

ROSSZINDULATÚ NŐGYÓGYÁSZATI DAGANATOK*

ZSOLNAI BÉLA, az orvostudományok kandidátusa

Közlésre érkezett: 1982. VII. 7.

Az utóbbi években külföldön végzett felmérések szerint a női nemi szervek rosszindulatú daganatai, vagyis a genitális szervek malignómái a következőképpen oszlanak meg: a malignómák 54%-a méhnyakrák, 26%-a endometrium-, illetve corpus carcinoma, 16%-a ovarium carcinoma, 4%-a pedig vagina- és vulva carcinoma (1. táblázat).

A genitális malignómák 65%-a a korai szakban (0. és I. stádiumban) felismerhető és gyógyítható. Az össz-malignómáknak mintegy 35%-a azonban — még fejlett szűrési rendszerrel dolgozó országokban is — csak a II–IV. stádiumban kerül felismerésre. Az ilyen eseteknek a gyógyítása igen költséges és az eredmény bizonytalan.

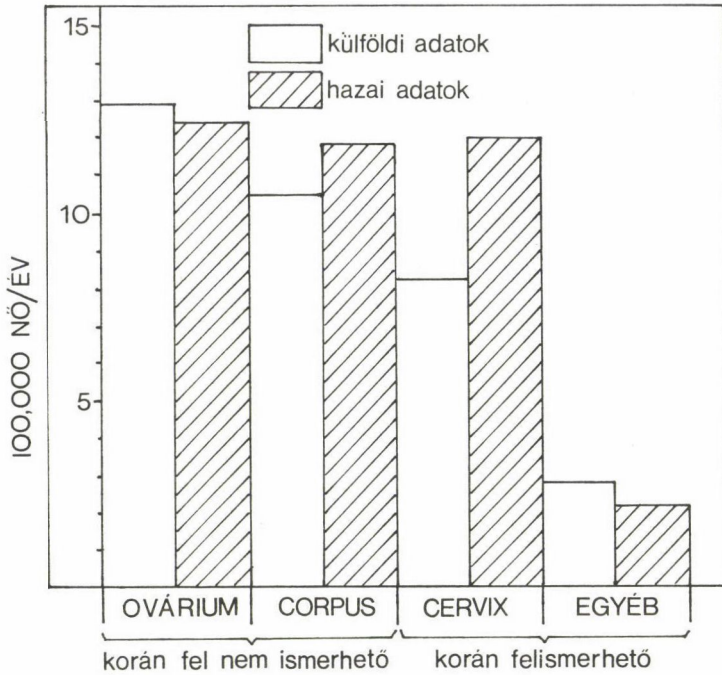
A 65%-ot nagyobb részben a cervix-, kisebb részben a méhtest-carcinómás betegek képezik, vagyis csak a cervix- és bizonyos mértékig a corpus carcinómák esetében vagyunk abban az előnyös helyzetben, hogy megfelelően szervezett, korszerű szűréssel a megbetegedés már a korai stádiumban diagnosztizálható. Az ovarium malignómás esetek 80%-ában, a diagnózis felállításakor már előrehaladott, II–IV. stádiumról van szó.

1. táblázat

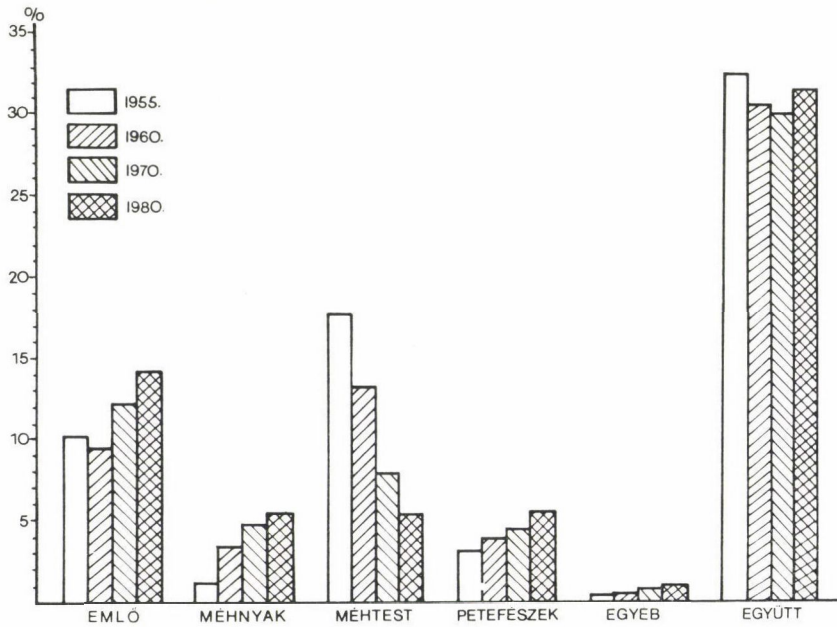
A genitális szervek malignómáinak megoszlása stádiumok szerint

