

RADIKÁLISAN OPERÁLT VÉGBÉLDAGANATOS BETEGEK HOSSZÚ TÁVÚ KÖVETÉSE

Szentpétery Félix, Atkári Bence, Jakab Ferenc

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Oktató Kórház, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Budapest

Fejlett társadalmakban a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos betegség a colorectalis carcinoma (CRC), mely hazánkban évente több mint 5000 ezer ember haláláért felelős. Ezen rossz halálozási statisztikán próbáltunk változtatni azzal, hogy az osztályunkon operált végbéldaganatos betegeket hosszú távon nyomon követtük, hogy ezzel próbáljunk jobb túlélést biztosítani számukra. Az 1990 márciusa és 2006 áprilisa között osztályunkon operált 297 végbéldaganatos beteget rendszeresen ellenőriztük. Az ellenőrzést tervezetten, az általunk kialakított protokoll szerint, anterograd végeztük. Vizsgáltuk, hogy a műtét után mennyi idővel, és hány helyi daganatkiújulást, távoli áttétet, több szerven jelentkező daganatprogressziót, illetve a végbéldaganattól független, második daganatos betegséget találtunk. A vizsgált időszakban a végbéldaganat 24 helyi kiújulását, 32 távoli áttétet, 43 több szerven jelentkező progresszióját fedeztük fel, illetve 21 végbéldaganattól független, második daganatot találtunk. A rendszeres ellenőrzés során korai stádiumban felismert daganatprogresszió, illetve második daganat megfelelő ellátásával több beteget sikerül az eredeti betegségéből kigyógyítani, több betegnek az életét meghosszabbítani, vagy életminőségén javítani, így az irodalmi adatokkal megegyezően vizsgálataink arra utalnak, hogy a végbéldaganat miatt operált egyének követése sok betegen segíthet. A követés során felismert 117 daganatprogresszióval és második daganattal bíró személyből a vizsgálat lezárásakor 31 élt, átlagosan több mint 5 évvel a primer műtétet követően. Magyar Onkológia 52:57–63, 2008

Közlésre érkezett:
2007. június 10.

Elfogadva:
2008. január 23.

Levelezési cím:
Dr. Szentpétery Félix
Fővárosi Önkormányzat
Uzsoki utcai Oktató
Kórház, Sebészeti-
Érsebészeti Osztály
1145 Budapest
Uzsoki utca 29.
Telefon: (06-1) 251-7333
Fax: (06-1) 220-9950
E-mail:
szentpety@uzsoki.hu

Kulcsszavak: rectumcarcinoma, hosszú távú követés, helyi daganatkiújulás, metasztázis, több szervi progresszió, második daganat

In developed societies colorectal cancer (CRC) is the second most frequent malignant tumor which causes more than 5000 deaths yearly in Hungary. We have attempted to answer the question how to improve the above mentioned data by the long-term follow-up of patients operated upon for rectal cancer at our department. Of the patients operated on for rectal cancer at our department between March 1990 and April 2006, we have conducted regular follow-up of 297 patients according to a protocol developed by us. We have examined the length of time between the rectum operation and the diagnosis and the number of local recurrences, distant metastases, tumor progression in more than one organ as well as second tumors (independent of the rectal cancer). During this period we found 24 local recurrences, 32 distant metastases, 43 tumor progressions in more than one organ, and 21 second tumors. In two patients, in addition to distant metastases, we found a second CRC independent of the original rectal cancer, and in one patient with tumor progression in more than one organ we also detected breast cancer. In one patient we found 3 second tumors (CR, lung and urinary bladder) independent of the original rectal cancer. Altogether we found tumors in 117 out of 297 patients. During the same period, we performed 69/117 operations and 31/117 patients were alive at the end of our study with a median survival of 60.4 (3-184) months. In summary, we can state that this work is beneficial for curing the recurrence of rectal cancer, making the patients' life longer or making the quality of life better for the patients operated on for rectal cancer. Szentpétery F, Atkári B, Jakab F. Our results coming from a long-term follow-up of the patients operated on for rectal cancer. Hungarian Oncology 52:57–63, 2008

Keywords: rectal cancer, long-term follow-up, local recurrence, distant metastasis, tumor progression in more than one organ, second tumor

BEVEZETÉS

Magyarországon a születéskor várható élettartam 2003-ban elérte a 72,5 évet, míg az Európai Unióban ugyanez a mutató 78,3 év. Ennek a rossz mutatónak a kialakulásában szerepet játszanak elsősorban a keringési rendszer betegségei, de a második leggyakoribb, halálhoz vezető betegségcsoport a daganatos betegség. Magyarország a rosszindulatú daganatos betegségek magas halálozási arányával világviszonylatban vezető helyet foglal el.

