: (36 1) 216 0350, Fax: (36 1) 2159502

lapítja: "Valójában, elsősorban Wertheim szisztematikus munkásságának köszönhető, hogy a rákos méh hasi műtétje tudományosan megalapozott és sokak által átvett műtéti megoldássá vált".

Wertheim legjelentősebb tudományos ellenfele egykori tanítómestere F. Schauta, a hüvelyi radikális méheltávolítás atyja volt. Wertheim patológiai kutatásai alapján (a tumor terjedésének vizsgálata során 80 beteg parametriumából és nyirokcsomóiból negyvenezer metszetet vizsgált meg személyesen) méltán meg volt győződve, hogy a hüvelyi műtét onkológiai radikalitása elégtelen, hiszen a parametriumok nem távolíthatók el teljesen, a nyirokcsomók pedig egyáltalán.

A Schautával folytatott vitában Wertheimet kellemetlenül érintette, hogy első tudományos beszámolója után, melyet a Bécsi Császári és Királyi Orvosegylet 1900. november 16. ülésén tartott, a hallgatóság hevesen kritizálni, sőt támadni kezdte. Első 33 betegéből ugyanis 11 a postoperatív időszakban meghalt. A szakma prominens képviselői a műtéti radikalitásra vonatkozó elveit: „a műtét lényege, hogy a beteg szervvel együtt a lehető legkiterjedtebben a kismedencei kötőszövetet és a regionális nyirokmirigyeket is eltávolítjuk”, nem értették meg, vagy félreértették. Ezekben az években a támadásokkal szemben csak eljárása helyességében vetett orvosi meggyőződése állt. Négy év múlva, az orvosegylet 1904. októberében tartott előadásakor Wertheim már 250 műtét tapasztalatával rendelkezett. Eredményei alapján maga Schauta is beismerte, hogy a hosszú és érdekes verseny végén Wertheim „időelőnyvel” került ki vele szemben.

46 éves korában 1910-ben nevezték ki a Bécsi II. Női Klinika élére. A klinika azóta is a nevét viseli. Ebben az időszakban a Wertheim klinika a világ egyik legrangosabb nőgyógyászati központja volt. A tanítványok ebben az időszakban világ számos országából érkeztek, hogy a mester műteteit lássák. Két ízben hívták meg amerikai előadó-körútra.

A halálát megelőző években úgy érezte, hogy feleslegesen dolgozott. A rádium felfedezését követően ugyanis, a század második évtizedében, a méhnyakrák kezelésében a sugárkezelés vált egyeduralgkodóvá. Jó barátja, Döderlein ironikusan ezt írta a már idősödő Wertheimnek: „Kedves Wertheim! Ön már történelmi személyiség. Műtétjét soha többé nem végzik már”. 56 éves korában, 1920 február 15-én halt meg influenzában.

Tanítványai közül a legjelentősebbek: Theodor Micholitsch, akivel együtt írta hüvelyi műtéttan könyvét a „Die Technik der vaginalen Bauchhöhlen-Operationen”, mely 1906-ban jelent meg. Másik tanítványával Wilhelm Weibellal együtt megállapodott a berlini Joseph Springer kiadóval egy részletes nőgyógyászati műtéttan kiadásáról, 1920-ban bekövetkezett korai halála miatt azonban a mű soha sem készült el. Ebben a felsorolásban kell még megemlíteni Wilhelm Latzko és Josef Schiffmann nevét. Az első jelentős technikai módosítást ők hajtották végre a műtéti technikán, bevezetve a parametriumok még radikálisabb, a medencefalon történő resectióját. Erről, mintha megérezte volna műtéti eljárásának későbbi újraeledését, egy évvel halála előtt, 1919-ben Wertheim ezt mondta: „Ha a sugárterápia mégis kudarcot vallana, drága idő veszett volna el, és ezért hálásnak kell lennünk Latzko és Schiffmann tanulmányaiért”. Latzko a műtétet a radikálisabb parametrium eltávolítás érdekében a paravescális spatium feltárásával kezdte. A paravescális fossát ma sokan „Latzko féle spatiumnak” hívják. Wilhelm Latzko pályafutását szintén Chrobak iskolájában kezdte, 1910-ben ő követte Wertheimet a Bettina kórház élén. 1938-ban Argentínába emigrált, majd New-Yorkban lett nőgyógyász konzultáns. A Wertheimi elvek amerikai elterjedéséhez másik tanítványa Paul Werner is hozzájárult, sőt az amerikai Taussig is egy ideig Bécsben volt aspiráns. Így nem csoda, hogy a műtét reneszánsza során Joe W. Meigs, 1944-ben beszámolván eredményeiről a műtétet „The Wertheim operation for carcinoma of the cervix”-nek nevezte. Angliában a követők közül elsősorban Victor Bonney nevét kell megemlíteni.

A rádiumot 1889-ban fedezte fel a Curie házaspár. 1904-ben Freund már nőgyógyászati kezelésre is használta a rádiumot, vulva elváltozások gyógyítására. A méhnyakrák kezelésben a rádium éra kezdete a század második évtizedére esik. A húszas években a svéd Heymann, a stockholmi Radium-Hemmett intézetből és a francia Regaud már nagy statisztikákról számolnak be. Az eredmények jobbakként voltak mint a műtéttel kezelt betegekénél, és kevesebb volt a szövődmény. Elkezdődött a sugárkezelés és a műtéti kezelés hívei között az a tudományos vita, amely napjainkig sem ért véget.

A műtét első reneszánsza a negyvenes évekre esik, és az amerikai Joe W. Meigs nevéhez fűződik. Meigs átlátta a sugárkezelés határait: több mint két évtized tanulságai alapján a sugárkezelés eredményei stagnáltak, a szövődmények száma aránylag magas volt, és nehezen kezelhető. A hasi sebészet viszont sokat fejlődött a század elejéhez képest, biztonságosabb lett az altatás, finomodtak a műtéti technikák, transzfúziót lehetett adni a betegnek, felfedezték az antibiotikumokat. Meigs egyéniségének, hatalmas tudományos munkásságának, és számos közleményének köszönhető a műtét ismételt elterjedése. I. stádiumú betegségben 75%-os ötéves túlélést ért el, az általa módosított Wertheim műtéttel. A műtéti technikáról, illetve annak céljairól a Brit Szülész-Nőgyógyász Társaság 1949-es londoni XII. kongresszusán a következőket mondta: „A műtét során amennyire lehetséges eltávolítjuk az art. iliaca externa alatt elhelyezkedő összes nyirokcsomót, nyirokutakat és kötőszövetet, az obturator fossából, a kismedence nagyereiről, a hólyag mellől, a rectum körül, és mindenünnen a kismedencéből, ahonnan ezek a szövetek eltávolíthatók. A cél az, hogy a kismedence falait lecsupaszítsuk, eltávolítva a lehető legnagyobb mértékben a nyirokutakat, a paracervikális és paravaginális kötőszövetet együtt.” Közel ötven évvel az elhangzása után ez a megállapítás ma is időszerűnek tűnne bármelyik nőgyógyász-onkológus kongresszuson.

A műtét Meigs által elindított reneszánsza rövid idő alatt számos követőre talált, a műtéti technika akkori tökéletesítése kapcsán feltétlenül meg kell említenünk a francia M. Dargent, A. Tailhefer, a brit Stanley Way a japán Okabaiaisi, és az amerikai Taussig és A. Brunschwig nevét. (M. Dargent nevét ne tévesszük össze fia, a szintén neves nőgyógyász-onkológus Daniel Dargent nevével, akivel a közel-múltban Budapesten is találkozhattak a magyar nőgyógyászok.) Alexander Brunschwig amerikai sebész nevét külön is ki kell emelnünk két általa leírt műtéti megoldás kapcsán. Nevét elsősorban az exenteratio kapcsán említik. 1948-ban tette közzé első elemzését a New-York-i Memorial Sloan-Kettering Centerben végzett ultraradikális kismedencei műtétéről. A beavatkozás egy kombinált abdomino-perineális műtét volt, mely során eltávolításra kerültek egy blockban a kismedencei szervek, végleges sigmoidostomia és vizeletdeviatio képzéssel. Brunschwig a műtétet eredetileg palliatív jellegűnek tekintette és előrehaladott cervixcarcinoma kezelésére ajánlotta. Rövid idő alatt bebizonyosodott azonban, hogy sugárkezelés után kiújult méhnyakrák esetén hosszú túlélést biztosíthat a betegeknek. Ma a kismedencei exenteratiót a sugárkezelés utáni centrális lokálrecidívák esetén az egyetlen terápiás eséllyel bíró kezelési módnak tekintjük. Kevésbé közismert, hogy szintén Brunschwig írta le először azt az általunk ma II/b stádiumú cervixcarcinoma kezelésében alkalmazott kiterjesztett Wertheim műtétet, mely során a medencefalról minden kötőszövetet eltávolítunk, eredésénél lekötve az art. és vena hyogastriac és egyenként ellátva parietális ágrendszerüket, tisztára preparálva a sacrális idegfonatot, valamint az obturator internus és piriformis izmokat.

Meigs és Brunschwig soha nem kombinálták a műtéti és sugárkezelést. A kombinált kezelés a hatvanas években terjedt el, annak ellenére, hogy az ötlet sokkal régebbi, a francia Monod és az amerikai Dannreuther már 1922, illetve 1924-ben leírták. Taussig pedig sugárkezelés után kiegészítő lymphadenectomiát ajánlott. Logikusnak tűnt,

hogy egy pre- és postoperatív sugárkezeléssel kombinált kevésbé radikális műtét talán jobb gyógyulási eredményeket biztosítana kevesebb szövődmény mellett. Ezt a kezelési módot több centrumban ma is alkalmazzák, annak ellenére, hogy a tapasztalat azt mutatta, hogy a terápiás eredmények nem lettek jobbak, a két kezelési mód szövődményei viszont összegződtek. Elsősorban a grazi *Burghardt* hatására, ma a nagy centrumokban nem kombinálják a két kezelési módot. A radikális műtét azonban egyben stádium laparotómiát is jelent, kiválogatva azokat a nagyrizikójú betegeket, akiknél adjuváns kezelés, irradiatio és kemoterápia, szóba jön.

Mérföldkövet jelentett a műtét történetében a „Piver féle beosztás” bevezetése. A műtét ismételt elterjedésével oly sok technikai variáció került kidolgozásra a világ onkológiai centrumaiban, hogy az eredmények összehasonlíthatósága érdekében felmerült az igény a különböző radikalitási fokozatok definiálására. 1974-ban közölte *Piver Rutledge* és *Smith*, az azóta róluk elnevezett beosztást, mely egyedülálló a sebészet történetében, hiszen egy műtét típust a klinikai radikalitás alapján öt fokozatra oszt. Az I. radikalitási fokozat alig több egy egyszerű hasi méheltávolításnál, míg az 5. fokozat már részleges exenteratiót jelent, hiszen a műtét során a hólyag, rectum, vagy uréter részleges resectioja is megtörténik. Ma a leggyakrabban alkalmazott műtét a Piver 3. radikalitású beavatkozás, mely során a parametriumokat a medencefalra resecáljuk, teljes egészében eltávolítva azokat. Ez a műtét típus I és II/a stádiumú méhnyakrák esetén megfelel az onkológiai sebészet alapelveinek, vagyis a tumort minden irányban az épben, megfelelő biztonsági zónával távolítja el.

A technika fejlődése ma is újabb és újabb módosításokat eredményez. A műtét alatti vérvesztés jelentős csökkenéséhez és a radikalitás fokozásához vezetett egy, a grazi iskola által bevezetett és az utóbbi években gyorsan elterjedt apró technikai módosítás, a haemoclipes használatának bevezetése. További érdekes módosítás a szintén bécsi professzor, *Eduard Gitsch* által bevezetett radioisotópos kolloiddal történő nyirokcsomólánc megjelölés. A nyirokcsomók által felhalmozott izotópot műtét közben egy detektorral követik, biztonságosabban exstirpálva a nagyerek között és mögött elbújó esetleges nyirokcsomó áttéteket. Szintén érdekes próbálkozás, a laparoscopos lymphadenectomia bevezetése. A francia *Daniel Dargent* nemcsak a nyirokcsomókat távolítja el kétoldali retroperitoneális behatolásból, hanem a két art. uterinát is ellátja eredésénél, majd laparoscopos úton alkalmazva a haemoclipes parametrium resectió technikát, a két lig. cardinalet is leválasztja a medencefalról, majd a műtétet hüvelyi feltárásból módosított *Schauta* technikával fejezi be. Hogy ez utóbb felsorolt megoldások elterjednek-e a jövőben, ma még nem tudjuk. Szintén nem tisztázott még teljesen a neoadjuváns kemoterápia és a radikális műtét kombinálásának értéke sem. Küszöbön áll viszont a tumorbiológiai paraméterek bevezetése a stádium meghatározásban. A tumor agresszivitásának, metastázisképző hajlamának ismerete jelentősen módosítani fogja mai műtét stratégiankat, különösen a radikalitás vonatkozásában.

Bécsben már szervezik az 1998-as emlékkongresszust, a műtét 100 éves évfordulójának méltó megünneplésére. *Albert Döderlein* csak részben volt igaza: *Ernst Wertheim* történelmi személyiség lett, a műtete azonban egy évszázad elteltével is a méhnyakrák sebészeti kezelésének alapja.

**IRODALOM:**

1. Burghardt E. Surgical gynecologic oncology. Stuttgart - New York: Thieme, 1993.
2. Chiricuta I. Chirurgia ginecologica. Bucuresti: Ed. Med. 1980.
3. Franz K. Gynakologische Operationen. Berlin: Springer 1925.
4. Meigs J V. Carcinoma of the cervix - the Wertheim operation. Surg Gynec and Obst 1944; 78:195-199.
5. Morley G W. On their shoulders we stand. Gynecol Oncol 1977; 5: 325-330.
6. Pálfalvi L, Ungár L. Ernst Wertheim emlékére. Magyar Nőorv L 1995; 58: 305-308.
7. Piver M S, Rutledge F N, Smith J P. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. Obstet Gynecol 1974; 44:265-272.
8. Schaller A. Die Wertheim-Klinik. Eine Geschichte der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien. Wien - München - Bern: W. Maudrich Verlag; 1992.
9. Simmonds S. Wertheim's Hysterectomy: A historical perspective. British Gynaecological Cancer Society meeting. London: 5. Nov. 1993.
10. Speert H. Obstetrical gynecological eponyms: Ernst Wertheim and his operation for uterine cancer. Cancer 1956; 9: 859-865.
11. Wertheim E. Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri. Berlin - Wien: Urban & Schwarzenberg 1911.

# Pimafucin®

## a vulvovaginalis candidosis kezelésében



- Széles spektrumú gombaellenes aktivitással rendelkezik
- A natamycin gyors fungicid aktivitást fejt ki a Candida fajokkal szemben (az imidazolok csak fungistaticusak)
- Gyors tünetmentesedéshez vezet
- Nem szenzibilizál
- Terhes nőknek is adható
- A normál hüvelyi baktérium flórát nem befolyásolja



### Pimafucin hüvelytabletta - alkalmazási előírás

**Hatóanyag:** 25 mg natamycinum hüvelytablettánként

**Javallatok:** Candida albicans és/vagy Trichomonas vaginalis okozta vaginitis

**Alkalmazás:** Naponta 1 hüvelytablettát 20 napon át vagy pedig 2-szer 1 hüvelytablettát 10 napon át a gyógyszerhez mellékelte applikátorral a hüvelybe kell mélyen felvezetni. A kezelést lehetőleg rögtön a menstruációt követően kell megkezdeni. Terhesség esetén és menopauzában a kezelés bármikor elkezdhető. A tablettát fekvő helyzetben kell mélyen a hüvelybe helyezni. Behelyezés előtt ajánlatos a tablettát vízzel megnedvesíteni. Az optimális terápiás hatás érdekében a kezelés alatt az irrigálás mellőzendő.

**Ellenjavallat:** Nincs

**Mellékhatás:** Ritkán irritációt okozhat.

**Csomagolás:** 20 hüvelytabletta + applikátor

**Rendelhetőség:** Csak vényre adható ki.

**Előállító:** Yamanouchi Europe bv. Hollandia

 **Yamanouchi**

Yamanouchi Europe bv  
Magyarországi Képviseleti Iroda  
H 1051 Budapest, Október 6. u. 7.  
Tel.: 1187-238 Fax: 1188-546

# ÚJ TÁVLATOK A ROSSZINDULATÚ DAGANATOK OKOZTA VÉRSZEGÉNYSÉG KEZELÉSÉBEN

## **Rosszindulatú daganatok okozta vérszegénység**

A vérszegénység a rákos betegek leggyakoribb vérképzőrendszeri megbetegedése (1). Kialakulásában több tényező játszhat szerepet (2-4), mint pl. vérvés, a vasháztartás károsodása, a csontvelő áttét, haemolysis, hypersplenia, folsav és B12 vitamin hiány, kemoterápia, sugárkezelés, stb., amelyek különböző formában együttesen is előfordulhatnak.

A daganatos megbetegedések egyes formáiban sajátos mechanizmusok felelősek a vérszegénység kialakulásáért. Vese-rák esetén a vérvezetés és a haemolysis vezetnek hypochrom anémiához; a krónikus limfoid fehérvérűségben szenvedő betegekben antitest-indukálta vérszegénység fejlődhet ki, ritkábban vörösvérsejt aplázia jöhet létre, aminek oka a CD-8 pozitív T-sejteknek a vörösvérsejt képződésre kifejtett gátló hatása; limfomában Coombs-pozitív autoimmun haemolytikus vérszegénység fordulhat elő, amely lépmegnagyobbodással járhat; mielómában a daganatsejtek beszűrrik a csontvelőt és az okozza a vérszegénységet, amelynek mértéke összefüggésben van a daganat terjedésével (1, 4-6.). Kemoterápia hatására, leggyakrabban macrocystás vérszegénység jöhet létre. A betegek alultápláltsága folsav hiányhoz vezethet. Gyomor-bél resectio után B12 vitamin felszívódási zavar alakulhat ki (1). Az esetek nagy százalékában nem tudjuk kimutatni a vérszegénység okát, ilyen esetekben beszélünk "krónikus megbetegedés okozta vérszegénységről" (KBA). Valójában a KBA és a vashiány a leggyakoribb oka a daganatos betegek vérszegénységének.

## **A vérszegénység gyakorisága rosszindulatú daganatos betegekben**

A vérszegénység a daganatos megbetegedések különböző szakaszában fejlődik ki. Mértéke függ a betegség súlyosságától és időtartamától. Skillings és mtsai. (7) vizsgálatai szerint az esetek 18%-ában a kemoterápia során alakul ki vértömlesztést igénylő vérszegénység. 12 kanadai központból származó, 616 kemoterápiában részesülő daganatos beteg adatainak értékelése során a vértömlesztések szükségessége a különböző daganat típusok szerint 4% és 36% között változott (1. táblázat). Kreider és mtsai. (8) anyagában 1.344 solid tumoros beteg 15-23%-a, hematológiai daganatos megbetegedésekben pedig a betegek 23-46%-a kapott vértömlesztést.

1. táblázat Vértömlesztések gyakorisága a daganat típusa szerint (8).

Dagana	Beteg szám	Transzfúziók száma (%)
Emlő	263	14 (5.3%)
Végbél	150	6 (4.0%)
Tüdő	71	20 (28.2%)
Petefészek	65	16 (24.6%)
NHL	38	9 (23.7%)
Hodgkin limfoma	14	5 (35.7%)
Más	15	5 (13.3%)

## **Szérum erythropoietin szint daganatos megbetegedésekben**

A rendelkezésünkre álló adatok egybehangzóan azt mutatták, hogy a szérum erythropoietin szint a szolid és a hematológiai daganatos megbetegedésekben is szignifikánsan alacsonyabb, mint a nem daganatos vashiányos vérszegénységben szenvedő betegekben. Az is igazolódott, hogy ellentétben a nem daganatos betegek vashiányos vérszegénységével, daganatos betegekben a hemoglobin szint csökkenésével nem emelkednek a szérum erythropoietin értékek. Mindez arra utal, hogy a daganatos megbetegedések egy részében relative erythropoietin hiány van.



## Rosszindulatú daganatos megbetegedésekkel társult vérszegénység kezelése Epoetin alfával.

Már a legelső klinikai vizsgálatok igazolták, hogy az Epoetin alfa kezelés rosszindulatú daganatos vérszegény betegekben jelentősen növeli a szérum hematokrit szintet és csökkenti a vértranszfúziós igényt. Abels és mtsainak (2) idevonatkozó adatait a 2. táblázatban foglaljuk össze. A táblázatból kiderül, hogy Epoetin alfa kezelés során a szérum hematokrit szint szignifikánsan emelkedett. Kemoterápiával kezelt betegekben ez az emelkedés 3-4 héttel az Epoetin alfa kezelés kezdete után következett be. Kemoterápiát nem kapott betegekben a hematokritszint emelkedése csak 8 hét múlva volt szignifikáns. Epoetin alfa kezelés során ritkábban volt szükség vérértömlesztésre és kevesebb volt a beadott vérmennyiség is.

2. táblázat Epoetin alfa kezelés hatásossága

	Epoetin alfa (dózis) kezelési időtartam		Beteg- szám	Átlagos he- matokritszint változás	Transz- fundált beteg (%)	Átlagos vérgyengeség /beteg
Kemoterápiában nem részesülők	(100lu/kg) 2x hetente 8 hét	Epoetin alfa	63	2.8*	33.3	1.52
		Placebo	55	-0.1	38.2	2.19
Cisplatin nem tartalmazó kemoterápia	(150lu/kg) 2x hetente 12 hét	Epoetin alfa	79	6.9*	40.5	2.03
		Placebo	74	1.1	48.6	2.75
Cisplatin kemoterápia	(150lu/kg) 2x hetente 12 hét	Epoetin alfa	64	6.0*	53.1	3.56
		Placebo	61	1.3	68.9	4.01

\* $p < 0,005$  placebohoz képes

Abels és mtsai (2) és mások vizsgálatai azt is kimutatták, hogy a daganat típusa (szolid vagy hematológiai daganat) nem befolyásolja az Epoetin alfa kezelés hatásosságát. A kezelést a betegek jól tűrik, életminőségük (energiaszint, a napi aktivitás) jelentősen javul. Cisplatin kezelés során kialakuló hemoglobinszint csökkenés Epoetin alfa adásával megelőzhető azokban a betegekben is, akikben a hemoglobin szint a kezelés előtt az életani értékeknek felelt meg. Ha az Epoetin alfa kezelést a kemoterápia előtt kezdjük, szignifikánsan kevesebb vérértömlesztésre van szükség.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy az Epoetin alfa kezelés nagyon hatásos, a betegek jól tűrik. Epoetin alfa adásával a rosszindulatú daganatos vérszegénységben szenvedő betegekben a vérértömlesztések szükségessége szignifikánsan csökkenthető.

### Irodalom

1. Johnson R, Roodman G. Hematologic manifestations of malignancy. *Dis Mon* 1989; 35: 726.
2. Abels RI, Larholt KM, Kranz KD, et al. Recombinant human erythropoietin (r-HuEPO) for the treatment of the anemia of cancer. In: Murphy MJ (ed) *Blood cell growth factors: their present and future use in haematology and oncology*. Proceedings of the Beijing symposium, Alpha Medical Press, Dayton, Ohio. 1991: 121.
3. Hyman GA. The anemia of cancer. *Am J Roentgenol* 1958; 79: 511.
4. Bunn PA, Ridgway EC. Paraneoplastic Syndromes. In: De Vita VT Jr, Holtman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. 4th Edition. JB Lippincott Co., Philadelphia 1993; 2026.
5. Reid TJ, Mullaney M, Burrell LM, et al. Pure red cell aplasia associated with Hodgkin's disease: in vitro evidence for T cell mediated suppression of erythropoiesis and response to sequential cyclosporin and erythropoietin. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1993; Abstract 1528.
6. Spiers ASD, Moscinski LC. Pure red cell aplasia and low grade, low stage non-Hodgkin's lymphoma. *Proc Am Soc Oncol* 1993; Abstract 1889.
7. Skillings JR, Gwady Sridhar F, Wong C, et al. The frequency of red cell transfusion for anemia in patients receiving chemotherapy. A retrospective cohort study. *Am J Clin Oncol* 1993; 16: 22.
8. Kreider E. A survey to estimate the need for recombinant human erythropoietin in the treatment of anemia in cancer patients. *Proc Eur Soc Med Oncol* 1994; Abstract.



**Gregor Johan Mendel  
kertészeti kísérleteitől  
Watson, Willkins és Crick DNS szerkezeti  
modelljének megalkotásán keresztül  
az  
első elismert rekombináns humán  
erythropoietinhez!**

Csökkentve az anemiás tüneteket EPREX (epoetin alfa) hatékonyan javítja az anemiához társuló problémákat:

- Megszűnik az anginás fájdalom és tachikardia
- Megszűnik a fáradtság, gyengeség és fejfájás
  - Javul az étvágy
  - Javul a teher- és a munkabírás
  - Javulnak a szexuális funkciók
- A betegek javult közérzetről számolnak be



Javítja az életminőségét.  
JANSSEN-CILAG HUNGARY  
division of Johnson & Johnson Kft.  
1037 Budapest, Laborc u. 1. Tel: 188-2313  
Az alkalmazási előírás kérésére rendelkezésre áll.

Buenos Dias

Wallis design

# Kiterjesztett méheltávolítás

BŐSZE PÉTER DR.\*

Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

A kiterjesztett méheltávolítás (radikális hysterectomia) a méh teljes, a hüvely részleges és a méhkörüli kötőszövet/szalagok eltávolítását jelenti. A petefészkek és méhkürtök eltávolítása nem tartozik a kiterjesztett méheltávolítás fogalmába. A kiterjesztett méheltávolítással egyidejűleg a medencei és alkalmanként a főütőér körüli nyirokcsomókat is eltávolítják. Ez azonban egy kiegészítő sebészi eljárás, és nem része a kiterjesztett méheltávolításnak.

**A KITERJESZTETT MÉHELTÁVOLÍTÁS TÍPUSAI** A műtétnek több formáját különböztetik meg, attól függően, hogy a hüvelynek és a méhkörüli szalagoknak milyen nagy részét távolítjuk el. A méheltávolításnak több felosztása ismeretes, amelyek közül Piver és mtsai (1) által készített felosztás terjedt el a legjobban. Ők 5 típust különböztettek meg:

1. típus Egyszerű méheltávolítás. Jóindulatú betegségek eseteiben ezt végezzük.

