

A rosszindulatú daganatok klinikai és patológiai diagnózisa közti eltérések

Kovács Attila, Illyés György, Schönfeld Tibor, Schaff Zsuzsa

BEVEZETÉS – Magyarországon, mint más országokban is számos alkalommal fordul elő, hogy az elhunyt beteg boncolásakor olyan betegségre derül fény, amelyet a modern klinikai diagnosztikai eszköztár ellenére sem sikerült korábban kimutatni. Jelen tanulmányunk célja a rosszindulatú daganatok klinikai találati arányának vizsgálata.

MÓDSZER – 1996 és 2006 között 5005 kórboncolást végeztünk intézetünkben. Azokat az eseteket, amelyeknél eltérést láttunk a malignus daganat klinikai és patológiai diagnózisa között, újraértékeltek a primer tumor lokalizációja és a diagnózisok eltéréseinek típusa – álnegatív, álpozitív, eltérő lokalizáció – alapján. Megvizsgáltuk, hogy a klinikailag ismeretlen kiindulású daganatok milyen arányban kerültek felismerésre a boncolás során. A diagnózisok eltéréseinek okait és a terápia helyességét aszerint értékeltük, hogy történt-e hiba a diagnosztikus tevékenységben, és ha igen, akkor lényegesen befolyásolta-e a kórlefeletést. **EREDMÉNYEK** – A malignus daganatok eseteit vizsgálva 1495 boncolás közül 235 esetben (16%) találtunk eltérést a klinikai és patológiai diagnózis között. Hetvennégy esetben klinikailag ismeretlen kiindulású malignus tumorban szenvedett elhunytat boncoltunk (5%). A téves diagnózisok 57%-a álnegatív, 23%-a álpozitív, 20%-a pedig lokalizációjában téves tumordiagnózis volt. Az ismeretlen eredetű tumoresetek 75%-át a kórboncolás tisztázta. Összességében tehát öt, klinikailag diagnosztizált malignus daganatra jut egy téves diagnózis vagy ismeretlen tumorlokalizáció (309/1495, 21%).

A téves diagnózisok között leggyakrabban a tüdőrák szerepelt, amelyet a máj- és vesedaganatok követtek. A diagnózisok eltérése nagyrészt (60%) a klinikustól független tényezőnek tudható be, valójában nem diagnosztikai hiba. A fennmaradó 40% közül 11%-ban a diagnosztikus tévedés a kórlefeletést rosszul befolyásolta.

KÖVETKEZTETÉS – A fejlett diagnosztikai lehetőségek ellenére a malignus daganatok áldiagnózisának aránya magas, ezért a boncolásnak a jövőben is kiemelt helye lesz a klinikai tevékenység minőség-ellenőrzésében, az oktatásban és a továbbképzésben.

DISCREPANCIES BETWEEN THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL DIAGNOSES IN CASES OF MALIGNANT TUMOUR

INTRODUCTION – In Hungary, like in other countries, previously undiagnosed diseases are frequently discovered at autopsies despite the availability of modern diagnostic tools. The aim of this study was to determine the accuracy of clinical diagnosis in malignant tumour cases.

METHODS – Between 1996 and 2006, 5005 autopsies were performed in our institute. Malignant tumour cases with differing clinical and pathological diagnoses were selected and revised with regard to the localization of the primary tumour and the type of diagnostic difference, i.e., false negative, false positive or difference in the tumour site. The proportion of tumours with clinically undetermined primary site that were subsequently recognized at autopsy was established. The causes of misdiagnoses and the appropriateness of therapy were also analysed with regard to whether diagnostic mistakes were made and whether these significantly affected disease outcome.

RESULTS – Of 1495 autopsies 235 cases (16%) showed a difference between the clinical and the pathological tumour diagnosis and a further 74 cases (5%) had a clinically undetermined primary tumour. Of the misdiagnosed cases 57% were false negative, 23% were false positive and 20% differed in their localization. Autopsy clarified 75% of the clinically undetermined primary tumours. Overall, there was one misdiagnosis or undetermined primary localization for every 5 correct clinical diagnoses (309/1495, 21%). The most frequent misdiagnosed tumours were lung, liver and kidney cancers. Most (60%) misdiagnoses were due to factors independent from the clinician, so these in fact were not diagnostic errors. Out of the remaining 40%, the true diagnostic error had an adverse effect on disease outcome in 11%.

