

# EREDETI KÖZLEMÉNY

## CIN és IA stádiumú méhnyakrák: hurok/kúpkimetszés vagy méheltávolítás?

PÓKA RÓBERT DR., JUHÁSZ ALPÁR GÁBOR DR.

*Debreceni Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen*

**ÖSSZEFOGLALÁS** A szerzők Debreceni Egyetem Női Klinikáján kezelt esetek visszatekintő elemzésével vizsgálták a hurok/kúpkimetszés és a méheltávolítás helyét a méhnyak rákelőző állapotainak valamint az IA stádiumú méhnyakráknak a kezelésében. 1995 és 2001 között 696 esetben végeztek kúpkimetszést, s ezek 4,2%-a ismételt beavatkozás volt. Ugyanebben az időszakban 510 betegen 523 hurokkimetszést végeztek. Az ismételt hurokkimetszés aránya 2,5% volt. A kúpkimetszéssel eltávolított anyagok szövettani vizsgálata 48%-ban igazolt rákelőző állapotot, míg hurokkimetszéseknél ez az arány 21% volt. A CIN 1, CIN 2, CIN 3, CIS, CIN a súlyossági fok megjelölése nélkül és az áttörő méhnyakrák gyakorisága a hurokkimetszéssel illetve kúpkimetszéssel eltávolított anyagokban sorrendben 6, 3, 3, 2, 7 és 5,5%, illetve 4, 11, 10, 15, 8 és 3% volt. Az 1991 és 2000 között megállapított hámon belüli rák (carcinoma in situ, CIS) esetek kórlapi adatait áttekintve a 80 kúpkimetszésből 29-ben a metszésvonal a kóros hámon haladt át. A hurokkimetszéssel megállapított 10 CIS esetéből 9-nél volt pozitív a kimetszési határ. 2203 esetet rögzítő adattárunkból 216 IA stádiumú méhnyakrákos beteget azonosítottak, akik közül 140-en elsődlegesen műtéti kezelésben részesültek. Az elsődleges kúpkimetszéssel és méheltávolítással kezelt betegek kiújulásának gyakoriságában nem volt jelentős különbség. Elsődleges kúpkimetszés után 22 betegnél végeztek méheltávolítást, 9 betegnél nem történt további műtét. Az első csoportban 59 hónapos átlagos nyomon követés alatt két esetben újult ki a betegség, míg a második csoportban hasonló tartamú követés alatt egyben sem. Az elsődleges és másodlagos méheltávolítással kezelt betegek kiújulási aránya öt éves átlagos nyomon követés során sorrendben 8/109 és 2/18 volt.

*Kulcsszavak* hurokkimetszés, kúpkimetszés, méheltávolítás

*Levelezési cím:*

**Dr. Póka Róbert**

Debreceni Egyetem,

Női Klinika

4012 Debrecen Pf. 37.

Távbeszélő: (36 52) 417144 Távmasoló: (36 52) 417171

**ABSTRACT** The place of diathermy loop excision of the transformation zone, cone biopsy and hysterectomy in the treatment of preneoplastic lesions of the cervix and in stage IA cervix carcinoma was analysed in a retrospective study. Between 1995 and 2001, 696 cone biopsies were performed including 29 repeat procedures. In the same period, 510 loop diathermy excisions were performed, 13 of which were repeat operations. Forty-eight percent of cold knife cone specimens and 21% of loop specimens showed dysplasia. The frequency of CIN 1, CIN 2, CIN 3, CIS, CIN of undetermined severity was 6, 3, 3, 2, 7 and 5.5% in the loop specimens, and 4, 11, 10, 15, 8 and 3% in the cone specimens, respectively. Hospital reports of cervical in situ carcinoma cases diagnosed between 1991 and 2000 were reviewed. The excision margins were involved by dysplastic epithelium in 29 out of the 80 cases treated with cone biopsy, and in 9 out of 10 loop excision cases. Two hundred and sixteen cases of stage IA cervical carcinoma were identified in a database of 2203 cervix carcinoma patients. Further analysis was carried out on follow-up data of those 140 patients who underwent primary surgical treatment. The frequency of recurrent disease was similar in patients treated with primary cone biopsy and those with primary hysterectomy. Following primary cone biopsy, 22 patients underwent hysterectomy as a secondary surgical treatment and 9 patients received no further treatment. During a follow-up of median 59 months, 2 patients developed recurrent disease in the first group and none in the second group. Stage IA cervix carcinoma patients treated with primary and secondary hysterectomy had an 8/109 and 2/18 frequency of recurrent disease, respectively.

