

NYÁJAS BESZÉLGETÉSEK

A méhtestrák időszerű kérdései

A BESZÉLGETŐKET MEGHÍVTA, ÉS A KÉRDÉSEKET ÖSSZEÁLLÍTOTTA: BŐSZE PÉTER DR.

Fővárosi Szent István Kórház Nőgyógyászati Osztály, Budapest

A BESZÉLGETÉSBEN RÉSZT VEVŐK: BÁNHIDY FERENC DR.,¹ KISS CSITÁRI ISTVÁN DR.,² KOPPÁNY CSABA DR.,³ LANGMÁR ZOLTÁN DR.,¹ NAGY SÁNDOR DR.,⁴ PÁL ATTILA DR.,⁵ PAP KÁROLY DR.,⁶ PETE IMRE DR.,⁷ RIGÓ JÁNOS DR.,⁸ SZILÁGYI IMRE DR.,⁹ TÓTH ZOLTÁN DR.¹⁰

Semmelweis Egyetem, ÁOK, II. Sz. Női Klinika, Budapest,¹; Szent Lázár Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Salgótarján,² Vas Megyei Markusovszky Kórház- és Rendelőintézet Szülészeti-nőgyógyászati Osztály, Szombathely,³ Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati osztály, Győr,⁴ Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szülészeti-nőgyógyászati Klinika, Szeged,⁵ Nyiregyháza Megyei Kórház, Szülészeti-nőgyógyászati Osztály, Nyiregyháza,⁶ Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztály,⁷ Semmelweis Egyetem, ÁOK, I. Sz. Női Klinika, Budapest,⁸ Veszprém Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Veszprém,⁹ Debreceni Egyetem, Orvos-egészségtudomány Centrum, Szülészeti-nőgyógyászati Klinika, Debrecen¹⁰

A „Nyájas beszélgetések” ötlete Nemeskürty Istvántól származik, aki Rotterdami Erasmus hasonló című munkája alapján nyájas beszélgetéseknek nevezte azt a műfajt, amelyben a beszélgetők nem egymást meggyőzve, hanem a maguk szakismerete szerint, az olvasó tájékoztatására mondják el véleményüket. Ezen gondolatok alapján nevezzük ezt a rovatot „Nyájas beszélgetéseknek”, hangsúlyozva, hogy a megkérdezettek nem vitatkoznak, nem akarják meggyőzni a másikat, csupán kifejtik nézeteiket, elmondják véleményüket.

ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK

Koppány Csaba Osztályunkon a rosszindulatú daganatos betegek kezeléséről mindig egy csoport (Onkoteam) dönt, amelyben a nőgyógyász, onkológus, patológus kollégákon kívül más esetlegesen szükséges társszakma képviselője is jelen van. (A szövettani eredmények birtokában egyébként minden esetben ismételt Onkoteam-döntés születik a további kezelésekről, illetve ellenőrzésekről.)

Rigó János Klinikánkon minden betegnél, akinek nőgyógyászati rosszindulatú daganat gyanúja felmerül vagy igazolódik, onkológiai szakbizottság javaslata alapján történik a kezelés.

Levelezési cím:

Prof. dr. Bősze Péter

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórháza,
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
Telefon: (36-30) 359-7792
E-posta: bosze@eagc.eu

Szilágyi Imre Tekintettel arra, hogy osztályunkon onkológiai sebészet nincs, az Országos Onkológiai Intézettel és a Szt. István Kórházzal állunk kapcsolatban, így válaszaim inkább elméleti jellegűek álláspontomról.

Tóth Zoltán Feltett kérdéseidre küldöm a válaszokat, melyet Prof. Dr. Hernádi Zoltánnal, a Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék vezetőjével is megbeszéltem, tehát az intézetünk álláspontja. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy minden esetben onkoteam dönt a beteg terápiás tervéről.

KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK

40 év körüli nő, kisebb megszakításokkal 6 hete vérezget, fogamzásgátló tablettát nem szed, IUD nincs, vérzése korábban rendszeres volt. A méh átlagos nagyságúnak tapintható, környezete szabad, a méhszájon kóros elváltozás nem látható. Miként jársz el?

