

Nyitott kérdések az operábilis cervixdaganatok kezelésében

Pete Imre

A Wertheim-féle radikális hysterectomia bevezetésére – mint a FIGO 1a2-2a stádiumú cervixdaganatok rutin operatív megoldására – az Országos Onkológiai Intézetben 1989-ben került sor. 2002-ig, az eredmények első felméréséig az intézetben 308 műtétet végeztek. Az elért eredmények első értékeléséből kiderült, hogy a módszerrel 80%-os öt éves és 75%-os 10 éves átlagos túlélési időt sikerült elérni. Az eredmények közel megegyeznek az irodalmi adatokkal, mégis maradtak megválaszolandó kérdések a betegcsoport kezelését illetően. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott nőgyógyászati rákszűrés programban a lakosságnak csupán 30%-a vesz részt. Nincsenek országos adatok a betegek kezeléséről, amelynek alapján a szakma, az eredmények javítása érdekében, megtehetné a szükséges lépéseket. Nem ismert, hogy hány radikális műtétet végeznek ma Magyarországon, és milyen e betegek körlefolysa. Intézetenként változnak az alkalmazott protokollok, eltérő a sebészi felkészültség. A kezelés irányelveivel, az alkalmazott sugárterápiával, kemoterápiával, operatív technikával vagy a posztoperatív kezelésekkal kapcsolatban nincs egységes álláspont. Megoldandó a szűrésen való megjelenés arányának javítása, a prognosztikai faktorok alkalmazása, a minimálisan invazív és fertilitást megtartó műtétek, a petefészkek hátrahagyásának kérdése és a neoadjuváns kemoterápia. Első lépésként az egységes kezelési elvek betartása érdekében az összes hazai intézetre vonatkozó adatok feldolgozására volna szükség.

cervixcarcinoma, Wertheim-műtét, ovarium, fertilitás megtartása, irradiáció, neoadjuváns kezelés

CONTROVERSIAL ISSUES IN THE TREATMENT OF OPERABLE CERVICAL CANCER

Wertheim hysterectomy as a baseline surgical treatment for patients with FIGO stage 1a2-2a cervical cancer was introduced in 1989 at the National Institute of Oncology, Budapest, Hungary. From then until 2002 when the results were first evaluated 308 such operations were performed. The average 5- and 10-year survival rates were 80% and 75%, respectively. Although these results are comparable to literature data, several issues concerning this group of patients remain to be solved. The participation rate in the Pap test screening programme covered by the national health insurance is only 30%. There is no national database on the current treatment of these patients that could help identify the necessary steps to be taken in order to improve the results. The number of radical hysterectomies performed a year in Hungary, or their outcome, is not known. The treatment scheme varies among the institutes and so does surgical experience. There is no consent regarding treatment policy, preoperative irradiation or chemotherapy, surgical technique, or postoperative management. The improvement of the participation rate in the screening programme, the use of prognostic factors to determine the most appropriate treatment, the role of minimally invasive and fertility-preserving surgery, the preservation of ovaries and the use of neoadjuvant chemotherapy are some of the further issues that need to be discussed. The first step should be data acquisition from all institutes in the country in order to develop and apply uniform treatment guidelines.

cervical cancer, Wertheim's hysterectomy, ovary, fertility-preserving operation, irradiation, neoadjuvant chemotherapy

dr. Pete Imre (levelezési cím/correspondence): Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály/National Institute of Oncology, Department of Gynecology; Budapest H-1124 Budapest, Ráth György u. 7–9. E-mail: pete@oncol.hu

Érkezett: 2005. július 7. Elfogadva: 2006. február 14.

A méhnyak daganatos megbetegedéseit klinikai és gyakorlati szempontból operábilis és nem operábilis csoportra oszthatjuk. Az operábilis méhnyakrákok esetében az elsődlegesen választandó kezelési mód a Wertheim-technikával végzett méheltávolítás, kismedencei lymphadenectomiával. A műtétechnika Wertheim 1911-es közleménye óta (1) szakmailag kellően alátámasztott és közismert, de hazai elterjedésére szélesebb körben csak az 1980-as évek után került sor (2–6), mivel a cervixdaganatok kezelésében hazánkban hosszú időn keresztül a sugárkezelést részesítettük előnyben. A cervixdaganatok mind korábbi életkorban való megjelenése, a sugárkezelésnek a petefészkekre kifejtett hatása, illetve a sugárkezelés után a hüvely állapotának megváltozása miatt a hazai nőgyógyászok figyelme is elsősorban a műtéti megoldások, és a petefészkek konzerválása felé irányult. Ezzel a betegek szexuális aktivitása változatlan maradt, illetve a petefészkek működőképességének megőrzése folytán a korai menopauza, illetve osteoporosis kialakulásával sem kellett számolni.