CONCLUSION – Despite of the use of modern diagnostic tools the rate of clinically misdiagnosed malignant tumours is high, therefore, autopsy will still play an outstanding role in the future in quality control of clinical activity and education.

malignus daganat, téves diagnózis, boncolás

malignant tumour, misdiagnosis, autopsy

dr. Kovács Attila (levelező szerző/correspondent), dr. Illyés György, dr. Schönfeld Tibor, dr. Schaff Zsuzsa: Semmelweis Egyetem, II. Sz. Patológiai Intézet/
Semmelweis University, 2nd Department of Pathology;
H-1091 Budapest, Üllői út 93. E-mail: csata@korb2.sote.hu

Érkezett: 2006. augusztus 15.

Elfogadva: 2006. október 23.

A rovat vezetője dr. Simon Károly patológus főorvos, Szent Imre Kórház, Budapest.

Annak ellenére, hogy a klinikumban a modern vizsgálóeljárásokat széleskörűen alkalmazzák, sokszor találkozunk a bonctermi munka során a klinikai diagnózisoktól eltérő elváltozásokkal. Különösen figyelemre méltók e szempontból a malignus daganatok, hiszen ezeknek az esetében a téves diagnózis akár végzetes is lehet a beteg számára. Munkánk során – a boncolások mellett a biopsziás anyagok vizsgálatát is beleértve – úgy tapasztaljuk, hogy a klinikusok számára a malignus daganatok igazolása vagy kizárása jelenti az egyik legnagyobb kihívást, és a kifinomult képalkotó eljárások használata ellenére napjainkban is ezek a betegségek alkotják a boncolással kimutatott téves diagnózisok legnagyobb csoportját.

A daganatos betegségek klinikai diagnosztikájának pontossága nem javult az orvostudomány technikai fejlődésével egyenes arányban.

Anyag és módszer

Az elmúlt tízéves időszakban, 1996. január 1-jétől 2006. április 30-ig 5005 boncolásra került sor intézetünkben. A boncolások adatait adatbázis-kezelő programrendszerben rögzítettük, ennek alapján végeztük az információkezelést. Malignus daganat 1495 beteg

jegyzőkönyvi diagnózisai között szerepelt. Ezeknél a betegeknel összevetettük a klinikai és kórbonctani diagnózisokat, és az eltérő eseteket három csoportba soroltuk:

I. Álnegatív klinikai diagnózisok: a boncolás klinikailag nem ismert, malignus tumorra derített fényt. Különbséget tettünk e csoporton belül aszerint, hogy az incidentális daganatot mellékleletként, kísérő betegséggént vagy alapbetegséggént értékeltük.

II. Álpozitív klinikai diagnózis: a klinikailag feltételezett tumoros betegséget a boncolás nem igazolta.

III. Eltérő lokalizáció: a klinikailag ismertté vált tumoros folyamat hátterében a feltételezettel szemben a boncolás más primer daganatot igazolt.

A rendelkezésre álló klinikai adatok alapján a téves diagnózisú eseteket egyenként újabb három csoportba soroltuk a diagnosztikus tévedés körlefolyásra gyakorolt hatása szempontjából:

1. Az eltérés nem diagnosztikai hiba, például nem volt idő a beteg kivizsgálására, a beteg állapota nem tette lehetővé a vizsgálatokat, vagy a beteg nem adta beleegyezését a szükséges vizsgálatokhoz stb.

2. A rendelkezésre álló elégséges idő ellenére nem született adekvát diagnózis, ez azonban nem befolyásolta lényegesen a körlefolyást.

3. Rossz diagnózis született, amely nagyban befolyásolta a terápiás lépéseket és a körlefolyást.

Összegyűjtöttük a fentiekén kívül azokat az eseteket is, amelyekben a tumoros betegség ismertté vált, ugyanakkor a klinikumban nem jutottak pontos diagnózisra, a primer tumor tisztázatlan maradt, továbbá megvizsgáltuk, hogy a boncolás milyen arányban mutatta ki ezeknek a tumoroknak az eredetét.