	Stádiumok (%)			Összesen
	0.	I.	II., IV.	
Ovárium	0	2	14	16
Corpus	3	17	6	26
Cervix	36	5	13	54
Vagina				
Vulva	1	1	2	4
Összesen:		65	35	100

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



1. ábra



2. ábra. A női nemi szervek rosszindulatú daganataiban meghaltak részaránya az összes daganatos eset halálzásában (%)

2. táblázat

A női nemiszervek rosszindulatú daganataiban szenvedők halandóságának alakulása néhány országban — 1976—1978. évek
(100 000 megfelelő korú nőre számítva)

	Emlő	Méhnyak és méhtest	Együtt
	rosszindulatú daganatai		
1. Egyesült Királyság**	46,9	14,5	61,4
2. Dánia*	40,7	19,4	60,1
3. Magyarország*	31,9	25,2	57,1
4. Svájc*	39,8	15,0	54,8
5. Ausztria*	33,0	20,8	53,8
6. Német Szöv. Közt.*	36,5	16,8	53,3
7. Belgium***	37,3	14,3	51,6
8. Írország**	41,0	9,6	50,6
9. Svédország*	33,4	15,1	48,5
10. Hollandia*	36,0	10,5	46,5
11. Norvégia*	32,0	13,7	45,7
12. Franciaország***	30,3	15,2	45,5
13. Egyesült Államok**	31,0	9,8	40,8
14. Új-Zéland***	28,4	9,6	38,0
15. Kanada**	28,4	8,4	36,8
16. Románia*	15,6	20,5	36,1
17. Lengyelország*	18,0	16,4	34,4
18. Ausztrália*	25,2	7,7	32,9
19. Spanyolország*	17,7	11,6	29,3
20. Görögország*	19,6	9,6	29,2
21. Bulgária**	16,3	11,6	27,9
22. Jugoszlávia**	14,4	12,5	26,9
23. Japán*	6,5	9,8	16,3