*Key words* loop excision, conisation, hysterectomy

**BEVEZETÉS** A hurok- és kúpkimetszés összehasonlítását sokféle szempont alapján el lehet végezni. Az, hogy a hurokkimetszés mennyivel olcsóbb, gyorsabb és kényelmesebb, mint a kúpkimetszés, minden nőgyógyász tudja. A szöveti minták feldolgozhatóságát leginkább a kórszövettanász hivatott megítélni. A kúpkimetszéssel eltávolított anyag részletes feldolgozása elengedhetetlen feltétele annak, hogy a műtét kórismézési és kezelési ér-

tékét teljesen érvényre juttathassuk (1). A kúpkimetszéssel eltávolított anyagok aprólékos szövettani feldolgozásának jelentőségére *Burghardt* (2) hívta fel a figyelmet. CIN 1 esetében a hazai vélemény formáló szakemberek többsége kezelést nem tart szükségesnek (3). A hurokkimetszés és kúpkimetszés kórismézési és kezelési hatékonyságát a kimetszési határok érintettségével, illetve a műtét után visszamaradt elváltozás előfordulásával mérhetjük. Burkoltan ugyanezeket a mutatókat egyesíti az ismételt beavatkozás előfordulása. Természetesen, egy második műtetre vonatkozó döntést messzemenően befolyásol az, hogy milyen súlyossági fokú elváltozásról van szó, hány éves a beteg, és hogy akar-e még szülni. A CIN gyakoriságát a kúpkimetszéssel eltávolított anyagokban messzemenően befolyásolja a kúpkimetszés javallata (4). Hetven százalék fölötti arányban várható CIN azokban az intézetekben, ahol a műtét előtt rendszeresen végeznek méhnyakcsatorna kaparást. Gyanús kolposzkópos kép miatt végzett kúpkimetszések anyagában 20% fölötti gyakorisággal fordul elő negatív szövettani eredmény.

A CIN különböző véletlenszerűen kiválasztott hagyományos kezelési módjait összehasonlító tanulmányok összefoglaló értékelését *Nuovo és mtsai* (5) végezték el. A 3811 beteg közül 627-nél történt kúpkimetszés, 635-nél pedig hurokkimetszés. A tanulmányok véletlenszerű összehasonlító volta a szövettani eredmények megoszlásának összehasonlítását ugyan feleslegessé teszi, a betegcsoportok egységességét azonban csak így lehetett volna megbízhatóan igazolni. Az összefoglaló értékelés nem talált jelentős különbséget a hurok- és kúpkimetszéssel kezelt betegek rákelőző állapotának kiújulási arányában és a szövődmények gyakoriságában sem. Az óriási adathalmazt feldolgozó értékelés jelentőségét az is csökkenti, hogy az átlagos nyomon követési idő 12 hónap volt.

Hazai összefoglaló anyagban nem található útmutatás arra vonatkozóan, hogy mikor kell hurokkimetszést és mikor kell kúpkimetszést végezni (6). *Ungár és mtsai* (7) elsőként számoltak be a hurokkimetszéssel szerzett hazai tapasztalatokról. A hurokkimetszés megbízható, gyors és szövétkimélő eljárás, amely a járóbeteg ellátásban is alkalmazható. Megfelelő műtéti módszerrel elérhető, hogy a szöveti minták szélének károsodása nem olyan mértékű, hogy az a szövettani vizsgálatot befolyásolná (8).

**ANYAG ÉS MÓDSZER** A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DE OEC) Női Klinikáján kezelt esetek visszatekintő elemzésével vizsgáltuk a hurok/kúpkimetszés és a méheltávolítás helyét a méhnyak rákmegelőző állapotainak valamint az IA stádiumú méhnyakrák kezelésében. A téma kidolgozásához, illetve következtetéseink levonásához adatainkat három különböző forrásból gyűjtöttük össze.