Eredmények

A boncolt elhunytak 30%-ánál szerepelt malignus daganat diagnózisa (1495/5005), ezek szervek szerinti megoszlását az 1. ábra mutatja. E daganatos esetek között összesen 235-nél találtunk eltérést a klinikai és a patológiai diagnózis között (16%), 74-nél pedig a primer tumor klinikailag ismeretlen maradt (5%) (2. ábra).

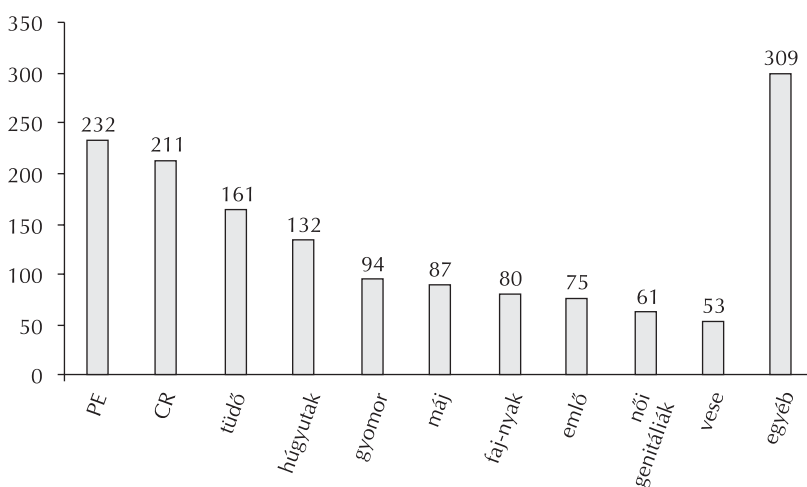
Az eltérések több mint felét alkották a klinikailag fel nem ismert daganatok (álnegatív esetek: 57%, az összes malignus daganat arányában 9%), a fennmaradók mintegy fele-fele arányban a boncolással nem igazolt daganatos esetek (álpozitív esetek: 23%, az összes eset arányában 4%), illetve a boncolás során a klinikumhoz képest eltérő típusú/lokálizációjú daganatok esetei voltak (20%, az összes eset arányában 3%). Az álnegatív daganatok csoportjában a legnagyobb arányban olyan tumrok szerepeltek, amelyet a patológus halálos alapbetegséggént értékelt (40%) (3. ábra).

A áldiagnózisok mögött szereplő daganatok közül mind az álnegatív, mind az álpozitív esetek arányát figyelembe véve a tüdőrák vezet. A fel nem ismert (álnegatív) daganatok közül a tüdőrákot a májrák és veserák követi, a nem igazolódott (álpozitív) daganatok között a második helyet a vese, harmadikat a hasnyálmirigyepevezeték lokalizáció foglalja el (1. táblázat).

A diagnosztikus eltérések egyes alcsoportjain belüli leggyakoribb daganattípusokat a 2. táblázat mutatja.

1. ÁBRA

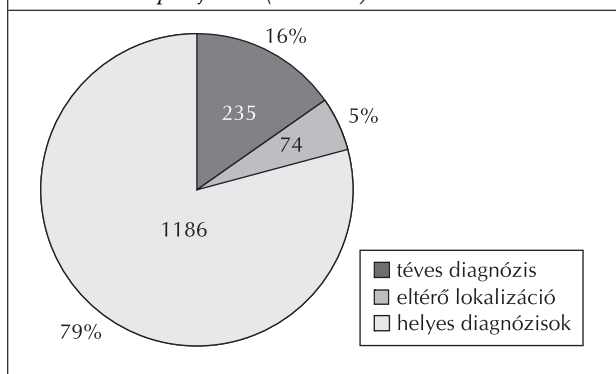
Egyes tumortípusok megoszlása a vizsgálati csoportban (n=1495)



PE: hasnyálmirigy, epeutak; CR: vastagbél, végbél

2. ÁBRA

Téves és bizonytalan diagnózisok aránya a malignus tumorok csoportjában (n=1495)



Hetvennégy, klinikailag igazolt, de pontosan nem meghatározott típusú daganatos betegségben elhalálozott beteg történt boncolás, amelynek során 55-nél sikerült igazolni a primer tumor lokalizációját (74%), a többi esetben a primer tumor a boncolás ellenére rejtve maradt.