2. típus Módosított kiterjesztett méheltávolítás. Megfelel a Wertheim (2) által leírt műtétnek, melynek során a hüvely felső harmadát, valamint a cardinale és a sacrouterin szalagok felét távolítjuk el (1. ábra).

3. típus Valódi kiterjesztett méheltávolítás. Megfelel a Meigs (3,4) által leírt módosításnak. A méh eltávolításán kívül a hüvely felső felének és a ligamentum cardinalenak és sacrouterin szalagnak teljes eltávolítását foglalja a magában (1. ábra).

4. típus Fokozottan kiterjesztett méheltávolítás, amelynek során a 3. típusban leírtakon kívül eltávolítjuk a húgyvezeték körüli szövetet és a ligamentum umbilicale laterale (oldalsó köldök szalag, arteria vesicalis superior). A hüvelynek nem a felét, hanem a háromnegyed részét vágjuk ki.

5. típus Részleges exenteracio. A 3. illetve 4. típustól abban különbözik, hogy a műtét során a húgyhólyag és a húgyvezeték egy részét is eltávolítjuk.

A méheltávolítás egyes típusainak elkülönítése gyakorlati szempontból nagyon fontos. Nyilvánvaló, hogy a különböző típusú műtétek lényegileg eltérnek egymástól, ezért ha tudni akarjuk, hogy valójában milyen műtét történt, a méheltávolítás típusát is meg kell adni. Nem elég azt mondani, hogy kiterjesztett méheltávolítást végeztünk.

Véleményem szerint a Piver és mtsainak (1) felosztása nem teljesen felel meg a mindennapi gyakorlatban. Pl. a leggyakrabban végzett 3. típusú műtét során nagyon sokan a sacrouterin szalagokat a végbélnél vágják át, és nem a keresztcsontnál fogják le. Vagyis a szalagoknak csak a felét távolítják el. Ezt a műtétet módosított 3. típusú kiterjesztett méheltávolításnak nevezhetjük.

A kiterjesztett méheltávolítás különböző típusainak leírása túlmutat a munka keretein. Jelen ismertetésben csak a „klasszikus” (Piver 3. típusú?) kiterjesztett méheltávolítást tárgyaljuk.

\*Az ábrákat Szabó Éva készítette

Levelezés

Prof. Dr. Bősze Péter

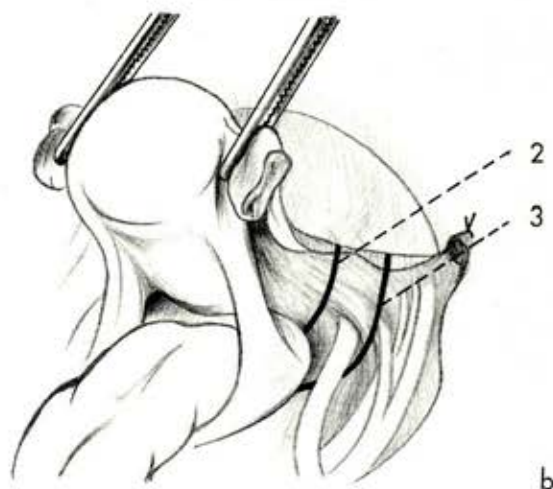
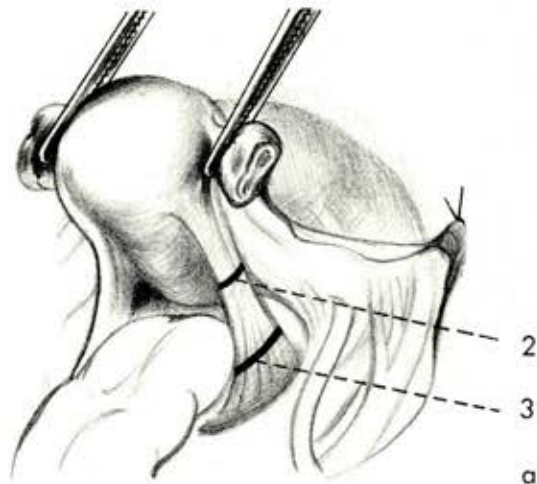
Nőgyógyászati Onkológiai Osztály

Fővárosi Szent István Kórház

1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

Telefon: (36 1) 2752172 Fax: (36 1) 2752172

E-mail: bosze@mail.matav.hu



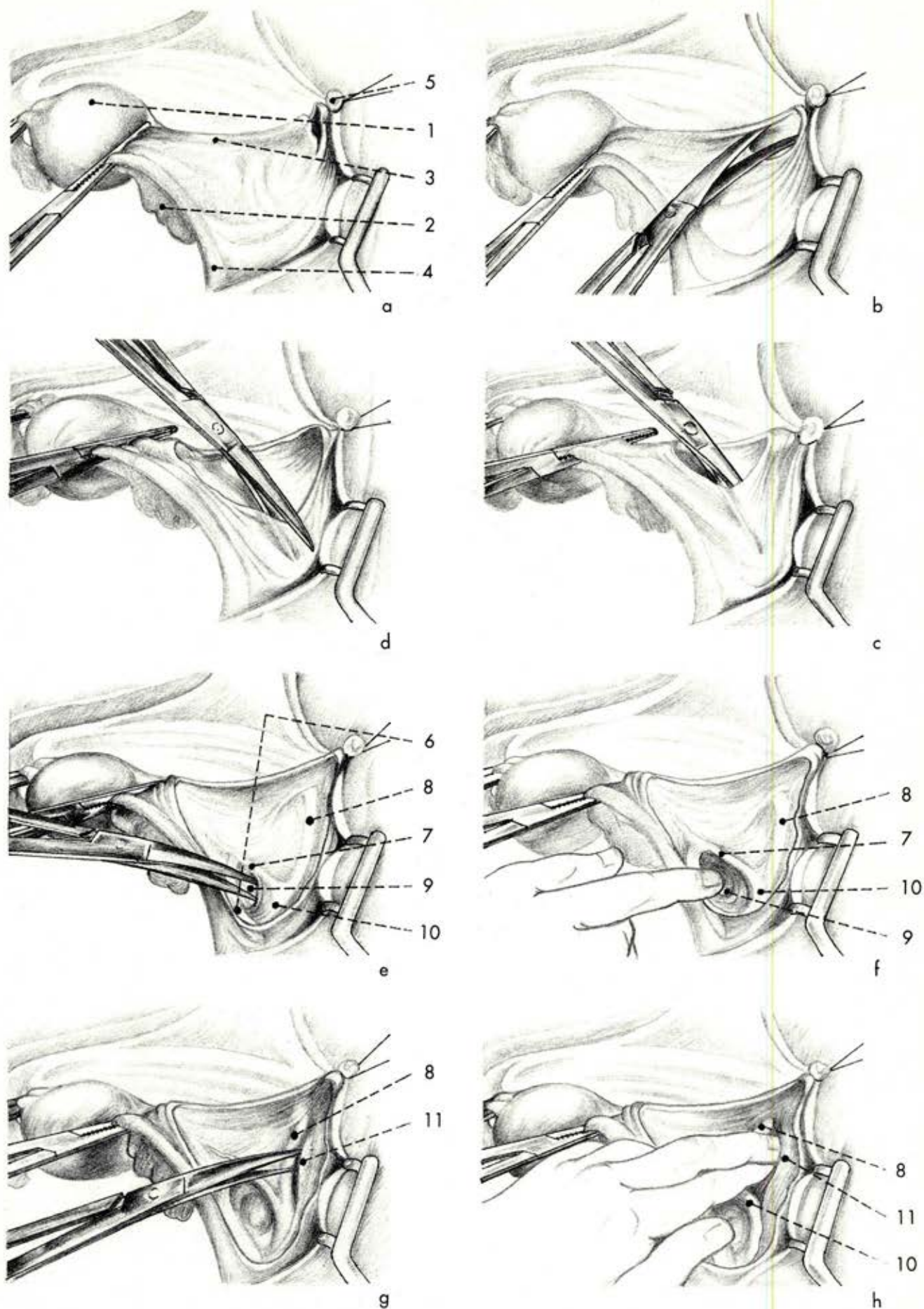
1. ábra A sacrouterin (a) és a cardinale (b) szalagok átvágása Piver 2 és Piver 3 típusú kiterjesztett méheltávolítások esetében

2 Piver 2-es típus 3 Piver 3-as típus

**MŰTÉTI ELŐKÉSZÍTÉS** A műtét előtti vizsgálatok a kórelőzmény gondos felvételét, a beteg általános vizsgálatát, esetleges társuló megbetegedések ellenőrzését, laboratóriumi vizsgálatokat (vércsoport, Rh., vizelet teljes, szérum elektrolit, májműködés és veseműködés vizsgálatok, teljes vérkép, vércukor, szérum albumin), EKG-t, mellkas rtg-t és a nőgyógyászati vizsgálatot foglalják magukba. Az utóbbi az emlők vizsgálatára is terjedjen ki. Helyes, ha az altató orvos még a kórházi felvétel előtt megvizsgálja a beteget.

A daganatos megbetegedést a műtét előtt szövettanilag igazolni kell. Erre a célra általában, járóbeteg vizsgálatként elvégezhető, kis biopszia elegendő. A végbél-hüvelyi vizsgálat elengedhetetlen. Magunk hüvelyi ultrahang vizsgálatot minden esetben végzünk. Nagyon kívánatos a medencei-hasi MRI vizsgálat elvégzése.

A beteget a műtét előtti napon vesszük fel. Ezen a napon már csak



2. ábra A hólyag és a végbél melletti üregek (paravesicalis és pararectalis spacium) feltárása (lásd leírás)

1 méh 2 petefészek 3 kerek méhszalag 4 ligamentum infundibuloipelvicum 5 a kerek méhszalag csomója 6 húgyvezeték 7 arteria uterina 8 ligamentum umbilicale laterale (arteria vesicalis superior) 9 végbél melletti rés 10 arteria hypogastrica 11 art. et vena iliaca externa kötege

pépes ételt fogyasszon. Bélelkészítés nem feltétlenül szükséges, a végbél kitisztítása azonban rendkívül fontos.

A műtéthez 2 egység választott vért készítsünk. (A saját vér átömlesztés módszere nem rutin eljárás.) Antibiotikus és thrombozisos profilaxis mindig javasolt.

**A MŰTÉT KIVITELE** A hasat általában meghosszabbított alsó középső metszéstől nyitjuk meg, de elvégezhető a műtét haránt metszéstől is, ha az egyenes hasizmokat átvágjuk. A hasmegnyitás után a hasüreget gondosan átvizsgáljuk, megtapintjuk a medencei és paraaortikus nyirokcsomókat és a medencei szerveket. Gyanús elváltozást szövettani vizsgálattal kell tisztázni. Ha hasvizet találunk, abból citológiai vizsgálatot végzünk. Nem általánosan elfogadott, hogy a méhtest és petefészekrákhoz hasonlóan, a hasüregbe mosófolyadékot öntsünk, és abból sejttani vizsgálatot végzünk.

Feltárás és a belek eltartása után a méh sarki képleteit egyenes fogókkal megfogjuk és a méhet kiemeljük, meggyőződünk mozgathatóságáról (2. ábra). Nem helyes a méhtestet golyó-fogóval vagy más eszközzel megfogni. A kerek méhszalagot a medence falánál alóltjük és átvágjuk (2/a. ábra). Az öltést legalább fél cm-rel a szalag alatt vezessük. A nyílást megtágítjuk (2/b. ábra), majd ollónkat a széles méhszalag mellső lemeze alatt, a ligamentum infundibulopelvicummal párhuzamosan vezetve alagutat képezünk (2/c. ábra), és a lemezt átvágjuk (2/d. ábra). A széles méhszalag mellső lemezét, a kerek méhszalag belső oldalán, a hólyag irányába is átvágjuk. A széles méhszalag átvágott lemezeit kézzel széthúzva elének kerülnek a medence nagy erei. Ezután feltárjuk a hólyag és a végbél melletti üreget, és két ujjunkat az üregbe dugva megvizsgáljuk a parametriumokat.

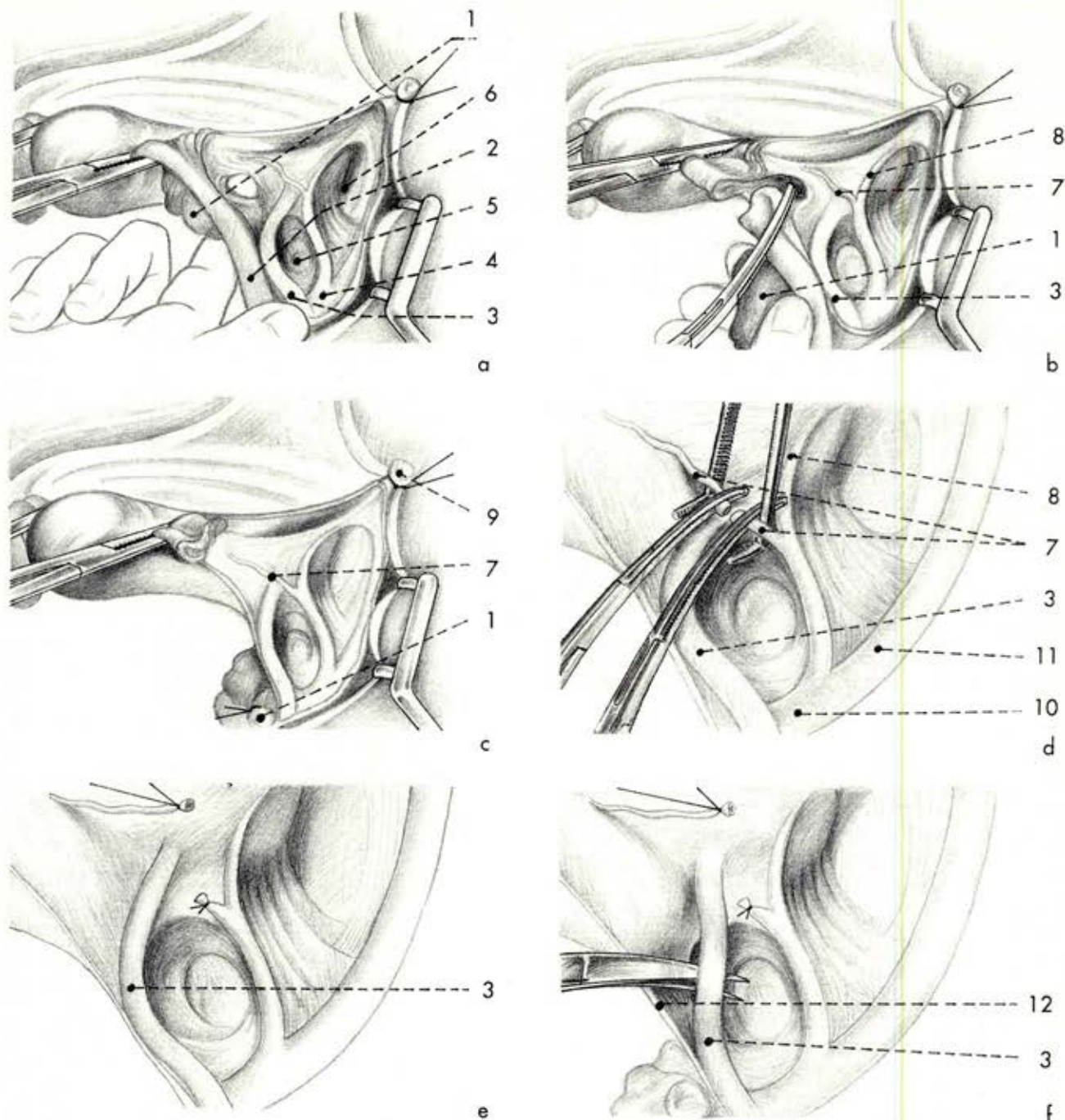
**A PARARECTALIS ÜREG FELTÁRÁSA** A széles méhszalag hátsó lemezének szélét atraumatikus csipesszel megemeljük, vigyázva, hogy a húgyvezeték, amely a hátsó lemez belső felületéhez rögzítve fut, ne sértsük meg. A sacrouterin szalag és az arteria hypogastrica, illetve iliaca communis között tompán, ujjunk segítségével, vagy élesen hatolva a parametriumot mellfelé nyomjuk, és az üreget feltárjuk (2/e-f. ábra). A végbél melletti üreg feltárása könnyű, még a széles méhszalag megfogása sem mindig szükséges. Az üreget kitöltő laza kötőszövetnek nincs ellenállása, ezért, ha a feltárás nehezített, vagy rossz irányban vagyunk, vagy valamilyen elváltozás nehezíti munkánkat. Ilyenkor mindig élesen, ollóval tárjuk fel az üreget. A végbél melletti üregek ív alakban, a paravesicalis üregekkel párhuzamosan haladnak, ezért a feltárásnak is ebben az irányban kell történnie. Ha függőlegesen haladunk, a medencei vénás hálózatot vagy az üreg alján hátul lévő sacralis plexust sérthetjük meg.

**A PARAVESICALIS ÜREG FELTÁRÁSA** Az üreg felkeresésében az oldalsó köldök szalag a kiinduló pont. A szalagot atraumatikus csipesszel megemeljük. Ilyenkor megfeszülnek azok a vékony rostok, amelyek a szalagot a hólyag bonyójához rögzítik (vesicumbilicalis fascia). Az üreget azonban a szalag megemelése nélkül is könnyen feltárhatjuk. A hólyag melletti üregek feltárása mindig az oldalsó köldök szalagtól kifelé, közvetlenül a szalag mellett történjen, a szalag és a medencefal között. Ha a szalagtól a hólyag felé haladunk, a hólyag vénás hálózatába, vagy a hólyag falába juthatunk, vérzést, illetve hólyag sérülést okozhatunk. Ha a medence falhoz közel haladunk, az obturator ideget és ereket sérthetjük meg. Mivel a paravesicalis üreg ív alakban, a symphysissal párhuzamosan fut, a feltárás is ebben az irányban, és ne függőlegesen történjék. Az utóbbi esetben ugyanis bejutunk a parametriumba és súlyos vérzést kaphatunk.

A feltárás történhet tompán, ujjunk bevezetésével, vagy élesen (2/g.



3. ábra A mellső hashártya áthajlás átvágása (lásd leírás)  
1 méh 2 húgyhólyag 3 mellső áthajlás



4. ábra A függelékek ellátása, az arteria uterina átvágása és a húgyvezeték felszabadítása (lásd leírás)

1 függelék 2 ligamentum infundibulopelvicum 3 húgyvezeték 4 arteria hypogastica 5 végbél melletti rés 6 hólyag melletti rés 7 arteria uterina 8 ligamentum umbilicale laterale 9 a kerek méhszalag csomója 10 arteria iliaca communis 11 arteria iliaca externa 12 a széles méhszalag hátsó lemezének széle

ábra). Könnyen juthatunk az üreg aljára, ha két ujjunkat dugjuk az üregbe és az ujjak gyakori széttáráásával haladunk előre (2/h. ábra). Ha jó rétegben vagyunk, és gyulladás, fibrózis vagy daganatos beszűrttség nem gátolja munkánkat, a feltárás rendkívül könnyű, mert az üreget kitöltő laza kötőszövetnek nincs ellenállása. Fontos, hogy soha ne erőltessük a tompa feltárást. Ha ez nehézségbe ütközik, élesen, ollóval preparáljunk.

A kerek és széles méhszalag átvágását és a hólyag és végbél melletti üregek feltárást a másik oldalon is elvégezzük.

#### AMELSŐ HASHÁRTYA ÁTHAJLÁS ÁTVÁGÁSA ÉS A HÚGYHÓLYAG LETOLÁSA

A méhet hátrafelé húzzuk, és átvágjuk a húgyhólyag és a méh közötti hashártya redőt. A leghelyesebb, ha ollónkkal oldalról a hashártya

redő alá hatolunk, az olló nyitásával a hashártyát alapról elemeljük, és csak utána vágjuk át (3. ábra). A hashártya áthajlás a hólyag-méhnyak rész tetejét képezi, ezért átvágása után ebbe a részbe jutunk. A hólyagot ujjunkra helyezett gáz segítségével letoljuk. Ennek során általában a supravaginalis sövényen is keresztül hatolunk, és bejutunk a hólyag-hüvely részbe.

A szerző véleménye szerint a hólyag és végbél melletti üreg feltárást és a hólyag letolását minden esetben a műtét kezdetén kell elvégezni, mert így győződhetünk meg arról, hogy a daganat eltávolítható-e. A daganat eltávolíthatóságának megítélése szempontjából fontos azt is megállapítani, hogy a daganat hátrafelé nem terjedt-e túl a méhen. Ezt azonban rendszerint tapintással el tudjuk dönteni, ezért nem szükséges, hogy a végbél-hüvely részt a daganat kiterjedtségének megállá-

pítása céljából a műtét elején feltárjuk. Egyes szerzők azonban ezt is a műtét elején végzik.

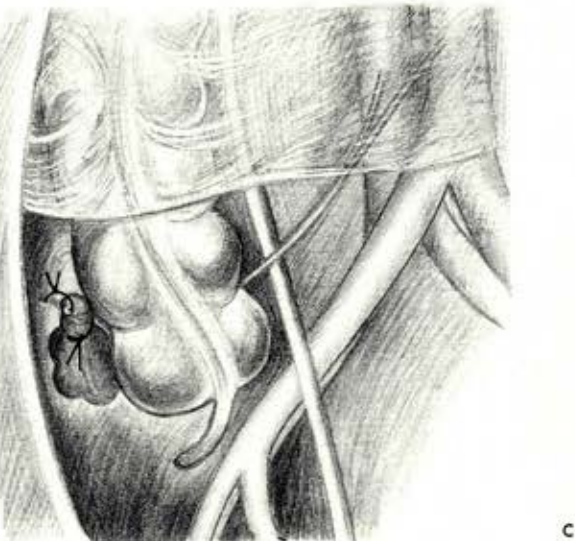
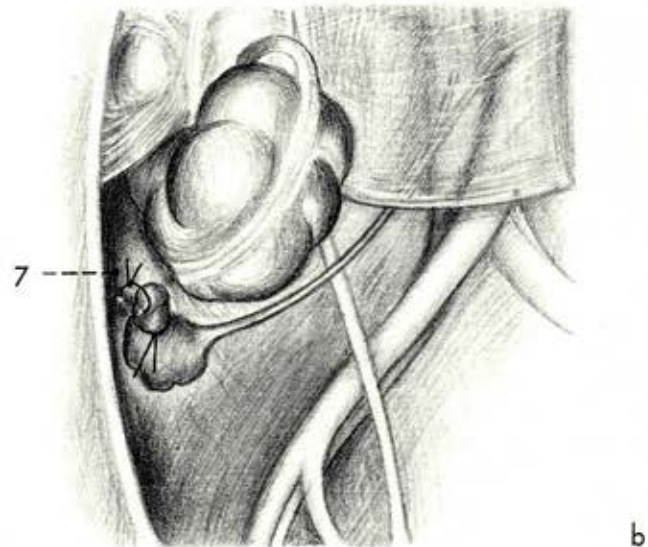
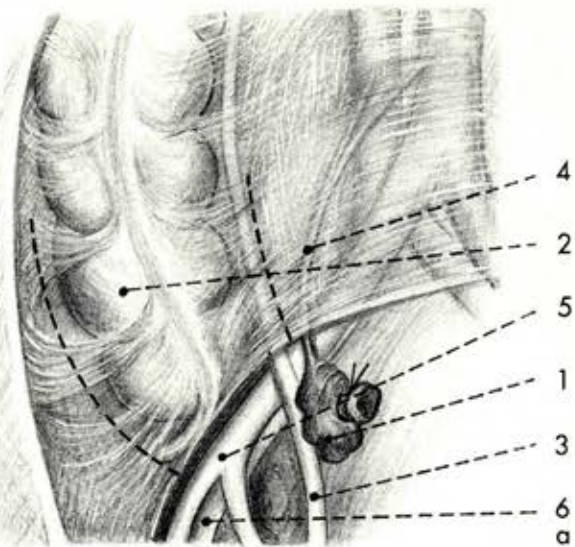
Ha a daganatot eltávolíthatónak tartjuk, a nyirokcsomók eltávolításával folytatjuk a műtétet. Ennek ismertetése azonban meghaladja a dolgozat kereteit. Jelen munkában csak a kiterjesztett méheltávolítás módszerét ismertetjük. Amikor a medencei nyirokcsomók eltávolítását mindkét oldalon elvégeztük, visszatérünk a kiterjesztett méheltávolításhoz. Magunk akkor is ezt a sorrendet választjuk, ha a paraaortikus nyirokcsomókat is el kell távolítani.

**A MÉH FÜGGELÉKEINEK ELLÁTÁSA** A méh függelékeinek ellátása a legegyszerűbben úgy végezhető, hogy mutató újjunkkal a széles méhszalagot hátulról előre a sarki képletek alatti érmentes területen átlukasztjuk (4/a-c. ábra). Az átfúrás helye attól függ, hogy a petefészkeket eltávolítjuk vagy nem. Ha igen, a nyílást a ligamentum infundibulopelvicum közelében készítjük. A képleteket a nyílásba helyezett fogókkal fogjuk le. Ha a méhet a sarki képletek lefogásával emeljük ki, elegendő csak a distalis csontot lefogni. Ha a petefészkeket megtartjuk, a fogót a kerek méhszalagtól oldalt, a méhhez közel helyezük fel, azért, hogy a petefészkek ne kerüljön a lefogásba. Ezzel a módszerrel a húgyvezeték sérülése, lefogása gyakorlatilag biztonságosan elkerülhető.