Hazánkban a daganatos betegségek között a második leggyakoribb daganatfélése a vastag- és végbélrák (CRC). 2004-ben Magyarországon 8658 új CRC-s beteget regisztráltak, és 5100-an haltak meg e betegség következtében (2). Mi magyarok a „Zöld könyv” adatai (23) szerint a végbéldaganatos betegek halálozási valószínűsége tekintetében az európai rangsorban az utolsók között foglalunk helyet (1. ábra), csak Bulgáriának és a szovjet utódállamoknak van rosszabb statisztikája.

Mai ismereteink szerint táplálkozásunk, káros szokásaink (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás), a gyulladásos bélbetegségek, genetikai faktorok, (mozgásszegény) életvitelünk, mind-mind szerepet játszanak a CRC kialakulásában.

A mindennapi nevelésnek (zsír- és fűszerszegény diéta, a dohányzás mellőzése, a vörös húsok, az alkohol, az állati fehérjék mértékletes fogyasztása, a természetes, antioxidánsokat és sok rostot tartalmazó nyers gyümölcsök, zöltségek nagyobb arányú fogyasztása, az elhízás kerülése, a rendszeres aktív mozgás) – a primer prevenciónak fontos szerepe van, de ugyancsak javíthatók a halálozási mutatók a szűrővizsgálatokkal (széklet-okkultvérteszt, endoszkópos vizsgálat) – a szekunder prevencióval is. Mi sebészek sem a primer, sem a szekunder prevencióban lényeges szerepet nem játszhatunk. Jelen vizsgálatunk célja az volt, hogy tisztázzuk, milyen eredményt értünk el az általunk operált végbéldaganatos betegek hosszú távú rendszeres ellenőrzésével, a tercier prevencióval.

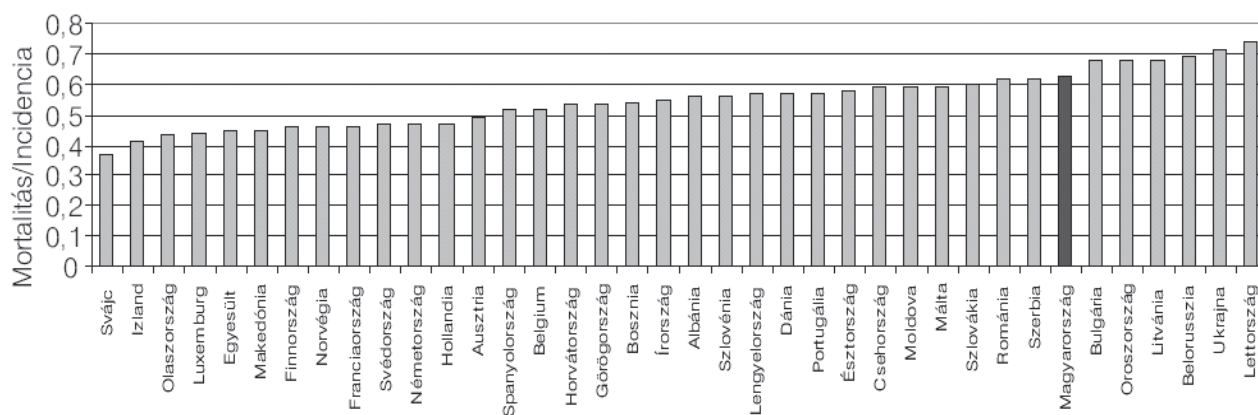
A betegek rendszeres ellenőrzésének eredményességét úgy próbáltuk értékelni, hogy a követés során észlelt helyi daganatkiújulások, távoli áttétek, és a végbéldaganattól teljesen független, a követés során észlelt

második daganat előfordulási arányát, illetve az ezzel kapcsolatos túlélési mutatókat vizsgáltuk. Ohlsson (18) a rendszeres követés fontosságát prospektív randomizált vizsgálatával úgy igazolta, hogy a rendszeresen ellenőrzött és nem ellenőrzött betegek túlélését hasonlította össze, két másik tanulmány (12, 20) több vizsgálat hatékonyságát hasonlította össze, míg másik kettő (9, 19) különféle gyakorisággal végzett ugyanazon vizsgálatok túlélésben megnyilvánuló hatékonyságát vette össze. A magyar irodalmat áttekintve azt találjuk, hogy Balogh (1) nem híve az intenzív utánkövetésnek, viszonylag ritkábban végeztet csak műszeres vizsgálatot, amennyiben a kuratív intervenciónak reális esélye van. Gergely (3) minden operált CRC-s beteg gondozását feltétlenül szükségesnek tartja, de ennek módját nem részletezi, míg Köves (10) részletes, precíz táblázatban ad útmutatást az operált végbéldaganatos betegek utánkövetéséhez.