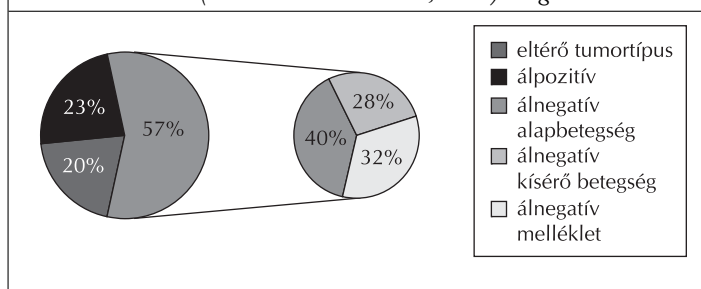
Ami a klinikai adatok elemzését illeti, az esetek 60%-ában a klinikustól független tényezők vezettek a helyes diagnózis hiányához, leggyakrabban a gyorsan bekövetkező halál akadályozta meg a diagnosztikus folyamatot. A valódi diagnosztikus tévedések tehát elemzett eseteink 40%-át alkották, ezen belül 29%-ban a tévedés nem befolyásolta a kórlefolyást, a fennmaradó 11%-ban viszont olyan betegek szerepeltek, akiknél a rossz diagnózis rossz terápiás döntéseket vont maga után (4. ábra).

Megbeszélés

A boncolások aránya nemzetközi és hazai viszonylatban is több évtizede csökkenő tendenciát mutat (1–4), ugyanakkor hazánk még kiemelkedőnek mondható ezen a téren, összehasonlítva a „fejlett” országok ada-

3. ÁBRA

Az eltérő esetek (összesen belül n=235, 16%) megoszlása



1. TÁBLÁZAT

Álnegatív és álpozitív esetek aránya daganattípusonként

Daganattípus	Álnegatív esetek aránya (%)	Álpozitív esetek aránya (%)
Tüdő	39	tüdő 14
Máj	33	vese 13
Vese	32	hasnyálmirigy, epeutak 8
Gyomor	18	gyomor 7
Hasnyálmirigy, epeutak	14	máj 7
Vastag- és végbél	14	női genitáliák 7
Húgyutak	11	húgyutak 5
Női genitáliák	10	vastag- és végbél 4
Fej-nyak régió	4	fej-nyak régió 2
Emlő	1	emlő –
Malignus tumor	9	malignus tumor 4

taival (5). A vizsgálati anyag „hiányában” a nemzetközi irodalmat tekintve az utóbbi években néhány százas esetszámú vizsgálatok eredményeit közölték, amelyek a boncolások alapján a klinikai diagnózisok találati arányaival foglalkoznak. A téves klinikai diagnózisok rátája e tanulmányokban a daganatos mortalitás arányában 10–36% között változik (2, 3, 6–9), egyes daganattípusoknál meghaladja az 50%-ot (4, 10–13). Az elmúlt tíz év legnagyobb esetszámmon végzett munkáit magyar szerzők jegyzik, *Sebők* és munkatársai, illetve *Szendé* és munkatársai 7484, illetve 2000 boncolás adatait dolgoz-

2. TÁBLÁZAT

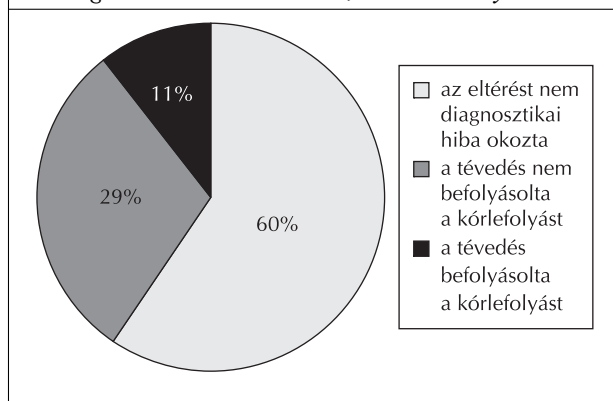
Az eltérő tumordiagnózisok gyakoriságának sorrendje lokalizációként az egyes alcsoportokban