Kiss Csitári István Első választandó lépés a TVS, ami jelzi a méh szerkezetét, az endometrium vastagságát és annak atípiás voltát. Amennyiben az endometrium vastagsága 5 mm alatt van, szabályos rétegzésű, elég a ciklus második felében végzett progesztogénkezelés, majd 3 hó múlva TVS-kontroll. Atípiá esetén fracionált abrázió végzendő.

Koppány Csaba Ultrahang és (ha lehet) citológia birtokában (esetleg hysteroscopiával egybekötött) fracionált abráziót végzünk.

Nagy Sándor Véleményünk szerint első lépésben hüvelyi ultrahangvizsgálattal megítélnénk az endometrium vastagságát.

Amennyiben az 8 mm feletti, akkor tekintettel a vérzészavarra, a 40 éves életkorra, és az endometrium hyperplasia lehetőségére frakcionált abráziót végeznék az endometriumcarcinoma kizárása céljából. A továbbiak a szövettani eredménytől függően történnek. Negatív esetben gestagenkezelés, pozitív esetben méheltávolítás a megoldás.

Pál Attila Frakcionált abrázió.

Pap Károly Hisztológiai verifikáció céljából fractionált abráziót végzek.

Pete Imre Szövettani vizsgálatot végzek, ami minden esetben frakcionált abráziót jelent. Lehetőségeimhez képest kiegészíthetem ezt a beavatkozást endometriumcitológiával, természetesen előtte, Pipellel, ugyancsak előtte (ennek a találati aránya saját tapasztalataink alapján nagyon alacsony, erre diagnózist és terápiát nem építünk). Hysteroscopia szóba jön, a magam részéről számos polipot sikerült ezzel felfedezni és eltávolítani, ha lehetne, kötelezővé tenném.

Rigó János Tanácsos vérzészavar esetén lehetőség szerint színekódolt ultrahangvizsgálat végzése a méhnyálkahártya-vastagság megítélése, illetve a dignitás és az esetleges daganatos infiltráció és így a stádium megítélése céljából. A javasolt kezelést a frakcionált curretage szövettani eredménye alapján kell meghatározni.

Szilágyi Imre Fr. abrasio, hysteroscopia esetleg.

Tóth Zoltán A hat hete vérezgető 40 éves nőnél először transvaginalis ultrahangvizsgálattal tisztázzuk az endometrium vastagságát, szerkezetét, a subendometrialis vascularizáltságot, majd abrázió végzését javasoljuk, és a további teendőket annak szövettani leletétől tesszük függővé.

Mi a teendő a továbbiakban, ha a szövettani vizsgálat érett (G1) méhestrákot (mirigrák) fedez fel, és mi akkor, ha a mirigrák éretlen (G3)?

Bánhidny Ferenc és Langmár Zoltán Grade-1 esetén a stádium dönti el, hogy kell-e kismencedei és paraaortikus nyirokcsomó-disszekciót végezni, TAH-BSO mindenképpen indokolt. A méhfal infiltrációjának műtét előtti megítélésében az MRI segít. Grade-3 esetén nyirokcsomó-disszekció is végzendő.

Kiss Csitári István Mindkét esetben kiterjesztett méheltávolítás végzendő: grade-1 esetében, ha a folyamat nem terjed a méhizomzat feléig, staging, kétoldali adnexectomia és nagy dózisú progesztogénadás, ha a folyamat a méhizomzat feléig vagy azon túl haladt, teljes kismencedei lymphadenectomia végzendő, valamint a paraaortikus nyirokcsomók revíziója, majd nagymennyiségű progesztogén adása és csonkbiztosító sugárterápia. Grade-3 esetén: teljes kismencedei lymphadenectomia,

a paraaortikus nyirokcsomók eltávolítása, posztoperatív sugárterápia és nagy dózisú hormonterápia szükséges.

Koppány Csaba Grade-1 endometrium ca esetén hysterectomia az adnexumok konzerválásával és parailiacalis lymphadenectomia. Grade-3 endometrium ca esetén hysterectomia kétoldali adnexectomiával és parailiacalis lymphadenectomia.

