

Dr. Langmár Zoltán^{1,2}, Dr. Németh Miklós³

A méhnyakrák klinikuma

A méhnyakrák hazánkban a nőgyógyászati daganatok 30%-át képviseli, évente mintegy 1300-1400 új megbetegedéssel kell számolni. Napjainkban már bizonyított, hogy bizonyos kofaktorokkal (pl. promiszkuitás, dohányzás) együtt hatva, a magas kockázatú („high-risk”) HPV-típusok felelősek leginkább a méhnyakrák kialakulásáért.

A szövettani típust tekintve a lapohámrák a leggyakoribb, amely mintegy 90%-ban fordul elő. A kezelés során a radikális műtéteket, sugárkezelést, illetve kemoterápiát alkalmazzák. Közleményünkben a méhnyakrák diagnosztikájának és kezelésének jelenlegi gyakorlatát tekintjük át, elsődlegesen az általános orvosi gyakorlatra fókuszálva.

Szűrés

A méhnyak rákmegelőző állapotainak szűrése napjainkban már megoldott. A szűrővizsgálat kötelező része a citológiai kenetvétel, majd a minta patológiai értékelése.

A daganat terjedése

A növekvő daganat a méh körüli kötőszövet (parametrium), a hüvely, a méhtest, a húgyhólyag és a végbél felé terjed. A nyirokrendszeri áttétek leggyakrabban a kismedencei (iliacalis, fossa obturatoria, presacralis) nyirokcsomókban alakulnak ki. A haematogen áttétek (pl. a tüdőben, csontokban) általában előrehaladott betegségre jellemzőek.

Tünetek

Korai stádiumban gyakran nem észlelhetőek jellegzetes tünetek, de

megjelenhet hüvelyi vérzés, különösen közösülést követően (postcoitalis vérzés). A véres, esetenként bűzös hüvelyi folyás, vagy fájdalom, vérvizelés, véres széklet már előrehaladott betegséget jeleznek.

Diagnosztika

Első lépés a szövettani mintavétel egyszerű kimetszés (excízió), vagy kúpkimetszés (konizáció) útján. Törekedni kell arra, hogy a mintavétel ne csak a daganatos szövet középső részéből történjen, ahol a gyakran jelenlévő szöveti elhalás nehezítheti a kórszöveti diagnosztikát. Az esetleges endocervicalis terjedés vizsgálatára abrasio is végzendő.

Stádium-megállapítás

A méhnyakrák stádiumának megállapítása során a gondos kórszöveti értékelés az első lépés. Emellett természetesen fizikális (bimanuális és rectalis) vizsgálat és a mellkas röntgenvizsgálata is indokolt. A környező szervekre való terjedés gyanúja esetén hólyagtükrözés, illetve rectoscopia is végzendő. A képalkotó módszerek közül az MR vizsgálat élvez prioritást, mivel jó lágyrész felbontásánál fogva alkalmas a daganatos invázió fokának pontosabb megítélésére. A PET-CT vizsgálat elsősorban a távoli áttétek kizárása céljából jöhet szóba, de ebben a betegségben sajnos nem finanszírozott. Az említett diagnosztikai módszereknek fontos szerepe van a terápiás terv felállításában.

A kezelés általános elvei

A méhnyakrák kezelését a folyamat kiterjedése szabja meg. Korai stádiumokban egyre gyakrabban a kizárólagos műtéti kezelést javasolják, amennyiben a páciens általános állapota, társbetegségei ezt megengedik. A preoperatív sugárkezelés értékére vonatkozó tanulmányok eredményei egyelőre ellentmondásosak, további vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy a módszer pontos helyét megállapíthassuk. A műtét utáni sugárkezelés, vagy a kemo-irradiáció a végső hisztológiai lelet alapján meghatározott kockázati

csoportok esetében lehet indokolt. A radikális hasi méheltávolítás technikáját az előző század elején dolgozta ki Ernst Wertheim bécsi nőgyógyász. D'Argent és munkatársai, illetve részben magyar kollégák nevéhez fűződik a méhtest megőrzését lehetővé tevő, s így a későbbi gyermekvállalás esélyét biztosító műtéti eljárás, a radikális trachelectomia, amelyet a későbbiekben tárgyalunk. A műtét során csak a daganatos méhnyakat, illetve a kismedencei nyirokcsomókat kell eltávolítani. Előrehaladott méhnyakrák kezelésére a cisplatin-bázisú kemo-irradiációt alkalmazzák. Áttétes állapotban már csak palliatív kemoterápia jön szóba, de mérlegelést követően, kivételes esetekben meg lehet kísérelni a metasztatizisok eltávolítását is. Természetesen az eltávolíthatóság függ az áttét elhelyezkedésétől, méretétől, valamint a beteg általános állapotától is.

Kezelés stádiumok szerint

1A1 stádium (daganatos invázió mélysége kisebb, mint 3 mm)

1a1 stádium esetén, fiatal, még szülni kívánó betegeknél, amennyiben a rendszeres onkológiai ellenőrzés biztosított a konizáció is elegendő, ha negatív sebészi széleket lehetett biztosítani. Egyéb esetekben hasi méheltávolítás végzendő.