A függelékeket a műtét után általában szabadon hagyjuk a medencében. Mások javasolják, hogy egy biztosító öltéssel rögzítsük a hashártyához. Ha kiegészítő sugárkezelés szóba jön, vagy ha a műtétet nem végezzük el és a betegnek teljes széria sugárkezelést adunk, a petefészkeket emeljük ki a besugárzási területből, és helyezük a vastagbél melletti üregekbe. A petefészkek felvarrásának módszerét az 5. ábra mutatja. A ligamentum ovarii propriumot két lefogás között átvágjuk, és a petefészkek felé lekötjük. A lekötés fölé egy fém vércsillapító kapcsolót teszünk jelölés céljából. Képzelt eljárások során ennek alapján tájékozódhatunk a petefészkek elhelyezkedéséről. Ezután a hashártyát a ligamentum infundibulopelvicum két oldalán, a medence bemenet fölé terjedően átvágjuk. Az átvágás a petefészkek erektől távol történjen, azokat ne sértsük meg. A szabaddá tett ligamentum infundibulopelvicumot jobb oldalon a felszálló vastagbél, bal oldalon a leszálló vastagbél alatt átvezetjük, és a petefészkeket magasan, a vastagbél melletti üregek fali hashártyájához varrjuk. A felvarrás helyét úgy választjuk meg, hogy a petefészkek a medencei besugárzási területen kívül legyenek. Vigyázzunk, hogy a petefészkek erek ne csavarodjanak, ne törjenek meg, a petefészkek vérellátása ne károsodjon.

**AZ ARTERIA UTERINA ÁTVÁGÁSA ÉS A HÚGYVEZETÉK LEVÁLASZTÁSA A SZÉLES MÉHSZALAG HÁTSÓ LEMEZÉRŐL** A méh ütőeret, amely leggyakrabban az oldalsó köldök szalagból ágazik el, eredésénél felkeressük, diszektórral óvatosan környezetétől elválasztjuk, és szabaddá tesszük. A diszektor védelme mellett, két lefogás között átvágjuk és lekötjük (4/d. ábra). Az ér méh felé eső végének lekötő fonalat hosszúra vágjuk azért, hogy az éret könnyen megtaláljuk, és hogy a fonal segítségével a méh felé emeljük (4/e. ábra). Miután az arteria uterina az húgyvezeték csatorna felett halad, az ér felhúzása elősegíti a csatorna feltárását.

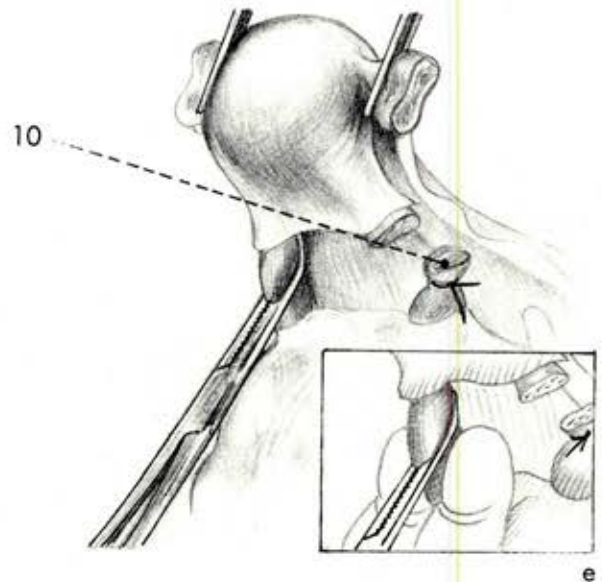
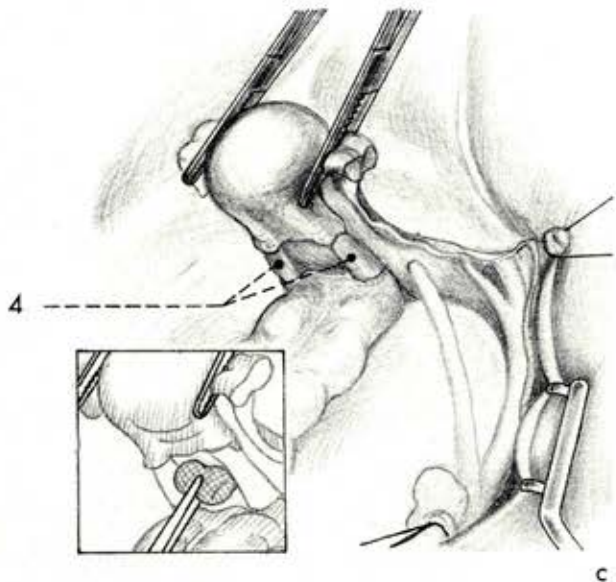
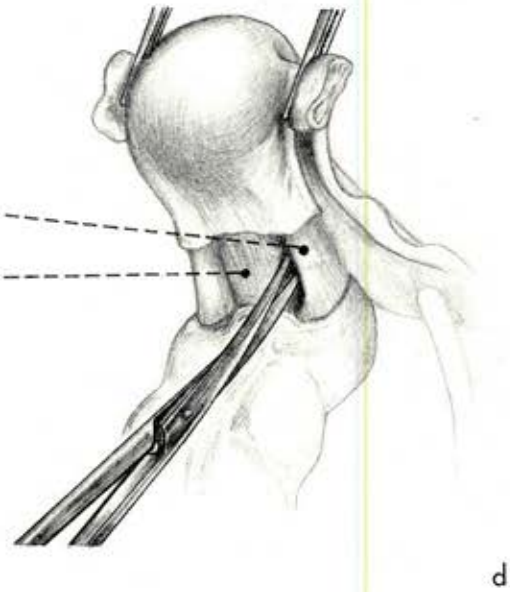
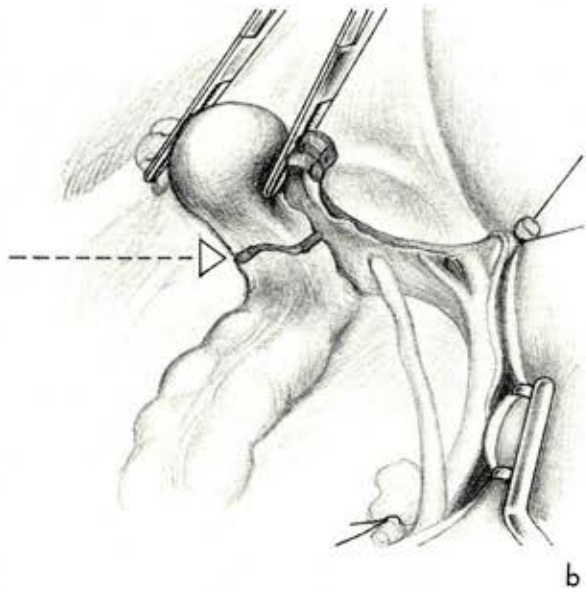
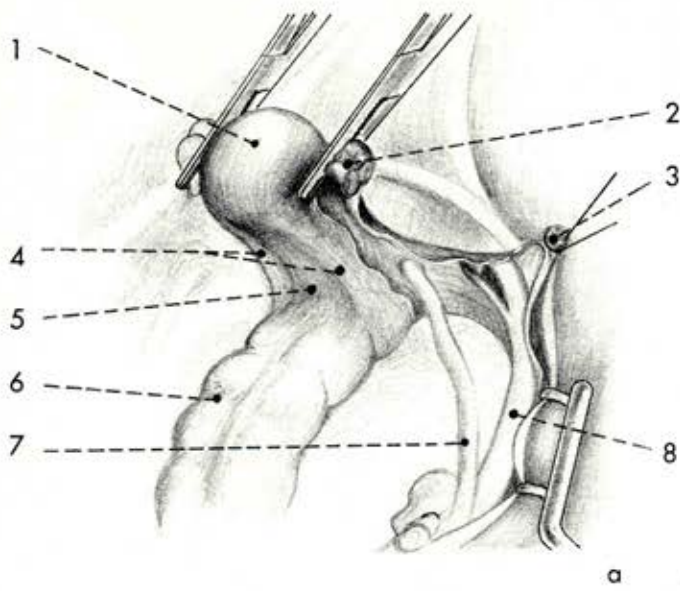
A széles méhszalag hátsó lemezének szélét, a végbél melletti üreg magasságában megfogjuk, és a húgyvezetékot ollóval, tompán vagy élesen teljesen elemeljük (4/f. ábra). A húgyvezeték elválasztását egészen a vesicouterin szalagig, az ureter csatorna kezdetéig folytatjuk. Hátrafelé attól függően szabadítjuk fel az uretert, hogy a sacrouterin szalagot milyen mértékben akarjuk kiirtani. Nagyon kell vigyázni, hogy a húgyvezeték körüli laza szövet, amely a húgyvezeték adventiciája, és amely a vérellátását biztosítja, ne sérüljön. Ennek a laza, vékony ereket tartalmazó kötőszöveti hálónak (periureteralis háló) megóvása az ureter károsodások, sipolyképződések megelőzése szem-



5. ábra A petefészkek felvarrása

A ligamentum ovarii proprium petefészkek felőli csontjának lekötése és a ligamentum infundibulopelvicum felszabadítása után a vakbél két oldalán a hashártyát átvágjuk és a belet az alapjáról egy kis szakaszon elemeljük (5/a és b. ábra). Az átvágásnál vigyázzunk, hogy a húgyvezeték ne sértsük meg. A szabaddá tett ligamentum infundibulopelvicumot a felszálló vastagbél alatt átvezetjük, és a petefészkeket magasan, a vastagbél melletti üreg fali hashártyájához varrjuk (5/c. ábra). A felvarrás helyét úgy választjuk meg, hogy a petefészkek a medencei besugárzási területen kívül legyenek. Fontos, hogy a petefészkek erek ne csavarodjanak, ne törjenek meg, a petefészkek vérellátása ne károsodjon.

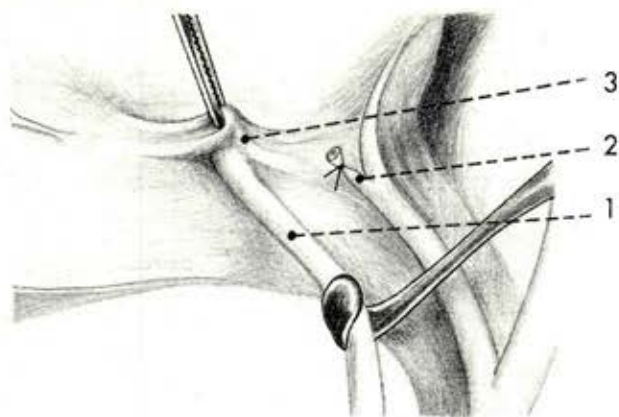
1 függelék 2 vakbél 3 húgyvezeték 4 ligamentum infundibulopelvicum 5 arteria iliaca communis 6 vena iliaca communis 7 a vastagbél melletti üreg



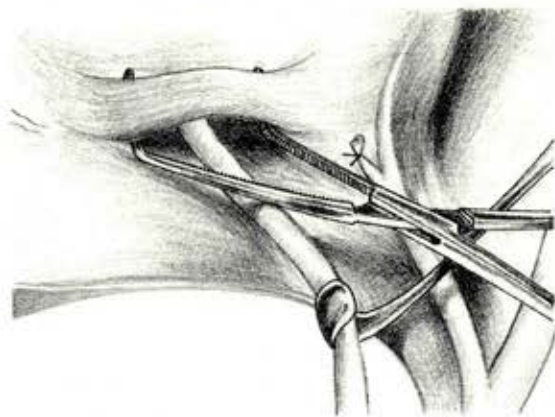
6. ábra A végbél-hüvely rész megnyitása és a sacrouterin szalagok ellátása (lásd leírás)

1 méh 2 függelék csontja 3 kerek méhszalag csontja 4 sacrouterin szalagok 5 Douglas üreg 6 sigma-végbél 7 húgyvezeték 8 arteria et vena iliaca externa 9 végbél-hüvely rész 10 sacrouterin szalag csontja

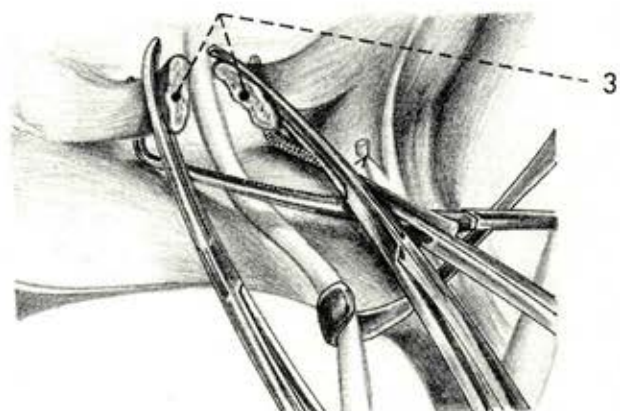




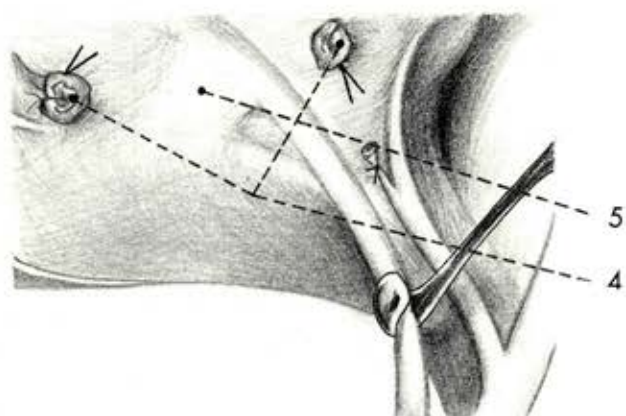
a



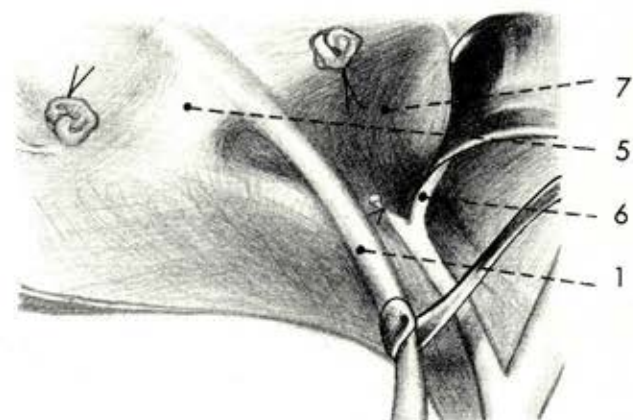
b



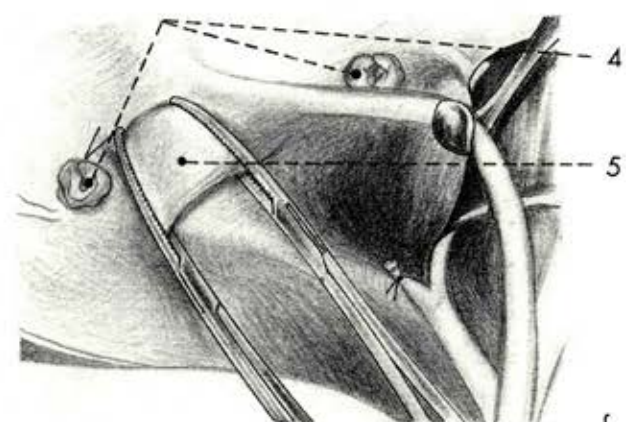
c



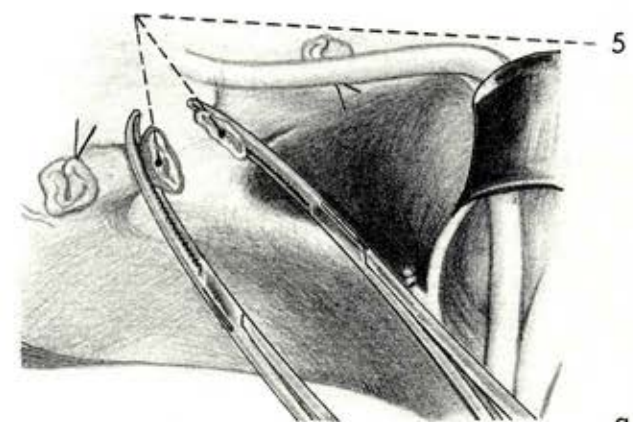
d



e



f



g

7. ábra A vesicouterin szalag átvágása és a húgyvezeték szabaddá tétele (lásd leírás.)

1 húgyvezeték 2 arteria uterina csomója 3 a vesicouterin szalag mellső lemeze 4 a vesicouterin szalag mellső lemezének lekötött csomói 5 a vesicouterin szalag hátsó lemeze 6 a ligamentum umbilicale laterale 7 a hólyag melletti rész

pontjából alapvetően fontos. A leválasztás, tehát a hátsó lemez és a húgyvezeték adventiciája között történik úgy, hogy a laza kötőszöveti háló sértetlenül megmaradjon az elemelt ureter körül.

**A VÉGBÉL-HÜVELY RÉSZ MEGNYITÁSA ÉS A SACROUTERIN SZALAGOK ELVÁLTÁSA (6. ÁBRA)** A méhet meredeken a symphysisre fektetve, mellfelé húzzuk. Bal kezünkkel a sigma belet feszítjük hátra, aminek következtében a Douglas üreg legmélyebb pontján a hashártya áthajlás jól láthatóvá válik. A hashártya áthajlást, amely a végbél-hüvely rész tetejét képezi, megnyitjuk (6/b. ábra, nyíljal jelölve). Mindkét oldalt a széles méhszalag hátsó lemezét, amelyről a húgyvezeték leválasztottuk, a sacrouterin szalag irányába meghasítjuk. A sacrouterin szalag felett csak a hashártya borítást vágjuk át, majd metszésünket összekötjük a hashártya áthajlásán ejtett metszéssel. Egyes szerzők a hashártya áthajlást nem külön vágják át, hanem az oldalról, a széles méhszalag irányából elindított metszés folytatásaként. A végbél-hüvely részbe hatolva, tompán, ujjunkkal vagy eszközbe fogott gézbucival, a végbélet a hüvely hátsó falával összekapaszkodott hüvely-végbél sövénytől elválasztjuk (6/c. ábra). A leválasztás, ha nincs kóros elváltozás, mint pl. daganatos beszűrttség, könnyű és vértelen. Mindig a hüvely-végbél sövényen haladva válasszuk le a végbélet. A végbél-hüvely rést csak annyira tárjuk fel, amennyire a hüvely felső részének eltávolításához szükséges. Ezután a végbélet a sacrouterin szalagok belső szélétől választjuk el. A méhet meredeken előre húzva a bal kezünkkel, a végbélet lefele és ellenkező oldalra nyomjuk úgy, hogy a sacrouterin szalag és a végbél közötti rostok megfeszüljenek (6/d. ábra). A rostokat átvágva, szükség esetén az egész sacrouterin szalagot, a keresztcsonti tapadásáig kireparálhatjuk. Ha a rostok átvágásával a végbél alsó felcsíne felé fordulunk, láthatjuk, hogy a vékony, szinte áttetsző sacrouterin szalag gyakorlatilag tartja a végbélet. A sacrouterin szalag kireparálásának mértéke attól függ, hogy mennyit akarunk belőle eltávolítani. Megkülönböztetünk:

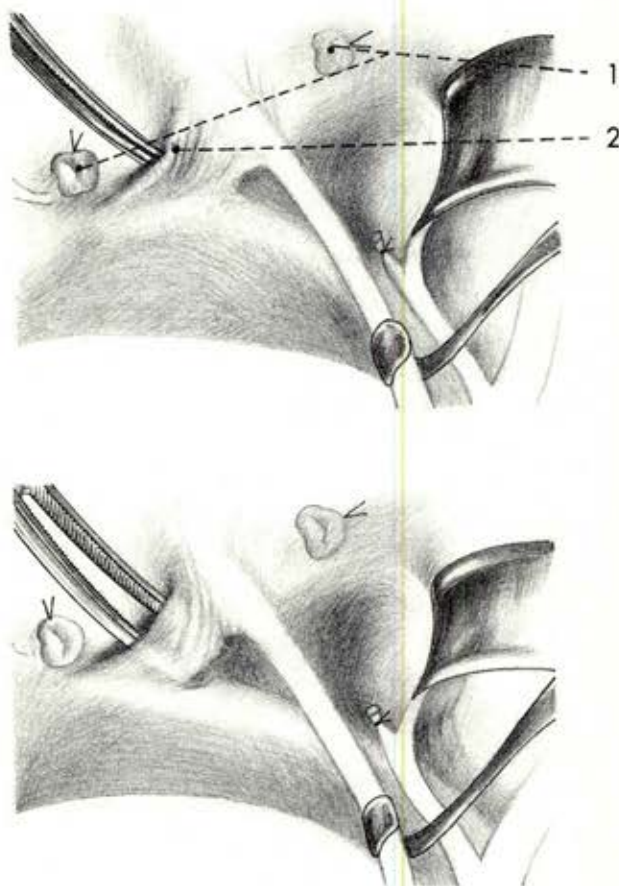
1. *Részleges sacrouterin szalag (Piver 2 típusú) eltávolítás*, amikor a szalagot a méh és a keresztcsont között közepén, a végbél előtt vagy oldalánál fogjuk le és vágjuk át (1. ábra). Az eszközt mindig a szem ellenőrzése mellett tegyük fel, ügyelve arra, hogy a végbél fala ne kerüljön a fogásba. Biztonságot jelent, ha a bal kezünk mutató és középső ujjja közé fogjuk a sacrouterin szalagot, és azokkal a végbélet eltartva az újjak védelme mellett helyezük fel a lefogást. A sacrouterin szalag azonban lefogások nélkül is átvágható (6/e. ábra).

2. *Teljes sacrouterin szalag (Piver 3 típusú) eltávolítás*. Ennek során a szalagot közvetlenül a keresztcsonti tapadásánál fogjuk le és vágjuk át (1. ábra). Az elnevezés nem teljesen találó, mert a sacrouterin szalagot mélységben rendszerint a végbél előtt vagy oldalánál vágjuk át, a végbél alatti részét visszahagyjuk. Vannak azonban, akik a szalagot teljesen kireparálják, a végbélet a keresztcsont vójolatából kiemelik, és a sacrouterin szalagot a végbél hátsó felszínén átvágva, azt valóban teljesen eltávolítják. Ha a sacrouterin szalag leválasztása során a méh mellett mélyre megyünk, bejutunk a parametriumba, illetve a hypogastrica ágrendszerének leghátsó részébe. Ebben futnak a végbélhez menő ágak. A szalag teljes eltávolításával fokozzuk az autonóm idegrendszer károsodását.

Függetlenül attól, hogy részleges vagy teljes eltávolítást végzünk, a szalag külső oldala mellett szabadon futó húgyvezeték, a pararectalis üregbe helyezett lapoccal tartjuk el. A feltárással a sacrouterin szalag is jobban körvonalazhatjuk.

A rendelkezésünkre álló irodalmi adatok alapján azt mondhatjuk, hogy a daganat sejtek embolisatio útján a sacrouterin szalagban vagy azon keresztül nem terjednek. A sacrouterin szalag elválaszthatatlan egységet képez a ligamentum cardinaleval, a méh hátsó részével közvetlenül kevésbé érintkeznek. Ebből adódóan a daganatnak a sacroute-

rin szalagra történő terjedése mindig a parametriumon keresztül következik be. A szerzőnek saját megfigyelése alapján – amely összhangban van az irodalmi adatokkal – az a véleménye, hogy ha a parametrium makroszkóposan ép, a sacrouterin szalagok daganatos beszűrttségével gyakorlatilag nem kell számolni. Ennek alapján, ha a parametriumokat épnek ítéljük, a sacrouterin szalagokat nem szükséges teljesen eltávolítani, elegendő, ha azokat a végbél előtt vágjuk át.



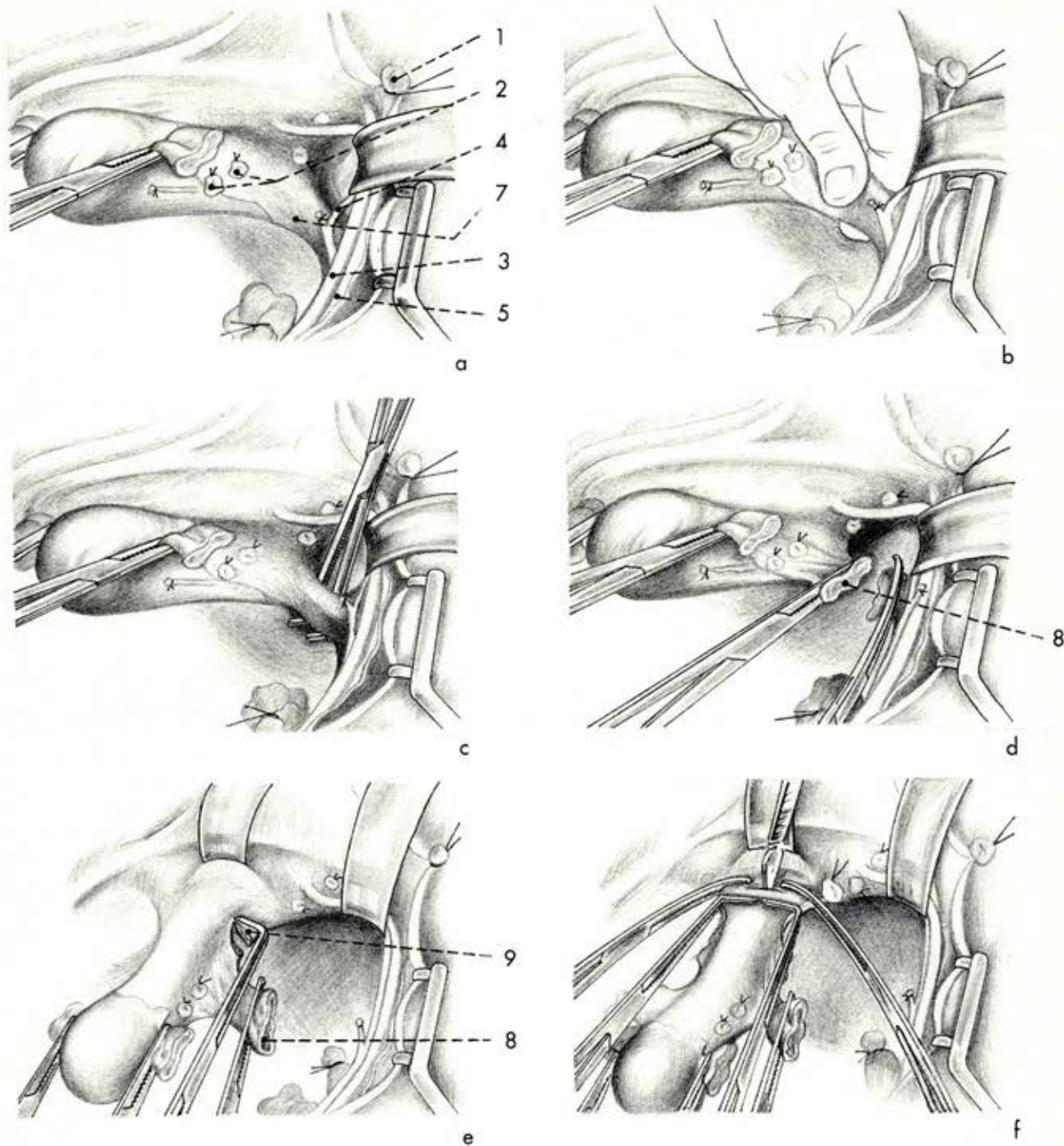
8. ábra A vesicouterin szalag hátsó lemezének átvágása Uchida szerint

A vesicouterin szalag hátsó lemeze és a hüvely széle között kicsiny, ereket nem tartalmazó, laza kötőszövettel kitöltött rés van. Ezt felkeressük és zárt eszközzel áthatalunk rajta. Az eszköz a hátsó lemez alatt jön ki. A rést megtágítjuk és a hátsó lemezt két lefogás között átvágjuk.