Nagy Sándor Érett (grade-1) méhestrák esetén elegendőnek tartjuk az egyszerű méheltávolítást. Éretlen (grade-3) méhestrák kapcsán azonban méheltávolítás mellett lymphadenectomiát is végzünk.

Pál Attila Grade 1 – TAH-BSO staging, grade-3 – TAH-BSO pelv. paraort. lymphadenectomia.

Pap Károly Grade-1 esetben UH TVS vizsgálat a myometralis invasio kimutatása érdekében. Ha a myometriumot nem érinti, és még szülni akar – és a méheltávolítást nem kívánja igénybe venni –, nagy dózisú Depo-Provera adunk 1/2 évig, majd kontroll-Cu. Minden egyéb esetben méheltávolítás, lehetőleg nyirokcsomó-mintavétel (min. 10 db).

Pete Imre Ha a daganat endometrioid típusú, és G1, a további teendőket a myometrium infiltrációmélysége határozza meg, ezért a döntést MR-vizsgálatra bízom. Lehet UH is, de az MR határozottan jobb ezen a téren. Ha a folyamat G3, mindentől függetlenül hysterectomiát, adnexectomiát és lymphadenectomiát végzek.

Rigó János Adenocarcinoma esetén a 40 éves betegnél hasi méheltávolítás és hasi mosófolyadék, illetve ha van, akkor az ascites citológiai vizsgálata javasolt grade-1 esetben, és ezt kiegészítjük a regionális nyirokcsomók vizsgálatával (sampling) grade-3 esetben.

Szilágyi Imre G1: Hysterectomia + adnexectomia, nyirokcsomó-eltávolítás fakultatív. G3: Hysterectomia + adnexectomia + kismencedei és paraaortikus nyirokcsomó-eltávolítás.

Tóth Zoltán Amennyiben a szövettani vizsgálat grade-1 méhestrákot (mirigrák) fedez fel, és a myometrialis infiltratio mértéke minimális, eltekintünk a posztoperatív adjuváns kezeléstől. Grade-3 folyamat esetén a myometrialis infiltratio mértékétől tesszük függővé a műtétet kiegészítő radioterápiát, illetve radiokemoterápiát.

Változókorú nő, a méhnyálkahártya éretlen (G3) mirigrákja, a méhe a függelékekkel eltávolítva, a medencei nyirokcsomókban két, az aorta mellettiekben egy mikroszkópos áttét. A daganat a méh falát >50%-ban beszűri. Mi a további teendő?

Bánhidny Ferenc és Langmár Zoltán A beteget onkoradiológusnak referáljuk.

Kiss Csitári István Teljes kismencedei posztoperatív sugárterápia, amely kiterjesztendő a paraaortikus területre is. Nagy dózisu progesztogénterápia (500 mg Provera). Ezen kívül az Onkoteam bevonása a terápiás döntésekbe (sugár- és kemoterápia).

Koppány Csaba Komplex (irradiatio, cytostaticus, illetve hormonális th.) onkológiai kezelés az Onkoteam javaslatával.

Nagy Sándor Kórházunk sajátosságából adódóan az ilyen betegek kezelése és gondozása az Onkoteam döntése alapján a továbbiakban az onkológiai osztályon történik, ahol chemioirradiációban részesül (kismencedei és hüvelyconk-irradiatio).

Pál Attila Irradiatio.

Pap Károly Külső-belső sugárkezelés.

Pete Imre G 2, 3 és/vagy >50% myometriuminfiltráció esetén adjuváns kezelést kell alkalmazni, ami vagy irradiatio, ahol a besugárzási mező a PAO-régiót is befogja, vagy kemoterápiás kezelés (elsősorban a nyacs-metek miatt). Az OEP által engedélyezett cht. nem a leghatékonyabb, a külföldi irodalmak által javasolt kezelés nálunk „off label” kezelés.

Rigó János Posztoperatív adjuváns kezelés, amely üregi és távoli besugárzásból áll. Pozitív hormonreceptorok esetében ez kiegészítendő hormonális kezeléssel is.