*** 1976. évi adatok

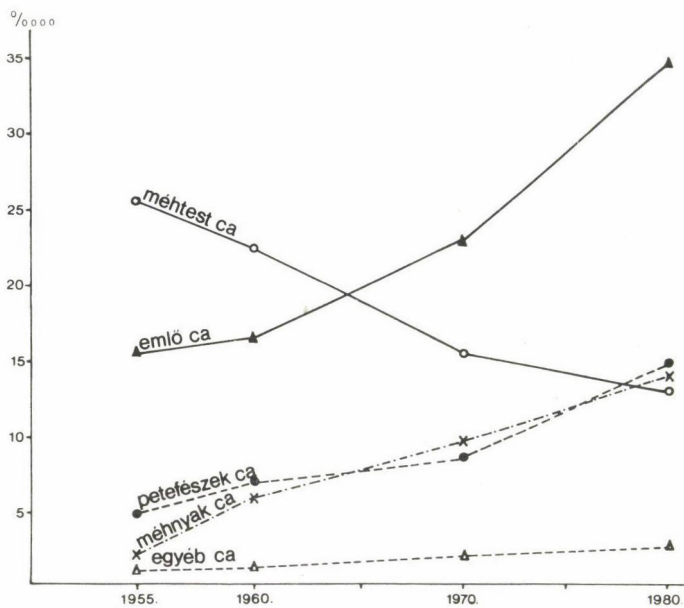
** 1977. évi adatok

* 1978. évi adatok

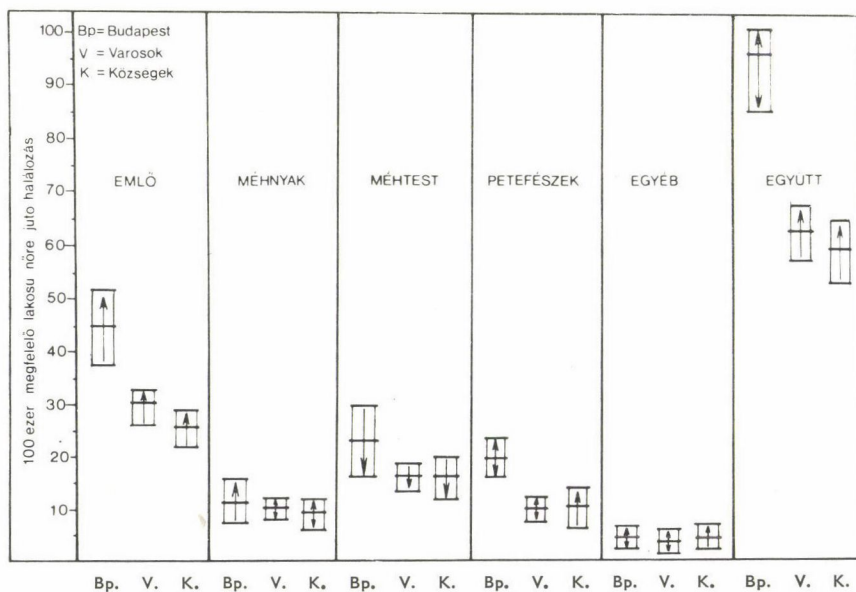
Ez a magyarázata annak, hogy nagy statisztikai felmérések szerint is 100 ezer női lakosra/év számítva a mortalitás ovarium carcinoma esetében a legmagasabb, mintegy $12,70/0000$ (1. ábra), bár az ovarium carcinoma gyakoriságát tekintve csak a harmadik helyet foglalja el a genitális szervek malignómái között. Ezt követi a méhtest- ($10,40/0000$) és a méhnyakrákos ($8,20/0000$) esetek mortalitása.

Ha összehasonlítjuk szervekre bontva a halálozás külföldi és hazai adatait, sajnálatos kell megállapítani, hogy adataink lényegesen rosszabbak a fejlett rákszűrést végző országokénál. Ovarium carcinoma esetében hazánkban a halálozási arány közel azonos Svájc, a Német Szövetségi Köztársaság és az Egyesült Államok együttes halálozási arányával, viszont lényegesen magasabb a méhtest- és méginkább a méhnyakrákos eseteink mortalitása. Ez közvetve az elhanyagolódott esetek nagyobb számban való előfordulására, illetve a rákszűrés és esetleg a szakellátás nem egészen kielégítő voltára utal.

Mivel hazánkban nem rendelkezünk teljes értékű morbiditási statisztikával a gynecológiai malignómák tényleges előfordulását illetően (ami összefügg



3. ábra



4. ábra. A női nemi szervek rosszindulatú daganataiban szenvedők haladásának területi megoszlása

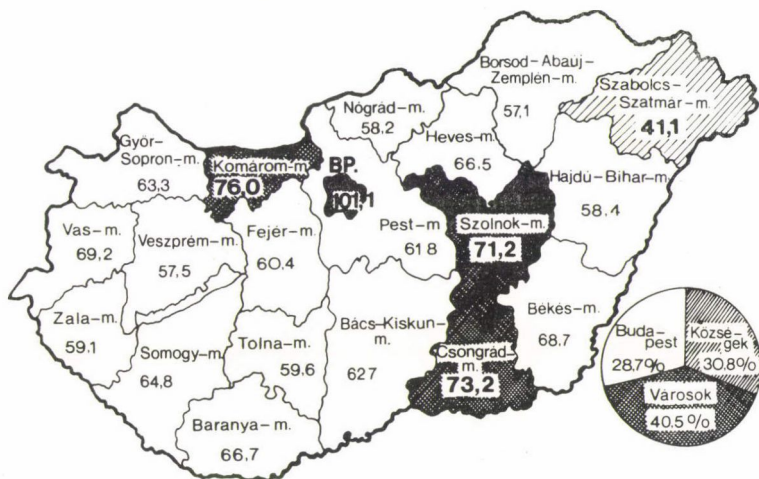
a daganatféleségtől és elhelyezkedésétől is függő diagnosztizálás lehetőségével és a bejelentések gyakori elmulasztásával), azt a kérdést, hogy hogyan állunk a rákos betegek kezelésével, és milyen eredményeink vannak, közvetve a mortalitási statisztika, vagyis a KSH adatai, illetve közvetlenül a debreceni Női Klinika és a Semmelweis OTE II. sz. Női Klinika daganatos beteganyaga alapján próbálom megválaszolni. (Az adatok átadásáért az illetékeseknek ezúton is köszönetet mondok.)