Álnegatív melléklet	Álnegatív kíséző betegség	Álnegatív alapbetegség	Álpozitív	Eltérő lokalizáció	Klinikailag ismeretlen, boncolás során felderített primer tumor
1. vese	1. máj	1. tüdő	1. tüdő	1. tüdő*	1. tüdő
2. vastagbél,	2. tüdő	2. máj	2. vese	2. máj*	2. gyomor
3. tüdő	3. vastagbél, végbél	3. vastagbél, végbél	3. hasnyálmirigy, epeutak	–	3. hasnyálmirigy, epeutak

* metasztázis helyett primer tumor

4. ÁBRA

A diagnózisok eltéréseinek okai, következményei



ták fel (6, 7). Néhány közlemény, amely több évtizedes időtávlatban vizsgálta az adatokat, meglepő módon arra mutatott rá, hogy a daganatos betegségek klinikai diagnosztikájának pontossága nem javult az orvostudomány technikai fejlődésével párhuzamosan (2, 3, 8).

A tüdőrák igen sokszor rejtve marad a klinikus előtt, ugyanakkor számos alkalommal a nem létező daganatnak tulajdonítják a beteg tüneteit.

Jelen tanulmányunk az elmúlt évtized 5000-et meghaladó boncolása alapján készült, és a köztük szereplő mintegy 1500 daganatos elhunyt jelentős méretű mintának tekinthető. Eredményeink alapján öt, helyesen diagnosztizált tumoros esetre jut egy téves vagy bizonytalan diagnózis. Anyagunkban a daganatos betegségek megoszlása csak részben követi a daganatos összességét mintáját. Az eltérések az általunk ellátott klinikák sajátos betegösszetételéből is adódnak, emiatt például a máj-, hasnyálmirigy- és epeúti daganatok felülreprezentáltak, ugyanakkor figyelemre méltó, hogy az elhunytak között a tüdőrák jelentős esetszámmal a harmadik helyre került, noha pulmonológiai osztályal nem állunk közvetlen munkakapcsolatban.

Az alábbiakban a „legproblémásabb” tumorfajták esetén tapasztalt sajátosságok kissé részletesebb elemzésére térünk rá.

Sokszor találoztunk tünetmentes, esetleg rejtett vérvést okozó végbéltumorral, ujjal elérhető lokalizációban.

Az alábbiakban a „legproblémásabb” tumorfajták esetén tapasztalt sajátosságok kissé részletesebb elemzésére térünk rá.

Tüdő

A hasonló témájú közlemények között több is elemzi a tüdőrákok diagnosztikájának pontosságát, és a téves diagnózisok aránya egyes eredmények alapján eléri a 60%-ot (10). Eredményeink is arra utalnak, hogy a tüdőrák igen sokszor

rejtve marad a klinikus előtt, ugyanakkor számos alkalommal a nem létező daganatnak tulajdonítják a beteg tüneteit vagy az észlelt eltéréseket. Tény, hogy túlnyomórészt végstádiumú, kiterjedt áttétes betegekről volt szó; a legtöbb ismeretlen eredetű, előrehaladott, gyor-

san halálhoz vezető tumor esetében a boncolás tüdőrákot igazolt. Sok betegnél azonban a hosszas kivizsgálás ellenére a klinikum számára rejtve maradt az akár jelentős méretű tüdőrák is, vagy éppen az észlelt gócos tüdőelváltozásokat korábbi, sikeresen kezelt daganatos betegségek áttétének véleményezték anélkül, hogy biopszia történt volna.

Máj

A májdaganatok klinikai diagnosztikájának találati aránya alacsony, a tüdőrák után a második legrosszabb. A fel nem ismert primer májrákok szinte kivétel nélkül cirrhosisban szenvedő, májkómában elhunyt betegeknél fordultak elő. A boncolási leletek között általában kísértő betegséggént tüntettük fel az észlelt kisebb daganatos elváltozást. Eseteink nem kis részében azonban a boncolás olyan, a klinikum előtt rejtve maradt, nagyméretű tumort fedett fel, amely elsősorban volt felelős a kialakult májelégtelenségért, ilyenkor a májrák lépett elő alapbetegséggé. Ezeknek a daganatoknak a nagy része rutin ultrahangvizsgálattal, majd az észlelt elváltozás citológiai vizsgálatával egyszerűen felfedezhető lett volna (amennyiben a beteg elvárásai engedték, de tapasztalataink szerint megfelelő laboratóriumi paraméterek mellett is ritkán történnek ilyen vizsgálatok). Az álpozitív esetek viszonylag alacsony rátája azt jelzi, hogy a klinikusok óvatosabbak a májrák diagnosztikájában, és csak pontos képalkotó, esetleg biopsziás lelet birtokában állítják fel a diagnózist.