Jelen prospektív vizsgálatunkban a rendszeres ellenőrzés során felismert daganatkiújulások miatt operált és nem operált betegek túlélési eredményeit hasonlítottuk össze. Ezt azért is fontosnak tartjuk, mert a számunkra elérhető magyar irodalomban az operált végbéldaganatos betegek hosszú távú utánkövetéséből levonható tapasztalatokra vonatkozó dolgozatot nem találtunk.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A CRC-k között a végbéldaganatos betegek diagnosztikája, kezelése, követése és rehabilitációja igényel a legtöbb szakértelmet és törődést, ezért foglalkozunk kiemelten e betegekkel. Az osztályunkon operált végbéldaganatos betegeket 1990 márciusában kezdtük el rendszeresen ellenőrizni és jelen vizsgálati periódusunkat 2006 áprilisában zártuk le. 379 beteg adatai vannak számítógépen, de jelen vizsgálatunkba 297 beteget vettünk be, akik mindenben megfelelnek jelen vizsgálati követelményeinknek. (A fennmaradó 82 beteg adatait azért nem értékeljük, mert e betegek rövid idővel a végbélműtétet követően a végbéldaganattól független betegségben haltak meg, illetve a tervezett vizsgálatokon nem jelentek meg, a követésből kimaradtak.)



1. ábra. Halálozási valószínűség végbéldaganatos megbetegedések esetén Európában a férfiak körében

A betegkövetés átlagos ideje 59,1 (3–199) hónap, tehát közel 5 év volt. A betegek átlagéletkora a műtét időpontjában 65,6 (30–86) év volt. Közülük 22 (7,4%) 50 év-nél fiatalabb, 119 (40%) 70 éves, vagy annál idősebb, 15 (5%) 80 éves vagy idősebb volt, mikor operáltuk. A nő és férfi arány 140:157, közel azonos arányban képviselt a két nem. A végbéldaganat aboralis szélének távolsága a végbélnyílástól átlagban 10 (1–16) cm volt.

A műteti preparátum szövettani feldolgozása alapján csoportosítva a betegeket azt mondhatjuk, hogy közel 11% volt kezdeti stádiumban (T0is1 N0 M0), míg több mint 51% előrehaladott stádiumban (T4, nyirokcsomó-érintettség, vagy távoli áttét) volt a műtét időpontjában (1. táblázat).

1. táblázat. A betegek megoszlása a daganatok TNM-stádiuma szerint

TNM-stádium	esetszám (%) (N=297)
T0is1 N0 M0	32 (10,8%)
T2 N0 M0	52 (17,5%)
T2 Nx12 M0	10 (3,4%)
T3 N0 M0	58 (19,5%)
T3 Nx12 M0	45 (15,2%)
T3 N01 M1	3 (1,0%)
T4 N0 M0	49 (16,5%)
T4 N123 M0	38 (12,8%)
T4 Nx012 M1	10 (3,4%)

A fenti betegcsoportot az általunk kialakított protokoll szerint rendszeresen, előre tervezetten hívtuk be ellenőrzésre. Az első évben 3 havonta, a második évben 4 havonta, a harmadik évtől félévente, az ötödik évtől évente, tíz év után 2 évente ellenőriztük betegeinket (2. táblázat). Természetesen ettől a sémától időnként eltértünk, mert egy Tis N0 M0 daganatos beteget kezdetben ritkábban ellenőrzünk, míg egy T4 N1 M1-es beteget hosszabb ideig ellenőrzünk a kezdeti gyakorisággal. Amennyiben pedig az ellenőrzés során bármilyen da-

ganatkiújulást találtunk, az adott beteg ismét az ellenőrzési protokoll elejére került, és ismét 3 havonta hívtuk vizsgálatokra.

Az ellenőrzést mindig részletes kikérdezéssel kezdjük, a jellemző tünetekre, panaszokra való rákérdezéssel. A hozott leletek értékelése után nagyon alapos fizikális vizsgálatot végzünk (has, lágyékajlat megtapintása, rectalis digitalis vizsgálat (RDV), végbélkiirtottagnál a végbél helyének, nőknél hüvelyen keresztül történő áttapintása).

A laborvizsgálatokba süllyedés, vérkép, máj- és vese-funkciós vizsgálatok, T vizeletvizsgálat tartozik. Csak célzottan végzünk tumormarker-vizsgálatot (CEA, CA-199, AFP), amennyiben ez a felmerült daganatkiújulás igazolását elősegítheti. Ugyan az emelkedett CEA-érték recidív CRC-t jelző 70-80%-os pozitív prediktív értékéről többen is közöltek adatokat (5, 14, 16), e marker szenzitivitása változóan bizonyult (16) (májáttét esetén 78%-os, míg tüdőáttét és helyi daganatkiújulás esetén csak 42-45%-os), és fals pozitivitásról is beszámolnak (14, 16). Mi elsősorban anyagi okokból nem használjuk rutinszerűen a tumormarker-meghatározást.