A haladóság tekintetében (2. táblázat) az emlő- és a méhrák eseteket egybevéve a harmadik helyet foglaljuk el a felsorolt 23 ország között. Előttünk csak az Egyesült Királyság és Dánia áll, legalább is az 1976–78-as években. Ha csak a méhrákban szenvedők mortalitását vizsgáljuk, még rosszabb képet kapunk. Ugyanis 25,2 százalékkal a mortalitással az első helyet foglaljuk el a felsorolt országok között, utánunk sorrendben Ausztria, majd Románia következik.

Ezek az adatok szintén a rákszűrés elégtelenségére, az elhanyagolódott esetek nagyobb arányú előfordulására, esetleg a nem kielégítő kezelésre utalnak.

1955 óta nem csökkent a genitális malignómákban meghaltak részaránya a rosszindulatú össz-daganatos esetek halálozásában (2. ábra). 1955, 1960, 1970 és 1980-as években a részarány még mindig 30–35%-ot tesz ki. Ha pedig a szervekre bontva vizsgáljuk a százalékos arány alakulását, kitűnik, hogy csökkenés csupán a méhtestrák esetében regisztrálható a halálozás tekintetében, minden más szerv daganatos betegsége esetén növekedés észlelhető.

Hasonló következtetés vonható le (3. ábra) akkor is, ha azt a kérdést vizsgáljuk az idő függvényében, 1955-től 1980-ig, hogy hogyan alakult 100 ezer



5. ábra. A női nemiszervek rosszindulatú daganataiban szenvedők halandóságának területi megoszlása 1979–1980. évek átlagában (100 ezer lakosra jutó halálozás)

nő lakosra számítva a különböző genitális szervek rosszindulatú daganataiban szenvedők halálozása. Az emlő-, a petefészek-, a méhnyak- és egyéb genitális tumor esetén — a KSH adatai szerint — a halálozási arány növekedett, a méhtetrák esetében csökkent. Ez a jelenség közvetve a petefészek-, emlő-, sőt a méhnyak tumoros esetek számának növekedésére utal az előzőekben vázoltakon kívül.

Figyelemre méltó a női nemi szervek rosszindulatú daganataiban szenvedők halálozásának területi megoszlása az 1970–1980-as években, a főváros, a városok és községek bontásában, különböző szervekre vonatkoztatva (4. ábra). Az oszlopok alsó széle az 1970. évi, a felső széle az 1980. évi adatot jelenti, a nyilak a változás tendenciáját mutatják. Budapestre vonatkoztatva az emlő-, méhnyak- és petefészekrák eseteiben a halálozás számértéke növekedett és minden szervre vonatkoztatva — kivéve a vulva- és vaginarakos eseteket — a halálozás átlag számértéke magasabb, mint más városokban és községekben. Ezekből az adatokból nem lehet messzemenő következtetést levonni, hiszen ahhoz a jelenség mélyebb analizésére lenne szükség.

Hasonlóképpen figyelemre méltó a halandóság megyénkénti alakulásának elemzése az 1979–80-as évekre, 100 000 nőlakosra vonatkoztatva (5. ábra). Legmagasabb volt a daganatban szenvedők halálozása Budapesten, Komárom, Csongrád és Szolnok megyében, legalacsonyabb a genitális szervek rosszindulatú daganatait tekintve Szabolcs-Szatmár megyében, ahol mintegy




3. táblázat

A női nemiszervek rosszindulatú daganataiban szenvedők halálozásának számszerű alakulása korcsoportonként, 1980-ban
(100 000 megfelelő korú nőre vonatkoztatva)