1 a vesicouterin szalag átvágott mellső lemezének csankjai 2 a vesicouterin szalag hátsó lemeze

#### A VESICOUTERIN SZALAG ÁTVÁGÁSA ÉS A HÚGYVEZETÉK SZABADDÁ TÉTELE (7. ÁBRA)

A méhet hátra, ellenkező irányba és kissé felfelé húzzuk, az átvágott arteria uterina méh felőli részét megemeljük, a hólyagot pedig lapoccal mellfelé megfeszítve eltartjuk. Ennek következtében elénk kerül a vesicouterin szalag. A húgyvezetékét óvatosan fogóval megfogjuk, és kissé hátrafelé feszítjük. A vesicouterin szalag mellső lemeze a húgyvezeték felett, a hátsó alatta halad. Az ureter csatornába zárt ollóval vagy dissektorral behatolunk, és a műszer nyitogatásával megtágítjuk. Fontos, hogy közvetlenül az ureteren és annak kissé belső oldalán haladjunk, vigyázva, hogy az adventiciáját ne sértsük meg. Ha nem jó rétegben haladunk, a vesicouterin szalag rostjai közé jutunk, és kellemetlen vérzést kapunk. A húgyvezeték a csatornában csak lazán kötődik a szalaghoz, közte és a szalag között laza, kötőszövettel kitöltött nagyon vékony rés van, amelyben erek nincsenek. Ha a csatornában haladunk, a húgyvezeték felválasztása vértelenül történhet. Az ureter csatorna méh felőli nyílásánál közép felé fordulunk, különben megsérthetjük a húgyvezetékét. A vesicouterin szalag mellső lemezét, ami az ureter csatorna teteje, két lefogás között átvágjuk, aminek következtében a húgyvezeték teljesen szabadon fekszik (7/a-c. ábra). Előfordulhat, hogy a csatorna tetejét nem tudjuk



9 ábra A parametrium és a paracolpium átvágása (lásd leírás)

1 a kerek méhszalag lekötött csontja 2 a vesicouterin szalag mellső és hátsó lemezeinek proximális csontja 3 húgyvezeték 4 ligamentum umbilicale laterale 5 arteria iliaca externa 6 parametrium 7 az átvágott ligamentum cardinale 8 az átvágott paracolpium

egyetlen lefogással átvágni, ilyenkor több, kisebb lefogást helyezünk fel, és így vágjuk át a szalagot. Ha a húgyvezeték nem sikerült teljesen szabaddá tenni, a még megmaradt finom rostokat átvágjuk. Ha a húgyvezeték kiforgatjuk és megemeljük, elénk tűnik a vesicouterin szalag hátsó lemeze, amely az ureter és a parametrium között háromszög alakban feszül ki (7/d-e. ábra). A hátsó lemezhez az ureter viszonylag szívósabban tapad. Ha a húgyvezeték fel akarjuk szabadítani, vagy a rögzítő kötőszöveti rostokat vágjuk át vagy a vesicouterin szalag alsó részét. Ez utóbbit a húgyvezetékkel párhuzamosan, két lefogás között (7/f-g. ábra), vagy Uchida (5) szerint, a szalag és a hüvely-méhnyak közötti részbe vezetett eszköz segítségével (8. ábra). A lefo-

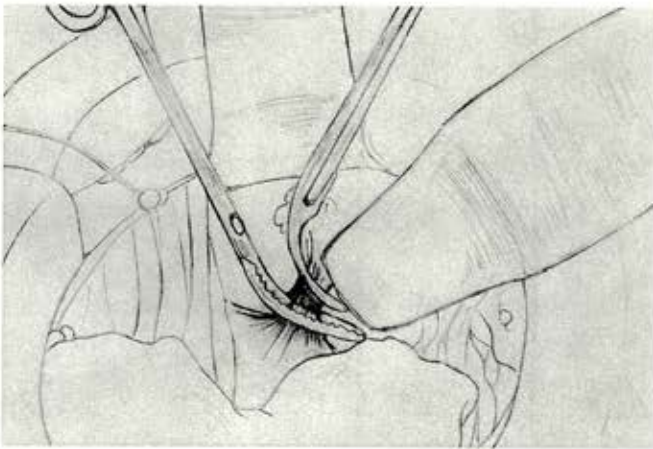
gásokat lekötésekkel helyettesítjük. A vesicouterin szalag átvágását és a húgyvezeték felszabadítását a másik oldalon is elvégezzük.

**A PARAMETRIUM ELTÁVOLÍTÁSA (9. ÁBRA)** A sebészek egy csoportja a parametriumot a kiterjesztett méheltávolítás kezdetén távolítja el. Mások előbb a húgyvezeték szabadítják fel, és a sacrouterin szalagot látják el. A sorrend nem meghatározó. Magunk a húgyvezeték felszabadítása és a sacrouterin szalagok átvágása után először a jobb, majd a bal oldali parametriumot távolítjuk el. A parametrium tulajdonképpen a ligamentum cardinalnak felel

meg, ami viszont nem egy szalag, hanem kötőszövettel, izomrostokkal, zsír és nyirokszövetekkel körülvett érhalózat. Az arteria uterina a parametrium felső szélében található, amely sokkal lazább, nyirok- és zsírszövetben gazdagabb. Benne izom és kötőszöveti rostok alig láthatók, idegszálak viszont nagy számban figyelhetők meg. A felső rész az alsó, tömött, keményebb részről könnyen elmozdítható.

A parametriumok megfelelő feltáráshoz elengedhetetlen a hólyag és a végbél melletti üregek feltárása. Mindkét üregbe lapocot helyezünk, amellyel eltartjuk elől a húgyvezeték, hólyagot és az oldalsó köldök szalagot, hátul pedig a végbelet (9/a. ábra). A méhet ellenkező irányba és kissé felfelé húzzuk. Elősegíthetjük a feltárást úgy, hogy egy-egy újjunkat a hólyag illetve a végbél melletti üregbe dugjuk és enyhe, a méh felé irányuló húzással a parametriumot megfeszítjük.

A parametrium felső lazább része az alsó tömött résztől általában könnyen elválasztható. Ez történhet úgy, hogy az alsó kemény, kötött részt újjunkkal kitapintjuk, és a lefogást eddig vezetjük. Mások a két rész között újjal egy rést csinálnak (9/b. ábra). Megint mások a szem ellenőrzése mellett egy kis rést keresnek a két rész között, azt tompa eszközzel kiszélesítik, és a lefogásokat csak ezután helyezik fel (9/c. ábra). Uchida (5) a parametrium felső részének medencefali részéről húzással a zsírszövetet eltávolítja, aminek következtében csak egy nagyon vékony köteg marad, amely könnyen lefogható (10. ábra). Ha jó rétegben vagyunk, az átvágott felső részt az alsóról a méhig teljesen és vértelenül elemelhetjük.



10. ábra A parametrium Uchida szerinti ellátása (5)

A parametrium medencefali részéről a zsírszövetet eszközzel lehúzzuk, aminek következtében a szalag nagyon elvékonyodik.

A parametrium eltávolításának mértéke szerzőnként jelentősen változik. A valóságban nehéz a különböző mértékben kiterjesztett eljárásokat meghatározni, mert a parametriumot képező érhalózat határ nélkül folytatódik a medence falán. Nincsenek jól megfogható elválasztó pontok. Mindezek figyelembe vétele mellett a parametrium eltávolításának mértéke szerint megkülönböztethetünk:

1. *Részleges (Piver 2 típusú) parametrium eltávolítás.* Ennek során a parametriumnak a felső részét, a medencefal és a méh között középen fogjuk meg, és vágjuk át két lefogás között (1. ábra).

2. *Teljes (Piver 3 típusú) eltávolítás,* amely az előzőtől abban különbözik, hogy a parametrium felső részét közvetlenül a medence falon fogjuk le és vágjuk át (1. ábra). Ha a parametrium medencefalhoz vezető részét lefogás után vágjuk át, egy kevés parametrium szövet mindig visszamarad. Ezért többen javasolják (6), hogy a medencefali leválasztásnál a parametrium ereit lépésről lépésre haladva, közvetlenül az eredésüknél kapcsokkal lássuk el és vágjuk át. Mint említettük, a parametrium nem egy szalag vagy köteg, amely a medence falon tapad, hanem a hypogastrica érrendszerének része. Ezért a parametriumot soha nem a medence falról, hanem a medence falán tapadó arteria és vena hypogastricaról és annak nagyobb ágairól választjuk le.

3. *Kiterjesztett parametrium eltávolítás.* Ebben az esetben a parametriumnak már az alsó részét is leválasztjuk az erekről, egészen a medence fenekéig. Gyakorlatilag a méh, a hüvely, a végbél és a medence oldala között minden összeköttetést megszüntetünk. Ennek következtében a hólyag és végbél melletti üregek eggyé válnak, és tulajdonképpen, a levator ani izom tölcsérszerű lefutása miatt, a medencefal és a medence szervei között egy árok keletkezik.

Ha az alsó obturator nyirokcsomókat is eltávolítjuk, a hólyag melletti üreg falán nem marad nyirokszövet. Ha az arteria és vena hypogastrica és a medence falán lévő ágait is eltávolítjuk, a medence fal és fenek is teljesen szabaddá válik. A nyirokszövetnek a medence faláról és fenekéről történő eltávolítása, meghatározás szerint, nem nevezhető parametrium eltávolításnak, jóllehet azal teljesen egységes rendszert képez.

**A PARAKOLPIUM ÉS A HÜVELY ÁTVÁGÁSA** A ligamentum cardinale átvágása után a méh gyakorlatilag már csak a hüvelyhez és a hüvely melletti, erekben dús kötőszövethez (parakolpium) kötött. A parakolpiumot mindkét oldalt vízszintesen, a hüvelyre merőlegesen felhelyezett, derékszögű eszközzel fogjuk le. A méhet felfelé és ellenkező oldalra húzzuk, amennyire lehet, kiemeljük a kismedencéből, aminek következtében a hüvely megfeszül. A parametrium méh felőli csontját tartó fogót a méh irányába húzzuk úgy, hogy a derékszögű fogóval a méhhez húzott parametrium alatt tudjuk lefogni a hüvely melletti kötőszövetet (9/e. ábra). A fogót mindig úgy helyezzük fel, hogy annak csúcsa a hüvely széléig érjen. Attól függően, hogy milyen sokat akarunk a hüvelyből eltávolítani, szükséges, hogy a lefogás előtt a húgyhólyagot még tovább elválasszuk a hüvely mellső falától. Ez ebben a mélységben többnyire már csak élesen lehetséges. Minél mélyebben választjuk el a hólyagot, annál jobban sérül az idegellátása. Ha a szükséges mélységig jutottunk, a parakolpium lefogása előtt mindig győződjünk meg arról, hogy addig a mélységig a végbelet is leválasztottuk-e a hüvely hátsó faláról. A parakolpiumot a lefogások szintjén a hólyaghoz kötőszöveti rostok kötik, a kettő közötti határt nem mindig könnyű felismerni. Ugyanakkor fontos, hogy a hüvely melletti kötőszövetnek a hólyag széle melletti részét is eltávolítsuk, mert ez a parametriummal szerves egységben van. Oldalsó parametriumnak is nevezik. A lefogásnál mindig körültekintően járjunk el, mert a hólyag szélét könnyen befoghatjuk. A lefogás felhelyezése előtt a méhet erősen húzzuk felfelé, a hólyagot mell felé, a húgyvezeték oldalra lapocokkal tartjuk el. A hólyag sérülés veszélyének elkerülése miatt, első sorban keleti szerzők javasolják, hogy keressük fel a hüvely és a mellette lévő kötőszövet között található, ereket nem tartalmazó keskeny rést, és egy horgatlan, vékony fogóval azt szűrjük át. A fogó vége a parakolpium hátsó szélénél jön ki. Ennek következtében a hüvely mellett a keskeny csatorna keletkezik, amelyen keresztül a parakolpium lefogást biztonságosan felhelyezhetjük.

A hüvely melletti kötőszövet átvágása és lekötése után a hüvelyt oldalt vagy mellől megnyitjuk és körbevágjuk. A hüvely megnyitása előtt a hüvelyt a daganat alatt két erős fogóval, amelyeket két oldalról helyezünk fel, elzárhatjuk a daganat sejtek szóródásának megelőzése céljából. A hüvelyt nyilván az elzáró fogások alatt nyitjuk meg (9/f. ábra). A hüvely csont szélét egy-két fogóval megragadjuk, a sebseleket fertőtlenítő oldatba mártott gézzel fertőtlenítjük.

**A HÜVELYCSONK ELLÁTÁSA** A hüvelycsontot a szerzők többsége nem zárja, hanem egy körkörös, tovaftató vicryl öltéssel körbe varrja (11. ábra). Ha a hüvely nyílása túl tág, egy-két szűkítő öltést tegyünk be. Mások zárják a hüvelyt. Megint mások a hüvelyt nyitva hagyják, de a mellső falát a hólyag szélével, a hátsót a végbél hashártya borítékának szélével összevarrják.



11. ábra Tovafutó, pelenka öltéssel körbe varrt hüvelycsonk.

A műtét után a műtéti területet még egyszer alaposan nézzük át. Gondos vérzéscsillapítás után a hasüreget fertőtlenítő oldattal moszuk ki. A szerző és munkatársai a hashártyát nem zárják. Mások viszont a hashártya összevarrását fontosnak tartják. Ilyenkor a hashártya borítás alá mindig drain helyeznek a nyirokfolyás elvezetése miatt. Ha a hashártyát nem zárjuk, a hasüreg drainézése nem feltétlenül szükséges, de ajánlatos. A hasüregbe jutó nyirok a hashártyán keresztül felszívódik.

#### A KITERJESZTETT MÉHELTÁVOLÍTÁS ELŐNYEI

**1. A PETEFÉSZKEK MEGTARTÁSA** A petefészek áttétek gyakorisága méhnyak laphámrákok eseteiben kevesebb mint 1%, ezért a petefészek megtarthatók. Épnek látszó petefészek eseteiben gyakorlatilag nem kell számolni áttét lehetőségével. Jóllehet egyes szerzők (7,8) mirigyrákok eseteiben 4-5%-ban észleltek áttétet, az irodalmi adatok áttekintése alapján a petefészek áttétek gyakorisága mirigyrákok eseteiben sem haladja meg a 2%-ot. Hopkins és mtsai (9) szerint jobbak voltak az eredmények azokban az esetekben, amikor a petefészeket nem távolították el. Ez a kérdés még nem tekinthető lezártnak. Úgy tűnik, hogy az épnek látszó petefészek, ha nincsenek látható nyirokcsomó áttétek, mirigyrákok esetén is megőrizhetők (10). A petefészek megtartásának azért van nagy jelentősége, mert a korai ményakrákban szenvedő betegek 80-85%-a meggyógyul, és többségük 30-40 éves. Ezeknek a betegeknek petefészkei tehát még 10-20 évig is működhetnek. Sajnos a petefészek működése nem mindig sértetlen, bizonyos százalékban működésük rövid idő alatt befejeződik. A visszahagyott petefészekben a tömlő képződés sem ritka.

Jóllehet, a kiterjesztett méheltávolítás után alkalmazott sugárkezelés hatásosságát a legtöbb szerző vitatja, vannak akik alkalmazzák. Ilyen esetekben a visszahagyott petefészeket a vastagbél melletti hashártyához felvarrjuk, és így kiemljük a besugárzási területből (5. ábra). Tömlő a felvarrt petefészekben is keletkezhet, ezek működése is károsodhat. Előfordulhat, hogy a petesejtek kilökődésekor fájdalom keletkezik, amelyet a beteg a petefészek magasabbra helyezése miatt a vastagbél mellett jelez. A petefészek helyének megváltoztatására petefészek daganatok esetén is gondoljunk. Ha a visszahagyott petefészekben tüneteket okozó kóros folyamat játszódik le, „visszahagyott (reziduális) petefészek szindrómáról” beszélünk.

**2. A NEMI ÉLET BIZTOSÍTÁSA** Számos megfigyelés igazolja, hogy a nemi élet kiterjesztett méheltávolítás után gyakorlatilag nem romlik el. Annak ellenére, hogy a hüvely felső részéből 3-4 cm-t is eltávolítunk, a hüvely rugalmassága és tágulékonysága következtében nem rövidül meg, a nemi élet számára megfelelő hosszúságú marad. A hüvely nyálkahártya és fala, szemben a sugárkezelt betegekkel, a műtét következtében nem károsodik. Sugárkezelés során, főleg akkor, ha üregi sugárkezelést is alkalmazunk, a hüvely nyálkahártyája elvékonyodik, sérülékennyé

és vértékennyé válik, falában kötőszövet szaporodik fel, és a hüvely zsugorodik. Ennek következtében házasságra kevésbé alkalmas. Kiterjesztett méheltávolításnál csak akkor romlik a nemi élet, ha a hüvelynek a felét vagy annál nagyobb részét távolítjuk el. Tekintettel arra, hogy egy 1-2 cm nagyságú, daganatmentes hüvelyszél kivágása teljesen elegendő, a hüvely nagyobb részének eltávolítására ritkán kerül sor. A nemi élet biztosítása nem csak az ivarérett korban lévő nők esetében fontos. Egyre többen igénylik a 60-70 éves asszonyok közül is.

**3. A BETEGSÉG KITERJEDÉSÉNEK PONTOS MEGÁLLAPÍTÁSA** A sugárkezelés esetében a daganatos megbetegedés kiterjedését és a nyirokcsomók érintettségét klinikai vizsgálattal és képkalkító eljárások segítségével állapítjuk meg. Ismerve azt, hogy a klinikailag megállapított stádium az esetek 30%-ában is eltérhet a sebési úton megállapított stádiumtól, a műtéti beavatkozás jelentősége a betegség kiterjedésének megállapítása szempontjából rendkívüli jelentőségű. Képkalkító eljárásokkal sem tudjuk biztosan megítélni a folyamat kiterjedtségét, mivel a mikroszkopos nagyságú áttétek még a legkorszerűbb képkalkító eljárásokkal sem ismerhetők fel. További nehézséget jelent az, hogy megnagyobbodottnak látott nyirokcsomók esetében nem biztos, hogy nyirokcsomó áttétről van szó. Ez biztosan csak szövettani vizsgálattal igazolható. Nem kapunk képet a nyirokcsomók érintettségéről akkor sem, ha sugárkezelést egyszerű méheltávolítással egészítjük ki. Ezekben az esetekben ugyanis a hashártya mögötti területet nem tárják fel, és a nyirokcsomókat nem távolítják el. Kiterjesztett méheltávolítással egybekötött medencei és paraaortikus nyirokcsomó eltávolítással a daganatos megbetegedés kiterjedését meglehetősen nagy biztonsággal megállapíthatjuk. Ennek a megfelelő kezelés megválasztásában alapvető jelentősége van.

**4. RÖVIDEBB KEZELÉSI IDŐ** A kiterjesztett méheltávolítás általában egy 1,5-4 órás műtét. A műtét időtartama függ a sebész gyakorlatától, radikalitásától és attól, hogy a medencei nyirokcsomókon kívül a paraaortikus nyirokcsomókat is eltávolítjuk-e. Szövődmény-mentes esetben a beteg a 7-10. műtét utáni napon elbocsátható. A beteg teljes felépülésére 4-6 hét szükséges. Ez után újra munkaképes. Sugárkezelés esetében, különösen akkor, ha műtétet is végzünk, mind a kezelési idő, mind a beteg felépüléséhez szükséges idő lényegesen hosszabb. A rövid kezelési idő, valamint az a tény, hogy műtét után már azonnal nagy valószínűséggel megítélhetjük a betegség kimenetelét, psychés szempontból is rendkívüli jelentőségű.

**A KITERJESZTETT MÉHELTÁVOLÍTÁS SZÖVŐDMÉNYEI** A műtétnek sokféle szövődménye lehet. Ezek túlnyomó többsége a műtét alatt, illetve a műtét utáni napokban lép fel, és általában 20-30 napon belül megoldódik. A késői szövődmények, eltekintve az ún. „neurogen hólyagtól”, ritkák. Ez lényegi különbséget jelent a sugárkezeléssel szemben. Átmeneti hólyag és végbél panaszoktól eltekintve a sugárkezelést a betegek általában jól viselik, és a kezelés utáni első hónapok is tünetmentesek. A sugárkezeléssel összefüggő tünetek egy része csak hosszú évek után jelentkezik, és vagy műtéti beavatkozással megoldható, vagy állandósul. A sugárkezeléssel kapcsolatban tehát a késői szövődmények jelentik az igazi veszélyt. Ezek a statisztikákból gyakran kimaradnak. Kiterjesztett méheltávolítás esetében a műtét körüli szövődmények a meghatározók, a maradandó károsodások ritkák, de előfordulnak.

**MŰTÉT ALATTI SZÖVŐDMÉNYEK** A műtét során fellépő szövődmények közül a vérzés a leggyakoribb. A vérvesztés mennyisége nagymértékben függ attól, hogy a műtétet mennyire terjesztjük ki. Megfelelő műtéti technikával azonban ilyen esetekben is lényegesen csökkenthető a vérvesztés mennyisége. A betegeknek csak egy része igényel vérátömlesztést. Magunk az első 116 műtétünk során 40%-ban adtunk vért. Az utóbbi években azonban vérátömlesztésre egyre ritkábban kerül sor. A méh körüli szervek (végbél, húgyhólyag, húgyvezeték) és a nagy-

erek sérülése ritka. Ilyen esetekben a sérülés általában azonnal ellátható, és rendszerint következmény nélkül gyógyul.

**KORAI MŰTÉT UTÁNI SZÖVŐDMÉNYEK** Utóvérzés, gyulladás, sebgyógyulási zavarok stb, vagyis azok a szövődmények, amelyek minden hasműtét után előfordulhatnak, kiterjesztett méheltávolítás esetében is előfordulhatnak, lényegesebben nem gyakoribbak. Megelőzésükre azonban gondot kell fordítani. Különös gondot kell fordítani a thrombo-emboliás szövődmények kivédésére. Jól ismert, hogy daganatos betegek hajlamosabbak vérrögösödsre, különösen kiterjesztett műtétek esetében. Ennek ellenére a szerző anyagában thrombo-emboliás megbetegedés csak elvétve fordult elő, és nem volt végzetes (11).

A vizeleti nehézségek a leggyakoribb és talán a legzavaróbb szövődmények. Gyakoriságuk és súlyosságuk a műtét kiterjesztésének mértékétől függ. Ha a méh körüli szalagokat a medencefalon választjuk le, elkerülhetetlen, hogy a húgyhólyagot ellátó idegek sérüljenek. Különösen vonatkozik ez a ligamentum cardinalera (parametrium). A szalagok egy részének meghagyása ugyanakkor a daganat nem megfelelő eltávolításának veszélyével jár. Véleményem szerint a daganat biológiai jellemzői és a szalagok érintettségének műtét alatt megállapított mértéke alapján dönthetjük el, hogy hol vágjuk át a méhet rögzítő szalagokat. Ennek alapján és az anatómiai határok aprólékos tiszteletben tartásával a vizeleti szövődmények is csökkenthetők.

**KÉSOI SZÖVŐDMÉNYEK** A vizeleti inger érzésének és a detrusor izom működésének csökkenése hónapokig megmaradhat, sőt állandósulhat is. Szerencsére azonban ez nem gyakori, és a megmaradó vizeleti nehézségek az idő múlásával rendszerint megoldódnak. Régebben a húgyvezeték sipolya vagy szűkülete volt a leggyakoribb késői szövődmény. A jelenlegi műtéti módszerek mellett a sipolyképződés és a húgyvezeték károsodása csak elvétve fordul elő.

**A KITERJESZTETT MÉHELTÁVOLÍTÁS JAVALLATAI** Kiterjesztett méheltávolítást gyakorlatilag csak az elsődleges, korai méhnyakrákok esetében végzünk. Nagyon ritkán sor kerülhet még a műtetre a hüvely felső részében, a méhnyakhoz közel elhelyezkedő hüvelyrák, illetve sugárkezelés után a méhnyakban kiújult méhnyakrák esetében is. Méhtrákok esetében a kiterjesztett méheltávolítás csak akkor indokolt, ha a daganatos burjánzás a méhnyakat szabad szemmel vagy kolposzkóppal láthatóan beszűri.

Általánosan elfogadott, hogy a műtét elsősorban *1b és 2a stádiumú méhnyakrákban* javasolt. Az álláspont azonban ezzel kapcsolatban sem teljesen egységes. Vannak, akik csak 3-4 cm-nél kisebb daganatok esetében tartják indokoltnak, nagy, kifelé növekvő, illetve a nyakcsatornában fejlődő, azt jelentősen felfújó (hordóalakú méhnyak) daganatok esetében a sugárkezelést részesítik előnyben. Nincs azonban bizonyíték arra, hogy a sugárkezelés eredményei ilyen esetekben jobbak lennének (12-14). Kétségtelen, hogy minél nagyobb a daganat, annál gyakrabban keletkeznek a nyirokcsomókban és a méh körüli szalagokban áttétek. Ez azonban nem ellenjavallatot, legfeljebb azt jelenti, hogy a műtétet kiterjesztve kell elvégezni (15).