Szilágyi Imre Brachytherápia + perkután radiatio vagy kemoterápia.

Tóth Zoltán Változókorú nő grade-3 mirigyrák miatt végzett TAH + BSO + lymphadenectomia műtétét követően amennyiben a medencefali és az aortamelléki nyirokcsomókban áttéteket igazol a műtéti preparátum szövettani lelete, illetve emellett a myometralis infiltratio mértéke is meghaladja az 50%-ot, radiokemoterápiát javaslunk a műtétet követően.

30 év körüli nő, a méhkaparás szövettani vizsgálatának eredménye közepesen érett (G2) mirigyrák. Tapintási eltérés nincs, a méhnyak ép. Gyermeke még nincs, de nagyon szeretne. Milyen kezelést javasolsz?

Bánhidny Ferenc és Langmár Zoltán TAH-BSO, preop. kivizsgálástól, illetve a méhfal infiltrációjától függően nyirokcsomódisszekció.

Az ún. „méh megtartó” gesztogénkezelés hatékonyságára és onkológiai biztonságosságára vonatkozólag csak néhány esetbemutató áll rendelkezésre, sem hazai, sem nemzetközi protokoll nem ad hivatalos útmutatást. A tárgykorrel kapcsolatos problémákat egyébként érinti az Orvosi Hetilap hasábjain nemrégiben megjelent referátumunk is (Langmár Z: Endometrioid adenocarcinoma kialakulása levonorgestrel-tartalmú méhenbelüli eszköz felhelyezését követően), illetve

a European School of Oncology védnöksége alatt hamarosan megjelenő gyakorlati kézikönyv vonatkozó fejezete (Langmár Z: Fertility preservation in endometrial cancer).

Kiss Csitári István Az ésszerű választás a műtét, sugár- és progesztogénkezelés lenne. Ám a beteg kérését, illetve akaratát figyelembe kell venni. Amennyiben a folyamat I/a, tehát csak a méhnyálkahártyára lokalizálódik – meg lehet kísérelni a ciklikus progesztogénkezelést szoros TVS-kontroll mellett (3 hó múlva kontrollabrázió). Egyéb esetekben a műtét az első választandó eljárás. Természetesen, ha a konzervatív utat választja a beteg, ne feledkezzünk meg a beteg részletes írásos nyilatkozatáról sem. Amit most leírtam, nem az osztályom állásfoglalása, hanem csak egy fejtegetés. Ilyen fiatal corpus carcinomás beteggel még nem találkoztam, tehát nincs benne gyakorlatom – ezért a beteget nagy forgalmú onkológiai központba küldeném.

Koppány Csaba A beteg döntése alapján kétféle megoldást javaslunk: 1. UH-, MR-, Ca125-vizsgálatok, ha negatívak, 6 hét múlva hysteroscopia ismételt abrázióval. Negatív szövettan esetén terhesség vállalása. 2. Vagy hysterectomia para-iliacalis lymphadenectomiával és kétoldali adnexectomia a petefész(k)ek lefagyasztásával – béranyaság (ez nálunk nem lehetséges).

Nagy Sándor A szövettani eredmény birtokában részletes felvilágosítás után a méheltávolítást választanám lymphadenectomia kíséretében. Asszisztált reprodukciós eljárás keretében a praecembrio fagyasztása és dajkaterhesség lehetősége szóba jön. Amennyiben a beteg nem egyezik bele a méh eltávolításába, folyamatos gestagenkezelésben részesíteném.

Pál Attila TAH-BSO staging.

Pap Károly Volt és van is ilyen betegünk: nagy dózisu Depo-Provera-t adunk (100 mg/die) 1/2 évig, majd kontroll-Cu. Nagyon fontos a beleegyezőnyilatkozat.