Napjainkra a cervixdaganatok terápiás elvei letisztultak, a kezelést többnyire egységes irányelvek alapján végzik (2, 7, 8), azonban maradtak még nyitott kérdések; ezek közül néhányat – a teljesség igénye nélkül – szeretnénk jelen munkánkban megvizsgálni.

Incidencia és mortalitás

Magyarországon – a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint – a cervixdaganat miatti halálozások száma 1971–1977 között stagnált, 1978–1983 között emelkedett. 1983-ban a 100 000 lakosra számított cervixdaganat okozta halálozás 12 volt. 1983-tól megfordult a trend, a mortalitás fokozatosan csökkent, és 2002-re a mortalitás 6/100 000 főre mérséklődött. Az eredmény imponáló, különösen, ha adatainkat a környező ország-

gok közül például a romániai adatokhoz hasonlítjuk, ahol a halálozás 2002-ben 12/100 000 volt, és a mortalitási ráta azóta is folyamatosan emelkedik (1. ábra).

A magyarországi eredmények folyamatos javulása annak a társadalmi erőfeszítésnek tudható be, amellyel megpróbáljuk elősegíteni a veszélyeztetett populáció szűrésen való megjelenését, azonban az eredmények így is messze elmaradnak az Európai Unió egyes tagországaitól, például az ausztriai, a franciaországi, a svédországi vagy a spanyolországi eredményektől (1. ábra).

A volt szocialista országokon belüli, a nyugat-európai halálozási statisztikáknál rosszabb eredményeket közös (de fel nem derített) okokkal szokták magyarázni. Érdekesen alakultak a rendszerváltás utáni eredmények az egyes volt tagországokban. A romániai adatok rosszabbodtak, a lengyelek viszont egy, a magyarországi mortalitási adatoknál lényegesen rosszabb értékről jutottak el 2002-ben a magyarországi eredményekkel megegyező értékre.

A nyugat-európai országok közül Dánia hajtott végre hasonló bravúrt, azáltal, hogy az 1971-es 11/100 000-es mortalitást 2002-re 3/100 000-re csökkentette.

A hazai mortalitási adatok alakulásának legfontosabb előidézője a szűrés elhanyagolása. Angliában például az érintett lakosság 70%-át lefedik a szervezett citológiai szűrésekkel, hazánkban ezzel szemben a veszélyeztetett populációnak mindössze 30%-a vesz részt az évenként végzett szűrővizsgálatokon (9).

Ennek alapján Magyarországon jelenleg évente körülbelül 1200 új cervixdaganatos beteggel és évi 500, e betegséggel kapcsolatos halálozással kell számolnunk (2. ábra).