Vese

Az incidentális vesetumorerő részben a kisméretű, mellékletként kerül felismerésre. Az álpozitív esetek viszonylag nagy száma jelzi azt, hogy a veserák diagnózisa leggyakrabban pusztán képalkotó vizsgálatok eredményei alapján születik meg, az észlelt gócos vese-elváltozások biopsziája nagyon ritkán történik meg, egyéb hasi szerveknél is sokkal alacsonyabb arányban.

Gastrointestinalis rendszer

Mind az álnegatív, mind az álpozitív diagnózisok aránya szerint a gyomor szerepel az első helyen, részben a későn jelentkező tünetek, részben a pecsétgyűrűsejtes carcinoma sajátosságai következtében, amely sokszor már kiterjedt áttéteket ad, de még biopsziával is nehezen bizonyítható, és néha a boncolás során is alig lelhető fel. Az álpozitív esetek nagy részét a „félrenézett” fekélybetegség adta, amelyet az endoszkópos morfológia alapján, mintavétel nélkül gyomorráknak diagnosztizáltak.

Számukat tekintve a vastagbél-daganatok fordultak elő leggyakrabban a fel nem ismert, halálhoz vezető tumoros betegségek között. Az ilyen betegek akut bélelzáródással kerültek kórházba, a diagnózist általában a

gyorsan bekövetkező halál vagy a beteg állapota nehezítette meg, mivel sem diagnosztikus beavatkozásokra, sem műtetre nem kerülhetett sor. Ilyen esetekben – és nemcsak a béldaganatokra vonatkozóan, hanem az előrehaladott tumoros folyamattal kórházba került, és néhány napon belül elhunyt betegeknél is – felmerül bennünk a kérdés, vajon ezek a betegek jelentkeztek-e az alapellátásban, és ott a korábbi tünetek kivizsgálása érdekében miért nem történtek meg a szükséges lépések.

Kísérő betegségként, mellékletként sokszor talákoztunk tünetmentes, esetleg rejtett vérzést okozó végbéltumorral, ujjal elérhető lokalizációban.

Hasnyálmirigy, epeutak

Az ellátási körünkben található sebészeti centrum ilyen irányú specializáltsága miatt a hasnyálmirigy és az epeutak tumorainak találati pontossága magas. A legtöbb tévesztés a lokalizáció terén adódik, legtöbbször olyan esetben, amikor csak a májattéteket észlelik, és azokat a képalkotó vizsgálatok alapján hasnyálmirigy eredetűnek vélik epeúti helyett, illetve fordítva. A klinikus mentségére szolgál, hogy ilyenkor az áttétek citológiai vizsgálata sem hozhat közelebbi diagnózist (bár ritkán folyamodnak hozzá). Álpozitív eseteink kivétel nélkül tévesen daganatnak diagnosztizált, boncolás során krónikus pancreatitisnek bizonyuló elváltozásokból adódtak.

Női genitáliák, emlő

Gyakorlatilag az összes téves diagnózist petefészekdaganatban észleltük, ahogy az irodalomban is ezeknek a találati aránya a legalacsonyabb. A legjellegzetesebb tévedés a kétoldali petefészekdaganatnak véleményezett Krukenberg-tumor (pecsétgyűrűsejtes gyomorrák áttéte).

A többi lokalizációban és az emlőben, a szűrővizsgálatoknak és a könnyebb elérhetőségnek köszönhetően, igen alacsony a tévesztések aránya.