Korcsoport	Emlő	Méhnyak	Méhtest	Petefészek	Egyéb	Együtt
0–14	—	—	—	0,1	—	0,1
15–19	0,3	—	—	0,3	—	0,6
20–24	—	0,5	—	0,3	0,5	1,3
25–29	1,6	2,9	0,2	1,6	0,2	6,5
30–34	4,2	4,7	—	1,3	1,0	11,2
35–39	16,7	5,3	1,4	3,0	1,4	27,8
40–44	25,3	12,9	2,4	4,1	2,6	47,3
45–49	35,7	16,3	3,7	16,5	2,3	74,5
50–54	56,3	19,1	6,6	21,0	4,7	107,7
55–59	52,8	25,5	12,0	27,4	10,7	128,4
60–64	68,9	25,2	19,8	34,7	7,7	156,3
65–69	82,2	33,1	22,4	32,1	18,3	188,1
70–74	100,3	29,1	29,1	40,4	26,7	225,6
75–79	116,7	38,7	39,9	48,2	32,8	276,3
80–84	158,5	42,2	44,3	43,2	47,4	335,6
85–	229,3	45,3	56,1	28,0	64,7	433,4
Összesen	32,6	12,1	7,5	12,4	6,4	71,0







4. táblázat

Praeklinikai elváltozások

STADIUM	LAESIO	NYIROK- CSOMÓ- ATTÉT	THERÁPIA	5 éves túlélés (%)	
				külföldi	hazai
	enyhe. közepes dysplasia		kontroll (kolposkop, histolo- gia) chrio-elektrocoag.		
	sulyos dysplasia		conisatio v. hysterektomia [inop.:Rádium]	100%	100%
0	Ca in situ	0%			
1a ₁	Ca in situ [kezdodo invasio]	0%			
1a ₂ 	mikro- invasiv Ca	1%	hysterektomia v. kiterjesztett hysterektomia v. radikális hysterek- tomia v. radiotherapia	95%	

5. táblázat

Klinikailag manifeszt Ca

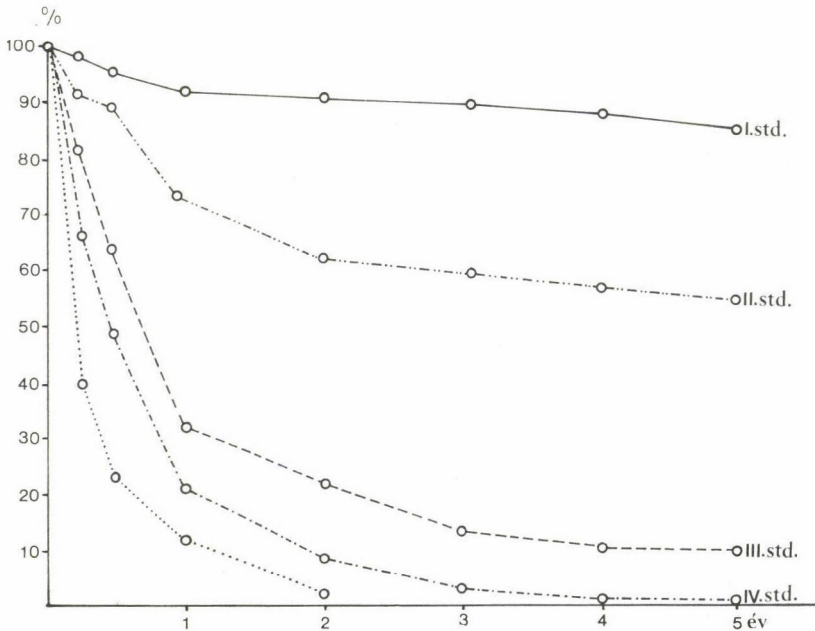
STADIUM	NYIROK- CSOMÓ- ATTÉT	THERÁPIA	5 éves túlélés (%)	
			külföldi	hazai
1b 	25%	radikális hysterektomia + irradiatio	45 - 93% [77%]	84%
1a 	32%		34 - 74% [55%]	50%
IIb 	45%	irradiatio	8 - 53% (32%)	28%
IIIa 				
IIIb 				
IV 	55%		0 - 15% (9%)	0%
(RECIDIVA)		irradiatio v. exenteratio		

41,1 százaléklék. Ami szintén felveti a rákszűrés helyi szervezethez, hatékonyságának, a megkívánt gondozásnak és ellátásnak a kérdését.

Közismert, hogy rosszindulatú daganat a genitális szervekből minden életkorban kiindulhat, a halálozás az idősebb korcsoportokban természet-szerűen arányosan magasabb és az egyes szervek rosszindulatú daganatainak előfordulása korfüggőséget mutat. Ezt a megállapítást támasztja alá a nemi szervek rosszindulatú daganataiban 1980-ban meghaltak számának korcsoportok szerinti alakulása, illetve annak elemzése is (3. táblázat).