1. A Debreceni Egyetem Központi Klinikai Betegnyilvántartó rendszerének 1995. október 1. és 2001. október 1. közötti adataiból gyűjtöttünk adatokat. Az N8700 (CIN 1), N8710 (CIN 2), N8720 (CIN 3), N8790 (CINx), D0600 (méhnyakcsatorna

CIS), D0610 (méhnyakfelszín CIS), D0670 (méhnyak egyéb részei CIS) és D0690 (méhnyak CIS) BNO kódok valamint a 56710 (szikekúpkimetszés, hidegkés konizáció), 56722 (méhnyak kimetszés elektrodiatermiás eszközzel) WHO beavatkozási kódok alkalmazásával azonosítottuk a klinikán kezelt eseteket. A személyi adatok, kórházi ápolási esemény azonosítók, felvételi és hazabocsátási adatok alapján azonosítottuk az ismételt beavatkozásban részesült eseteket. Meghatároztuk a különböző súlyossági fokú CIN esetek előfordulási arányát a hurok- és kúpkimetszéssel kezelt betegek között.

2. A DE OEC Női Klinikájának kórlap raktárából kigyűjtöttük az elmúlt 10 év CIS eseteinek kórlapjait. Százhat beteg kórlapját értékeltük, ebből 80 esetben kúpkimetszés, 14 esetben méhnyak kaparás vagy próbakimetszés, 10 esetben hurokkimetszés, 2 esetben pedig méheltávolítás szövettani eredményén alapult a kórisme. Célkitűzéseinknek megfelelően a 80 kúpkimetszéses és a 10 hurokkimetszéses eset adatait elemeztük részletesen. A két csoportban összehasonlítottuk a kimetszési határok érintettségét, a második műtét előfordulását, annak típusát és a visszamaradt CIN gyakoriságát.

3. A DE OEC Női Klinikája kisebb megszakítással 1969 óta vesz részt a FIGO nőgyógyászati onkológiai adatgyűjtésében. A több mint harminc ország csaknem száz kórházának nőgyógyászati onkológiai tevékenységét összesítő adatok háromévente jelennek meg. A legutóbbit, a huszonnegyedik Annual Report-ot 2001-ben adták ki. Eddig összesen 2203 méhnyakrákos esetről jelentettünk klinikai szövettani, kezelési és nyomon követési adatokat. A teljes adattárban 216 IA stádiumú esetet találtunk. Ezek közül a legutóbbi Annual Reportban közölt 39 eset IA1 (17 beteg) illetve IA2 (22 beteg) stádiummal szerepel. A régebbi esetekre vonatkozóan visszamenő stádium meghatározást nem végeztünk, ezért a legutóbbi 39 esetet a korábbiakkal összevonva elemeztük. A 216 esetből 89-ben műtéti és kiegészítő sugárkezelés, 61-ben műtét előtti sugárkezelést követő műtéti kezelés és szükség szerinti műtét utáni sugárkezelés, 51-ben csak műtéti kezelés, 15 esetben pedig csak sugárkezelés történt. Egy 80 év fölötti nőbeteg esetében semmilyen onkológiai kezelést nem adtunk. A célkitűzésnek megfelelően csak azt a 140 esetet elemeztük részletesebben, akiknél gyógyító célú műtét volt az első beavatkozás (89+51 eset). Rögzítettük az első és az esetleges második műtét típusát, a nyomon követés tartamát és a kiújulás előfordulását. Összehasonlítottuk a kiújulás gyakoriságát a különböző műtéti típusú csoportok között.