Húgyutak, prostata

A téves diagnózisok aránya alacsony. Ismert az incidentális prostatarások magas aránya az idősebb korosztályban, azonban ez boncolási adatainkban nem tükröződik. Úgy gondoljuk, ez annak köszönhető, hogy e szerv aprólékos vizsgálatára a boncolások során általában nem fordítunk kellő figyelmet, így a kicsiny prostatarások előttünk is rejtve maradnak.

Urológiai területen a leggyakoribb tévedés a kiterjedt kismencedei tumoros infiltráció észlelésekor a kiindulás helyének meghatározása. Ez vagy a prostata, vagy a hólyag, és előfordul, hogy a boncolás a klinikailag feltételezett lokalizáció ellenkezőjét bizonyítja.

Kommentár

A boncolás jelentőségével kapcsolatban néhány gondolatot megjegyzésre méltónak tartunk. A kórbonctani tevékenység elsődleges feladata a betegek kórtörténetének összefoglalása, vagyis az észlelt elváltozások és a klinikai adatok szintézise, valamint a klinikai és kórbonctani leletek eltéréseinek elemzése. E feladatok összessége tulajdonképpen a klinikai munka minőségbiztosításának felel meg. A kórboncnok oldaláról ez a boncoláson, illetve az utólagos szövettani és egyéb speciális vizsgálatokon túl sokszor kiterjedt „nyomozómunkát” is igényel, amelynek során a beteg kórtörténetének hiányzó lánczemeit kell felkutatni, vagy akár korábbi biopsziás anyagokat újra kell vizsgálni. Nagy forgalmú osztályokon, ahol egy-két orvosnak kell napi több boncolást elvégezni egyéb munka mellett, ez sajnos szinte lehetetlen feladat. A boncolás során fáradtságos munkával leszűrt tanulságok sokszor az információs csatornák hiánya miatt nem jutnak el a klinikushoz, és gyakran csak patológusok egymás közötti eszmecsereinek képezik tárgyát. Sok helyen a klinikusok gyér érdeklődése, a klinikopatológiai konferenciák ritkasága és rossz szervezése miatt nem hasznosulnak a boncolással szerzett információk. Az esetek nagy részében a patológus idő és energia hiányában nem tudja megfelelően eljuttatni a boncolási végkövetkeztetéseket az illetékes kezelőorvosokhoz, ám ha az információátadás sikerül is, az mindig csak az elhunyt utólagos foglalkozó orvost érinti, a beteggel esetleg évekig foglalkozó szakorvos vagy háziorvos szinte biztosan nem szerez tudomást ezekről a fontos információkról.

Ami a boncolással nyert információk egészségügyi statisztikákhoz hozzájáruló részét illeti, eredményeink alapján, ha boncolás nem történik, a tumoros esetek tízede kiesik a daganatos morbiditási adatok közül (enynyi ugyanis a klinikai álnegatív esetek aránya). Ehhez képest nem specializált intézményekben a téves diagnózisok arányának többszörösét is kimutatták (14, 15). Ezt feltételezve, a statisztikák még nagyobb mértékű torzulása várható a boncolások csökkentése esetén.

Megállapításaink összecsengenek a *Sebők* által megfogalmazottakkal (7), amelyek szerint a boncolásoknak elsődleges szerepük van az egészségügyi munka minőségének ellenőrzésében a következők alapján:

- a halál okának pontos meghatározása,
- valós epidemiológiai információk szolgáltatása,
- a klinikai és a boncletek összevetése,
- a képalkotó eljárások hatékonyságának vizsgálata,

A kórbonctani tevékenység tulajdonképpen a klinikai munka minőségbiztosításának felel meg.

A boncolás során fáradtságos munkával leszűrt tanulságok sokszor az információs csatornák hiánya miatt nem jutnak el a klinikushoz.

– az egészségügyi munka összetevőinek (struktúra, folyamat, eredmény) minőség-ellenőrzése.

A boncolások az orvosképzésben is igen fontos szerepet töltenek be, hidat képezve az első évek elméleti tárgyai és a klinikum között. A boncolások viszonylag nagy száma lehetővé teszi, hogy a gyakorlatokon a medikusok a valóságban is találkozzanak a tanulmányaikban szereplő kórképekkel, az így átél

nulságokat pedig – talán egy életre – emlékezetükbe véshetik. A boncolásokkal szerzett ilyen irányú tapasztalatainkat beépítve az oktatásba továbbfejleszhetjük a hallgatók klinikopatológiai szemléletét. Anyagi lehetőségeink szűkülésével a boncolásokra fordítható erőforrásaink aránya is csökken, noha ez a magyar orvosképzés talán egyik legnagyobb értéke.