A kezelés módjára és eredményességére vonatkozó hazai és külföldi adatokat vizsgálva, a következők állapíthatók meg (4. táblázat):

- Az *in situ cervix carcinoma* műtéti vagy sugárkezelése egyaránt 100%-os gyógyulást eredményez.
- A méhnyakrák I. stádiumában az ismert kezelési eljárások alkalmazásával a debreceni és a II. sz. Női Klinika anyagában az 5 éves túlélés tekintetében 84%-os, a külföldi statisztikai adatok szerint 45–93%-os gyógyulást értek el (5. táblázat).
- II–IV. stádium fennállásakor, vagyis előrehaladott carcinomás folyamat esetén a kezelés eredményeit illető külföldi adatok valamivel kedvezőbbek, mint a két intézet 5 éves túlélése (a II. stádiumban: 55%, illetve 50%; a III. stádiumban: 32%, illetve 28%; a IV. stádiumban: 9%, illetve 0%).



6. ábra. Ovariális Ca (5 éves túlélés %)

6. táblázat

Corpus Ca (5 éves túlélés %)

Stádium	Külföldi adatok	Hazai adatok
I.	73,6	71,0—71,6
II.	55,7	46,5—48,3
III.	31,3	0—13,3
IV.	9,2	—

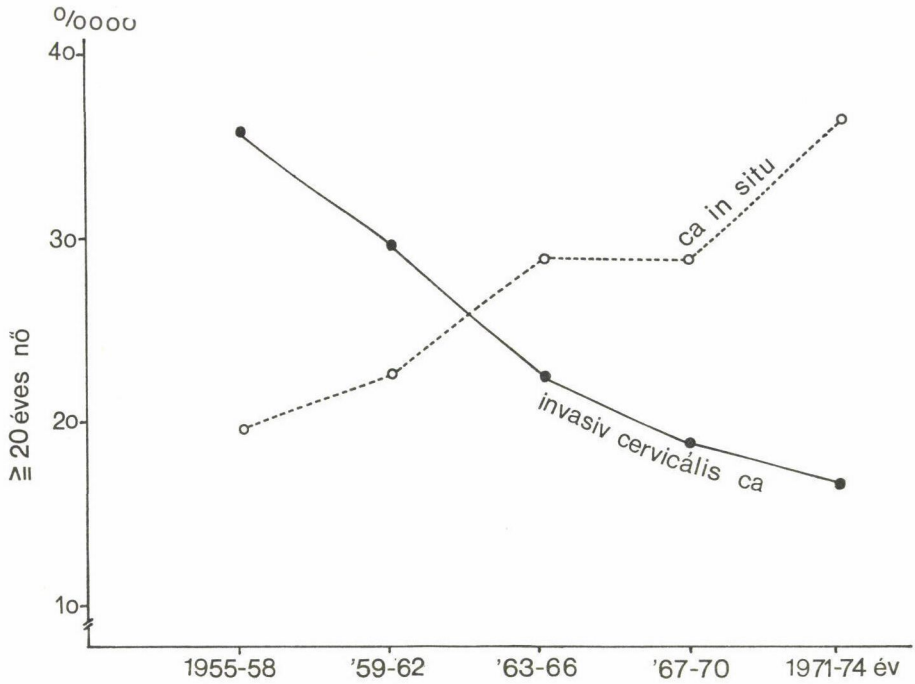
Corpus carcinomás betegek esetében az 5 éves túlélési arány az I. stádiumra vonatkozóan az említett két intézet anyagában közel azonos a külföldi adatokkal (6. táblázat). Előrehaladott folyamat esetén a kezelés eredményességét illető és összehasonlításhoz szolgáló külföldi adatok kedvezőbbek, ami szintén felveti a hazai kezelési lehetőségek továbbfejlesztésének szükségességét.