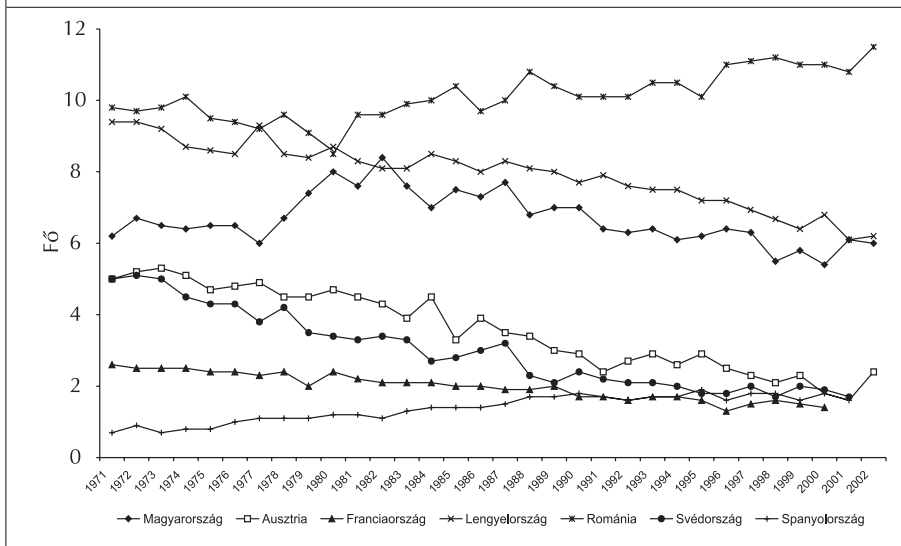
Kezelés

Magyarországon az 1980-as évek után megváltozott a cervixdaganatos nők kezelése. A korábban döntően sugárterápiás túlsúlyú kezeléseket a zömében műtétes kezelésekre váltották fel. A betegeket – a nemzetközi tapasztalatokat is figyelembe véve – a betegség FIGO szerinti (klinikai) stádiumbeosztása alapján irányítjuk műtétre vagy csak sugárkezelésre. A FIGO 2a stádiumig műtetet, azon túl sugárkezelést javaslunk. Kenneth összehasonlító adatai alapján a túlélési eredményeket nem befolyásolja számottevően, hogy az egyébként operábilis betegek műtetet vagy csak sugárkezelésen estek-e át (10). A betegcsoportok csupán a kezelést követő szövődmények milyenségében különböznek egymástól.

A sugárkezelésen átesett betegek között elsősorban a szexuális élettel kapcsolatos problémákat kell megemlíteni a hüvely szárazsága, illetve beszűkülése miatt. A műtétes csoport-

1. ÁBRA

A cervixdaganatok halálozásának alakulása egyes európai országokban 1971–2002 között, 100 000 lakosra számítva



ban a betegeknek a műveleg megrövidült hüvely, illetve a csaknem 3%-nyi hólyagatónia okoz problémát.

Ma hazánkban nem rendelkezünk olyan adatokkal, amelyekből kiderülne, hogy az újonnan felfedezett cervixdaganatos betegek milyen indikáció alapján, milyen típusú kezelésben részesültek. Mindössze egy közlemény áll rendelkezésre, ahol a progresszív betegellátás keretén belül *Berkő* és munkatársai a nőgyógyászati daganatos betegek műtéti ellátásának hazai szokásait elemzik (11). *Pete* és munkatársai arra hívják fel a figyelmet, hogy a kezelési terveket nem elegendő csak a stádiummeghatározásra építeni, mert több tényező együttesen felelős a kezelt cervixdaganatos betegek túlélési eredményeiért (12). Nagy betegcsoporton nyert prognosztikai faktorok felhasználásával ugyanis megállapítható, hogy e tényezők alkalmazásával a recidívák kialakulása 93,1%-os valószínűséggel, a parametrium-infiltráció jelenléte 76,8%-os valószínűséggel, a nyirokcsomóstátus (metasztázis) 76,1%-os valószínűséggel, a beteg várható túlélési esélye pedig 90,2%-os valószínűséggel prognosztizálható. A betegek várható túlélési esélyét a recidíva kialakulása, a tumorátmérő, a stádium (grade), a műtét előtti szövettan, a preoperatív kezelés típusa és a nem eltávolítható nyirokcsomók jelenléte együttesen határozza meg. A recidívák kialakulását a szövettani típus, a tumorátmérő, a preoperatív kezelés típusa, a cervixinfiltráció mértéke (harmadokban), a kismencedeici nyirokcsomóstátus, a daganatos sejt szubpopulációinak száma, a mitózisok aránya és a grade együttesen befolyásolja.

A műtét tehát önmagában nem elégséges kezelési eljárás. A műtét során kapott szövettani prognosztikai faktorok alapján a betegek a betegség kimenetele, a recidívák kialakulása szempontjából kis és nagy kockázatú csoportokba oszthatók. A kis rizikójú csoportban adjuváns kezelés nem szükséges, míg a nagy kockázatú csoportban elengedhetetlen az adjuváns kezelés és a betegek rendszeres, szoros ellenőrzése. Általánosan elfogadott elv, hogy a nyirokcsomó-metasztázis *jelenléte*, a parametrium daganatos infiltrációjának *jelenléte*, a daganat érbe vagy nyirokérbe törése esetén – illetve minden olyan esetben, amikor a sebészi szél daganatos szöveten haladt keresztül – a betegeket posztoperatív kezelésben kell részesíteni. Ha ezek a prognosztikai tényezők nincsenek jelen, posztoperatív kezelés nem szükséges.

Ilyen terápiás elvek mellett az Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztályán 1989–2002 között 308, Wertheim-műtéttel kezelt cervixdaganatos betegnél 80%-os ötéves, 75%-os tízéves átlagos túlélési időt sikerült elérni (3. ábra).