Minden ellenőrző vizsgálatkor hasi + rectalis (sphinctermegtartás után) / perinealis (exstirpatio után) UH-vizsgálatot is végeztetünk. Minden betegünk-nél ugyanazon személy végzi ezt a vizsgálatot, mely a kapott lelet kiértékelését megkönnyíti. Amennyiben szükséges, ugyanezen munkatárs segít a felfedezett betegség UH-vezérelte aspirációs citológiai vizsgálatának elvégzésében is. Az UH-vizsgálat olcsó, és jó kezekben 42-100%-os pozitív prediktív, illetve 90-99%-os negatív prediktív értékkel bír (11, 13, 22).

Kétirányú mellkas-röntgenvizsgálatot évente végeztetünk a területi tüdőszűrő állomáson.

A végbéldaganat helyi kiújulása a perirectalis szövetekben szokott megjelenni, és fokozatosan szűremíti be környezetét, ezért a követési protokollban szereplő vastagbéltükrözésnek nem a végbéldaganat helyi kiújulásának felismerésében van fontos szerepe, hanem a metachron, második CRC diagnosztikájában. Ezért végeztetünk az operált végbéldaganatos betegeknél az eredeti végbélműtét után 2 évvel, 5 évvel, illetve 10 év után 10 évente vastagbéltükrözést. Sphinctermegtartásos műtét

2. táblázat. Követési protokoll

Hónap	3	6	9	12	16	20	24	30	36	42	48	54	60
Fizikális vizsgálat	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Labor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UH	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mellkas-rtg.				X			X		X		X		X
Colonoscopia					S APE								S APE
Rectoscopia	S												

5 év után évente, 10 év után 2 évente fizikális vizsgálat, labor, mellkas-rtg. Colonoscopia-negativitás esetén 5 év után 5 évente ismételjük a colonoscopyt. APE: abdominoperinealis exstirpatio, S: sphinctermegtartásos resectio

után, amennyiben felmerül a reziduális tumor, vagy az anastomosisban jelentkező recidíva lehetősége, akkor mi magunk, sebészek ellenőrizzük a fenti területet rectoscoppal, anoscoppal. Azon betegeknél, akiknél a szűkítő végbéldaganat miatt az eredeti végbélműtét előtt a vastagbél-tükrözés a daganattól orális vastagbélre nem terjedt ki, a műtét után már negyed-fél évvel elvégeztetjük az első kontroll colonoscopiát. Természetesen az elvégzett vastagbél-tükrözés során talált, és eltávolított polypok szövettani leletének függvényében a tükrözést hamarabb ismételtük.

A képalkotó vizsgálatok (mellkasröntgen, illetve UH) által felvetett daganatkiújulás környezeti kapcsolatának tisztázása céljából, diagnosztikus bizonytalanság esetén általában CT-, ritkábban (amennyiben a CT-vizsgáló sem tud határozott választ adni a tumor kiterjedésére, környezethez való viszonyára) MR-vizsgálatot végeztetünk. A daganatkiújulást az irodalmi adatok szerint (4) a CT jelzi jobban, illetve hazai elterjedése, olcsósága a követésben előbbre sorolja. A PET-vizsgálat hazai elterjedése, illetve a vizsgálat árának csökkenése esetén e vizsgáló módszernek nagy jövője van a daganatos betegségek követésében.

A daganatkiújulással bíró egyének túlélését Kaplan–Meier-féle túlélési grafikonnal ábrázoltuk, illetve az operált és nem operált (kontroll) csoport túlélési görbéi közötti különbséget log-rank statisztikai teszttel hasonlítottuk össze. A $p < 0,05$ értékeket fogadtuk el szignifikáns eltérésnek.

EREDMÉNYEK

Az 1990 márciusa és 2006 áprilisa között operált 297 beteg követése során 24 (8,1%) betegnél észleltünk távoli áttétet, 32 (10,8%) betegnél helyi daganatkiújulást, 43 (14,5%) betegnél több szervben jelentkező daganatprogressziót (értelmezését lásd később), 21 (7%) betegnél pedig a végbéldaganattól teljesen független második daganatot. Azon 117 beteg között (a vizsgált betegek 39,4%-a), akiknél a követés során helyi daganatkiújulást, távoli áttétet, vagy második daganatot észleltünk, a nemi megoszlásban, illetve a korösszetételben egymáshoz, illetve a vizsgálatban résztvevő betegek egészéhez képest számottevő különbséget nem észleltünk.

TÁVOLI ÁTTÉTEK

24 betegnél (8,1%) észleltünk távoli áttétet, kettőnél még a távoli áttét mellett egy-egy újabb, az eredeti végbéldaganattól teljesen független CRC-t is. Azon betegek végbéldaganatainak szövettani stádiuma között, akiknél a követés során távoli áttétet észleltünk, természetesen sok volt a lokálisan előrehaladott (T4), illetve több volt a nyirokcsomóáttét, vagy a beteg már a primer végbélműtét idején is synchron metasztázissal rendelkezett (összesen 16/24). Érdemes azonban felfigyelni arra is, hogy azon betegek között, akiknél a követés során távoli áttétet észleltünk, minden negyedik-ötödik T2 N0 M0-os végbéldaganattal bírt (5/24) (3.