Ovarialis carcinomás esetek kezelésében elért eredmények összehasonlítására hazai és külföldi vonatkozásban statisztikai adatok alapján nem volt mód. *Kepp* és *Staemler* (1983) adatai szerint az ovarialis carcinómában szenvedő betegek 5 éves túlélése a következőképpen alakul: amennyiben a betegség az I. stádiumban kerül felismerésre és kezelésre mintegy 90%, II. stádiumban már csak 55—60%, III. és IV. stádiumban kemoterápiás kezelés nélkül alig 2 év (6. ábra, pontozott vonal). A kemoterápiás kezelés eredményeként az 5 éves túlélés ovarialis carcinoma III. és IV. stádiumában valamivel kedvezőbb, mint anélkül.

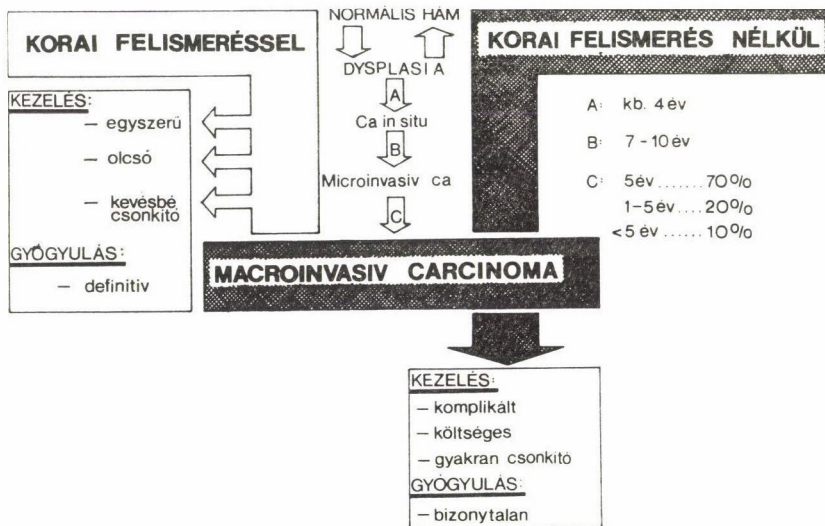
A nőgyógyászati malignómák kezelését, illetve az eredmények javítását illetően igen sok a tennivaló. Ezek három fő pontban foglalhatók össze:

1. Mindenekelőtt *parancsoló szükségesség a széles körű korszerű rákszűrés megteremtése, a rákszűrés szervezettségének, színvonalának további javítása*. Csak így lehet a „macro-invasiv esetek” számát csökkenteni, a gyógyulási arányt tovább javítani. Színvonalas rákszűréssel az in situ esetek száma törvényszerűen nő, de egyidejűleg az invasiv formák száma csökken (7. ábra). Hasonlóak a hazai tapasztalatok is (*Bodó* és *mtsai* 1981). Ismét hangsúlyozni kell, hogy a betegség korai stádiumában kiszűrt esetek meggyógyíthatók. Ezek gyógyulási aránya hazánkban azonos vagy közel azonos a külföldi eredményekkel.

A malignoma korai stádiumban való felismerése, és az ilyen esetek kiszűrése azért is igen fontos, mert lényegében *nincs előrehaladás az utóbbi évtizedekben a rendelkezésre álló gyógyító eljárások alkalmazásával* (műtéti-, sugárkezelés: rádium, kobalt, Rtg., betatron, caesium, egyébek), *az előrehaladott blastomás folyamatok* (II—IV. stádium) *gyógyításában, illetve az*



7. ábra



8. ábra

5 éves túlélésben. Az 1930–40-es évek statisztikájához viszonyítva a jelenlegi közlések csupán 5–6%-os javulást mutatnak. A cysplatinum-, a lézerkezelés, a nagy erek (arteria hypogastrica) lokáliskemoterápiája és embolizálása, az újabb cytostatikumok alkalmazása még mindig csak reményt keltő próbálkozásoknak tekinthetők a genitális rákos betegek gyógyításában.

2. *Meg kell szervezni a korszerű adatszolgáltatást, a morbiditás és a kezelés eredményességének reális felmérése érdekében.*
3. *Biztosítani kell a „macro-invasiv carcinomás” esetek korszerű kezelésének lehetőségét a nagy teljesítményű sugárforrásoktól a kombinált kemoterápiás eljárásokig.*

A hangsúly mégis a korai felismerésen kell legyen (amelyre a patogenezisre, a körfejlődésre vonatkozó újabb ismeretek alapján megfelelő idő áll rendelkezésre: 8. ábra), hiszen korai felismerés esetén a kezelés egyszerű, olcsó és eredményes, korai felismerés nélkül komplikált, igen költséges és az eredményesség tekintetében még ma is bizonytalan.