Felmerül azonban az a kérdés is, hogy a korai méhnyakrák minden esetében szükséges-e sugárkezelést és/vagy kiterjesztett műtétet végezni. Ez azért nagyon fontos, mert korai méhnyakrákok esetében a daganat méhen kívüli terjedésének (nyirokcsomó, parametrium áttétek) gyakorisága 15-25%. A betegek nagy többségét tehát túlkezeljük. Sajnos ma még nem tudjuk megmondani, hogy melyik esetben elegendő csak a daganatot eltávolítani (pl. conisatio) és melyik esetben szükséges a kiterjesztett méheltávolítás elvégzése. A méhnyak daganatok biológiai jellemzőinek részletekbe menő tanulmányozásától várhatjuk, hogy erre a kérdésre feleletet kapjunk.

Újabban egyre többen a *2b stádiumú méhnyakrákok* azon esetében, amikor a parametrium daganatos beszűrsége a medence falától jól elhatárolódik, kiterjesztett méheltávolítást végeznek. Ez az álláspont

azonban nem egységes. Véleményem szerint, ha a parametriumnak csak a belső fele érintett, a műtét elvégezhető.

*1a2* stádiumban (a daganatos burjánzás a mélységben nem több, mint 3 mm, szélességben pedig < 7 mm) az áttétek keletkezésének valószínűsége minimális, és ezért az egyszerű méheltávolítás vagy conisatio elegendő. A kiterjesztett méheltávolítás azonban, ha az érések beszűrtek, ebben a stádiumban is mérlegelendő. *1a1* stádiumban nem javallt a kiterjesztett műtét.

**ELLENJAVALLATOK** A kiterjesztett méheltávolítás ellenjavallatait az ellentmondó irodalmi adatok és tapasztalatok miatt sokszor nehéz meghatározni. Ellenjavallatot képezhető áttétek megítélése is állandóan változik. Bonyolítja a helyzetet, hogy a neoadjuváns kemoterápiával klinikai vizsgálatként olyan esetekben is elvégezzük a műtétet, amikor azt különben ellenjavalltnak tartanánk. Ezért az alábbiakban összefoglalóan tárgyaljuk azokról az elváltozásokról kialakított mai álláspontot, amelyek ellenjavallatot jelenthetnek.

**NYIROKCSOMÓ ÁTTÉTEK** A rendelkezésünkre álló adatok szerint eltávolítható medencei nyirokcsomó áttétek esetében a kiterjesztett méheltávolítás nem ellenjavallt.

A szerzők túlnyomó többsége úgy véli, hogy még egy-két nagy, az erekhez szívósan tapadt nyirokcsomót is helyes eltávolítani és a műtétet elvégezni, már csak azért is, mert az ilyen megnagyobbodott nyirokcsomók sem mindig áttétek. Soha nem szabad elfelejteni, hogy egy megnagyobbodott nyirokcsomó nem feltétlenül áttétes nyirokcsomó. Nem tudjuk megmondani, hogy javítunk-e a beteg sorsán, ha egy nagy, az érfaltól elválaszthatatlan nyirokcsomó áttétet az ér egy szakaszának eltávolításával és pótlásával vágunk ki.

Noha az álláspont nem egységes, mégis úgy tűnik, hogy a *főütőér körüli eltávolítható nyirokcsomó áttétek* eseteiben sem ellenjavallt a kiterjesztett méheltávolítás.

A főütőér körüli nyirokcsomó áttétek eseteiben a kórjellet rossz. Sugárkezeléssel átlagosan 40%-os 5-éves túlélést lehetett elérni. Makroszkopos nyirokcsomó áttétek sugárkezelésének eredménye ennél sokkal rosszabb, pontosan nem ítéhető meg. Egyedül Burghardt (16) számolt be 10 olyan betegről, akikben szövettanilag igazolt paraaortikus nyirokcsomó áttéteket találtak, és csak kiterjesztett lymphadenektomiát végeztek. Ezek a betegek tehát kiegészítő sugárkezelést nem kaptak. 45-63 hónap után a betegek 40%-a daganatmentesen élt, egy beteg pedig kiújult daganattal. Jóllehet, az esetszám kicsi, az eredmények mégis arra utalnak, hogy alapos nyirokcsomó eltávolítás legalább olyan eredményes, mint a sugárkezelés.

Kiterjedt, az erekkel szinte elválaszthatatlanul összetapadt nyirokcsomó áttétek esetén a műtét nem javasolt.

Scalenus nyirokcsomó áttét gyakorlatilag szisztémás megbetegedést jelent. Jelenlegi állásfoglalás szerint a kiterjesztett méheltávolítás ellenjavallatát képezi.

**A PARAMETRIUMOK ÉRINTETTSÉGE** A szerző véleménye szerint, mint arra már fentebb utaltunk, a parametriumok daganatos beszűrsége, ha a daganat és a medence fal között megfelelő szélességű daganatmentes terület van, nem képezi a műtét ellenjavallatát. Ha azonban biztonságosan nem tudjuk a daganatot az épben eltávolítani, helyesebb a műtétől elállni.

Ha a daganat a *hólyag falára* terjed, a daganatot az épben, egészen kivételes esetektől eltekintve, nem lehet eltávolítani. A szerző a műtétet hólyagfalra terjedés esetén még akkor is abbahagyja, ha a hólyag nyálkahártyája nem érintett.

**A SACROUTERIN SZALAG ÉRINTETTSÉGE** Ha a daganat a sacrouterin szalagnak több, mint felét beszűrte, a daganatnak az épben történő eltávolítása a sigma-végbél daganat melletti szakaszának eltávolítása nélkül nem nagyon lehetséges. Ilyen esetben helyesebb a műtétet abbahagyni, és a beteg sugárkezelésben részesíteni.

## HASÜRÉGI VAGY MÁS TÁVOU ÁTTÉT ESETÉN A MŰTÉT NEM JAVALLT.

Jóllehet, a műtétet legtöbbször ivarérett korú asszonyokban végzik, az életkor nem képez ellenjavallatot. Nem gyakoribbak a szövődmények akkor sem, ha a műtétre a postmenopausában lévő betegekben kerül sor (17, 18). Sőt, koros asszonyok esetében a műtét kisebb kockázatot jelenthet, mint a sugárkezelés (19). A legfontosabb a betegek teherbíró képességének a megállapítása. Kiterjesztett méheltávolítás csak megfelelő általános állapotban lévő betegben végezhető. Szív-érrendszeri, tüdő, vese vagy más súlyosabb eltérés esetén helyesebb a sugárkezelést választani. A kövérség, noha megnehezítheti a műtétet, nem képez ellenjavallatot. Jelentős kövérség esetén a sugárkezelés nehezebb és több szövődémmel járhat. Ezeket a betegeket helyesebb műtéttel kezelni (19).

## IRODALOM

1. Piver MS, Rutledge FN, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44:265.
2. Wertheim E. Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri. Berlin. Urban und Schwarzenberg, 1911.
3. Meigs J. The Wertheim operation for carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1945; 49: 542.
4. Meigs J. Surgical treatment of cancer of the cervix. New York, Grune and Stratton 1954.
5. Uchida H. Radical operation for cancer of the cervix. In: Böse P, Eckhardt S, Gáti I, szerk. Recent advances in gynaecological oncology. Budapest, 1991.
6. Burghardt E, Winter R. Radical abdominal hysterectomy. In: Burghardt E, szerk. Surgical Gynecologic Oncology. New York, Thieme Medical Publishers, Inc., 1993.

7. Brown JV, Fu YS, Berek JS. Ovarian metastases are rare in stage I adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 623.
8. Toki N, Tsukamoto N, Kaku T, et al. Microscopic ovarian metastasis of uterine cervix cancer. *Gynecol Oncol* 1991; 41:46.
9. Hopkins MP, Schmidt RW, Roberts JA, Morley GW. The prognosis and treatment of stage I adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 915.
10. Angel C, DuBeshier B, Lin JY. Clinical presentation and management of stage I cervical adenocarcinoma: a 25 year experience. *Gynecol Oncol* 1992; 44: 71.
11. Böse P, Mészáros I, Pálfalvi L, Ungár L. Perioperative complications of 116 radical hysterectomies and pelvic node dissections. *European J Surg Oncol* 1993; 19 (Suppl. 1): 605.
12. Homesley HT, Raben M, Blake DD, Ferree CR, Bullock MS, Linton EB, Greiss FC, Rhyne AL. Relationship of lesion size to survival in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix uteri treated by radiation therapy. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150:529.
13. Mendenhall HT, Thar TL, Bova FJ, Marcus RB, Morgan LS, Milion, RR. Prognostic and treatment factors affecting pelvic control of stage IB and IIA-B carcinoma of the intact uterine cervix treated with radiation therapy alone. *Cancer* 1984; 53: 26.
14. Peret CA, Kao MS. Radiation therapy alone or combined with surgery in the treatment of barrel-shaped carcinoma of the uterine cervix (stages IB, IIA, and IIB). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 1903.
15. Böse P. Gondolatok a kiterjesztett méheltávolításról. *LAM* 1993; 3: 418.
16. Burghardt E, Haas J, Girardi F. The significance of the parametrium in the operative treatment of cervical cancer. In Burghardt E, Monaghan JM: Operative treatment of cervical cancer. 1988. Bailliere Tindall Vol.2
17. Kinney W, Egorshin E, Podraz K. Wertheim hysterectomy in the geriatric population. *Gynecol Oncol* 1988; 31: 227.
18. Lawton F, Hacker N. Surgery for invasive gynecologic cancer in the elderly female population. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 287.
19. Levrant SG, Fruchter RG, Maiman M. Radical hysterectomy for cervical cancer: morbidity and survival in relation to weight and age. *Gynecol Oncol* 1992; 45: 317.



**Az AMOENA garancia az Ön mellműtött betegének legszínvonalasabb ellátására**

**Mellműtét után felírható segédeszközök:**  
11/1996. NM rendelet szerint.

**Ideiglenes protézis**

(sebész, onkológus – stúkség szerint)

**Szilikonos mellprotézis – teljes, vagy részleges**

(sebész, onkológus, ismételt rendeléskor kezelőorvos – 2 db 2 évre)

**Protézistartó melltartó – normál vagy extra méret**

(sebész, onkológus, ismételt rendeléskor kezelőorvos – 2 db 1 évre)

**Kiválthatók az alábbi gyógyászati szaküzletekben:**

- Budapest**
- II., Margit krt. 38. T. 212-5553
  - III., Vörösvári u. 88-96. T. 188-6324
  - III., Csobánka tér 6. T. 168-9870/131. m.
  - V., Bajcsy-Zs. út 54. T. 111-9066
  - V., Deák tér 4-5. T. 267-2446
  - VII., Csengery u. 25. T. 321-2200/118. m.
  - VII., Kazinczy u. 32. T. 141-0085
  - VIII., Auróra u. 22-28. T. 133-6730
  - X., Keresztúri út 4. T. 264-9270
  - XI., Fehérvári út (Szakorv. R.i.)
  - XIII., Csángó u. 8. T. 129-9058
  - XVI., Csinszka u. 45. T. 407-2026
  - XVIII., Thököly út 3. (Szakorv. R.i.) T. 291-0833
  - XVIII., Ferihegyi út 95. T. 257-2445

**Baja**  
Berettyóújfalu  
Békéscsaba  
Budakeszi  
Debrecen

**Érd**  
Gödöllő  
Gyöngyös  
Győr  
Kaposvár  
Kecskemét  
Kiskőrös  
Kiskunfélegyháza  
Makó  
Miskolc

**Nagykanizsa**  
Pécs  
Székesfehérvár  
Szekszárd  
Szentés  
Szolnok  
Tata  
Tatabánya

**Vác**

- XIX., Ady E. u. 122. (Szakorv. R.i.) T. 282-8828/83. m.
- XXII., Káldor Adolf u. 5-9. (Szakorv. R.i.)
- XXIII., Táncsics M. u. 104. (Szakorv. R.i.) T. 286-0113/28. m.
- Táncsics M. u. 9. T. 79/425-622
- Lenkei u. 22. (Szilágyi Jenőné)
- Kolozsvári u. 33. T. 66/327-555
- Pátyi u. 57. T. 23/450-581
- Nagyerdei krt. 98. T. 52/411-600/4317. m.
- Bartók B. u. 3. T. 52/413-555/1695. m.
- Emma u. 5/b.
- Gábor Á. út 2-10. (Átrium Üzletház) T. 28/330-733/36. m.
- Kossuth u. 32.
- Szigethy A. u. 78/a. T. 96/428-160
- Kassa u. 14. T. 82/314-879
- Akadémia krt. 9. T. 76/489-441
- Kossuth u. 10.
- Attila u. 10. T. 30/432-298
- Szegedi úti üzletház
- Szépéteri kapu 103. (Kórház) T. 46/321-211/413. m.
- Csabai kapu 34. T. 20/439-088
- Kórház u. 15. T. 93/313-263
- Nagy L. kir. u. 10/A. T. 72/336-061
- Madách u. T. 22/320-610
- Szabó D. u. 5. T. 74/313-646
- Sima F. u. 43.
- Szapáry u. 23. T. 20/357-157
- Egység u. 5. T. 34/382-232
- Győri út 13. T. 34/311-855
- Turul u. 3. T. 34/312-401
- Zichy H. u. 3. T. 27/313-303
- Argenti Döme tér 1-3. (Jávorszky Ödön Kórház)  
T. 27/314-522/191. m.

**Forgalmazói listánk bővülhet, a változásokról tájékoztatást adunk a 420-5500 telefonszámon!**

# A hólyag-hüvely sipoly és kezelése

RUSZINKÓ BARNABÁS DR.

Urológiai-Sebészeti Osztály, Fővárosi Uzsoki utcai Kórház, Budapest

**ÖSSZEFOGLALÁS** Szerző ismerteti a hólyag-hüvely sipoly tüneteit, a kivizsgálás menetét. A sipolyok vaginális és transvesicalis zárását részletesen ismerteti. Röviden szól saját tapasztalatairól.

**Kulcsszavak:** Sipoly, hólyag-hüvely, ellátás

**ABSTRACT** Ruszinkó B, Vesico-vaginal fistula and its treatment

Symptoms and preoperative work up of the vesico-vaginal fistulae have been discussed followed by a detailed description of the trans-vaginal and transvesical closure techniques. The author's personal experience is presented.

**Key words:** fistula, vesico-vaginal, treatment

**BEVEZETÉS** E kórképet több mint 2000 éve ismeri az emberiség, az első írásos emlékek Indiából származnak. Az első sikeres műtétet *Fatio* (1) 1752-ben, majd az irodalmi adatok szerint az amerikai *Sims* végezte (2,3) 1852-ben.

Napjainkban a sipoly oka általában iatrogén sérülés, mely túlnyomórészt méheltávolítások után lép fel (4,5). Az elmaradott országokban az elhúzó szülések következtében számolnak be vesico-vaginális sipolyok felléptéről (6-8). Az urológiai-sebészeti, illetőleg általános sebészeti, túlnyomórészt colorectális műtétek után fellépő szövődményekről ill. sipolyokról, ehelyütt nem számolunk be.

Számos statisztikai közlemény feldolgozása alapján megállapítható, hogy e iatrogén eredetű sérülés incidenciája nőgyógyászati és kismencedei műtétek után 0-2 %-ban fordul elő (6, 9-10).

**KLINIKAI TÜNETEK ÉS KIVIZGÁLÁS** A diagnózis megállapítása nem nehéz: a hüvelyből több-kevesebb vizeletes ázás jelenik meg. Ez általában a méheltávolítások után 5-14 nappal lép fel, amikor már a hólyagkatétert eltávolították. A besugárzás után fellépő sipolyok több év után alakulnak ki.

A kétkezes vizsgálat a kifejezett kismencedei érzékenység miatt nehezen végezhető, lv. urographia végzése igen lényeges a vesico-vaginális ill. utero-vaginális fistulák elkülönítésére: általában normális felső urológiai traktus mutatkozik hólyagsipolynál, míg uretero-vaginális fistulák esetén az érintett oldalon mindig tágulat van jelen. Ha a hólyagot katéteren át kékre festett folyadékkal feltöltjük, hüvelyfeltáráskor a folyadék megjelenik a fistulán át, s gyakran a nyílást is localizálni tudjuk. Amennyiben a hólyag töltésekor nem jelenik meg folyadék

uretero-vaginális fistulával állunk szemben. A kétfajta sérülés klinikailag is elkülöníthető: hólyag eredetű sipolynál a vizelet elcsépegeése a hólyag bizonyos fokú feltelődése után jelenik meg, míg uretersérülés esetén a kisebb fokú, de állandó vizeletes folyás jellemző.

**A VESICO-VAGINÁLIS FISTULA KEZELÉSE** Az általános kezelési elvek közé tartozik a másodlagos hüvelyi felmaródás és a környező bőr gyulladásának kezelése. Ez jó folyadék felszívással bíró betétek alkalmazásával, esetleg nyugtató vagy hormontartalmú kenőcsökkel, ill. antibiotikus kezeléssel történik.

Egészen apró fistulák esetén van némi esély arra, hogy konzervatív kezeléssel gyógyulást, sipolyzáródást érjünk el. Ez lehet tartós katéter alkalmazása (2,5, 9,11). Próbálkoztak ezüstnitrát, vagy elektrokautes kezeléssel (5, 12-13) is. *Fibrinnek* a sipolyba helyezése illetőleg a fistula srófszerű eszközzel való felsértése után is írtak le a spontán gyógyulást, valószínűleg a bekúszott hólyaghám eltávolítása következtében (14, 15).

A sipolyok sebészi zárásának kikristályosodott sebészi elvei vannak. Lényeges a kísérő gyulladások csökkentése, vagy megszüntetése. A gyógyulás szempontjából nagyon lényeges, hogy a varratok behelyezésekor jó vérellátású szövetek kerüljenek egymással szembe. Igen lényeges a környező szövetek mobilizálása, hogy a varratok ne feszüljenek. A rossz vérellátású gyulladt szöveteket a sipolyból ki kell vágunk. Ha a sipolyt nagy szövethiány okozza, ami általában daganat miatt végzett beavatkozások vagy sugárkezelést követően észlelhető, a zárás technikailag sokkal nehezebb. Ilyenkor az eredményes műtéthez nem egyszer interpositum szükséges (16,17).

Nem elhanyagolható szempont a sipolyzárás műtétjének időzítése. Tradicionálisan 3-6 hónapot vártak a sipolyzárás végzésére. Újabban az a vélemény alakult ki, hogy a sérülés után nem kell ennyi időnek eltelnie (18-21). A műtét halasztása ellen szól a betegek diszkomfort és szegényezése, valamint az, hogy a fibrosis a sipoly következtében még nem alakul ki.

A sebészi feltárást megválasztásában többfajta szempontot kell mérlegelni. A hüvelyi úton történő sipolyzárás akkor indokolt, ha a járat kicsi, illetőleg nincs az ureterek közvetlen közelében. A hasi feltárást indikációja magasan fekvő vagy felhúzott sipoly, szűk hüvely, illetőleg ha a sipolyjárat az ureterekhez közel helyezkedik el. Amennyiben előzetes sugárkezelés történt, vagy kismencedei daganatos elváltozás következménye a sipoly, szintén hasi feltárást javasolnak interpositum alkalmazásával (22).

A vesico-vaginális sipoly általában a hólyag hátsó-alsó falán az áthajlásnál szokott fellépni, az ureterszájadékoktól proximálisan. Ennek oka az, hogy a hasi méheltávolítások végzése közben a hólyagsérülés akkor lép fel, amikor a méhnyakat vágjuk ki, vagy amikor a hüvely-csonk zárásakor helyezzük be az öltéseket. A hólyag sérülését okozhatja fogó, melybe a hólyag fala belekerül. Elkerülhető a sérülés, ha nagyon gondosan tompán vagy élesen preparálunk a hátsó hólyagfalnál, hogy kellő réteget kapjunk a hólyag és az elülső hüvelyfal között. Ha a tompa vagy éles, áthatoló vagy nem teljesen áthatoló sérülést műtét közben észleljük, akkor a nagyon meggyengült vagy megnyílt hólyagot felszívódó varrattal egy vagy két rétegben zárjuk el. Ilyen

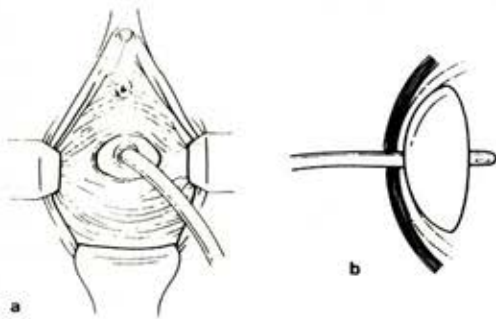
Levelezés:

Dr. Ruszinkó Barnabás  
Urológiai-Sebészeti Osztály  
Uzsoki utcai Kórház  
1145 Budapest, Uzsoki u. 29.  
Telefon: (36 1) 2517333 Fax: (36 1) 2515488

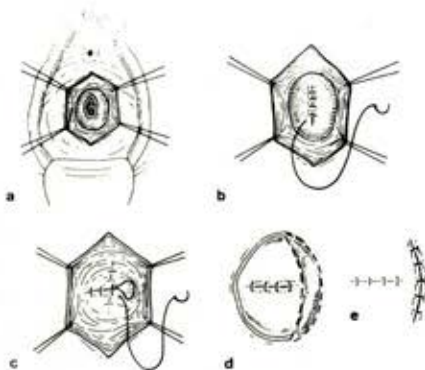


esetben a műtét utána katétert 7-10 napig tartunk a hólyagban. A hólyag sérülése hasi méheltávolítás után fordul elő leggyakrabban, de előfordulhat stressz incontientia korrekciója vagy hüvelyi méheltávolítás kapcsán is. A hüvelyi úton végzett műtéteknél a felfedezett hólyagsérülés zárása nehezebb, de az előzőekhez hasonló elveken alapul. Laparoscopia után többszörös sérüléseket is leírtak (23).

**A VESICO-VAGINÁLIS FISTULA HÜVELYI ÚTON TÖRTÉNŐ ZÁRÁSA** E módszerrel csökkentjük a műtét utáni kórházi tartózkodás időtartamát, és elkerülhetjük a nagy feltárást, a vérvesztés minimális (3, 19). A beavatkozás biztonságát javítja, ha praeoperative mindkét oldalra ureter katétert vezetünk fel. Ha a sipoly nagyobb, abba Foley katéter vezethető, melynek húzásával maga a sipoly megjelenik a szeméremrészben (1. ábra). Igen lényeges, hogy a járat alsó és felső nyílását identifikáljuk, mert lefutása ferde is lehet. A sipoly szöveteit maradéktalanul kiírtjuk és az egymással szemben lévő szöveteket összevarrjuk feszülésmentesen, felszívódó fonállal (2. ábra). Az elsődleges hüvelyi zárás nem besugárzott vagy egyéb súlyosabb betegségben nem szenvedő nőknél (diabetes), több mint 90 %-ban sikeres.

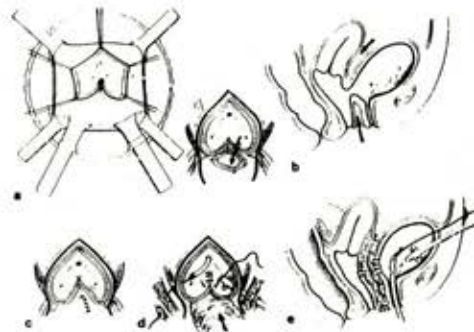


1. ábra a, Jól látható a középvonalban lévő sipoly, melyben bal-katéter van. b, A katéter húzásával előreemeljük a hüvelyfalat, ill. hólyagfalat, hogy a sipoly kimetszése megbízhatóan történhessen.



2. ábra a, A sipoly kiirtása utáni állapot látható, a nagyobb hüvelyi és kisebb hólyagnyílással. b, A hólyagizomzatot tovaftató varrattal zárjuk. c, Második réteget képezünk a hólyag izomzatából szintén tovaftató varrattal. d, A hüvely sebének varratsora.

**A VESICO-VAGINÁLIS FISTULA TRANSVESICÁLIS ZÁRÁSA** akkor indikált, ha 1. a sipoly nagyobb méretű, 2. az ureter a szájadékok közelében helyezkedik el, 3. ha a zárás nem elsődleges, vagyis már történt, 4. a sipoly sugárkezelés vagy előrement egyéb műtétek után lép fel (24, 25). Ennek egyszerűbb változata, amikor a hüvely felől az asszisztens a sipolyt törölővel megemeli és a megnyitott hólyagon át a sipolyt radikálisan kimetszük, majd több rétegben zárjuk. Igen lényeges a hüvely és hólyagizomzat között kialakított réteg, melynek elkészítése után a jó vérellátású, jól gyógyuló hólyagizomzatot felszívódó varrattal összevarrjuk. Ezután finom 2-4x0 felszívódó varrattal a nyálkahártyát is összevarrjuk ezzel egy külön varratsort képezve. Hólyagzárás, drain, réteges hasfali zárás után a hüvely nyálkahártyáját is megbízható varratsorral zárjuk. Amennyiben a sipoly nagyobb, a felső hólyag sebést végigvezetjük a hólyag hátsó falán a peritoneum tompa hátrahúzósa után, és élesen preparálunk a hólyag és a hüvely elülső fala között. A sipoly gondos kimetszése után feszülésmentesen összevarrjuk a hólyagot, hátulról felfelé vezetett tovaftató vagy csomós varratokkal (3. ábra). A hüvelyt e módszernél szintén felülről szoktuk zárni. A műtét további menete hasonló a fentiekkel. A hólyagkatétert 7-8 napig tartjuk fent, hogy az üres hólyag jobban gyógyuljon.

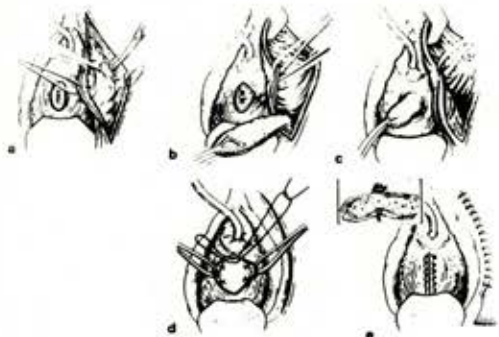


3. ábra a, A gyűrű alakú retraktorral erősített kampók között látjuk a hosszan, a sipolyig megnyitott hólyagot. b, Megtörtént a sipoly kimetszése a hólyagfalból és a mélyebben fekvő hüvelyfalból. c, A hüvely mellső falának sebét zártuk, d, Csomós varrattal zárjuk a hólyag hosszú, a középvonalban ejtett sebét. e, Harántmetszetben látjuk az elzárt hüvelyfalat, hólyagfalat és a hólyagban lévő katétereket.