1A2 stádium (daganatos invázió mélysége 3-5 mm közötti, horizontális kiterjedés kisebb, mint 7 mm)

A kezelési elvek nem egységesek. Fiatal betegeknél, gyermekvállalási szándék esetén a fertilitást megőrző radikális trachelectomia végezhető (hasi vagy hüvelyi úton), a kismedencei nyirokcsomók szisztematikusan eltávolításával együtt. Általánosságban elmondható, hogy a méhtest csak akkor tartható meg, ha a kismedencei nyirokcsomók negatívak, illetve egyértelműen tumormentes kimetszési szél lehet biztosítani. Egyéb esetekben, illetve lezárt családterv esetén radikális méheltávolítás végzendő.

1B1 stádium (makroszkóposan észlelhető tumor, mérete <4 cm)

Két terápiás lehetőség jön szóba: sebészi kezelés vagy kombinált kemo-

Dr. Langmár Zoltán^{1,2}, Dr. Németh Miklós³
1 Semmelweis Egyetem, II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest
2 Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest
3 Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Szülészeti, Nőgyógyászati és Nőgyógyászati Onkológiai Osztály, Budapest
Levelezés: Dr. Langmár Zoltán
Semmelweis Egyetem II. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
1082 Budapest, Üllői út 78/A

radioterápia. Az eddigi tanulmányokban hasonló túlélést igazoltak a két kezelési módozat esetében. A sebészi kezelés elsődleges előnye a fertilitás megőrizhetősége (trachelectomia útján, ha a daganat kisebb, mint 2 cm). A műtéti kezelés komoly szövődménye lehet azonban (az általános műtéti szövődmények mellett) az esetenként igen hosszú ideig tartó, vagy állandó, a páciens életminőségét jelentősen rontó hólyagbeidegzési-zavar. Amennyiben pozitív nyirokcsomók igazolódnak, sugárkezelés, vagy kemo-radioterápia javasolt.

IB2 – IV. stádium Az IB2 stádiumú (>4 cm) méhnyakrák kezelési elvei ellentmondásosak. A centrumok jelentős részében kemo-radioterápiát alkalmaznak, hasonló túlélési eredmények mellett, mint a sebészi kezelés esetében. A daganat méretének növekedésével jelentősen emelkedik a nyirokcsomó-áttétek gyakorisága is. A nyirokcsomók állapotának felmérésére egyes külföldi intézetekben PET-CT-t használnak. Vannak olyan centrumok is, ahol a pozitív nyirokcsomókat is eltávolítják. Tekintettel azonban arra, hogy a sebészileg kezelt betegek jelentős hányada szorul végül kemo-redio-

terápiára is, jelentős és súlyos szövődményekkel lehet számolni. Előrehaladott stádiumokban kemo-radioterápia, míg IVB stádiumban palliatív kemoterápia alkalmazandó.

A kiújult betegség kezelése

A kiújulás kórszövettani igazolását követően képalkotó (MRI, esetleg PET-CT) vizsgálatok indokoltak a pontos kiterjedés megállapítása, és az esetleges távoli áttétek felismerése céljából. Ha a kiújulás csak a kismedencére korlátozódik, és a páciens nem részesült még sugárkezelésben, kombinált kemo-radioterápia javasolt, amely az esetek 40-50%-ában kuratív. Ha azonban a korábbiakban már alkalmaztak sugárterápiát, centrális recidiva esetében az exenteráció az egyedül szóba jövő megoldás. Természetesen ezt megelőzően a távoli áttétek jelenlétét ki kell zárni. Metasztázis jelenlétekor csak kivételes esetben, igen gondos mérlegelést (várható élettartam!) követően indikálható a műtét. Általános szabály, hogy az életminőségi elvek minden heroikus beavatkozás terve előtt figyelembe veendőek még akkor is, ha technikailag kivitelezhető lenne a betegeket igen komolyan megterhe-

lő, súlyos szövődmények kockázatával járó operáció. Irreszekábilis esetén ciszplatin-bázisú kemoterápia alkalmazása jön szóba. Áttétek kezelésében is kemoterápia, illetve egyéni mérlegelést követően, elsősorban kedvező elhelyezkedés esetén megkísérelhető a metasztázis sebészi eltávolítása vagy sugárterápiája. Irradiáció jön szóba még fájdalmas csontáttétek kezelésében is.

Irodalomjegyzék:

1. Kásler M. (szerk): *A komplex onkodiagnosztika és onkoterápia irányelvei*. Semmelweis Kiadó, 2008.
2. Beckmann M.W. és mtsai: *Interdisciplinary S2k guideline on the diagnosis and treatment of cervical carcinoma*. J. Cancer Res. Clin. Oncol., 2009,135:1197-1206.
3. Rock J.A., Jones H. W.: *Te Lindé's operative gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins, 2008.
4. Shepherd J.H. és mtsai: *Conservative surgery for carcinoma of the cervix*. Clin. Oncol., 2008,20:395-400.
5. Haie-Meder C. és mtsai: *Cervical cancer: ESMO clinical recommendations*. 2009,20(Suppl 4):27-28.
6. DiSaia P., Creasman W.T.: *Clinical gynecologic oncology*. Mosby, 2007.
7. Bősze P., Markman M.: *What gynecologic oncologists should know about chemotherapy*. EAGC Book Series, Nok Press, 2005.