Összefoglalás

Roszzindulatú daganat bármely genitális szervből kiindulhat, minden életkorban. Előtérben áll a méhnyakrák (kb. 50%).

- A méhnyálkahártya- és a petefészekrák előfordulási aránya növekedett az utóbbi évtizedekben.
- A praeblastómák és korai stádiumok esetei (kezdődő invaziv forma, I. stádium) meggyógyíthatók. Ezek gyógyulási eredményei hazánkban azonosak vagy közel azonosak a külföldi eredményekkel. Felismerésüket szolgáló rákszűrés szervezettsége, színvonala tekintetében azonban bizonyos elmaradottság állapítható meg a fejlett országokhoz viszonyítva.
- Petefészek-, szeméremtest-, méhnyálkahártyarákban szenvedők gyógyítása tekintetében a hazai eredmények megközelítik a külföldieket.
- Nincs lényeges előrehaladás sem hazai sem külföldi vonatkozásban az utóbbi évtizedekben a rendelkezésre álló gyógyító eljárások alkalmazásával (műtéti-, sugárkezelés: rádium, kobalt, röntgen, betatron, caesium stb.), az előrehaladott blastomás folyamatok (II–IV. stádium) gyógyításában, illetve az ötéves túlélésben. Az 1930–40-es évek statisztikájához viszonyítva a jelenlegi közlések csak mintegy 5–6%-os javulást mutatnak.
- A tumor biológiai sajátosságán, az adaptálható kezelési formán és az előfordulás gyakoriságán kívül a mortalitás számszerű alakulását genitális szervek esetén a korai felismerés lehetősége nagymértékben befolyásolja.

Pl. petefészekrákban relatíve több ember hal meg, bár kevésbé gyakori, mert többnyire csak előrehaladott stádiumban kerül felismerésre. Megdöbbentően sok nő hal meg olyan szervekből kiinduló rákban, amely elővagy korai stádiumban felismerhető (pl. méhnyak-, vulva esetei), ami egyértelműen a szűrés nem kielégítő voltára utal.

Parancsoló szükségesség, miután a genitális szervek többsége könnyen hozzáférhető — a rendszeres szűrés, a hálózat korszerű megszervezése, a korai stádiumok felismerése — csak így lehet hazánkban is a rosszindulatú daganatokban szenvedők számát csökkenteni, a gyógyulási arányt javítani.

IRODALOM

- Balogh J. és Bodnár É.: Népegészségügy **63**, 141 (1982).
 Bodó M., Sugár J., Döbrössy L., Lust I. és Frekot N.: Orv. Hetil. **122**, 509 (1981).
 Brunner K. W., Golchirsch, A. és Joss R.: Schweiz. Rundschau Med. **70**, 809 (1981).
 Diel J., Buchholz F. és Semm K.: Geburtsh. u. Frauenheilk. **42**, 472 (1982).
 Engeler V. és Otto R.: Schweiz. Rundschau Med. **70**, 1005 (1981).
 Hugh R. K. és Barber L.: Ovarian Cancer, Ca—A Cancer Journal for Clinicians: Part I, **29**, 341—351 (1979) and Part II, **30**, 2 (1980).
 Kepp R. és Staemler H.-J.: Lehrbuch der Gynäkologie (Neubearbeitet von Kaiser R., Pfeleiderer A.), Thieme, Stuttgart, 432 (1982).
 Kim K., Rigel R. D., Patrick J. R., Walters J. K., Bennett A., Nordin W., Claybrook J. R. és Parekh R. R.: Cancer **42**, 2439 (1978).
 Krafft W., Wagner F., Cotte U., Behling H. és Brückmann D.: Zbl. Gynäkol. **104**, 641 (1982).
 Kucera H., Gerstner G. és Weghaupt K.: Geburtsh. u. Frauenheilk. **42**, 457 (1982).
 Taina E.: Acta Obstet. Gynec. Scand. Suppl. 103 (1981).
 Underwood P. B., Wilson W. C. és Kreutner A.: Amer. J. Obstet. Gynecol. **134**, 889 (1979).
 Zoltán I.: Női nemi szervi rákok kezelésének mai állása. A Korányi Sándor Társaság Tud. Ülései **14**, 13 (1975).