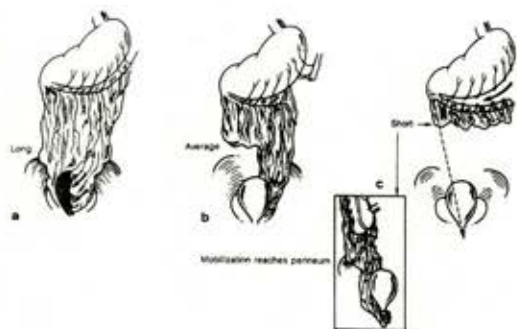
Saját gyakorlatomban interpositum felhasználására nem kényszerültem, de ajánlják a jól mobilizált omentumot, a rectusból készült myofasciális lebenyt, vagy transvaginális feltárásnál mobilizált jó vérellátású labiális zsírlebenyt (5,7,16,21,26-28). (4-5. ábra). Többszörös, komplex sipolyok esetén, ami rosszindulatú elváltozások műtéte vagy besugárzás után lép fel, a sipolyok zárása technikailag rendkívül nehéz. A szövetek törékenyek, fibrotikusak, rossz vérellátásúak, a hólyag kapacitása kicsi. Ezekben az esetekben a vizelet deviációját végezhetjük (ureteroileo-cutaneostomia sec. Bricker). Ha a radikálisabb elülső kismencedei exenterációt választjuk, elterelhető a vizelet fenti módszerrel, de megkísérlelhető vékonybélből képzett hólyag metódusa is (Hautmann-hólyag). Postoperative lényeges a katéter ellenőrzése, antibiotikus kezelés.

**SAJÁT BETEGANYAG ISMERTETÉSE** Osztályunkon számos sipolyzárást végeztünk, erről több közleményben beszámoltunk. Igen apró sipoly esetén a hüvelyi feltárásból 4 műtétet végeztünk az elmúlt 14 évben, a többi sipolyt transvesicalisan zártuk. A statisztikát áttekintve általában 2 évenként 3 sipolyzárás történt. Ismételt sipolyzárásra osztályunkon elsődleges műtét végzése után nem kényszerültünk. Másodlagos

sipolyzárást csak más intézetben történt próbálkozás után indikálunk. Összesen 25 vesico-vaginális sipolyzárást végeztünk.



4. ábra a, b, A nagyajakból mobilizáljuk a nyeles zsírlebensyt. c, A lebenyt behúzzuk a sipoly területére. d, A Hólyagzárás, a lebeny rögzítése a sipoly területére, hüvelyzárás, a nagyajak sebének zárása.



5. ábra a, Az omentum az esetek egyharmadában mobilizálás nélkül leér a kismedencében. b, Látható a mobilizált omentum, mely vérellátását megtartotta. c, A rövid omentum miatt teljes mobilizáció, a jobb gastroepiploikus arteria megtartásával.

**IRODALOM**

1. Sims JM: On the treatment of vesicovaginal fistula. Am J Med Sci 1852;23:59.  
 2. O'Connor VJ Jr, Sokol JK, Bulkley GJ, Nanninga JB. Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. J Urol 1973; 109:51.  
 3. tancer ML. The post-total hysterectomy (vault) vasicovaginal fistula. J Urol 1980;123:839-840.  
 4. Goodwin WE, Scardino PT: Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: A summary of 25 years of experience. J Urol 1980;123:370.

5. O'Connor VJ Jr: Review of experience with vesicovaginal fistula repair. J Urol 1980;123:367.  
 6. Flandry L. Vesicovaginal fistula in Africa 230 cases. Presse Méd 1992;21:241.  
 7. Kelly J. Vesicovaginal and recto-vaginal fistulae. J R Soc Med 1992;85:257.  
 8. Lawson J. Vaginal fistulae. J R Soc Med 1992;85:254.  
 9. Mattingly RF, Borkow HI. Acute operative injury in the urinary tract. Clin Obstet Gynecol 1978;5:123-149.  
 10. Little NA, Juma S, Raz S. Vasicovagina fistulas. Semin Urol 1989;7:78-85.  
 11. O'Connor VJ Jr. Nonsurgical closure of vasicovaginal fistulae. Trans Am Assoc Genito-urin Surg 19..:31:255.  
 12. Falk HC, Orkin LA. Nonsurgical Closure of vesicovaginal fistulas. Obstet Gynecol 1957;9:538.  
 13. Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD et al. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. J Urol 1994;152:1443-1444.  
 14. Petterson S, Hedein H, Jansson I, Teges-Nilson AC. Fibrin occlusion of a vesicovaginal fistula. Lancet 1979;1:933.  
 15. Heddelin H, Nilson AE, Tegger-Nilsson AC, Thorsen G. Fibrin occlusion of fistulas postoperatively. Surg Gynecol Obstet 1982;154:366.  
 16. Palmer JA, Vernon CP, Cummings BJ, Moffot FL. Gracilis myocutaneous flap for reconstructing perineal defects resulting from radiation and radical surgery. Can J Surg 1983;26:510-512.  
 17. Salup RR, Julian TB, Liang MD et al. Clousure of large post radiation vesicovaginal fistula with rectus abdominis myofascia flap. Urology 1994;44:130-131.  
 18. Persky L, Herman G, Guerrier K. Non-delay in vesicovaginal fistula repair. Urology 1979;13:273.  
 19. Wang Y, Hadley HR: Nondelayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. J Urol 1990;144:34.  
 20. Badenoch DF, Tiftaft RC, Thakar DR, Fowler CG, Blandy JP: Early repair of accidental injury to the ureter or bladder following gynecological surgery. Br J Urol 1987;59:516.  
 21. Blandy JP, Badenoch DF, Fowler CG, Jenkins BJ, Thomas NWM: Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after gynecological surgery. J Urol 1991;146:761.  
 22. Turner-Warwick R, Wynne EJC, Handley-Ashken M. The use of the omental pedicle graft in the repair and reconstruction of the urinary tract. Br Surg 1967;54:849-853.  
 23. Kadar N, Lemerling C. Urinary tract injuries during laparoscopically assisted hysterectomy: causes and prevention. M. J. Obstet Gynecol 1994;170:47-58.  
 24. Velagapudi SRC, Pollack HW, Weiss JP. Acquired fistulas of the urinary tract. AUA Update Ser 1993;12:138-143.  
 25. Kristens JK, Lose G. Vesicovaginal fistulas: the transperitoneal repair revisited. Scand J urol Nephrol 1994;157:101-105.  
 26. Margolis T, Elkins TE, Seffah J et al. Full-thickness martius grafts to preserve vaginal depth as an adjunct in the repair of large obstetric fistulas. Obstet Gynecol. 1994;84:148-152.  
 27. Raz S, Bregg KJ, Nitti VW, Sussman E. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. J Urol 1993;150:56-59.  
 28. Thanos A, Pavlakias AJ, Poulidas I et al. Vasicouterine fistuli. Urology 1986;28:426-428.

# Pharmacia-Upjohn onkológiai készítményei

KÉSZÍTMÉNY	HATÓANYAG	FŐ INDIKÁCIÓ
<b>ADRIBLASTINA</b> rapid dissolution injekció	10 mg doxorubicin	emlő-, tüdő-, hólyagtumorok és lymphomák
<b>FARMORUBICIN</b> rapid dissolution injekció	10 mg és 50 mg epirubicin	emlő-, tüdő-, hólyagtumorok és lymphomák
<b>ZAVEDOS</b> liofilizált por infúzióhoz	5 mg és 10 mg idarubicin	leukémiák, lymphomák
<b>CYTOSAR</b> injekció	100-500-1000 mg cytarabin (ara-C)	akut leukémiák
<b>PROVERA</b> tabletta	100-200-500 mg medroxi- progeszteron-acetát	hormonszenzitív tumorok, előrehaladott emlőrák
<b>DEPO-PROVERA</b> injekció	500 mg medroxi- progeszteron-acetát	hormonszenzitív tumorok, előrehaladott emlőrák
<b>FARLUTAL</b> tabletta	500 mg medroxi- progeszteron-acetát	hormonszenzitív tumorok, előrehaladott emlőrák
<b>ESTRACYT</b> kapszula injekció	140 mg estramustin-foszfát 150 mg estramustin-foszfát	hormonszenzitív tumorok, előrehaladott prosztaták



ÖSSZEFOGÁS A KIVEZETŐ ÚTÉRT...

# Contramal®

**LEGYŐZI A FÁJDALMAT** tramadol

injekció

kapszula

csepp

kúp

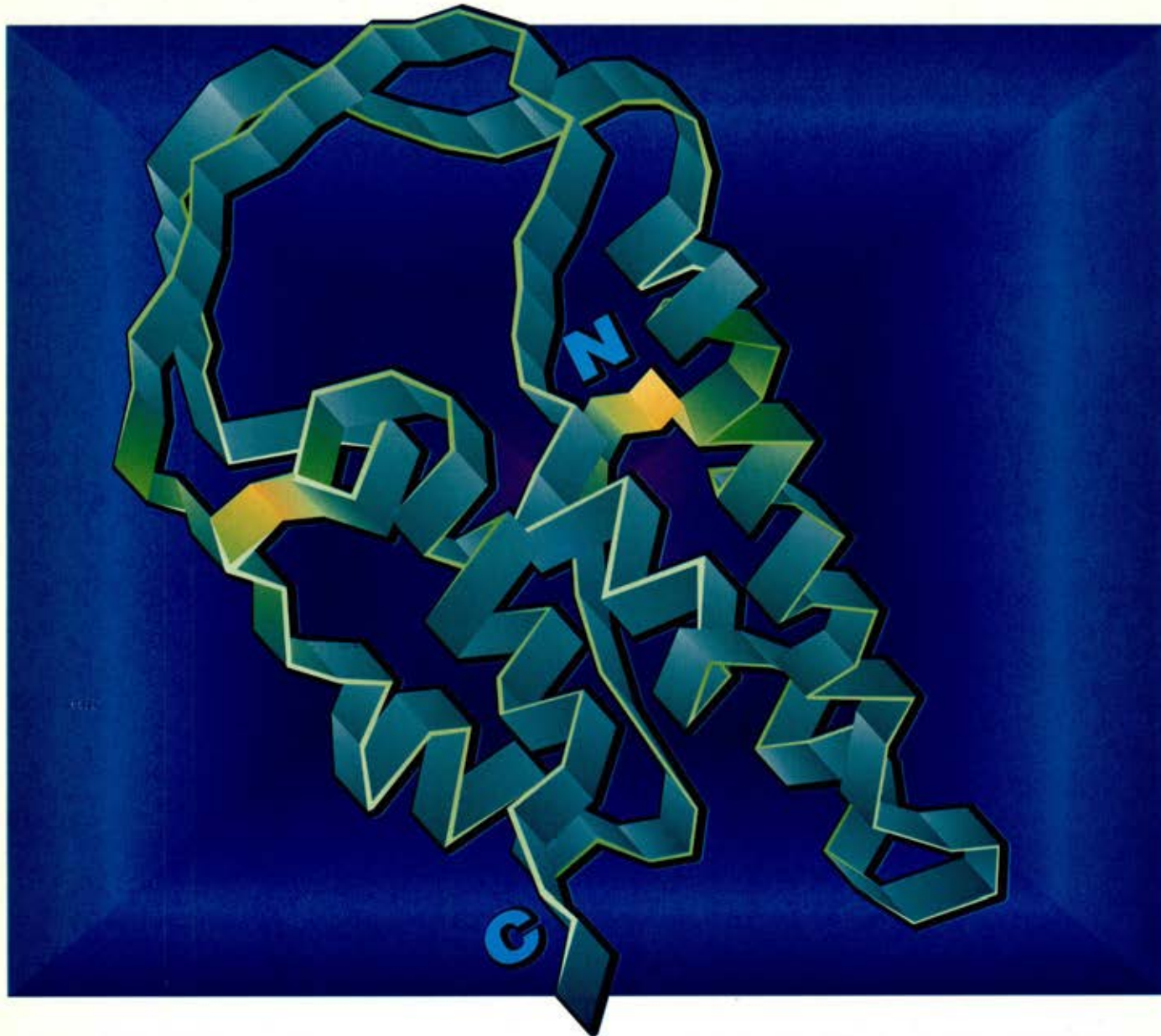
**FÁJDALOM**

A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előirat tartalmazza.  
További információval állunk szíves rendelkezésére.



**BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR RT**

Farmamarketing és Információs Osztály  
4042 Debrecen, Pallagi út 13. Tel/fax: 52/413-761



## **INTRON A® INJEKCIÓ**

**(Interferon alfa-2b)**

**3 MIU, 5 MIU, 10 MIU**

- **Immunmoduláris hatás.** Elsősorban az NK-sejtek aktivitásának befolyásolásával.
- **Antivirális hatás.**
- **Reverzibilis antiproliferatív hatás.** A nukleinsavak és proteinek szintézisének gátlása révén lassítja a sejtreplikációt.
- **Onkogén expresszió gátlása.**

Az **INTRON A®** hatását krónikus hepatitis B és C kórképek kezelésében immunstimuláció és antivirális aktivitása révén fejtí ki

Az időben alkalmazott **INTRON A®** terápia jelentősége krónikus hepatitis B és C fertőzésekben bizonyított.

**Rendelhetőség:** A Népjóléti Miniszter 25/1993 (XII. 17.) NM rendelet értelmében „SZ” jelzés alapján rendelhető. A neoplazma kezelésére területileg és szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés szakorvosa térítésmentesen rendelheti. Hepatitis B és C (Non-A, Non-B) kezelésére kijelölt centrumok rendelhetik.

# CORMAGNESIN® 200 INJEKCIÓ

# CORMAGNESIN® 400 INJEKCIÓ



## SZÍVINFARKTUSBAN CSÖKKENTI A HALÁLOZÁST



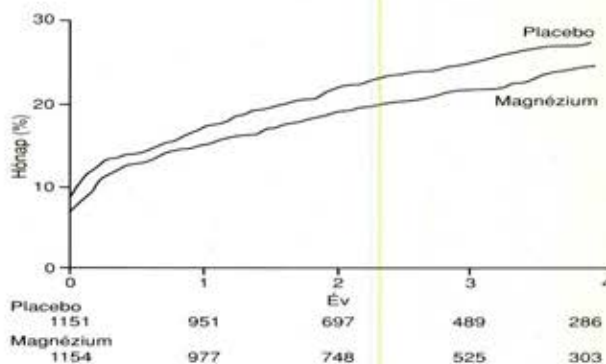
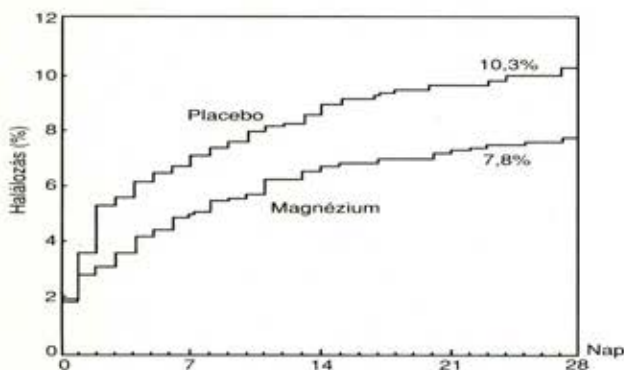
### LIMIT-2 tanulmány rövid távú eredményei (Lancet 1992; 339: 1553-58)

...intravénásan adott Mg-szulfát 24%-kal csökkentette a halálozást."

/2316 fős beteganyagron készült kettős vak, randomizált, placebokontrollált vizsgálatsorozat/

### LIMIT-2 tanulmány hosszútávú eredményei (Lancet 1994; 343: 816-19)

...Az ischaemiás szívbetegekből eredő halálozás 21%-kal csökkent a Mg-csoportban."



### ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

#### Hatóanyag:

Cormagnésin 200: 2,0475 g magnésium sulfuricum heptahydricum (16,6 mEq magnézium) 10 ml-es ampullánként;  
Cormagnésin 400: 4,095 g magnésium sulfuricum heptahydricum (33,2 mEq magnézium) 10 ml-es ampullánként.

#### Javallatok:

Magnéziumhiány kezelése (elsősorban coronaria betegség, ill. angina pectoris, valamint tetania esetén).

#### Ellenjavallatok:

Myasthenia gravis, kifejezett bradycardia, kalcium-, ammónium-, foszfát tartalmú köképződésre való hajlam, AV-blokk és súlyos veseműködési zavarok.

#### Adagolás:

A magnéziumhiány súlyosságának, ill. a magnéziumigény nagyságának megfelelően 1 ampulla Cormagnésin 200 vagy 400 mélyen im. vagy a fekvő betegeknek lassan (az első 3 ml-t 3 perc alatt) iv. adandó be. Az adag 1-2 napos szünet után ismétlődhet. A kezelést ajánlott több héten át folytatni. A magnéziumszint fenntartása érdekében javasolt a magnézium tablettákkal való kombinált kezelés.

#### Mellékhatások:

Nagy adagok alkalmazását követően légzésdepresszió, vérnyomáscsökkenés, bradycardia, ingerületvezetési zavarok és perifériás vasodilatatio.

Az injekció túl gyors iv. alkalmazása hányást, fáradtságot, fejfájást, melegségérzetet, szédülést és nyugtalanságot okozhat.

#### Gyógyszerköcsönhatások:

#### Együttadása tilos:

- barbiturátokkal, hipnotikumokkal, narkotikumokkal (légzésdepresszió veszélye).

#### Óvatosan adható együtt:

- digitálisz glikozidokkal (ingerületvezetési zavarok, szívmegállás veszélye),

- kalcium sókkal iv. (a magnézium hatása csökken),

- kurare típusú izomrelaxánsokkal/hatásfokozódás, neuromuscularis blokk veszélye).

A magnézium-szulfát inkompatibilitását észlelték kalcium- és foszfát sókkal, polimixin B szulfáttal, streptomycin-szulfáttal, tobramicin-szulfáttal, zsiremulziókkal, dobutamin-hidrokloriddal, prokain hidrokloriddal, tetraciklinekkel, alkáli karbonátokkal és bikarbonátokkal, benzilpencilinnel, natcilinnel, hidrokortizon-nátriumszukcináttal és szalicilátokkal.

Az inkompatibilitás veszélye miatt a fent említett gyógyszerekkel nem keverhető a magnézium-szulfát injekció.

#### Figyelmeztetés:

Veseműködési zavarok esetén szükségessé válhat az adag csökkentése.

Túladagolás esetén központi idegrendszeri tünetek (fáradékonyság, hányás, légzésdepresszió),

szívműködési zavarok (AV-vezetési zavarok, kamrai eredetű ritmuszavar), hypotensio jelentkezhet.

Terápia: lassú iv. kalcium (100-200 mg kalcium 5-10 perc alatt), veseműködési zavar esetén dialízis is szükséges lehet.

Eltartása: szobahőmérsékleten.

#### Megjegyzés:

- Csak vényre adható ki.

Csomagolás: 10 amp, 50 amp, 100 amp, 500 amp, 1000 amp.

Gyártja: Wörwag Pharma GmbH, Lindenbachstrasse 74., 70499 Stuttgart

OGYI eng. száma: 1428/40/93



# Magnézium anyagcsere nőgyógyászati onkológiai vonatkozásai

BŐSZE PÉTER DR.

Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

A magnézium (Mg) a sejtek szabályos működéséhez alapvetően szükséges kation. Bizonyos, elsősorban az anyagcsere folyamatok energia hordozóinak transzportjában (ATP, alkalikus foszfátáz) szerepet játszó sejtenzimek cofaktora. Mg-ot igényel a thiamin pyrofoszfát is, amely a makromolekulák (pl. DNS, RNS) szerkezetének megtartásához szükséges. A Mg anyagcsere szoros összefüggésben van a calcium és foszfor háztartással. A Mg tartalom fele a csontokban kötött állapotban található. A szervezet Mg tartamának döntő része a sejtekben, 1-5%-a extracellulárisan helyezkedik el. Az extracelluláris térben lévő Mg közvetlenül hat a motoros idegvégződésekre, a neuromusculáris rendszerre. A plazmában élettani körülmények között 1.5 – 2.1 meq/l (0.7–0.9 mmol/l, 1.8–2.5 mg/dl) Mg található, ennek hozzávetőlegesen 30%-a fehérjéhez kötött, 60-70%-a szabadon kering. A Mg a gyomor-bél rendszerben szívódik fel, és a vese választja ki. Szabályozása nem ismert, a mellékpajzsmirigy hormonnak (PTH) valószínűleg szerepe van. A szervezet és a szérumban lévő Mg mennyiségek között nincs szoros kapcsolat.

**MAGAS SZÉRUM MG SZINT (HYPERMAGNESAEMIA), >2.1 MEQ/L**  
Oka veseelégtelenség vagy a Mg bevitel olyan mértékű fokozódása (pl. gyógyszerekkel; Mg tartalmú hashajtók), amelyet a vesék már nem tudnak megfelelően kiválasztani. Társulhat mellékvese elégtelenséghez is.

**KLINIKUM** A szérumban lévő Mg szint emelkedése alapvetően az ideg-izom ingerület átvitel zavarához vezet, feltételezhetően az acetylcholin felszabadulását gátolva. Jellemző tünetek az izomgyengeség, kábultság, zavartság. Az izomgyengeség petyhudságot, bénulást eredményezhet, a mély reflexek kiesnek. Az EKG megnyúlt PQ szakaszt, széles QRS komplexust és magas T hullámokat mutat. Súlyos esetben (szérumban lévő Mg 10–12 meq/L) a légzőizmok bénulnak, a szívizom összehúzódó képessége csökken. Az esetek többségében az egyidejűleg fennálló veseelégtelenség miatt a szérumban lévő keratinin, karbamid-nitrogén, húgysav értékek is magasak. A szérumban lévő kálium szint általában emelkedett, a calcium pedig csökkent. A magas szérumban lévő Mg szint mellett PTH elválasztás gátolt.

**KEZELÉS** Veseelégtelenség esetén alapvetően ezt kell kezelni, alkalmanként haemo- vagy peritoneális dialízisre is szükség lehet. A calcium Mg antagonist. 10-20 ml 10%-os calcium gluconatot vagy minimalisan 500 mg calcium chloridot adjunk iv. lassan, 5-8 perc alatt. Súlyos esetben a légzés és keringés támogatása szükséges.

A NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIÁBAN magas szérumban lévő Mg szint Mg túladagolás következtében vagy veseelégtelenséggel szövődött előreha-

ladt daganatos betegekben fordulhat elő. Izomgyengeség esetén mindig gondoljunk rá.

**ALACSONY SZÉRUM MG SZINT (HYPMAGNESAEMIA) <1.6 MEQ/L**  
Mg hiány kialakulhat csökkent felszívódás, amelynek hátterében a gyomor- bélrendszer valamilyen megbetegedése áll, elégtelen Mg bevitel vagy a Mg fokozott kiürülés (vízhajtók, diabéteszes ketoacidosis) miatt. Az esetek egy részében okát nem tudjuk.

**KLINIKUM** Jellemző, hogy az izom-idegrendszer és a központi idegrendszer ingerlékenysége fokozódik. Ennek következtében izomgöcsök, izom rángások, rángatózás, remegés, nystagmus, stb jelentkezhetnek. Gyakori a gyengeség, zavartság, tájékozatlanság. Az idegrendszeri tünetek mellett magas vérnyomás, pulzus szaporulat és arhythmia jelentkezhet. Az EKG-n az ST szakasz meghosszabbodása látható. Mg hiányban nemcsak a szérumban lévő Mg szint alacsony, hanem a szérumban lévő calcium és kálium szint is.

**KEZELÉS** Mg infúziók (pl. Cormagnesin) adása. A beadandó Mg mennyiség súlyos esetben 10-50 mmol (2-4g) naponta, fenntartó adag napi 5 mmol. A Mg mellé általában calciumot és káliumot is kell adni. A szérumban lévő Mg szinteket a kezelés alatt ellenőrizzük a túladagolás elkerülése végett.

**MILYEN ESTEBEN FORDUL ELŐ MAGNESIUM HIÁNY A NŐI NEMISZERVEK ÉS AZ EMLŐK DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEIBEN?**

**1. ALULTÁPLÁLTSÁG** Alultápláltság enyhébb vagy súlyosabb formában a daganatos betegek 30-50%-ában figyelhető meg. A nőgyógyászati daganatok közül elsősorban az előrehaladt petefészekrákos és méhnyakrákos megbetegedésekben gyakori. A mindennapi gyakorlatban rendszerint nem fordítanak elég figyelmet rá, jóllehet megfelelő kezelése javítja a betegek éltminőségét, és szignifikánsan elősegíti, hogy az alultáplált betegek a sugár-, gyógyszeres illetve sebészeti kezelést elviseljék.

Az alultáplált betegek kalória és fehérje hiány mellett rendszerint vitamin és ásványi anyagok hiányában is szenvednek. Súlyosabb esetben testsúlyuk csökken, cachexia is kialakulhat. Leggyakrabban A, D, E és B12 vitamin hiány fordul elő. Az ásványi anyagok közül gyakorlatilag mindegyik mennyisége kevesebb lehet. Nem ritka a Mg hiány, amely rendszerint alacsony szérumban lévő Mg értékekkel társul.

**2. TARTÓS PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS** sokszor vezet a szérumban lévő Mg szint csökkenéséhez különösen akkor, ha egyidejűleg folyadék veszteség is van (gyomor-bél szonda, hasmenés). Parenterális táplálás esetén a napi Mg igény 10-30 meq.

**3. SÚLYOS ÉS/VAGY TARTÓS HASMENÉS** Alapvetően jelentős folyadék- és ásványi anyag veszteséggel jár. A Mg hiány ilyenkor sem önállóan, hanem a többi ásványi anyag hiányával együtt fordul elő. Sugárkezeléssel összefüggő hónapokon, éveken keresztül tartó hasmenés esetén mindig gondoljunk rá.