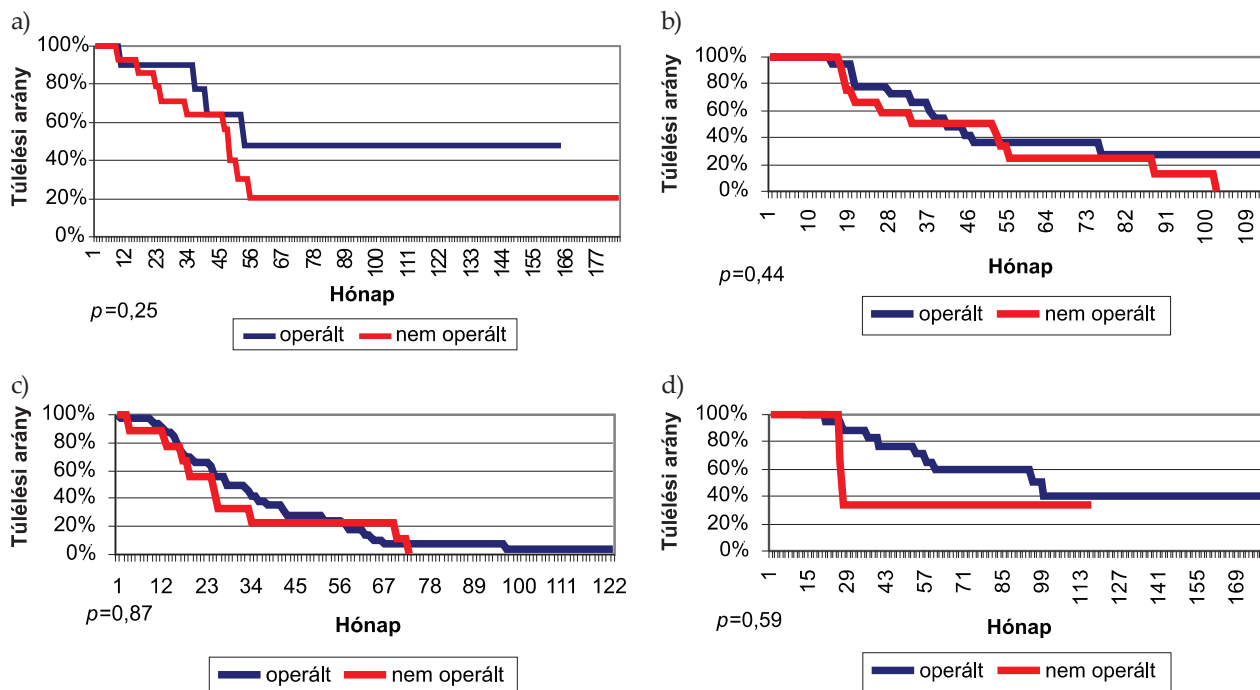
3. táblázat. Az egyes daganatkiújulási formákon belül az esetek megoszlása a primer tumor TNM-stádiuma szerint

TNM-stádium	Távoli áttét (N=24)	Helyi kiújulás (N=32)	Több szervi progr. (N=43)
Tis N0 M0(?)	–	1	–
T1 N0 M0	–	2	1
T2 N0 M0	5	1	4
T2 Nx12 M0	1	–	2
T3 N0 M0	3	4	8
T3 N12 M0	4	8	3
T3 N1 M1	–	–	1
T4 N0 M0	1	12	8
T4 N123 M0	7	3	13
T4 N012 M1	3	1	3

táblázat). A távoli áttétet általában 23 (3–111) hónappal a primer műtétet követően ismertük fel. A 24 távoli áttétes betegből hatnál tudtunk műtétet végezni, ebből 5 radikális volt, 2 esetben csak exploratióig jutottunk (egy beteget kétszer is megoperáltunk). A vizsgálat lezárásakor 24-ből 10 beteg élt, átlagban 71,6 (15–184) hónappal a végbéldaganat műtétjét követően (4. táblázat). A túlélési görbét nézve megállapíthatjuk, hogy a

4. táblázat. A betegek jellemzői a daganatkiújulás típusa szerint

	Távoli áttét	Helyi kiújulás	Több szervi progr.	Második tumor	Összesen
Esetszám	24 (8,1%)	32 (10,8%)	43 (14,5%)	21 (7,0%)	117 (39,4%)
Életkor, év	67,8 (42–82)	65,0 (44–85)	65,0 (34–86)	68,0 (57–85)	66,5 (34–86)
Nő:férfi arány	12:14	15:17	19:24	9:12	55:67
Felismerés, hónap	23 (3–111)	19 (4–97)	16 (2–62)	37 (0–121)	23,8 (0–121)
Műtési arány	6/24 (25%)	15/32 (47%)	33/43 (77%)	18/21 (86%)	69/117 (59%)
Élők aránya	10/24 (42%)	9/32 (28%)	3/43 (7%)	9/21 (43%)	31/117 (26%)
Túlélés, hónap	71,6 (15–184)	57,4 (14–113)	5,7 (3–123)	107 (28–179)	60,4 (3–184)



2. ábra Az operált és nem operált, távoli áttéttel (a), helyi daganatkiújulással (b), több szervi progresszióval (c), illetve második daganattal (d) bíró betegek Kaplan–Meier féle túlélési grafikonja

követés során felismert távoli áttét miatt operált, és a nem operált betegek túlélése között ugyan nem szignifikáns, de észlelhető különbség van az operáltak javára (2a–d ábra).

