

Korai méhnyakrákban végzett fertilitás-megtartó műtétre való alkalmasság vizsgálata



Molnár Szabolcs dr., Daragó Péter dr., Krasznai Zoárd dr.,
Juhász Gábor dr., Török Olga dr., Hernádi Zoltán dr., Póka Róbert dr.

Debreceni Egyetem KK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet (Intézetvezető: Póka Róbert dr.)

Célkitűzés: A szerzők radikális trachelectomia onkológiai hatékonyságát vizsgálták műtéteik elemzésével. Az onkológiai szempontból inszufficiens esetek klinikopatológiai adatai révén kívánták meghatározni azokat a prognosztikai adatokat, amelyek a fertilitás-megőrző műtétre való alkalmatlanságot előre jelezhetik.

Anyag és módszer: A szerzők az Intézetükben végzett radikális trachelectomián átesett betegek adatait retrospektíven elemezték. A kórlapok és az informatikai rendszerben tárolt adatok alapján vizsgálták a vaginalis és az abdominalis műtétek előfordulását, az egyes esetek részletes klinikopatológiai és nyomon követési adatait. Az elvégzett műtéteket onkoterápiás szempontból inszufficiensnek tekintették, ha a trachelectomiát követő 3 hónapon belül kiegészítő daganatellenes kezelésre volt szükség. Az onkológiai szempontból szufficiens és inszufficiens esetek patológiai adatainak összevetése révén állapították meg a fertilitás-megőrző műtétre vonatkozó alkalmatlanság prognosztikai tényezőit.

Eredmények: 24 esetben végeztek radikális trachelectomiát. 9 betegnél vaginalis trachelectomia laparoszko­pos kismedencei lymphadenectomiával, 15 esetben pedig nyílt abdominalis trachelectomia történt. 16 esetben nem volt szükség kiegészítő onkológiai kezelésre. 3 esetben azonnali konverzió vált szükségessé intraoperatív gyorsfagyasztott szövettani vizsgálat alapján pozitív sentinel-nyirokcsomó és/vagy pozitív isthmicus korong miatt. További 5 esetben a végleges patológiai lelet indokolta a kiegészítő onkológiai kezelést radikális hysterectomia [2], kemoradioterápia [2] vagy kemoterápia [1] formájában. Az azonnali konverzió átesett csoportban 1, a kiegészítő onkológiai kezelést igénylő esetek közül pedig 3 beteget vesztek el. A medián 28 (0–166) hónapos megfigyelési idő alatt további esetekben nem fordult elő daganatkijúulás. Az onkológiai szempontból inszufficiens trachelectomiás esetek prediktív faktorai az >Ib1 stádium, a mindhárom dimenzióban >15 mm tumorméret, az alacsony differenciáltsági fok, a nem-squamosus/adeno szövettani típus, a >9 mm stroma invázió, a limfovaszkuláris terek érintettsége a primer tumorban, valamint a pozitív nyirokcsomó jelenléte voltak. **Következtetések:** A méhnyakrák miatt végzendő fertilitás-megtartó műtétre való alkalmasságot jelentős mértékben befolyásolják a patológiai prognosztikai tényezők.

Kulcsszavak: méhnyakrák, fertilitás, trachelectomia

Analysis of eligibility criteria for radical trachelectomy in early-stage cervical cancer

Aim of our study was to review the cases of radical trachelectomy performed at our unit with attention focused on prognostic indicators of oncological insufficiency. The analysis was extended with a search for published cases of oncological failures by extensive literature review. Twenty-four cases of TR were performed by the authors, 9 VTR with LSC PLND and 15 ATR. 15/24 cases proved oncologically sufficient. Three cases required immediate conversion to radical hysterectomy due to positive sentinel nodes and/or positive isthmus disc on frozen section. In further 5 cases final pathology results indicated additional oncological treatment, ie. radical hysterectomy [2], chemoradiotherapy [2] or chemotherapy [1]. We have lost 1 case among immediately converted cases and another 3 among those who required additional oncological treatment. There were no other cases of recurrences over a median follow-up of 28 (0-166) months. Factors that may predict oncological insufficiency of TR were stage >Ib1, size >15 mm in three dimensions, G3, non-squamous/adeno histological type, stromal invasion >9 mm, lymphovascular space involvement in the primary tumour and positive nodes. In conclusion, there is a need for more clinicopathological data on oncological failure of TR cases in order to improve patient selection.

Keywords: cervical cancer, fertility, trachelectomy

Levelezési cím:

Dr. Póka Róbert, DE KK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, 4032 Debrecen, Nagyterdei krt. 98.