**EREDMÉNYEK** 1995 és 2001 között 696 esetben végeztek kúpkimetszést, s ezek 4,2%-a ismételt beavatkozás volt. Ugyanebben az időszakban 510 betegen 523 hurokkimetszést végeztek. Az ismételt hurokkimetszés aránya 2,5% volt. Hat éves klinikai adathalmazban 50 olyan esetet találtunk, akiknél a méhnyakrák kórisméjét kúpkimetszés, illetve hurokkimetszés anyagának szövettani vizsgálata alapján állítottuk fel. A 21 kúpkimetszés között két betegnél történt ismételt kúpkim-

zés, a 29 hurokkimetszés után egy esetben sem történt további hagyományos műtét. Ugyanabban az időszakban a kúpkimetszések 10,5%-ában találtunk CIS-t, illetve súlyos rákelőző állapotot. A hurokkimetszések esetén ez az arány 2,9% volt. A 696 kúpkimetszéssel eltávolított szövetminta között 29-ben volt CIN 1, 79-ben CIN 2, 66-ban CIN 3, 102-ben CIS, 58-ban pedig CIN a súlyossági fok jelölése nélkül. Az 523 hurokkimetszéssel eltávolított anyag közül 32-ben volt CIN 1, 16-ban CIN 2, 15-ben CIN 3, 12-ben CIS, 36-ban pedig CIN a súlyossági fok jelölése nélkül. Lényegében ugyanezeket az adatokat mutatja be az 1. táblázat százalékos arányokkal. Összesítve, a kúpkimetszéssel eltávolított anyagok szövettani vizsgálata 48%-ban igazolt rákelőző állapotot, míg hurokkimetszéseknél ez az arány 21% volt.

1. Táblázat. CIN fokozatok viszonyított előfordulása hurok- és kúpkimetszés- el távolított anyagokban

|          | Hurokkimetszés (%) | Kúpkimetszés (%) |
|----------|--------------------|------------------|
| CIN 1    | 6                  | 4                |
| CIN 2    | 3                  | 11               |
| CIN 3    | 3                  | 10               |
| CIS      | 2                  | 15               |
| CINx     | 7                  | 8                |
| Összesen | 21                 | 48               |

Az 1991 és 2000 között megállapított CIS esetek kórlapi adatait áttekintve a 80 kúpkimetszésből 29-ben a metszésvonal kóros hámon haladt át. A hurokkimetszéssel kezelet 10 CIS esetéből 9-nél volt pozitív a kimetszési határ. Pozitív kimetszési határ esetén fiatal, még szülni akaró nőbetegeknél is felmerül a további műtét szükségessége. Kúpkimetszés anyagából kórismézett, nem az éppen kimetszett CIS eseteink között 29-ből 20-nál történt további műtét; kilencnél ismételt kúpkimetszés, 11-nél pedig méheltávolítás. Kilenc hurokkimetszéses esetünk közül 8-nál végeztünk további műtétet. Hét esetben kúpkimetszés vagy ismételt hurokkimetszés, egy esetben pedig méheltávolítás történt. Az elsődleges kúpkimetszést követő újabb hagyományos műtét 9 esetéből 3-nak az anyagában volt visszamaradt CIN. Kúpkimetszés utáni méheltávolítás esetén 11-ből 4 esetben volt visszamaradt CIN. A nyolc hurokkimetszés utáni esetből 7-nél hagyományos méhnyakműtét történt, és mind a 7 esetben volt visszamaradt CIN. A hurokkimetszést követő méheltávolítás szövettani anyagában is volt CIN. Daganatmentes másodlagos műteti anyag tehát csak olyan esetekben fordult elő, ahol az elsődleges műtét kúpkimetszés volt (2. táblázat).

2. Táblázat. Visszamaradt CIN viszonyított gyakorisága nem éppen kimetszett CIS miatt végzett második műteti anyagban

| Második műtét      | Elsődleges műtét |              |
|--------------------|------------------|--------------|
|                    | Hurokkimetszés   | Kúpkimetszés |
| Hurok/kúpkimetszés | 7/7              | 3/9          |
| Méheltávolítás     | 1/1              | 4/11         |