IRODALOM

1. Országos Patológiai Intézet jelentése alapján, 1999–2003.
2. *Sonderegger-Iseli K, Burger S, Muntwyler J, Salomon F* Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet* 2000;355:2027-31.
3. *Kirch W, Schafii C* Misdiagnosis at an university hospital in 4 medical eras: report on 400 cases. *Medicine* 1996;75:29-40.
4. *Schneider A, Machnik G, Friedrich U, Low O*. Clinically unrecognized colorectal cancers? An autopsy study. *Gastroenterol J* 1989;49:26-8.
5. *Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L*. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. A systematic review. *JAMA* 2003;289:2849-56.
6. *Szende B, Kendrey G, Lapis K, Roe FJC, Lee PN*. Accuracy of admission and clinical diagnosis of tumours as revealed by 2000 autopsies. *Eur J Cancer* 1996;32A:1102-8.
7. *Sebők J, Magyar É, Csanádi Cs, Csáky A, Schönfeld Tibor*. A kórboncolás jelentősége az egészségügyi munka minőség-ellenőrzésében (lehetőségek a hazai viszonyok között). *Orvosi Hetilap* 2005;146:1711-20.
8. *Veress B, Irina Alafuzoff I*. A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy findings in 3042 cases during two different time periods. *Human Pathology* 1994;25:140-45.
9. *Mollo F, Bertoldo E, Grandi G, Cavallo F*. Reliability of death certifications for different types of cancer. An autopsy survey. *Pathol Res Pract* 1986;181:442-7.
10. *Kendrey G, Szende B, Lapis K, Marton T, Hargitai B, Roe FJC, et al*. Misdiagnosis of lung cancer in a 2000 consecutive autopsy study in Budapest. *Gen Diagn Pathol* 1995/96;141:169-78.
11. *Lee PN*. Comparison of autopsy, clinical and death certificate diagnosis with particular reference to lung cancer. A review of the published data. *APMIS* 1994;Suppl45:1-42.
12. *Ishiko T*. Decline of autopsy rates in Japan and the significance of autopsy in gastric carcinoma. *Gab To Kagaku Ryoho* 1989. p. 1920-24.
13. *Di Bonito L, Stanta G, Delendi M, Peruzzo P, Gardiman D, Cocchi A, et al*. Comparison between diagnoses on death certificates and autopsy reports in Trieste: gynaecological cancers. *IARC Sci Publ* 1991;112:63-71.
14. *Egervary M, Szende B, Roe FJ, Lee PN*. Accuracy of clinical diagnosis of lung cancer in Budapest in an institute specializing in chest diseases. *Pathol Res Pract* 2000;196:761-6.
15. *Drlicek M, Bodenteich A*. Identification of lung cancer by autopsy: an indicator for clinical underdiagnosis. *Lung Cancer* 2002;35:217.

A rovatvezető megjegyzése: A klinikopatológiai rovatban megszokott érdekes esetismertetésektől eltérően a most közölt munka tíz év adatait feldolgozó tanulmány, amely célja szerint igen értékes információt szolgáltat minden orvos, de elsősorban a klinikus kollégák számára.

Sajnos, hazánk élen jár a daganatos morbiditás és mortalitás tekintetében Európában. Reméljük, hogy az elemzésből származó tanulságokat praktizáló kollégáink szem előtt tartják mindennapi munkájuk során, és a közlés ennek révén hozzájárul „előkelő” helyezésünk megváltoztatásához.

dr. Simon Károly



GASZTROENTEROLÓGIAI RADIOLÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

Időpont: 2007. január 22–26.

Helyszín: Budapest, Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika tanterme.

Célcsoport: radiológus, gasztroenterológus, sebész, belgyógyász, családorvos szakorvosok és rezidensek.

Szervező: dr. Tarján Zsolt, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika.

Jelentkezés: www.oftex.hu. Határidő: 2007. január 15.

A tanfolyam díja: 5000 Ft.