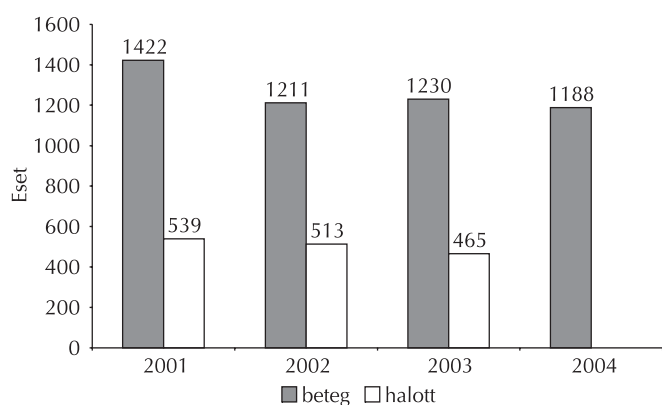
Műtéti kezelés

A petefészkek eltávolítása

A Wertheim-műtétek során a petefészkek eltávolítása sok esetben a rutin része. Fiatal betegeknél azonban a petefészkek elvesztése korai menopauzát okoz, annak

2. ÁBRA

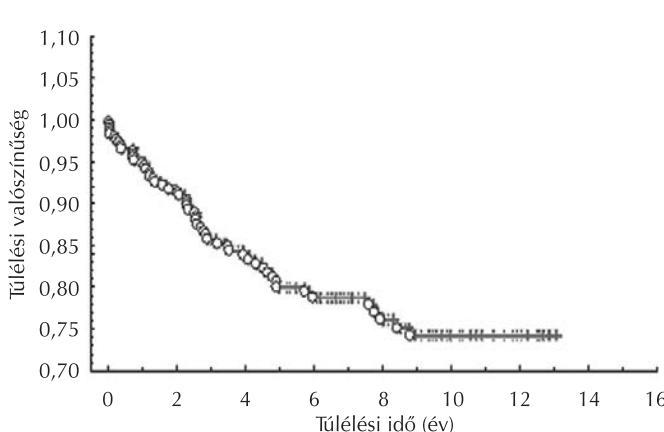
A cervixdaganatok morbiditása és mortalitása Magyarországon 2001–2004 között



A 2004. évi mortalitási adatok gyűjtése és feldolgozása még nem fejeződött be.

3. ÁBRA

Háromszáznyolc, Wertheim-műtéten átesett beteg átlagos túlélési idejének alakulása (1989–2002)



összes következményével. Milyen érvek szólnak a petefészkek eltávolítása mellett?

- A hátrahagyott petefészkek nem funkcionálnak.
- Ciszták alakulhatnak ki, amelyek miatt a beteget újra meg kell operálni.
- Ha a betegnél a műtét után sugárkezelést kell alkalmazni, a petefészkek károsodhatnak, 14 Gy sugármentesség a működésüket véglegesen inaktíválhatja.
- A petefészkekben a primer (cervix)daganat áttéte lehet jelen.
- Második tumor, petefészkekrák alakulhat ki bennük.

Több szerző vizsgálta a Wertheim-műtétek után hátrahagyott petefészkek sorsát. *Olejek* és munkatársai 101, Wertheim-műtét után hátrahagyott és a kismencedecéből transzfixált ovarium funkcionális analizisét végezték el, majd a betegeket hét évig követték. A hátrahagyott petefészkek működése – annak ellenére, hogy azokat a kismencedecéből kiemelve fixálták – csök-

kent a sugárkezelés hatására (13). A posztoperatív kezelésben nem részesült betegeknek viszont a fenti vizsgálatokkal 60 hónapig, míg mások szerint (14) az esetek 98%-ában 126 hónapig is normális petefészkek működését mutattak ki. A fenti eredményeket *Pete* és munkatársai is megerősítették (3), valamint rámutattak arra, hogy a bent hagyott petefészkekből mindössze három alkalommal képződött – újabb műtétet szükségessé tevő – ciszta, a hátrahagyott petefészkekből kiinduló daganattal egy esetben sem találtak a betegek követése során. A Medline-ban tíz évre visszamenőleg mindössze öt olyan beteg található, ahol felmerült a cervixdaganat petefészkek általi terjedése a gyanúja, azonban két esetről kiderült, hogy az egyik primer ovariumtumor, a másik primer ovarialis teratoma volt (15).

A kezelési terveket nem elegendő csak a stádium-meghatározásra építeni, mert több tényező hat együttesen a kezelt cervixdaganatos betegek túlélési eredményeire.