A FIGO Annual Reportok részét képező, 2203 esetet rögzítő adattárból 216 IA stádiumú méhnyakrákos beteget azonosítottunk, akik közül 140-en elsődleges műteti kezelésben részesültek. Ebből 89 esetben történt elsődleges műtétet követő sugárkezelés, 61 esetben műtét előtti sugárkezelést követő műtét szükség szerinti műtét utáni sugárkezeléssel, 51 esetben csak műteti kezelés, 15 esetben pedig csak sugárkezelés. Egy 80 év fölötti idős nőbeteg esetében onkológiai célú kezelést nem végeztünk. A 140 elsődlegesen műteti kezelésben részesült beteg közül 31-nél kúpkimetszés, 109-nél pedig méheltávolítás történt. A további elemzés során a méheltávolítás kiterjesztettség szerint nem bontottuk tovább ez utóbbi betegcsoportot. A 31 elsődleges kúpkimetszésen átesett nőbeteg közül 22-nél történt második lépésben méheltávolítás, 9-nél pedig nem történt további műtét. Huszonhét kúpkimetszéssel és 109 méheltávolítással kezelt betegnél állt rendelkezésre nyomon követési adat. Az elsődleges kúpkimetszéssel és méheltávolítással kezelt esetében a betegség kiújulásának gyakoriságában nem volt jelentős különbség. Elsődleges kúpkimetszés után 22 betegnél végeztünk méheltávolítást, 9 betegnél nem történt további műtét. A 22 kúpkimetszéssel majd méheltávolítással kezelt beteg közül 18-ról volt nyomon követési adatunk. Ezek között 59 hónapos átlagos követési idő alatt két esetben újult ki a betegség, míg a csak kúpkimetszéssel kezelt csoportban hasonló tartamú követés alatt egyben sem. A 3. táblázatban az elsődleges és másodlagos méheltávolítással kezelt betegek gyógyulási eredményeit hasonlítottuk össze.

3. Táblázat. Elsődleges és másodlagos méheltávolítással kezelt IA stádiumú méhnyakrákos esetek nyomon követése

|  | Méheltávolítás |            |
|--|----------------|------------|
|  | Elsődleges     | Másodlagos |
| Esetszám                                     | 109            | 18         |
| Nyomon követési tartam (hónap) átlag (hónap) | 0-280          | 3-157      |
| Kiújult esetek                               | 60             | 59         |
|  | 8              | 2          |

Az elsődleges és másodlagos méheltávolítással kezelt betegek kiújulási aránya öt éves átlagos nyomon követés során sorrendben 8/109 és 2/18 volt. Bár a különbség statisztikailag nem szignifikáns (OR=1,625; 95%CI = 0,3-8,3), klinikai szempontból a másodlagos méheltávolítással kezelt betegek kedvezőtlenebb gyógyulási aránya egyértelműnek tűnik.

**MEGBESZÉLÉS** Kúpkimetszés után közel kétszer gyakrabban van szükség második műtetre, mint hurokkimetszés után. Ez önmagában is azt sejteti, hogy a hurokkimetszést inkább enyhébb elváltozások kimetszésére alkalmazzuk. Hazai vezető nőgyógyászaink többsége hurok/kúpkimetszésből igazolt CIN 1-2 esetekben további kezelést nem tart szükségesnek (9). A megállapítást számadatokkal támasztja alá az, hogy kúpkimetszéssel eltávolított anyagokban több, mint kétszer gyakoribb a CIS vagy a rákelőző állapot bármely súlyossági foka, mint hurokkimetszéssel eltávolított anyagokban. *Abkarovics és mtsai* (10) anyagában az onkológiai javallat alapján hurokkimetszéssel el-

távolított anyagok 43,9%-ában volt kimutatható rákelőző állapot. Az áttörő rákos folyamat gyakorisága 0,9%-os volt. Több, mint háromszáz kolposzkópos és sejtkenet eltérés miatt végzett kúpkimetszés során *Pete és mtsai* (11) közel 17%-ban találtak CIS-t. Súlyosabb fokozatú rákelőző állapotokban a kimetszési határok érintettsége magasabb mind hurokkimetszés, mind pedig kúpkimetszés esetén (12). *Hillemans és mtsai* (12) tanulmányában a szél pozitivitás gyakorisága nem különbözött a két műtéti csoportban. Ennek az lehet a magyarázata, hogy az összehasonlítást párosított eset-ellenőrző tervezésű tanulmányban végezték el. *Huang és Hwang* (13) hurokkimetszést, illetve kúpkimetszést követő méheltávolítások szövettani anyagában sorrendben 37%-ban, illetve 28%-ban mutattak ki visszamaradt rákelőző állapotot. Bár a különbség statisztikailag nem szignifikáns, klinikai értelemben elég szembetűnő. Nem teljes kimetszésű CIN 3 esetekben a hazai szakemberek többsége méheltávolítást javasol, ha a beteg már nem akar szülni (9). Még szülni kívánó nőknél a többségi vélemény ismételt hurok/kúpkimetszést tart indokoltnak.