HELYI DAGANATKIÚJULÁSOK

32 betegnél (10,8%) találtunk helyi daganatkiújulást. E csoport eredeti műtéti szövettanát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy volt közöttük kezdeti stádiumú végbéldaganat (primer műtét radikalitása?) és előrehaladott végbéldaganat is (4. táblázat). Ezen daganatkiújulásokat átlagban 19 (4–97) hónappal a végbélműtét után ismertük fel. 15 betegnél végeztünk helyi daganatkiújulás miatt műtétet: ebből 14 radikális, 8 palliatív műtét volt, 2 esetben csak az exploratóig jutottunk (több betegnél végeztünk ismételt műtétet). A vizsgálat lezárásakor a 32 helyi daganatkiújulással bíró betegből 9 élt, átlagban 57,4 (14–113) hónappal a primer műtétet követően (4. táblázat).

TÖBB SZERVEN JELENTKEZŐ DAGANATPROGRESSZIÓ

Több szerven jelentkező daganatprogresszió alatt azt értjük, amikor a végbéldaganat műtete után több szervben egy időben (helyi kiújulás, illetve távoli áttét/ek/), vagy különböző időpontban észleljük a végbéldaganat progresszióját. Ilyen daganatprogressziót 43 betegnél észleltünk (egy több szerven jelentkező daganatprogresszióval bíró végbéldaganatos betegnél még egy em-

lődaganat is felismerésre került). A daganatprogresszió ezen formáját általában előrehaladott végbéldaganat műtete után észleltük (3. táblázat). Az első szervi daganatprogressziót általában 16 (2–62) hónappal a végbéldaganat műtete után észleltük. 43 betegből 33-nál végeztünk műtétet: 28 radikális, 17 palliatív műtét és 4 esetben exploratio volt. (Több betegnél ismételt beavatkozásra is sor került.) A vizsgálat lezárásakor a 43 betegből 3 élt 5,7 (3–123) hónappal a végbéldaganat műtete után (4. táblázat).

MÁSODIK DAGANAT

Az irodalmi adatokhoz hasonlóan (7, 10, 15) a rendszeres követés során mi is felismertünk az eredeti végbéldaganattól teljesen független második daganatot. 21 betegnél (az összes operált 7%-a) 4 CRC, 4 emlő, 3 húgyhólyag, 3 prostata, 2 tüdő, 1 bőr, 1 gége, 1 gyomor, 1 melanoma malignum oculi, 1 pancreas, 1 uterus, 1 vese rosszindulatú daganatot ismertünk fel. Egy betegnek összesen 3, a végbéldaganattól független tumora (CR, húgyhólyag, tüdő) volt. Ezen betegek között még 2 végbéldaganat távoli áttétet, egy betegnél pedig a végbéldaganat több szervben jelentkező progresszióját is észleltük. A végbéldaganattól független második daganat a primer végbélműtét után átlagban 37 (0–121) hónappal (kettő a végbéldaganat-műtétet synchron) került felismerésre, és a 21 betegből 18 beteget meg is operáltunk. A végbéldaganattal synchron felismert jobb oldali hypernephroma miatt a végbéldaganat műtétjével synchron nephrectomiát végeztünk, a végbélműtét során felismert pancreasfark-daganatot a végbélműtétet kö-

vetően 4 hónappal resectáltak (szöveti dg.: neuroendocrin differenciálódású acinocellularis cc.). 9 beteg a vizsgálat lezárásakor átlagban 107 (28–179) hónappal a primer végbélműtét után élt (4. táblázat).

MEGBESZÉLÉS

Magyarországon a második leggyakoribb halált okozó daganatféleség a CRC. E daganatok között a végbéldaganat speciális figyelmet érdemel a diagnosztikában, a sebészeti és onkológiai kezelésben, a rehabilitációban, de még a követési vizsgálatokban is. Az Amerikai Végbél- és Vastagbélsebész Társaság (The American Society of Colon and Rectal Surgeons) ajánlása szerint (21) a rendszeres ellenőrzés végzése I. B evidenciának felel meg. Az egyesült államokbeli National Cancer Policy Board, az Institute of Medicine és a National Research Council közös közleményben hívja fel a figyelmet, és ad tanácsot a daganatos betegek követésének, gondozásának javítása érdekében (8). Ugyanezen közlemény fontosnak tartja egy olyan rendszer kialakítását, melynek alapján ellenőrizni lehetne a beteggondozás, illetve -követés minőségét (az USA-ban mintegy 10 millió daganatos beteg tartanak nyilván).