Natsume anyagában 82, FIGO 1b és 2-es stádiumú cervixrák miatt Wertheim-műtéten átesett beteg petefészkeinek szövettani feldolgozása során az 1b stádiumú betegeken az ovarialis metasztázisok arányát 2,5%-nak, a 2-es stádiumú betegeken pedig 19%-nak találták (16). Ha a daganat a cervix állományát teljes mélységben infiltrálta, az ovarialis metasztázisok aránya 20,8% volt. Ha a parametrium is infiltrált volt, akkor 20%-nak, míg nyirokcsomóáttétek jelenléte esetén 25%-nak bizonyult az ovariummetasztázisok aránya. Anyagában azonban az összes vizsgált cervixdaganat adenocarcinoma, illetve adenosquamosus carcinoma volt.

A fentiek alapján – miután a hátrahagyott petefészkek éveken át képesek működni – a petefészkek konzerválását elfogadhatónak tartjuk, és javasoljuk. Felhívjuk a figyelmet, hogy adenocarcinómák esetén vagy ha nagy valószínűséggel kell a posztoperatívumban irradiációra számítani, megfontolandó a petefészkek eltávolítása.

Minden olyan esetben, amikor a sebészi szél daganatos szöveten haladt keresztül, a beteget posztoperatív kezelésben kell részesíteni.

A fentiek alapján – miután a hátrahagyott petefészkek éveken át képesek működni – a petefészkek konzerválását elfogadhatónak tartjuk, és javasoljuk. Felhívjuk a figyelmet, hogy adenocarcinómák esetén vagy ha nagy valószínűséggel kell a posztoperatívumban irradiációra számítani, megfontolandó a petefészkek eltávolítása.

séggel kell a posztoperatívumban irradiációra számítani, megfontolandó a petefészkek eltávolítása.

A fertilitás megtartása

Daniel Dargent 1987-ben „radikális trachelectomia” néven a fiatal, cervixdaganatos betegek fertilitásának megőrzésére alkalmas műtéti megoldást dolgozott ki. A műtét a portio amputálását, a hüvely felső egyharmadának eltávolítását, a parametrium eltávolítását foglalta magába, amit hüvelyi úton végeztek el (radikális hüvelyi trachelectomia). A nyirokcsomók eltávolítását pelviszkópos lymphadenectomiával végezték. *Dargent* eredeti ajánlása szerint a műtét elvégzése abban az esetben javasolható, ha

- a beteg 40 évesnél fiatalabb,
- a beteg akarja a fertilitás megtartását,

– a daganat T1a stádiuma mellett felmerül a nyirokcsomóáttét lehetősége (ér-nyirokér infiltráció észlelhető),

– a daganat kis kiterjedésű, exophyticus típusú T1b1-T2a stádiumú (17).

Ungár és munkatársai a fenti eljárás hasi úton való alkalmazását dolgozták ki, ezzel egyszerűbb, könnyebben és biztonságosabban elvégezhető megoldást vezettek be egyre szélesedő körben (18, 19).

A fenti műtéttechnika azonban jól megválasztott indikációk esetén sem eredményezi minden esetben a méh megtartását. Ha a műtétnél a sebészi szél daganatos, vagy nyirokcsomóáttétek vannak jelen, méheltávolítás javasolt, teljes széria-sugárkezeléssel (17, 20–23). A legfontosabb kérdés azonban az eredményes műtét után kihordott terhességek aránya, valamint az onkológiai szempontból várható jövő. Az idézett szerzők által végzett 154 trachelectomia után 54 esetben jött létre terhesség, 33 élveszüléssel. Három terhességet megszakítottak, 18 esetben pedig spontán vetélés következett be. Recidíva öt esetben alakult ki (5/154). Erre két esetben a 2 cm-nél nagyobb tumor, egy esetben pedig az ér-nyirokér daganatos beszűrtsége adhat magyarázatot. Ezzel szemben *Dargent* ér-nyirokér infiltrációval operált 13 betegén mindössze két recidíva alakult ki (21). Sajnos az említett tanulmányokból nem derült ki, hogy az említett recidívák a terhesség alatt vagy után alakultak-e ki.

A fentiek alapján *Plante* úgy foglalt állást, hogy jelen stádiumában a módszert csak az ér-nyirokér infiltrációjú FIGO 1a1 stádiumban volna szabad alkalmazni (22).

Sugárkezelés, pre- és posztoperatív kezelés

A hazai nőgyógyászati társadalom – annak ellenére, hogy az ezzel kapcsolatos tapasztalatokról hazai közlemény is megjelent – a legteljesebb mértékig megosztott az irradiációval, elsősorban a preoperatív célú sugárkezelés alkalmazásával kapcsolatban (24).