CIS eseteiben hurokkimetszéses műtétnél háromszor gyakoribb a pozitív kimetszési határ, mint kúpkimetszés esetén. Amennyiben az ilyen esetenél második műtétet végzünk, másfélszer gyakrabban számíthatunk visszamaradt CIN-re a műtéti szövettanban, ha az első műtét hurokkimetszés volt, szemben az elsődleges kúpkimetszés utáni esetekkel. *Pete és mtsai* (11) a másodlagos méheltávolítással kezelt betegek szövettani anyagában 17-ből 12 esetben találtak visszamaradt rákelőző állapotot. *Kolstad és Klemm* (14) klasszikus tanulmánya 795 kúpkimetszéssel kezelt beteg 5-25 éves nyomon követése során 3,5%-ban talált CIS-t vagy áttörő méhnyakrákot.

IA stádiumú méhnyakrákban kúpkimetszés vagy méheltávolítás után hasonlóan alacsony kiújulási arányra számíthatunk. Az összehasonlítást nehezíti, hogy az évek folyamán a stádiummeghatározás és a kezelési elvek változtak. IA stádiumú méhnyakrákban másodlagos méheltávolítás után gyakoribb a betegség kiújulása, mint elsődleges méheltávolítás után, bár a különbség statisztikailag nem szignifikáns.

A méhnyak rákelőző állapotainak és korai rákos elváltozásainak felismerésében és a súlyossági foknak megfelelő kezelés kiválasztásában kulcsszerepet játszik a kolposzkópia és a sejtkenet vizsgálat. Vezető hazai nőgyógyászok és sejttanászok egybehangzó véleménye szerint a sejtkenet és a kolposzkópia egyaránt értékes kórismézési módszer, a kettőt egymástól elválasztani nem lehet (3). A sejttanászok véleménye szerint a sejtkenet és szövettani vizsgálati eredmények közötti eltérés nagyrészt a sejttanász és a klinikus közötti megbeszélés hiányosságára vezethető vissza (15). A téves negatív sejtkenet leletek oka az esetek túlnyomó többségében anyagvételi hiba, ritkábban értékelési hiba (16). A CYBA-kör egyeztető tudományos rendezvénye a folyamatos minőségellenőrzést, valamint a sejttanászok és klinikusok továbbképzését tartja legfontosabbnak a kérdés megoldásában. A rákszűrés hatékony-

ságát fokozza, a hamis pozitív eredmények és a felesleges beavatkozások gyakoriságát pedig csökkenti a humán papillomavírus fertőzések virológiai vizsgálata (17). A méhnyakrák-szűrés folyamatos kiértékelése a szemlélet egységesítésének hatékony módszere (18).

**KÖVETKEZTETÉS** A rákelőző méhnyak elváltozás súlyosságával párhuzamosan emelkedő sorrendben mérlegelendő a hurokkimetszés, a kúpkimetszés vagy a méheltávolítás végzése. Ahhoz, hogy ezt betarthassuk, fontos a rákelőző állapot fokának minél pontosabb műtét előtti becslése. Ebben segítségünkre van a kolposzkópia, a sejtkenet vizsgálat és a Magyarországon kevésbé elterjedt célzott kimetszés (punch biopsia).