Pete Imre Ez a daganat nagy valószínűséggel hormondependens daganat, a beteg anovulációs panaszokkal küzdhet, esetleg túlsúlyos. Gyermeke nincs, tehát szeretné a méhét megtartani. Lebeszelném róla, mert G2-es a daganat. Ha erre nem volna hajlandó, saját felelősségére, MR-vizsgálattal a myometriuminfiltratio mértékének tisztázása után a kérdést újratárgyalnánk. Ha a daganat csak a nyh-t érinti, hormonterápia fél évig, reabrázió, ha a szövettan negatív, gyors terhességvállalás, majd utána hysterectomia. A szakma szabályai szerint egyébként csak G1-es, endometrioid típusú és csak a nyh-t érintő daganat esetén lehet a konzervatív megoldással próbálkozni. De ezek a daganatok is a kezelés mellett kialakult esetleges negatív szövettani lelet ellenére recidiválnak, és a recidiváló daganat agresszívabb lefolyású lesz. Mellesleg foglalkoznék a beteg anovulációs problémájával és a túlsúlyával is egyidejűleg. G2-es daganatnál esetlegesen felmerülő jogvita esetén az álláspontunk nehezen védhető.

Rigó János További terjedést kizáró kismencedei ultrahang- és CT-vizsgálati eredmény birtokában a beteg megfelelő felvilágosítását követően, amennyiben a méh eltávolításához nem járul hozzá, progesztogénkezelést javasolunk 3 hónapra, amely előtt és után szinkódolt ultrahangvizsgálat történik, illetve kontroll-fractionáltabrázió a kezelés után.

Szilágyi Imre Hysterektomia + adnexectomia, a myometrium érintettségétől függően nyirokcsomó-eltávolítás. Konzervatív terápia (MPA) csak T1-G1 stádiumban lehetséges operatív hysteroscopia után (+ MR, laparoskopos staging).

Tóth Zoltán Amennyiben a 30 év körüli nő Frcu szövettani lelete grade-2 mirigyrák, tapintási eltérés nem észlelhető, a méhnyak ép, és még nincs gyermeke a betegnek, a további teendők elbírálására kiegészítő vizsgálatokat javasolunk. Bár a megfelelő felbontási képességgel rendelkező TVS jelentős segítséget nyújt a döntés szempontjából meghatározó jelentőségű myometrialis infiltratio kérdésében az MR-vizsgálatot nagyobb pontossága miatt inkább ajánljuk.*

*** KIEGÉSZÍTŐ KÉRDÉSEK PROF. DR. TÓTH ZOLTÁNHOZ**

1. G3-mirigyaráknál mikor adtok sugárkezelést, és mikor gyógyszerbesugárzást, és az utóbbi miből áll? Mikor nem kap a beteg kiegészítő kezelést?

2. A harmadik esetben kiegészítő vizsgálatokat, elsősorban MR-t javasoltok. Mi a döntés az MR-lelet elolvasása után?

Válasz Felmerült kérdéseidre azt tudjuk válaszolni, hogy a myometrialis infiltratio mértékének, avagy az esetleges uteruson túli terjedésnek tulajdonítunk elsősorban jelentőséget a műtéti és az azt követő kezelés radikalitását illetően. Ezért tartjuk fontosnak azokat a preoperatív képalkotó vizsgálatokat, amelyek erről informálnak. Különösen hangsúlyozni kívánjuk ebben a vonatkozásban az újabb ultrahangtechnikák jelentőségét különösen, ha annak kivitelezése nőgyógyászok által történik.

ZÁRÓGONDOLATOK A beszélgetésekben most is hazánk szakmai tekintélyei közül néhánytól kérünk választ, remélve, hogy talán országos szinten is közelíteni tudjuk az elveket. Természetesen messzemenően szem előtt tartjuk a „Nyájas beszélgetések” alapelvét, miszerint a „beszélgetők” nem egymást meggyőzve, hanem az olvasó tájékoztatására mondják el véleményüket, amelyeket a nyájas beszélgetések természetéből adódóan teljes terjedelemben, változtatása nélkül – tehát nem szerkesztve, javítva, magyarázva – közlünk, és véleményt sem fűzünk hozzá. Meggyőződésünk, hogy a „Nyájas beszélgetések” mindnyájunk épülésére szolgálnak.