Az osztályunkon 1990 márciusa és 2006 áprilisa között operált végbéldaganatos betegeket, szám szerint 297 beteget vontunk be jelen vizsgálatunkba. A rendszeres ellenőrzések során 99 betegnél találtunk a végbéldaganattal kapcsolatos helyi daganatkiújulást, illetve távoli áttétet, valamint 21 betegnél a végbéldaganattól teljesen független második daganatot. Mivel 2 betegnél a végbéldaganattól független második daganat mellett a végbéldaganat távoli áttétét, 1 betegnél pedig a végbéldaganat több szervben jelentkező progresszióját is észleltük, így összesen 117 betegnél észleltünk a rendszeres ellenőrzés során helyi daganatkiújulást, távoli áttétet, illetve újabb, második daganat megjelenését. Az eredeti végbélműtét idején rögzített kor- és nemi megoszlás tekintetében a négy csoport között lényeges eltérés nem volt. A kiújult daganatokat átlagban 23,8 hónappal az eredeti végbélműtét után ismertük fel, ebben benne volt a 0 hónapos synchron, illetve a 121 hónap után felismert metachron második daganat is. A késői második daganat-jelentkezések felhívják a figyelmet a végbéldaganatos betegek (fokozott daganatos rizikó!) hosszú távú követésének fontosságára (osztályunk követési tevékenysége több mint 16 éves). Általában a legagresszívabb végbéldaganatok kiújulását, illetve távoli áttétjét észleltük leghamarabb (több szervben jelentkező daganatprogresszió), míg a végbéldaganattól független második daganat megjelenését észleltük legkésőbb. Legjobb eredményt a végbéldaganattól független második daganatos betegeinknél értünk el, mert ebben a csoportban nagy arányban sikerült műtétet végezni (18/21), és a betegek túlélési aránya úgy szám szerint, mint időben jónak mondható (21 beteg-

ből 9 él, mintegy 117 hónappal az eredeti végbélműtétet követően). Viszonylag rossz arányban (6/24) tudtunk távoli áttétek esetén műtétet végezni, de az eredmény jó volt (24 betegből 10 él, átlagban 71,6 hónappal a végbélműtét után). Jó arányban (33/43) tudtunk a több szervben jelentkező daganatprogresszióval bíró betegeknél műtétet végezni, de az eredményünk a daganat agresszivitása miatt itt volt a legszerényebb (43 betegből csak 3 él mintegy 5,7 hónappal a végbélműtétet követően). Amennyiben a különféle daganatkiújulással, távoli áttétet, illetve második daganattal bíró egyének csoportjainak túlélési görbéit összehasonlítjuk, akkor elmondhatjuk, hogy mindegyik csoportban az operált betegek túlélési kilátásai jobbak, bár ez a szignifikancia szintjét egyik csoportban sem érte el. Ez is igazolja, hogy ma a daganat kezelésében a sebészeti ellátás a leghatékonyabb amellet, hogy az eredmények elérésében a társzakkák is nagyon fontos szerepet játszanak.

Mi költségelemzést a fenti kérdésben nem végeztünk, és ezzel foglalkozó magyar adatokat sem találtunk. Graham és mtsai (6) adataira hivatkozva elmondhatjuk, hogy csak CEA-szint mérésével 5 696 \$ szükséges egy daganatkiújulás felismeréséhez, mellkasröntgen végzése esetén 10 078 \$ szükséges egy daganatáttét felismeréséhez, míg a vastagbélűkrözés 45 810 \$-t igényel egy daganatkiújulás felismeréséhez. Norum és Olsen (17) a Norvég Tápcsatornai Rák Csoport (Norwegian Gastrointestinal Cancer Group) ajánlotta követési protokoll alapján végzett teoretikus költségelemzést, és számításai arra utaltak, hogy anyagi szempontból is egyértelműen kifizetődő a követési vizsgálatok elvégzése. A fenti adatokat végignézve elmondhatjuk, hogy az operált végbéldaganatos betegek követéses vizsgálataival sikerült több betegnél a daganat progresszióját időben felismerni, és az azonosított betegséget korszerűen ellátni, ezzel egyes érintett betegeket véglegesen kigyógyítani a daganatos betegségből, illetve több betegnek az életét meghosszabbítottuk, vagy az életminőségén javítottunk. Ezen kívül a daganatos betegséggel kapcsolatosan fokozott rizikóval bíró embereknek újabb rosszindulatú daganatokat ismertünk fel időben és látunk el. Ennek alapján elmondhatjuk, hogy ténykedésünk nem volt haszontalan. Ezt azért is hangsúlyozzuk, mert 2006. július elsejével az egészségügyi támogatások megszorítása miatt kénytelenek voltunk fenti tevékenységünkkel leállni, így a tercier prevencióból eredő előnyökkel nem javíthatjuk az általunk operált végbéldaganatos betegek túlélési kilátásait. A napjainkban folyó egészségügyi reform figyelmének arra is ki kell terjednie, hogy meghatározza, milyen egészségügyi tevékenységgel lehet a végbéldaganatos betegek életét, illetve közvetve a születéskor várható élettartamot meghosszabbítani, hogy ezzel is segítsük az Európai Unió egészségügyi színvonalához való felzárkózást. Nem biztos, hogy egy sebész feladata az operált végbéldaganatos betegek ellenőrzése, de ezt csinálni, folytatni egyértelműen szükséges!