A fejlett nyugati országokban a preoperatív sugárkezelés nem része a cervixdaganatos betegek kezelésének. A WHO több olyan prospektív, randomizált tanulmányt szponzorált, ahol az operábilis cervixdaganatok kezelése során a műtét és sugárterápia együttes alkalmazását vizsgálták; a két kezelés kombinálása a betegség kimenetelét csak abban az esetben javította, ha a sugárterápiát adjuváns sugárkezelésként, a szövettani prognosztikai faktorok alapján alkalmazták, viszont minden más indikációban a betegség kimenetele nem javult, a terápia költségei viszont többszörösekre nőttek. Saját betegeinknél a betegség kimenetelét tekintve nem találtunk szignifikáns különbséget aszerint, hogy az operált betegeink milyen preoperatív kezelésben részesültek (4. ábra).

Az adjuváns célú, posztoperatív sugárkezelések alkalmazását tekintve viszont teljesen egységes a szakma álláspontja. A szövettani prognosztikai faktorok pozí-

tivitása esetén adjuváns sugárkezelést alkalmazunk. Egyes kemoterápiás szerekről kiderült, hogy a sugárkezelésekkel együtt adva fokozható a daganat sugárérzékenysége (25–28), továbbá a nyirokcsomó-metasztázis jelenléte generalizált betegségre utal, ezért a sugárkezelést ma minden indokolt esetben kemoterápiával együtt (kemoirradiáció) alkalmazzuk. Negatív prognosztikai faktorok esetén viszont nem alkalmazunk posztoperatív sugárkezelést. Általánosságban tehát úgy foglalhatunk állást, hogy amíg más adatokkal nem nyer megerősítést a preoperatív sugárkezelés előnye, az ilyen indikációjú sugárkezelésnek sem az adása, sem az elhagyása nem tekinthető szakmai hibának. Másrészt posztoperatív céllal is csak indokolt esetben kell a betegnek sugárkezelést adni. Tudomásul kell venni, hogy az elégtelen radikalitású műtét káros hatású, és nem korrigálható a posztoperatív szakban alkalmazott sugárkezeléssel!

Neoadjuváns kezelés

Végül egy újabb, vitát kiváltó kérdés az operabilitás határainak kiterjeszhetősége. Egyre nagyobb súly helyeződik annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy az előrehaladott esetekben (a FIGO stádium >2a) meg kell-e operálni a beteget, javítja-e a konvencionális kezelést, ha eltávolítjuk a kismedencei vagy a paraaorticus nyirokcsomókat. Az álláspontok ezen a területen sem egységesek, az ilyen indikációval végzett műtétek nem rutinírozottak.

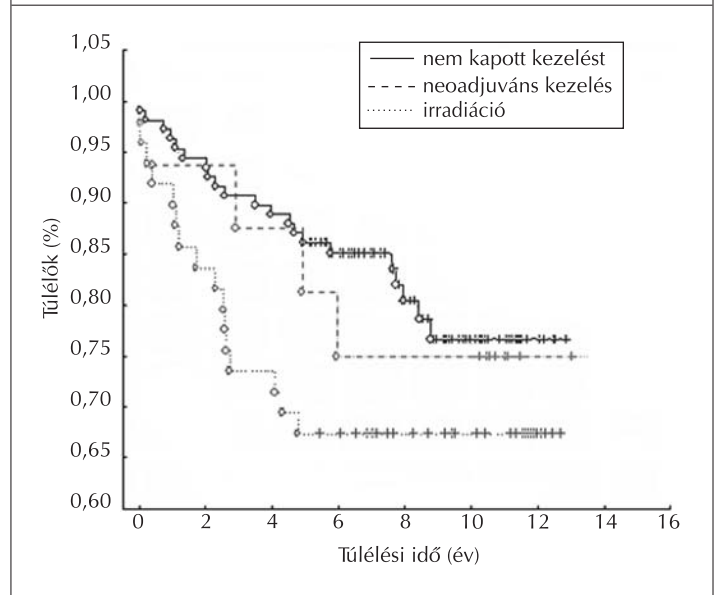
Bizonyos esetekben úgy gondoljuk, hogy a beteg műthető – vagy kedvezőbb feltételekkel operálható – lenne, ha a kiindulási tumort megkisebbitenénk, ha a duzzadt, de nem tumoros parametrium miatt valamilyen preoperatív kezelést alkalmaznánk. Az ilyen típusú, úgynevezett neoadjuváns kemoterápiának a létjogosultságát *Sardi* és munkatársai randomizált, prospektív tanulmánnyal igazolták (29). A műtét előtt alkalmazott vincristin-ciszplatin-bleomycin (VPB) kombinált kezeléssel a cervixdaganatok megkisebbedtek, műtetre alkalmassá váltak, és az eredmények tartósnak bizonyultak (29). Ezért nagy terjedelmű tumorok esetében javasolják ennek a terápiának a rutinszerű alkalmazását. Meg kell azonban jegyezni, hogy ennek a kezelési módnak nem tisztázott vonatkozásai is vannak: amíg az alkalmazott kezelés mellett a tumor lokális kontrollja kitűnő, addig nem teljesen kiderített okok miatt a nyirokcsomóáttétek száma gyakoribb, mint a neoadjuváns kezelésben nem részesült betegek esetében. Magyarországon a módszer csak kevés intézetben terjedt el.