**4. CISPLATIN KEZELÉS SORÁN** Kialakulása pontosan nem ismert. Annyit tudunk, hogy a cisplatin hatására a vesékben a Mg kiválasztás fokozó-

Levelezés

Prof. Dr. Bősze Péter

Nőgyógyászati Onkológiai Osztály

Fővárosi Szent István Kórház

1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

Telefon: (36 1) 2752172 Fax: (36 1) 2752172

E-mail: bosze@mail.mataw.hu

dik és ez vezet a szérum Mg szint csökkenéséhez. Cisplatin kezelés során kialakult hypomagnesaemia rendszerint klinikai tünetekkel jár. Fontos tudni, hogy ilyenkor kifejezettebb a cisplatinnak a vese tubulusokat károsító hatása. Összehasonlító vizsgálatok bizonyították, hogy, ha a cisplatin adását Mg adásával egészítjük ki, a vese károsító hatás ritkábban és kisebb mértékben fordul elő (Willox JC, és mtsai. Br J Cancer 1986; 54:19). A Mg kiegészítés a cisplatin daganat pusztító hatását nem befolyásolja. A fentiek miatt cisplatin adása esetén mindig kell Mg-t is adni.

5. Mg hiánnyal számolhatunk még *alkoholista daganatos betegekben és erőltetett vizelethajtás* során.

---

Köszönetemet fejezem ki Dr. Koronka Gabriella főorvos asszonynak megjegyzéséért.

---

## MEGHÍVÓ

az EURÓPAI RÁK ISKOLA magyarországi szimpóziumára, amely a Magyar Tudományos Akadémia védnöksége alatt kerül megrendezésre. A szimpóziumot az European School of Oncology, az European Institute of Oncology, Milan és a Magyar Nőgyógyászati Onkológusok Társasága közösen szervezi.

Helye: Fórum Hotel Budapest, Időpontja: 1996, szeptember 26-27., Nyelve: angol  
Részvételi díj: 500 ECU, a magyar kollégák számára térítésmentes  
Jelentkezés: Prof. Dr. Bősze Péter, 1301 Budapest, Postafiók 46.  
Tel/fax: 275-2172

### THE PLACE OF RADIATION THERAPY IN THE MANAGEMENT OF GYNECOLOGIC MALIGNANCIES AND BREAST CANCER

Chairpersons: P. Bősze – S. Eckhardt – R. Orecchia – S. Pecorelli

The objective of this course is to provide practicing gynecologic oncologists with new insight and information concerning radiation therapy of patients with malignant tumors of the female genital tract and breasts. The program will focus on both indications and techniques of irradiation. An in-depth discussion of some of the controversies relevant to radiation therapy of the primary tumor and lymph nodes will be provided. Each topic will be introduced by a moderator and addressed by two to four experts. This will be followed by ample time of discussion. This would allow to provide a state of the art and to give guidelines on radiation therapy of women with gynecologic malignancies.

### FACULTY

Attila ARTNER, Saint Stephan Hospital, Budapest (Hungary)  
Johnathan S. BEREK, University of California, Los Angeles (USA)  
Péter BŐSZE, MÁV Hospital, Budapest (Hungary)  
Sándor ECKHARDT, National Institute of Oncology, Budapest (Hungary)  
Alain GERBAULET, Institut Gustave-Roussy, Paris (France)  
Richard GREINER, University Hospital Bern, Bern (Schweizerland)  
Charles A.F. JOSLIN, UNIVERSITY OF LEEDS, LEEDS (Great Britain)  
Tiziano MAGGINO, University of Padua, Padua (Italy)  
Ernö MAKÓ, Semmelweis Medical University, Budapest (Hungary)  
Atilla NASZÁLY, Uzsoki u. Hospital, Budapest (Hungary)  
Carlos F. de OLIVERA, University Hospital Coimbra, Coimbra (Portugal)  
Roberto ORECCHIA, European Institute of Oncology, Milan (Italy)  
Guillermo di PAOLA, Buenos Aires University, Buenos Aires (Argentina)  
László PÁLVALFI, Saint Stephan Hospital, Budapest (Hungary)

Sergio PECORELLI, European Institute of Oncology, Milan (Italy)  
Ben J. SMIT, University of Stellenbosch, Tygerberg (South Africa)  
Stelio RAKAR, Medical Center, Ljubljana (Slovenia)  
László UNGÁR, Saint Stephan Hospital, Budapest (Hungary)

### PROGRAM

#### Thursday 26th September

08.15 Opening Address: *Béla Halász* Vice-President of the Hungarian Academy of Science  
08.45 The value of ultrasound in preirradiation work-up: *Artner* (HU)  
09.10 The role of radiation therapy in the conservative management of the pediatric and adoloscet gynecologic tumors. *Gerbaulet* (FR)  
09.40 The role of radiation therapy in the management of the cancer of the vulva and vagina  
Moderator: *de Olivera* (PO) Lecturers: *Berek* (USA) *di Paola* (AR) *Bősze* (HU)  
11.45 Current status of preoperative and adjuvant irradiation in endometrial cancer  
Moderator: *Joslin* (GB) Lecturers: *Joslin* (GB) *Maggino* (IT) *Rakar* (SLO)  
13.15 Radiation therapy alone in endometrial carcinoma  
Moderator: *Gerbaulet* (FR) Lecturers: *Joslin* (GB) *Orecchia* (IT) *Smit* (SA)  
15.15 Radiation therapy of advanced and recurrent cervical carcinoma  
Moderator: *Orecchia* (IT) Lecturers: *Smit* (SA) *Naszály* (HU)  
16.15 Technical considerations and complications of radiation therapy  
Moderator: *Smit* (SA) Lecturers: *Gerbaulet* (FR) *Orecchia* (IT) *Maggino* (IT)

#### Friday 27th September

08.30 The role of adjuvant radiation therapy in the management of ovarian malignancies  
Moderator: *Greiner* (CH) Lecturers: *de Olivera* (PO) *Pecorelli* (IT)  
09.30 Current status of preoperative and adjuvant radiation therapy in cervical cancer  
Moderator: *Berek* (USA) Lecturers: *Joslin* (GB) *Greiner* (CH) *Rakar* (SLO) *Gerbaulet* (FR)  
11.30 Radiation therapy versus surgery in early stage cervical cancer  
Moderator: *Pálfalvi* (HU) Lecturers: *di Paola* (AR) *Smit* (SA)  
12.10 Current status of concurrent chemo-radiation and neoadjuvant therapy in gynecologic malignancies  
Moderator: *di Paola* (AR) Lecturers: *Pecorelli* (IT) *Greiner* (CH) *Ungár* (HU)  
13.45 Current status of radiation therapy in breast cancer (Panel discussion)  
Moderator: *Bősze* (HU) Participants: *de Olivera* (PO) *Greiner* (CH) *Gerbaulet* (FR) *Joslin* (GB) *Makó* (HU) *Orecchia* (IT) *Smit* (SA)  
14.45 Closing remarks: *Eckhardt* (HU)



# A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának munkája

BŐSZE PÉTER DR.

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának elnöke

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának (MNOT) megalakulásáról és 1994 júniusáig végzett munkájáról összefoglalóan már beszámoltunk a Magyar Nőorvosok Lapjának, a nőgyógyászati onkológiával foglalkozó különszámában (Gáti I, Bősze P. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának megalakulása és munkája. *Magy Nőorv L* 1994; 57 (Suppl 1): 97). A beszámoló időpontjáig négy tudományos rendezvényre került sor. Azóta újabb négy tudományos ülést szerveztünk.

## AZ MNOT NEGYEDIK TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYÉNEK

részletesebb beszámolóját az alábbiakban ismertetjük. A rendezvény a kolposzkópos és/vagy citológiai atypia miatt végzett beavatkozások szövettani vizsgálatának eredményeit elemzte.

A Szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Női Klinikájának anyagát Borthaiser Zoltán dr. ismertette.

## A KOLPOSZKÓPIA ÉS CITOLÓGIA HATÁSOSAGÁNAK VIZSGÁLATA A CERVIXBŐL KÉSZÜLT SZÖVETTANI LELETEK TÜKRÉBEN

Bősze professzor úr azzal a kéréssel fordult a SZOTE Női Klinikájához, hogy szeretné, ha az eredmények ismertetése mellett képet alkotnánk a rákszűrő vizsgálatok specifikitásáról és sensitivitásáról is. Ahhoz, hogy ennek a kérésnek eleget tegyünk szükségünk van negatív rákszűrő vizsgálattal rendelkező beteganyagra is. A conisatio döntő többségében onkológiai indicatio alapján történik, így csak ezt a beteganyagot vizsgálva nem tudunk a rákszűrő hatékonyságáról képet alkotni. Úgy gondoltuk, hogy a rákszűrő minősítése során a cervixből vett szövettani leletek feldolgozása a döntő, a végzett műtét fajtájától függetlenül.

A retrospektív vizsgálatban azok a betegek vettek részt, akiknél a műtétet megelőzően jól dokumentált kolposzkópos és citológiai vizsgálat is történt. A műtėti indikáció nem játszott szerepet a kiválasztásnál, így az onkológiai javallat mellett a méhnyak repedések is szerepeltek. Néhány kizáró ok alkalmazása elkerülhetetlen volt annak érdekében, hogy a rákszűrő objektív képet alkossunk. Ily módon nem kerültek be a vizsgálati mintába azok, akiknél már előzőleg készült a cervixből szövettani lelet, tehát már ismert cervix-patológiai kórképpel állunk szemben. A másik kizáró tényező volt, ha a nőgyógyászati vagy egyéb vizsgálatok (CT, RTG) II. stádiumú, vagy súlyosabb rákra utaltak.

Visszatekintve az elmúlt öt év anyagát néztük át, és a fenti elvárásoknak 213 esetet találtunk megfelelőnek. A szövettani mintavétel 57 %-ban conisatio, 24 %-ban proba excisio, 18 %-ban egyéb műtéttel történt. Kolposzkópia esetén kórosnak tekintettük a méhnyakrákra és a praecancerosus állapotokra utaló jeleket, negatívnak értékeltük a nem rosszindulatú folyamatra utaló eltéréseket és az ép méhnyakat. A citológiai leletek feldolgozása Papanicolaou osztályozása szerint történt. Pozitívnak tekintettük a P IV-es, illetve az ismételt P III-as citológiai leleteket. Kolposzkóposan kóros lelet 118 esetben, kóros citológia 137 esetben fordult elő. Mindkét vizsgáló eljárás 89 esetben mutatott kóros eredményt. Pozitív (107 eset) és negatív (106 eset) szövettani

leletet azonos arányban láttunk. A negatív szövettani lelet a nem rosszindulatú szövettani adatokat jelenti, tartalmazza a gyulladással, metaplasziás és kóros elérést nem mutató leleteket. A pozitív leletek felében találtunk CIN-t (52 eset, 49 %) míg a carcinoma in situ (38 eset, 26 %), illetve az invazív carcinoma (27 eset, 25 %) közel azonos arányban fordult elő.

Ahhoz, hogy a szűrővizsgálat hatékonyságát meg tudjuk ítélni, a beteganyagot négy csoportra kellett osztanunk az 1. ábrán látható szempontok szerint. Az első csoportot (101 eset) a valós pozitív esetek, azaz a pozitív histológiai eredményt és pozitív rákszűrést mutató betegek alkották. Hat betegnél – nem várt módon – a negatív rákszűrést követően a szövettan CIN-t igazolt. A valós negatív csoport 43 főből állt, míg a pozitív rákszűrő vizsgálatot követő negatív histológiai leletek gyakorisága igen magasnak bizonyult – 63 eset. Ezen adatok alapján a vizsgálat sensitivitása (94.4 %) és negatív előrejelző értéke (88 %) megfelelőnek bizonyult, míg specifikitása (41 %) és pozitív előrejelző értéke (61.5 %) messze elmaradt a várt, illetve az irodalomból ismert adatoktól.

### 1. táblázat A szűrővizsgálatok hatékonysága

Pozitív histológia	+ pozitív kolposzkópia	és/vagy citológia	101
Pozitív histológia	+ negatív kolposzkópia	és/vagy citológia	6
Negatív histológia	+ pozitív kolposzkópia	és/vagy citológia	63
Negatív histológia	+ negatív kolposzkópia	és/vagy citológia	43

Szerettünk volna választ kapni arra, hogy miben keresendő az eltérés oka. Ehhez külön-külön megvizsgáltuk a kolposzkópia és a citológia hatékonyságát. A kolposzkópia mutatói – sensitivitás: 65.4 %; specifikitás: 54.7 %, pozitív előrejelző érték: 59.3 %, negatív előrejelző érték: 61.5 % – messze alulmúlják a citológia – sensitivitás: 92.5 %; specifikitás: 64.2 %, pozitív előrejelző érték: 72.2 %, negatív előrejelző érték: 89.4 % – hatékonyságát. Felmerülhet a kérdés, hogy a kolposzkópiát és citológiát külön-külön vizsgálva, miért nem látszik az együttes vizsgálat során bemutatott 40 %-os specifikitás, vagy még ennél is gyengébb eredmény. Erre a következő a magyarázat: a gyenge specifikitási eredményt a negatív histológia + negatív kolposzkópia és citológia című csoport kevés esetszáma adta, és ebben a definícióban az és szón van a hangsúly. Külön-külön vizsgálva ugyanezt a csoportot, mindkét esetben több beteg alkotta, hiszen többször fordult elő negatív kolposzkóp vagy negatív citológia külön, mint a két vizsgálat negatívítása egyszerre. Ennek alapján elmondható, hogy vizsgálati anyagunkban a szűrővizsgálat gyenge pontjának a kolposzkópia bizonyult.

A következő lépésben megpróbáltuk összegezni a kolposzkópia kevésbé megbízható voltának okait. Úgy érezzük, hogy az esetek többségében az első pontban szereplő szubjektív okok szerepelnek a magas álpozitív eredmények hátterében. Az intracervicális folyamatok előfordulása, ismert statisztikai gyakorisága nem elhanyagolható szerepet játszik az álnegatív esetek számának alakulásában. A harmadik pont veti fel a legérdekesebb kérdést, és itt szeretnénk rátréni a választandó

műtét problémájára is. Sajnos a paratumorális mintavétel lehetőségével – proba excisio esetében – számolnunk kell. Előfordulási gyakoriságáról nem tudunk adatot gyűjteni, mivel a vizsgálati időszak elején a betegek számítógépes nyilvántartása nem volt megfelelő, így későbbi ráksűrűségeik nem elérhetőek. Az elmúlt két év könnyebben áttekinthető, azonban itt oly kevés a követési idő, hogy a feldolgozás nem adna megbízható információt.

Elvégeztük azonban az onkológiai indikáció alapján történt műtétek felosztását a szövettani leletek szerint. Azt tapasztaltuk, hogy proba excisio (62.7 %, conisatio során 32 %) esetén rendkívül magas a negatív szövettani eredmények gyakorisága. Ennek két oka képzelhető el. Az egyik, hogy ennyire magas lenne a paratumorális kimetésések száma. Amennyiben ennek az elgondolásnak a hívei lennénk, úgy helyes lenne minél kevesebb proba excisiot és több conisatiót végezni. Azonban, ha ezt a teóriát nem fogadjuk el – és ezt látjuk valószínűbbnek, hisz ily nagyszámú paratumorális excisio már felhívta volna figyelmünket – akkor a proba excisio alkalmas arra, hogy a magas álpozitív kolposzkópos eredményeket ellensúlyozni tudja, és így felesleges csonkoló műtétek száma csökkenthető.

**AZ ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIAI OSZTÁLYÁRÓL** Pete Imre dr. és Bősze Péter dr. SZÁMOLTAK BE 1412 BETEG VIZSGÁLATÁRÓL. Minden esetben kolposzkópi és citológiai vizsgálat történt a méhnyak elváltozás szövettani vizsgálata előtt. 1352 betegben conisatiót végeztek cervicalis intraepithelialis neoplasia (CIN) gyanúja miatt. 60 esetben méhszáj helyreállító műtét történt.

**EREDMÉNYEK** 770 citológia-negatív esetben kóros kolposzkópos lelet miatt történt a szövettani vizsgálat, amely CIN-t 533 betegben (69%) igazolt, a többi esetben metaplasia vagy gyulladás volt a kolposzkópos elváltozás hátterében. 137 betegben a citológia kóros eredményt mutatott, a kolposzkópos vizsgálat azonban negatív volt. Ebben a csoportban a szövettani vizsgálat 121 esetben (88%) CIN-t igazolt. 457 esetben a kolposzkópos és a citológiai vizsgálat is kóros eredményt adott. Ebből 417 betegben (91%) CIN-t lehetett igazolni.

Ha az eseteket a szövettani vizsgálat felől értékeljük, azt mondhatjuk, hogy 1070 CIN esetből kóros kolposzkópos elváltozást 949-ben, kóros citológiai leletet 537-ben találtunk. 416 betegben a kolposzkópia és a citológia is pozitív volt. A CIN 1 és 2 csoportban 66%-ában csak a kolposzkópos vizsgálat volt pozitív, 8%-ban csak a citológia, míg 26%-ban mind a kettő. A CIN 3 esetek közül 10%-ban csak a kolposzkópos lelet, 20%-ban csak a citológiai lelet, 70%-ban mind a kettő pozitív volt.

A kolposzkópos vizsgálat sensitivitása (a pozitív esetek felismerési aránya) 85%, a citológiai vizsgálaté 48% volt. A megfelelő specifikitási értékek (a negatív leletek aránya egészséges (negatív) betegek esetében) 17% és 79%. A sensitivitás, ha a citológia és a kolposzkópia is pozitív, 91%. A pozitív és negatív predictív értékek: kolposzkópia 79% és 28%, citológia 89% és 43%, és mindkettőre 92% és 47%. Ezek az adatok azt mutatják, hogy a citológia-negatív, kolposzkópia-pozitív esetek 30%-a nem CIN. Hozzávetőlegesen a CIN esetek felében a citológiai vizsgálat negatív eredményt mutatott. Ebben a csoportban főleg CIN 1 és 2 esetek tartoztak, de előfordultak CIN 3 esetek is. Más szóval ez azt jelenti, hogy ha a szűrés csak citológiai vizsgálattal történt volna, a CIN nem került volna felismerésre.

Hasonló eredményekről számoltak be a Szemmelweis Orvostudományi Egyetem I.sz. Női Klinikájáról, valamint a Pécsi és a Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáiról.

Hozzászólásban Szabó Barna dr. a Miskolci Szemmelweis Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályának anyagát az alábbi táblázatban foglalta össze.

Miskolci Szemmelweis Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályának kolposzkópos és/vagy citológiai atypia miatt végzett diagnosztikus műtétek histológiai eredményei (5 év anyaga)

	Kolposzkópia + Citológia -	Kolposzkópia - Citológia +	Kolposzkópia + Citológia +	Osszesen
Hisztológia neg.	32	45	15	92
CIN I.	6	23	16	45
CIN II.	4	35	44	83
CIN III.	4	27	44	75
In situ carcinoma	1	11	25	37
Mikroinvasív carcinoma	1	3	4	8
Invasív carcinoma	3	3	15	21
Osszesen:	51	147	163	361

A beszámoló alapján összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy citológia-negatív CIN viszonylag gyakran fordul elő. Felmerül a kérdés, hogy ezek az esetek nem technikai hiba következményei-e. Jóllehet néhány esetben technikai hiba előfordulhat, az azonban valószínűtlennek látszik, hogy minden esetet erre lehetne visszavezetni. Ma már elfogadottnak látszik a citológia-negatív CIN létezése. Hogy ennek mi a klinikai következménye, azt csak előretételező, évekig tartó vizsgálattal lehetne eldönteni. Lehetséges ugyanis, hogy a citológia-negatív CIN-t az egy év után elvégzett citológiai szűrés már jelezni. Nem tudjuk, hogy ilyen esetekben mennyire változna a folyamat. Nem feltételezhető azonban, hogy egy év alatt, különösen CIN 1 és 2 esetén invazív rák alakulna ki. Nem ismerjük a citológia-negatív CIN elváltozások biológiai viselkedését, beleértve a daganatképződés kockázatát is. Az esetek egy részében a folyamat biztosan visszafejldik. A várakozás ellen szól, hogy a CIN HPV fertőzés következménye, és így nemi úton terjedő fertőző betegségek tartható. Kolposzkópos vizsgálattal a citológia-negatív CIN esetek nagy százaléka felismerhető és kezelhető. Ez megerősíti azt az elfogadott hazai álláspontot, hogy a méhnyakrák szűrés citológiai és kolposzkópos vizsgálatot jelent. Minden bizonnyal ez a felismerés vezette a tudományos rendezvény meghívott előadóját Dr. Adolf Staffl (Wisconsin University USA) professzort arra, hogy kitalálja és elterjesse a cervicographiát. A cervicographia egy fényképezési eljárás, amelynek segítségével a citológiai vizsgálattal egyidejűleg a méhnyakról egy fénykép felvételt is készítenek, amelyet úgy, mint a citológiát, egy központba küldenek kiértékelésre. Ezzel a citológiai szűrést egy „rögzített kolposzkópos” vizsgálattal egészítik ki. A kolposzkópos szűrésnek azonban van egy nagy hátránya. Nevezetesen, hogy a pozitív kolposzkópos leletek egy harmada nem CIN. Ez a szám elfogadhatatlanul magas. Ezekben az esetekben a műtéti eljárás (conisatio, loop excisio, stb) felesleges és nem indokolt. Minder arra kell, hogy készítsen bennünket, hogy a negatív citológiai lelettel társult pozitív kolposzkópos vizsgálati eredményt óvatosan ítéljük meg. Keresnünk kell azokat a kóros kolposzkópos leleteket, amelyek nagy valószínűséggel CIN-re utalnak, és próbáljuk elkülöníteni azoktól, amelyek nem CIN miatt alakulnak ki.

## AZ MNOT ÖTÖDIK TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYE

(1995. február 9., Forum Hotel; a Sandoz Pharma AG és a Forum Hotel támogatásával.)

Megnyitó Prof. Dr. Gáti István a MNOT elnöke

Moderátor: Prof. Dr. Bősze Péter

Immunomorphologic aspects in endometrial cancer

Prof. Dr. Gerald Gitsch Vienna University Medical School

A ráksűrűsítés helyzete Magyarországon Prof. Dr. Bodó Miklós

Közgyűlés, vezette: Prof. Dr. Gáti István a MNOT elnöke

Gerald Gitsch professzor előadását összefoglaló dolgozat formájában a Nőgyógyászati Onkológia jelen számában ismertettük. Bodó Miklós professzor kiemelte, hogy a rendelkezésükre álló adatok meglehetősen hiányosak, és ezért nem is vállalkozott arra, hogy előadását közlemény formájában rendelkezésükre bocsássa. Az előadásból egyértelműen kiderült, hogy a rákszűrés szervezetsége hazánkban romlott, a rákszűrések száma csökkent, és, hogy nagyon sok azoknak a száma, akiket rövid időn belül újra és újra szűrünk. A vizsgálatok elvégzésére megfelelő számú nőgyógyász áll rendelkezésre, a kenetek értékeléséhez szükséges laboratóriumi felszerelés is adott, a citológus szakorvosok és az asszisztensek száma azonban már nem elegendő. A citológiai vizsgálatok területén a magánvállalkozások kezdenek megerősödni. Sürgős feladat, hogy minden fórumon hirdessük a rákszűrés szükségességét azért, hogy minél több nő menjen szűrésre. Szóba került a családorvosok szerepe is. A MNOT jelenlévő tagjai egyértelműen úgy foglaltak állást, hogy a családorvosok legfontosabb feladata a szervezés és az ismeretek terjesztése. A családorvos egyik letéteményese annak, hogy a nők élvezzék a szűrő vizsgálatok előnyeit. Egyértelműen megfogalmazódott, hogy a nőgyógyászati rákszűrést nőgyógyászoknak kell végezni és nem a családorvosoknak. A rákszűrés ugyanis nem csak kenet vételből, hanem megfelelő nőgyógyászati és kolposzkópos vizsgálatból és az emlők vizsgálatából áll.

**KÖZGYŰLÉS** A rendezvény harmadik napirendi pontja a Közgyűlés volt, amelyre azért került sor, mert az MNOT első 3 éves időszaka lezárult. A Közgyűlést Prof. dr. Gáti István akadémikus vezette, és bevezetőjében a MNOT munkásságát röviden értékelte. Szomorú kötelességünknek tettünk eleget, amikor a Társaság elhunyt tagjairól emlékeztünk meg. Dr. Keller Gábor professzor munkásságát Dr. Kommer Károly, Dr. Tóttóssy Béla főorvos munkásságát Prof. Dr. Eckhardt Sándor, és Dr. Pilishegyi János főorvos tevékenységét Dr. Pálffy Imre méltatta. A résztvevők egyperces néma felállással adóztak az elhunytak emlékének.

Prof. Dr. Bősze Péter, főtítkári beszámolója után kérte és megkapta a Közgyűlés hozzájárulását, hogy megalapítsa az MNOT tudományos lapját, amelynek neve Nőgyógyászati Onkológia. A beszámolót a Közgyűlés egyhangúlag elfogadta.

Ezt követően az új vezetőség megválasztására került sor, amely az alakuló közgyűlésen elfogadott módon zajlott le. A Jelölő Bizottság elnökének, Prof. Dr. Marton Istvánnak előterjesztése után a közgyűlés Prof. Dr. Gáti István akadémikust, az MNOT örökös tiszteletbeli elnökének fogadta el. Az MNOT új vezetőségét, titkos szavazással az alábbiak szerint választották meg: elnök Prof. Dr. Bősze Péter, főtitkár Prof. Dr. Gardó Sándor, vezetőségi tagok Dr. Berbik István, Prof. Dr. Bodó Miklós, Prof. Dr. Doszpod József, Prof. Dr. Eckhardt Sándor akadémikus, Dr. Hernádi Zoltán, Dr. Karácsony István (pénztáros), Prof. Dr. Kovács László, Dr. Krommer Károly, Prof. Dr. Papp Zoltán és Dr. Ungár László. A Közgyűlés az Alapszabályt nem módosította. Ugyanakkor felhatalmazta az Elnökséget, hogy döntsön a Társaság bankszámlája feletti rendelkezésre jogosultak köréről.

**AZ MNOT HATODIK TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYE, AMELY A WALESÍ OVARIVÁRÁK TUDOMÁNYOS TÁRSASÁGGAL KÖZÖSEN KERÜLT MEGRENDEZÉSRE** (1995. április 15., Forum Hotel; az Upjohn Kft. és Forum Hotel támogatásával.)