Köszönetnyilvánítás: Ez úton is szeretném hálámat kifejezni Dr. Blans Beátának az ultrahangvizsgálatok, illetve Dr. Taller Andrásnak a colonoscopus vizsgálatok precíz elvégzéséért.

IRODALOM

- Balogh Á, Kahán Zs, Maráz A, et al. A colorectalis rák multidiscplináris kezelése. Orvosi Hetilap 142:547–557, 2001
- Demográfiai Évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2004
- Gergely M. A colorectalis rák. In: Sebészet. Szerk. Gaál Cs. Novotrade, Budapest 1991, pp. 470–477
- Gódné M. Az MR szerepe a daganatok diagnosztikájában. LAM 11:12–25, 2001
- Graffner H, Hultberg B, Johansson B, et al. Detection of recurrent cancer of colon and rectum. J Surg Oncol 28:156–159, 1985
- Graham RA, Wang S, Catalano PJ, Haller DG. Postsurgical surveillance of colon cancer: preliminary cost analysis of physician examination, carcinoembryonic antigen testing, chest x-ray, and colonoscopy. Ann Surg 228:59–63, 1998
- Hemminki K, Li X, Dong C. Second primary cancers after sporadic and familial colorectal cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 10:793–798, 2001
- Hewitt M, Greenfield Sh, Stovall E. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. Nat Acad Press, Washington DC 2005
- Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, Jorgensen OD. A prospective randomized study of follow-up after radical surgery for colorectal cancer. Br J Surg 84:666–669, 1997
- Köves I, Orosz Zs, Poller I. Colorectalis daganatok. In: Az onkoterápia irányelvei. Szerk. Kásler M. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft. 2001, pp. 193–194
- Lohnert M, Doniec JM, Kovacs G, et al. New method of radiotherapy for anal cancer with three-dimensional tumor reconstruction based on endoanal ultrasound and ultrasound-guided afterloading therapy. Dis Colon Rectum 41:169–176, 1998
- Makela JT, Laitinen SO, Kairaluoma MI. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer. Result of a prospective randomized trial. Arch Surg 130:1062–1066, 1995
- Mascagni D, Corbellini L, Urciuoli P, Di Matteo G. Endoluminal ultrasound for early detection of local recurrence of rectal cancer. Br J Surg 76:1176–1180, 1989
- McCall JL, Black RB, Rich CA, et al. The value of serum carcinoembryonic antigen in predicting recurrent disease following curative resection of colorectal cancer. Dis Colon Rectum 37:875–881, 1994
- McCredie M, Macfarlane GJ, Bell J, Coates M. Second primary cancers after cancers of the colon and rectum in New South Wales, Australia, 1972–91. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 6:155–160, 1997
- Moertel CG, Fleming TR, Macdonald JS, et al. An evaluation of the carcinoembryonic antigen (CEA) test for monitoring patients with resected colon cancer. JAMA 270:943–947, 1993
- Norun J, Olsen JA. A cost-effectiveness approach to the Norwegian follow-up programme in colorectal cancer. Ann Oncol 8:1081–1087, 1997
- Ohlsson B, Breland U, Ekberg H, et al. Follow-up after curative surgery for colorectal carcinoma. Randomized comparison with no follow up. Dis Colon Rectum 38:619–626, 1995
- Pietra N, Sarli L, Costi R, et al. Role of follow-up in management of local recurrences of colorectal cancer: a prospective randomized study. Dis Colon Rectum 41:1127–1133, 1998
- Schoemaker D, Black R, Giles I, Tooouli J. Yearly colonoscopy, liver CT, and chest radiography do not influence 5-year survival of colorectal cancer patients. Gastroenterology 114:7–14, 1998
- The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Surveillance and Follow-Up of Patients With Colon and Rectal Cancer. Dis Colon Rectum 47:807–817, 2004
- Waizer A, Powsner E, Russo I, et al. Prospective comparative study of magnetic resonance imaging versus transrectal ultrasound for preoperative staging and follow-up of rectal cancer: preliminary report. Dis Colon Rectum 34:1068–1072, 1991
- Zöld Könyv Magyar Egészségügy. Készült a Miniszterelnöki Hivatal megbízásából 2006