Megbeszélés

Magyarországon a 80-as évek vége óta alkalmazzuk a cervixdaganatok kezelésére a Wertheim által leírt radikális méheltávolítást, kismedencei lymphadenectomiával kiegészítve. A műtétek zömét jelenleg három nagy

4. ÁBRA

Az átlagos túlélési idő alakulása a preoperatív kezelés típusa szerint



hazai intézményben végzik. Újabb és újabb intézetek kapcsolódnak be a cervixdaganatok korszerű ellátásába, így a főváros 16 intézményében 2001–2004 között az egész országban felfedezett cervixdaganatos betegek 17,6%-át operálták meg.

A szakmai akkreditáció keretén belül lefektették azon intézmények névsorát, amelyekben a daganatos betegek ellátása folyhat. Úgy tűnik azonban, hogy ennél sokkal több helyen végeznek Wertheim-műtétet, mert szakmai berkekben szokássá vált az ilyen és hasonló radikalitású beavatkozások végzése.

A hazai cervixdaganatos megbetegedések száma csökkenő tendenciát, a halálzási adatok javulást mutatnak, de az eredmények még messze elmaradnak a kívánatostól. A statisztikai adatok, a szórványosan megjelenő demográfiai közlemények, az éledő és működésnek indult rákregiszter adatai alapján úgy látjuk, hogy az eredmények javítása az alábbi szempontok figyelembevételével volna lehetséges. Első helyen kell említeni a szűrésen való részvétel arányának a növelését. Bár a 30%-os részvételi arány valószínűleg nem reális, mert nagyon sok beteg vesz részt olyan szűrővizsgálaton, ahonnan nem történik jelentés, a megjelenési arány messze elmarad a kívánatostól. Célszerű lenne tehát mind a betegek, mind a szakma képviselőit érdekeltségi alapon buzdítani a rákszűrésen való megjelenésre, illetve a szűrési eredmények közlésére. Másrészt naprakész adatok szükségessége az előfordulás, a kezelések típusainak, a kezelések eredményeinek ismerete céljából; ez lehetőséget teremtene a szakmai protokollok országos végrehajtására.

Az elégtelen radikalitású műtét káros hatású a betegre, és nem korrigálható a posztoperatív szakban alkalmazott sugárkezeléssel!

nak ellenőrzésére, rámutatna a kezelés gyenge pontjaira és helyeire, amelyeket az ellátott betegek érdekében azonnal korrigálni lehetne. Vitatott kérdések természetesen akkor is maradnának, de a betegellátás – a rend-

szeres szakmai konszenzusülések, az országos adatok felhasználása révén – egységessé válna, az eredmények pedig a nemzetközi élvonalnak megfelelően alakulnának.