**CURRENT TRENDS IN THE MANAGEMENT OF RECURRENT CERVICAL CARCINOMA** Megnyitó Prof. Dr. Gáti István az MNOT örökös tiszteletbeli elnöke

Moderátor: Dr. Ungár László

Thoughts on recurrent cervical carcinoma László Ungár, M.D.

Diagnostic difficulties in recurrent cervical carcinoma Atilla Artner, M.D.

Surgical management of recurrent cervical carcinoma Allen Evans, M.D. Cardiff, UK.

Combined surgical and radiation therapy (CORT) Michael Höckel, M.D. Mainz, Germany

Radiation treatment and chemotherapy of recurrent cervical carcinoma Malcolm Adams, M.D. Cardiff, UK.

Closing remarks Péter Bősze, M.D.

A résztvevők egy meglehetősen részletes, sokszor mélységekbe menő képet kaphattak a kiújult méhnyakrák kezelésének mai lehetőségeiről. Megfogalmazódott, hogy a medence közepén elhelyezkedő, korai kiújult daganat az exenterációs műtétek valamelyikével 60%-os sikerrel gyógyítható. A medencei exenterációk hazai tapasztalatairól részletesen beszámoltunk (Ungár L., Pálfalvi L., Bősze P. A kismedencei exenteráció műtéttel szerzett tapasztalataink. Magy Nőorv L 1995; 58: 45-49). Jelen beszámolóban csak aláhúzzuk, hogy a kismedencében kiújult, távoli áttétet nem adó méhnyakrákok esetében véleményünk szerint medencei exenteráció sikerrel akkor végezhető, ha 1. a daganat viszonylag kicsi, a medence falától jól elhatárolt, vagyis az éppen biztonsággal eltávolítható, és 2. az elsődleges daganat kezelése és a kiújulás között legalább 1 év telt el. Adams dr. rámutatott, hogy a sugárkezelés kiújult méhnyakrák esetében csekély eredménnyel jár. A daganat elpusztítása sugárkezeléssel csak nagyon kis daganat esetében remélhető olyan betegekben, akik az elsődleges daganatuk kezelése során besugárzást nem kaptak. Az ismételt sugárkezeléstől (reirradiációtól) eredmény nagyon kis daganatok esetében is legfeljebb csak akkor remélhető, ha több év telt el a két sugárkezelés között. Nehezíti a besugárzást, hogy a kiújult daganat általában összekapaszkodott, vagy nagyon közel van a végbélhez/húgyhólyaghoz, és így gyakori ezeknek a szerveknek a károsodása.

Tekintettel arra, hogy sikeres kezelés csak korai kiújult daganatok esetében remélhető, szakmai kötelességünk mindent elkövetni, hogy a kiújulást a lehető legkorábbi állapotában kórismézzük. Ennek feltétele, hogy a betegek ellenőrzését, nyomon követését nőgyógyászati onkológiai ismeretekkel és tapasztalattal rendelkező szakorvosok végezzék.

A kiújult méhnyakrákok kezelésében forradalmi változást jelent a CORT műtét, amely bizonyos esetekben a medencefallal érintkező kiújult daganatok esetében is eredményes lehet. Nagy öröm volt számunkra, hogy a CORT műtét jelenlegi helyzetéről az eljárás megteremtője, Höckel professzor adott tájékoztatást. Előadását teljes egészében összefoglaló közlemény formájában ismertettük (... oldal).

**AZ MNOT HETEDIK TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYE** (1995. december 13., Forum Hotel; Schering Gyógyszer Kft. és a Forum Hotel támogatásával)

**A HORMONOK SZEREPE A NŐGYÓGYÁSZATI ÉS EMLŐ DAGANATOK ELLÁTÁSÁBAN** Megnyitó Prof. Dr. Gáti István a MNOT örökös tiszteletbeli elnöke

Moderátor: Prof. Dr. Bősze Péter

A petefészekrák hormonális vonatkozásai Dr. Balogh Ádám

A méhtestrák hormonális vonatkozásai Dr. Thurzó László

Orális fogamzásgátlók és az emlők megbetegedései Prof. Dr. Rákóczi István

Gn-RH analógok alkalmazásának lehetőségei Prof. Dr. Marton István

A méhnyakrák és a petefészek Prof. Dr. Bősze Péter

A női nemiszervek és az emlők daganatainak hormonális vonatkozása

sait régóta tanulmányozzák, ennek ellenére sok vonatkozásban még ma is tisztázatlanok. Ez tette szükségessé, hogy az endokrinológia területén született újabb eredmények tükrében összefoglaljuk, amit ma tudunk a női nemiszervek és az emlők daganatainak hormonális vonatkozásairól. A tudományos ülést ezekkel a gondolatokkal nyitotta meg Prof. Dr. Gáti István akadémikus. Az összefoglaló előadások anyagát közlemények formájában közöljük.

## AZ MNOT NYOLCADIK TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYE (1996. március 22. Forum Hotel; Forum Hotel támogatásával)

### A NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA GYAKORLATI KÉRDÉSEI: MŰTÉTI ELŐKÉSZÍTÉS ÉS KEMOPREVENCIO

Megnyitó Prof. Dr. Gáti István az MNOT örökös tiszteletbeli elnöke  
Bevezető Prof. Dr. Bősze Péter  
Moderátor: Dr. Pálfalvi László

A műtéti előkészítés aneszteziológiai szempontjai (műtét előtti vizsgálatok, premedikáció, táplálkozás, infúziók) Dr. Koronka Gabriella  
Sebészeti előkészítés (bélelőkészítés, fektetés, izolálás) Dr. Köves István

A hüvely előkészítése, borotválás, katéterezés Dr. Tallián Ferenc  
Antibiotikus profilaxis Dr. Siklós Pál  
Chemoprevention Alberto Costa, M.D. (Director of the European School of Oncology)  
Vérátömlesztés, autotranszfúzió, trombólis profilaxis Dr. Vímlyai László és Dr. Bodor Géza  
Drénezés, kötözés, új kötszerek Dr. Póka Róbert  
Beszélgetés a beteggel, beleegyező nyilatkozat Dr. Ungár László és Dr. Muszbek Katalin

Ez a tudományos ülés egy új sorozat első rendezvénye. Ebben a sorozatban a nőgyógyászati sebészet gyakorlati kérdéseit akarjuk részletekbe menően elemezni és gyakorlati tanácsokat adni. A műtéti előkészítéssel kapcsolatos előadásokat összefoglaló dolgozatok formájában fogjuk közreadni. A kemoprevenzióról Alberto Costa dr., az Európai Rák Iskola igazgatója beszélt. Előadásában a daganatos megbetegedések kialakulásának gyógyszerekkel történő megelőzésének lehetőségeit mutatta be. Áttekintette a múltat, a jelent és felvázolta a jövő lehetőségeit. Előadását filozófikus gondolatok és gyakorlati tanácsok jellemezték.

**VEZETŐSÉGI ÜLÉS** A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának Vezetősége 1995. december 13-án ülést tartott.

Résztvevők: Prof. Dr. Bősze Péter (elnök), Dr. Berbik István, Prof. Dr. Bodó Miklós, Prof. Dr. Duszpod József, Dr. Hernádi Zoltán, Dr.

Karácsony István, Prof. Dr. Kovács László, Dr. Krommer Károly  
Kimentették magukat: Prof. Dr. Gardó Sándor (főtitkár), Prof. Dr. Eckhardt Sándor akadémikus és Prof. Dr. Papp Zoltán

NAPRENDI PONTOK: 1. A társaság új tudományos lapja, a „Nőgyógyászati Onkológia”, 1996-ban indul. 1400 példányban kerül nyomtatásra és a Társaság tagjai, a Magyar Nőorvosok Lapja előfizetői, valamint a szerkesztőség által kiválasztott kollégák az első évben térítés mentesen megkapják. Ára 1500 Ft, előfizetési lehetőség van. A vezetőség jóváhagyta az előterjesztett rovatokat és a formát, megbízta a főszerkesztőt, Prof. Dr. Bősze Pétert a folyóirattal kapcsolatos teendők ellátásával, beleértve a lap nyilvános ismertetését, a kiadó és nyomda kiválasztását. A szerkesztő bizottság tagjai: az MNOT vezetősége és a főszerkesztő által kiválasztott kollégák. Javaslat hongzott el, hogy a „társ” szakmák a szerkesztőségben lehetőleg legyenek képviselve. A Magyar Nőorvosok Lapja előfizetőinek listáját Dr. Berbik István rendelkezésre bocsátja. Az folyóirat státuszát a következő közgyűlésen az alapszabályban rögzíteni kell.

2. A vezetőség az utolsó közgyűlésen elhangzottak után úgy foglalt állást, hogy az MNOT tagja legyen a MOTESZ-nak. (A vezetőségi ülést követően a Társaság elnöke kérelmet terjesztett elő, amelyet elküldött Prof. Dr. Ribári Ottónak, a MOTESZ elnökének. A MOTESZ vezetősége a kérelmet jóváhagyta, és a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságát tagjai közé fogadta.)

3. A vezetőség tagjai vállalják, hogy az MNOT tevékenységének nagyobb nyilvánosságot adnak.

4. A vezetőség javasolta, hogy a már hagyományosnak tekinthető tudományos rendezvények folytatása mellett az MNOT szokványos kongresszust is szervezzen.

5. A vezetőség elfogadta az elnöknek azt a javaslatát, hogy az MNOT fiatal kollegák részére pályázatot írjon ki: „Miért fontos az alap kutatás és a klinikum összekapcsolása a nőgyógyászati onkológiában?” (A pályázónak saját kutatási eredményeket is kell ismertetnie.) Díjak: 1.) 50 000 Ft., 2.) 25 000 Ft., és 3.) 10 000 Ft. A pályázatokat az MNOT vezetőségének tagjai bírálják el.

6. A vezetőség megbízta a Társaság elnökét az MNOT plakettjának létrehozásával. Egyben úgy döntött az elnök javaslata alapján, hogy az MNOT első tiszteletbeli tagja George D. Wilbanks, M.D. (John M Simpson Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Rush Medical Center, 600 South Paulina Street, Chicago, Illinois 60612 USA) lesz, aki jelenleg az Amerikai Szülész- Nőgyógyász Kollégium elnöke.

7. A vezetőség megtárgyalta a tagsági díj kérdését, azt 1000 Ft-ban határozta meg. A tagsági díj 1996-tól esedékes, visszamenőleg nem.

8. A vezetőség mérlegeli, hogy hivatalos állásfoglalást ad ki az emlőrák kezelésével és a petefészekrákos betegek taxol kezelésével kapcsolatban. Javaslatot kell kidolgozni, amelyet a vezetőségnek jóvá kell hagyni.

# Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

## Guidelines for Authors

### SUBMISSION

The original manuscript together with a coverage letter must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O. Box 46, Hungary. Tel/fax: (36-1) 275-2172, E-mail address: bosze@mail.mata.v.hu). *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* encourages the authors to E-mail their manuscripts or submit the article on a disk with adequate labeling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case an accurate hard-copy print-out must accompany this.

### COVER LETTER

By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, that it is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communications has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher.

Articles and any other material published in the Hungarian Journal of Gynecologic Oncology represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors and the Publisher.

### FORM OF A MANUSCRIPT

The *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* guidelines are based on instructions set forth in the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (Ann Intern Med 1988; 108: 258-265).

**Title page.** The title page should contain the authors' first, middle and last names, the article title, place of the author(s), a short running head of not more than 50 characters, and the complete mailing address for correspondence. **Page 2** should contain a short abstract followed by 3 to 4 key words.

**Text.** The text should incorporate the following sections: Introduction, Patients and Methods, Results, Discussion and References. The organization of review articles is up to the author(s). All articles should contain References. *Acknowledgements* follow the References. Pages should be numbered in succession, the title page being page one.

**References.** These should be cited consecutively in the order in which they appear in the text by Arabic numerals in brackets (1), (2); References are listed in a separate section immediately following the text. The reference list should be in numerical order as illustrated in the following examples:

### JOURNAL ARTICLE AND SUPPLEMENT

Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. *CME J Gynecol Oncol* 1996; 1: 116.  
Magrina JF. Intestinal surgery in gynecologic malignancies. *Magy Nőorv L* 1995; 58 (Suppl. 2): 55.

### BOOK

DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. 3rd edn. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1989: 211.

### CHAPTER IN A BOOK

Schwartz PE, Naftolin F. Hormone therapy. In: Berek JS, Hacker NF, eds. *Practical Gynecologic Oncology*. 2nd edn. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994: 613.

Accuracy of reference data is the responsibility of the author(s). All authors should be listed when there are six or less; with seven or more the first six should be given followed by "et al.". Single word journal titles should be spelled out, all others should be abbreviated according to Index Medicus.

**Tables.** Tables are numbered consecutively using Arabic numerals in brackets (Table 1), in the order cited in the text. They should be typed on separate pages and should be accompanied by a short appropriate caption. All abbreviations should be explained in a footnote.

**Figures.** The original illustrations and the original line drawings should be submitted and numbered with Arabic numerals in brackets (Figure 1) consecutively as they appear in the text. Line drawings should be in black ink on a white background or clear glossy prints, with lettering of high standard and large enough to be legible when reduced. Color or black-and-white photographic prints must be glossy and provide sharp contrast. Color illustrations are accepted when appropriate. On the back of each illustration or on a label affixed to the back of each figure indicate the author's last name, figure number and the "top" with an arrow. Never use label on color figures and never use ink on front or back any figures. Captions should be on separate page and should include the figure number and a brief description of the illustration. Explain all symbols used in the illustration. Scale bars (when appropriate) should be provided on the photographs. Figures that are reproduced from another published source require written permission from the authors and copyright holders. Submitted illustrations are returned on request only.

**Units.** All measurements should be in metric units.

**Abbreviations.** Abbreviations must be written in full at the first mention in the text.

**Spelling.** Both American and English spelling are accepted.

**Editorial Assistance.** This courtesy will be extended to authors having difficulty with the English language. Corrected manuscripts will be returned to the authors for approval.

# A kéziratokkal kapcsolatos tudnivalók

## A KÉZIRATOK ELKÜLDÉSE

A kéziratok teljes anyagát ábrákkal, táblázatokkal együtt két példányban a főszerkesztő címére (Prof. Dr. Bősze Péter, 1301 Budapest, Pf. 46. Tel/fax: 36-1 275-2172) kérjük küldeni. Kéziratok anyagát a számítógépes szerkesztés megkönnyítése és a szerkesztésből eredő hibaforrások csökkentése céljából kérjük, hogy amennyiben erre a szerzőknek lehetősége van, egy megfelelő jelzett mágneslemezen (3 1/2 disk, IBM MS-DOS) is küldjék el. Mágneslemez helyett a kéziratok anyaga E-mail-en is küldhető (E-mail: bosze@mail.mtav.hu). Az eredeti kézirat minden esetben szükséges. A kéziratokat **kísérő levéllel** együtt kell küldeni.

## KÍSÉRŐ LEVÉL

A kísérő levél tartalmazza a szerzők nevét, a közlemény címét és a levelező szerző adatait (név, munkahely, postacím). A kísérő levél aláírásával a levelező szerző kijelenti, hogy a mellékelt munka más helyen nem került és nem is fog közlésre kerülni. Ugyanannak a közleménynek idegen nyelvű folyóiratban történő megjelentetése csak **a szerkesztőség írásbeli beleegyezésével** történhet. A levelező szerző a kísérő levél aláírásával kijelenti továbbá, hogy a kézirat közlését a társ szerzők a kéziratban foglaltak szerint jóváhagyták, „személyes közlésbe” (personal communication) az idézett szerző beleegyezett, és, hogy a szerzők a szerzői jogot átruházzák a szerkesztőségre.

## KÉZIRATTAL KAPCSOLATOS FORMAI KÖVETELMÉNYEK

A kézirat formája feleljen meg a nemzetközileg elfogadott, **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals** (Ann Intern Med 1988; 108: 258-265.) előírásoknak.

**Gépelés.** Ha a kézirat szövegszerkesztővel készült, a kívánt jelölések, pl. kiemelés, dőlt betű, stb. a szövegszerkesztővel megoldhatók. Magyar ékezetes betűket használjunk. Hagyományos gépelés esetén, kérjük a megfelelő részt aláhúzni és a szöveg szélén a kívánalmakat írásban megadni, pl. apró, félkövér vagy dőlt betű, aláhúzni, stb. Gépelés vagy nyomtatás mindig csak egy oldalon.

**Címoldal.** a címoldal tartalmazza a szerzők teljes nevét, a közlemény címét, egy rövidített címet, amely ne legyen hosszabb, mint 50 karakter, és a levelező szerző postacímét.

**A második oldal** egy magyar nyelvű összefoglalót és 3-4 kulcsszót tartalmaz. A kulcsszavak csak az Index Medicus Medical Subject Headings szavai lehetnek. A harmadik oldalon az összefoglalónak és a kulcsszavaknak angol nyelvű változatát kell megadni. Az angol nyelvű összefoglalóban szerepeljen a dolgozat angol címe és a szerzők neve is.

**Szöveg.** Az **eredeti közleményeket** hagyományos módon: bevezetés, anyag és módszer (vagy betegek és vizsgáló módszerek/kezelések, stb.), eredmények, megbeszélés, irodalom kell tagolni. **Esetismertetés** esetén a közleményt bevezetés, esetismertetés, megbeszélés és irodalom részekre bontsuk. Minden más esetben a közlemény felépítését a szerzők választják meg. Az irodalmi hivatkozások azonban mindig a közlemény végére kerüljenek.

**Irodalom.** Az irodalom idézése a szövegben zárójelbe tett arab számokkal történjen a hivatkozás előfordulásának sorrendjében, és nem abc szerint. A szövegben a szerzők nevét dőlt betűvel írjuk. Az irodalmi adatokat az „irodalom” részben, amely a szöveges rész után következik, az idézés sorrendjében írjuk az alábbiak szerint.

## Folyóirat és különszám

Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. *CME J Gynecol Oncol* 1996; 1: 116.

Magrina JF. Intestinal surgery in gynecologic malignancies. *Magy Nőorv L* 1995; 58 (Suppl. 2): 55.

## Könyv

László J, Gaál M. *Nőgyógyászati pathológia*. 2. kiadás, Budapest, Medicina Könyvkiadó. 1976: 33.

## Könyvfejezet

Egyed J. Diabetes és terhesség In: Doszpod J, szerk. *A szülést és nőgyógyászat aktuális kérdései*. Budapest, OTKI, 1982.

Az irodalmi hivatkozások pontosságáért a szerzők felelősek. Ha szerzők száma hat vagy annál kevesebb, az összes szerző nevét soroljuk fel. Ha hatnál több, csak az első hatét és utána az „és mtsai” (idegen nyelvű közlemény esetén „et al”) kifejezést írjuk. Egyszavas folyóiratok nevét teljesen ki kell írni, egyébként a folyóiratok nemzetközileg elfogadott rövidítéseit, amelyet az **Index Medicus** tartalmaz, alkalmazzuk.

**A köszönetnyilvánítást** az irodalom után írjuk.

**Oldalszámozás** folyamatos, a címoldal az első oldal.

**Táblázatok.** A szövegben a táblázatok számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk (pl. 1. Táblázat, Table 1). A táblázatokat, a táblázat felett megszámozva külön oldalakon kérjük. A számozás után a táblázat címe következik. A táblázat alá rövid magyarázó szöveg kerül. Ide írjuk megfelelő jelöléssel a táblázatban előforduló rövidítések magyarázatát is. Más szerzőktől vett táblázatok csak az eredeti szerzők vagy a szerzői jog tulajdonosának engedélyével idézhetők.

**Ábrák.** Mindig az eredeti ábrákat, fényképeket kell beküldeni két példányban. A szövegben az ábrák számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk (pl. 1. Ábra, Fig. 1). Az ábrák hátoldalán vékony ceruzával vagy ragasztható cédulán tüntessük fel a sorszámot, a szerző nevét és az ábra irányát kis nyíl segítségével. Kontrasztos, jó minőségű fekete-fehér fényképeket kell küldeni. Szükség esetén azonban színes képet is elfogadunk. A rajzolt ábrák fekete tintával fehér háttér előtt készüljenek. Az ábra aláírásokat külön lapon kérjük. Ebben az ábrán használt jelzések magyarázatát is adjuk meg. Más szerzőktől vett ábrák csak az eredeti szerzők vagy a szerzői jog tulajdonosának engedélyével idézhetők. A beküldött ábrákat csak a szerzők külön kérésére küldjük vissza.

**Mértékegység.** A mértékegységeket „méter rendszerben”, SI egységekben kell megadni.

**Rövidítések.** A rövidítéseket a szövegben először jelentésük teljes kiírása után zárójelben adjuk meg, és csak ezután használjuk önállóan.

**Helyesírás.** Törekedjünk magyar orvosi kifejezések használatára, az idegen kifejezéseket, amikor csak lehet, kerüljük el. (Az orvosi kifejezések magyarosítása kívánatos.) Nem magyar eredetű szavak írása az eredeti írásmód szerint történjen. Magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosított (pl. krónikus, akut) szakkifejezéseket írjuk. Egyazon közleményben következetesen kell alkalmazni a magyaros vagy klasszikus írásmódot. Angol nyelvű szövegben az angol és az amerikai helyesírás is alkalmazható.

**CÉLKITŰZÉS ÉS INFORMÁCIÓ** A Nőgyógyászati Onkológia a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja. Azzal a céllal jött létre, hogy a nőgyógyászati onkológiának, a szülészet-nőgyógyászat és az onkológia önálló szakmájának, hazánkban is tudományos fórumot teremtsen. Nőgyógyászati onkológiai folyóirat más országokban és nemzetközi szerkesztésben már évtizedek óta létezik, ezért a Nőgyógyászati Onkológia megjelenítése az orvostudománynak ezen a területen a haladó világhoz történő felzárkózásunkat jelenti. A szakmai célkitűzések mellett a magyar orvosi nyelv művelése, jobbítása is a lap alapvető feladata.

A Nőgyógyászati Onkológia a női nemiszervek, az emlők és a határterületek daganatos megbetegedéseivel, valamint az ezekhez kapcsolódó általános, elméleti és gyakorlati kérdésekkel foglalkozik. Tárnyalja továbbá a nőgyógyászati onkológiát, mint szakmát, beleértve a szervezési, a képzési és anyagi megfontolásokat is. A lap eredeti, összefoglaló és szerkesztőségi közleményeket, eset ismertetéseket és beszámolókat közöl. Különös hangsúlyt fektet a képzésre, amelyet nemcsak elméleti, de gyakorlati szinten is meg kíván valósítani. Orvostörténeti ismertetéseket ad annak tudatában, hogy nincs jelen és jövő a gyökerek ismerete nélkül. Társasági hírek, kritikák, megemlé-

kezések, események ismertetése és más hírmondás a folyóirat szerkesztését képezik. Határterületi kérdések és beteg tájékoztatók szintén a célkitűzések közé tartoznak. A Nőgyógyászati Onkológia, mint a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja, a Társaság állásfoglalásait, hír-leveleit és más kiadványait közli.

A felkért közlemények kivételével minden közleményt két bíráló véleményez. Ennek alapján a Nőgyógyászati Onkológia is az ún. „bíráltól átnézett” (peer-reviewed) folyóiratok közé tartozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására vagy elutasítására, amelyet a szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz. A bírálók személyét nem fedjük fel. A közleményekben megfogalmazott vélemények, javaslatok nem a szerkesztőség, hanem a szerzők véleményét, állásfoglalását jelentik.

A Nőgyógyászati Onkológia alapvetően magyar nyelvű. A kis népek létezése azonban megköveteli a kétnyelvűséget, ezért a lapban a közlemények összefoglalóját és a fontosabb adatokat angol nyelven is ismertetjük. Elfogadjunk angol nyelvű közleményeket, egy-egy nemzetközi rendezvény előadásait pedig teljes egészében angolul adjuk közre.

**SCOPE AND INFORMATION** With the rapid advances of radical surgery, clinical technologies, anesthesia, modern blood banks, antibiotics, medical oncology and radiotherapy, and with the explosion of molecular biology it has been recognized that the usual training of gynecologists-obstetricians was insufficient to provide optimal care for patients with malignancies of the female genital tract and breast cancer. This recognition has led to the development of the subspecialty of gynecologic oncology with board certification in many countries worldwide.

Since the establishment of our specialty, a plethora of information has been accumulated with the recognition that in the rapidly expanding field of gynecologic oncology it is becoming almost impossible to be up-to-date with issues of concern. The spectrum of gynecologic oncology is broadening each day and includes among others advanced surgery, fundamental understanding and practice of drug- and radiation therapy and an in-depth knowledge in pathology and molecular biology. The gynecologic oncologists should keep pace with these exciting basic and clinical advances. The explosion of scientific information brought about by molecular and cellular biology should be reflected in patient's care at bedside. Cancer treatment and molecular biology cannot be separated any longer. These are some of the major reasons of establishing national and international journals devoted to gynecologic oncology.

In Hungary, gynecologic oncology has been officially recognized as a specialty of obstetrics and gynecology. This was followed by the foundation of the Hungarian Society of Gynecologic Oncology in 1991. During the last 5 years, there has been a growing need for a national venue for publications focusing on clinical and basic gynecologic oncology. Thus, the foundation of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** with the aim of providing a sole forum for gynecologic oncology in Hungary. The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is the official journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will provide a national archive to high quality papers that deal with tumors of

female genital tract and related organs, and with the benign and malignant diseases of the breasts. Reports of investigations relating to any aspect of these fields, including etiology, epidemiology, pathology, diagnosis, treatment, follow-up and basic science will be considered. Such contributions may come from any of the disciplines with interests in gynecologic oncology.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will publish original articles, invited reviews, brief reports, papers focusing on the history and on the professional aspect of the specialty, news, comments, critique, book reviews and letters. Education with particular emphases on continuing medical education is one of the major aims of the journal.

The language of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is basically Hungarian. However, paper written in English will also be accepted.

The original manuscript together with a coverage letter must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bösze, M.D. 1301 Budapest, P.O. Box 46, Hungary. Tel/fax: (36-1) 275-2172, E-mail address: bosze@mail.matav.hu). The authors are encouraged to E-mail their manuscripts or submit the article on a disk with adequate labeling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case an accurate hard-copy print-out must accompany. The Editor-in-Chief requires the original manuscripts and the cover letters. By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, that it is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communications has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher. Manuscript decisions will be based on peer review.

Articles and any other material published in the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors and the Publisher.