#### IRODALOM

1. Glasz T, Cseh I, Sebők J. A nőgyógyászati műtéti készítmények makroszkópos feldolgozása. A portio conisatio hatékonysága (információ áramlás klinikus és patológus között). *Magy Nőorv L* 1998; 61:319.
2. Burghardt E, Holzer E. Treatment of carcinoma in situ: evaluation of 1609 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 55:539.
3. Bősze P (szerk.). Nyájas beszélgetések. A méhnyakrákszűrés szakmai kérdései. *Nőgyógy Onkol* 1997; 1:45.
4. Massad SL, Chronopoulos FT, Cejtin HE. Correlating cone biopsy histology with operative indications. *Gynecol Oncol* 1997; 65:286.
5. Nuovo J, Melnikow L, Willan AR, Chan BK. Treatment outcomes for squamous intraepithelial lesions. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68:25.
6. Cseh I. A cervicalis intraepithelialis neoplasia (CIN) diagnosztikája és terápiája. *Magy Nőorv L* 1996; 59:87.
7. Ungár L, Rappai Á, Sellyei M, Csermely Gy, Siklós P, Asbóth Á. Méhnyak kacs-konizációval szerzett tapasztalataink az első 100 eset kapcsán. *Magy Nőorv L* 1994; 57:107.
8. Bősze P, Pete I, Gonda G, Artner A. A hurokkimetszés helye a méhnyak rákmegelőző állapotainak ellátásában. *Magy Nőorv L* 1995; 58:301.
9. Bősze P (szerk.). Nyájas beszélgetések. A méhnyak megbetegedéseinek és a myomák szakmai kérdései. *Nőgyógy Onkol* 1997; 3:255.
10. Abrakovics G, Rác T, Kornya L, Nádor K, Krasznai P. Hurokkimetszéssel szerzett tapasztalataink 425 eset alapján. *Nőgyógy Onkol* 1997; 1:7.
11. Pete I, Tóth V, Bősze P, Lehoczky Gy, Teleki A. A konizáció értéke a méhnyak in situ rákjának kezelésében. *Magy Onkol* 1993; 37:211.
12. Hillemans P, Kimming R, Dannecker C, Noorzai T, Diebold J, Thaler CJ, Hepp H. LEEP versus cold knife conization for treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Zentralbl Gynäkol* 2000; 122:35.
13. Huang LW, Hwang JL. A comparison between loop electrosurgical excision procedure and cold knife conization for treatment of cervical dysplasia: residual disease in a subsequent hysterectomy specimen. *Gynecol Oncol* 1999; 73:12.
14. Kolstad P, Klem V. Longterm follow-up of 1121 cases of carcinoma in situ. *Obstet Gynecol* 1976; 48:125.
15. CYBA-kör mtsai. A cervix citológia aktuális kérdései I. Pozitív citológia – negatív szövettan? *Magy Nőorv L* 1998; 61:497.

16. CYBA-kör mtsai. A cervix citológia aktuális kérdései II. Negatív citológia → pozitív szövettan? Magy Nőorv L 2000; 63:499.

17. Bak M, Mágori A, Gulyás M, Cseh I, Szöllősi J, Deák J, Nyári T, Jakab I, Jármái J. A cervix cytologiai diagnózisok és a human papillomavirus

(HPV) infekció közötti összefüggés vizsgálata. Cytopathologiai és virológiai tanulmány. Magy Nőorv L 1998; 61:235.

18. Gaál M, Mágori A, Orosz Zs, Szerdahelyi A, Szentirmay Z, Tóth J, Bak M. Cervix cytologiai és kórszövettani audit. Magy Nőorv L 1999; 62:35.

## FELHÍVÁS

Kérjük azokat a kollegákat, akiknek jár a Nőgyógyászati Onkológia, hogy a folyóirat zavartalan postázása érdekében, címváltozás esetén a Szerkesztőséget értesíteni szíveskedjenek. A szükséges adatok: név, kézbesítési cím, távbeszélő, távmásoló és villanyposta cím.

Az értesítést kérjük Primed-X Kiadó, 1201 Budapest, Postafiók 46. Távmasoló: 4290318, Villanyposta: mail@primed-x.hu küldeni.

Kérjük azokat az orvosokat, akik szeretnék a Nőgyógyászati Onkológia című folyóiratot megkapni, a Szerkesztőséget a fentiek szerint szíveskedjenek értesíteni. A folyóiratot az orvosoknak térítésmentesen küldjük.

*Szerkesztőség*