IRODALOM

1. Wertheim E. Die erweiterte abdominale Operation bei Carcinoma colli uteri. Berlin: Urban und Schwarzenberg; 1911.
2. Papp Z, Lampé L. A kiterjesztett hasi méheltávolítás és lymphadenectomia (Wertheim-műtét) helye a mai nőgyógyászatban. *Orv Hetil* 1989;130:1481-5.
3. Pete I, Bosze P. The fate of the retained ovaries following radical hysterectomy. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19(1):22-4.
4. Szánthó A, Csapó Zs, Papp Z. Radical operative treatment of cervical cancer. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1993;64(5-6):234-40.
5. Thán G, Csaba I, Arany A, Krommer K, Novák P. Méhnyakrákok gyógyítása Wertheim-Laczko radikális műtéttel a pécsi Női Klinikán. *Orv Hetil* 1989;130:1761-4.
6. Thán GN. Wertheim-Meigs or Schauta-Amreich hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:287-8.
7. Hernádi Z. Carcinoma cervicis uteri In: Nőgyógyászati Onkológia. Hernádi Z. (ed.) Szekszárd: Therapia Kiadó; 2004. p. 74-113.
8. Pulay T, Balogh J, Mágóri A, Gonda G, Lehoczky Gy, Lehoczky O, et al. Méhnyakrák. In: Az onkoterápia irányelvei. Kásler M (szerk.). Budapest: BV Kiadó; 2001. p. 456-72.
9. Ottó Sz, Kásler M. Rákmortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. *Magy Onkol* 2002;46:111-7.
10. Kenneth DH. Cervical cancer. In: Practical Gynecologic Oncology. Berek JS, Hacker NF (eds.). Baltimore: Williams and Williams; 1994. p. 243-83.
11. Berkő P. Adatok és gondolatok a nőgyógyászati rákbetegek műtéti és progresszív ellátásáról hazánkban, 2003-ban. *Nőgyógyászati Onkológia* 2002;9(2):71-5.
12. Pete I, Pulay T. Prognosztikai faktorok szerepe a méhnyakrák várható lefolyásának előrejelzésében irodalmi adatok alapján. *Lege Artis Medicinæ* 1997;7:452-61.
13. Olejek A, Wala D, Chmichzewski P, Rzemoluch J. Hormonal activity of transposed ovaries in young women treated for cervical cancer. *Gynecol Endocrinol* 2001;15(1):5-13.
14. Buekers TE, Anderson B, Sorosky JL, Buller RE. Ovarian function after surgical treatment for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2001;80(1):85-8.
15. Shigematsu T, Ohishi Y, Fujita T, Higashihara J, Irie T, Hayashi T. Metastatic carcinoma in a transposed ovary after radical hysterectomy for a stage 1B cervical adenosquamous cell carcinoma. Case report. *Eur J Gynaecol Oncol* 2000;21(4):383-6.
16. Natsume N, Aoki Y, Kase H, Kashima K, Sugaya S, Tanaka K. Ovarian metastasis in stage IB and II cervical adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1999;74(2):255-8.
17. Dargent D, Brun JL, Roy M. La trachélectomie élargie (TE) une alternative á l'hystérectomie radicale dans le traitement des cancéres infiltrants développés sur la face externe du col utérin. *J Obstet Gynecol* 1994;2:285-92.
18. Smith JR, Boyle DC, Corless DJ, Ungar L, Lawson AD, Del Priore G, et al. Abdominal radical trachelectomy: a new surgical technique for the conservative management of cervical carcinoma. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(10):1196-200.
19. Ungar L, Palfalvi L, Hogg R, Siklos P, Boyle DC, Del Priore G, et al. Abdominal radical trachelectomy: a fertility-preserving option for women with early cervical cancer. *BJOG* 2005;112(3):366-9.
20. Burnett AF, Roman LD, O'Meara AT, Morrow CP. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2003;88(3):419-23.
21. Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, Mathevet P. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer* 2000;15;88(8):1877-82.
22. Plante M, Renaud MC, Francois H, Roy M. Vaginal radical trachelectomy: an oncologically safe fertility-preserving surgery. An updated series of 72 cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2004;94(3):614-23.
23. Shepherd JH, Mould T, Oram DH. Radical trachelectomy in early stage carcinoma of the cervix: outcome as judged by recurrence and fertility rates. *BJOG* 2001;108(8):882-5.
24. Mayer Á. A Highdose-rate brachyterápia szerepének kiértékelése a FIGO IB stádiumú cervix carcinoma kezelésében. *Magy Onkol* 2004;48(2):141-4.
25. Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al. Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N Eng J Med* 1999;340:1154-61.
26. Morris M, Eifel PJ, Lu J, et al. Pelvic irradiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Eng J Med* 1999;340:1137-43.
27. Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Eng J Med* 1999;340:1144-53.
28. Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al. Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: A Gynecology Oncology Group and Southwestern Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1999;17:1339-48.
29. Sardi J, Giaroli A, Sananes C, Ferreira M, Soderini A, Bermudez A, et al. Longterm follow-up of the first randomized trial using neoadjuvant chemotherapy in stage Ib squamous carcinoma of the cervix: The final results. *Gynecol Oncol* 1997;67:61-9.



A MAGYAR INFEKTOLÓGUS TÁRSASÁG KONFERENCIÁJA

Helyszín: Pécs, Hotel Palatinus

Időpont: 2006. október 5–7.

Tudományos szervező: Dr. Ternák Gábor, Baranya Megyei Kórház, Fertőző Osztály, 7623 Pécs, Rákóczi út 2.

További információ: New Instant, Tóth Andrea, tel/fax: (1) 212-2232, e-mail: newitandi@hu.inter.net