e-mail: pokar@med.unideb.hu

Bevezetés

A méhnyakrák, a nők körében világszerte a harmadik leggyakoribb malignus betegséggént ismert. Az utóbbi évtizedekben a nők átlagéletkora az első terhesség vállalásakor fokozatosan emelkedett, amely figyelembe véve a méhnyakrák előfordulásának az életkor előrehaladtával növekvő incidenciáját, akaratlanul is a fertilitás megtartását kívánó betegek számának emelkedéséhez vezet. A radikális méheltávolítás effektív kezelési mód a korai (IA1-IIA stádium) méhnyakrákos betegeknek, átlagosan 73,4%-97,5%-os 5 éves túlélést biztosítva, de a beavatkozás nem mindig komplikációmentes. A nagyfokú vérvesztés, az ér-, és idegsérülés, a hólyag-, és bélsérülés veszélye igen magas, a fisztulaképződés, lymphoedema és szexuális diszfunkció kockázata fokozott, a beavatkozás minden esetben a fertilitás elvesztésével jár. Emiatt az utóbbi időben megfigyelhető a kevésbé invazív beavatkozásokra való törekvés korai méhnyakrákban. A conisatio és az egyszerű méheltávolítás elfogadható alternatívának tűnik a mikroinvazív karcinóma kezelésében. Bár korai stádiumban (IA2-1B1 stádium) ajánlott kezelési módszer a radikális hysterectomia, akiknél a fertilitás megtartása iránti igény felmerül, a radikális trachelectomia megfelelő alternatívát nyújthat [1]. A trachelectomia vaginalis technikájának bevezetését követően hazai szerzők részvételével indult el az abdominalis trachelectomia kidolgozása [2, 3]. Ma már egyre több intézményben végzik ezt a műtétet laparoszkópos úton. Az abdominalis trachelectomia során szélesebb parametrium disszekció érhető el, mint a vaginális trachelectomia során, s ez lehetővé teszi speciális esetekben a nagyobb átmérőjű daganat eltávolítását [4].

A szakirodalmat áttekintve a közlemények jelentős része kis esetszámú, legtöbbször retrospektív jellegű, 3-as és 4-es szintű ajánlásokat tartalmaz, közöttük kevés számol be az onkológiai elégtelenség arányáról, kiújulási rátáról, részletesen a halálesetekről. Munkánkban szeretnénk összefoglalni az elmúlt évek tapasztalatait, részletesen bemutatva nemcsak a sikeres eseteket, hanem a sikerteleneket is, annak okait, következményeit, amely segíthet a jövőben a még pontosabb betegszelekcióban, és az onkológiailag inszufficiens beavatkozások elkerülésében.

Anyag és módszer

Retrospektív vizsgálat során áttekintettük az elmúlt 13 évben radikális trachelectomiával kezelt betegek adatait. A vizsgálat célja a részletes klinikai és patológiai adatok értékelése annak érdekében, hogy meghatározzuk az onkológiai hatékonyság szempontjából legfontosabb betegkiválasztási kritériumokat. Ennek érdekében meghatároztuk az egyes esetek prognosztikai tényezőit és összevetettük a rövid és hosszú távú kimenetel adataival, valamint a nemzetközi irodalmi adatokkal és ajánlásokkal. Radikális trachelectomia minden esetében megtörtént a hasi és kismedencei régiók preoperatív képalkotó rétegvizsgálata, valamint mellkasi röntgenvizsgálata. Korai cervix karcinómás betegeknel fertilitás megtartása céljából kezdetben a

Dargent és munkatársai által kifejlesztett technikát alkalmaztuk [1]. Radikális trachelectomia során a méhtest és az adnexumok megőrzése mellett eltávolításra kerül a cervix, a hozzá kapcsolódó parametrium, a hüvely felső szegmense, valamint – laparoszkópos technikával – a medencefali nyirokcsomók. Abdominalis trachelectomiák során az Ungár és Pálfalvi által leírt technikát alkalmaztuk [2, 3]. Cerclage végzése minden esetben szükséges nem felszívódó fonállal a hátramaradt isthmicus szakaszban, a méhszáj zárófunkciójának biztosítása céljából. Radikális trachelectomia során eltávolított specimen intra-, és posztoperatív szövettani vizsgálata feltétlenül szükséges a tumormentes szélek biztosítása érdekében. Ha az isthmicus korong vagy a szentinel-nyirokcsomók intraoperatív gyorsfagyasztott szövettani vizsgálata pozitív eredményt adott, a műtétet radikális hysterectomiává konvertáltuk. Amennyiben a végleges szövettani lelet alapján felmerült az onkológiai szempontból inszufficiens beavatkozás veszélye, úgy második ülésben történt meg a radikális méheltávolítás, illetve az onkoteam döntésnek megfelelő kiegészítő kezelés.

A trachelectomia végzésének az útja nagyban függ az operáló sebész egyéni tapasztalataitól, de ettől függetlenül elmondhatjuk, hogy a hasi beavatkozás során szélesebb parametrium disszekció érhető el, a paravesicalis tér áttekinthetőbb, a komplett nyirokcsomó-disszekció esélye nagyobb. Jóllehet, a radikális trachelectomiával megőrizhető a reprodukciós képesség, a beavatkozás magában hordozza az összes perioperatív szövődemény lehetőségét, amely a parametrectomiával összefüggésbe hozható. Ezzel szemben, a hüvelyi úton történő eltávolítás technikailag nagyobb kihívást jelenthet, mindazonáltal a felépülési idő rövidebb, a perioperatív szövődemények előfordulási gyakorisága kisebb, kiváltképp, ha laparoszkópos nyirokcsomó-eltávolítást is végzünk. Laparoszkópos nyirokcsomó-disszekció minden esetben transperitonealis úton kerül elvégzésre.

Eredmények

2002 és 2015 között a Debreceni Egyetem KK, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézetében összesen 24 beteg esett át radikális abdominalis vagy radikális vaginalis trachelectomián. Radikális vaginalis trachelectomiát (VTR) 15 esetben, abdominalis trachelectomiát (ATR) pedig 9 esetben végeztünk. Radikális trachelectomia minden esetében megtörtént a hasi és kismedencei régiók preoperatív képalkotó rétegvizsgálata valamint mellkasi röntgenvizsgálata. Cervixen túli terjedés egy esetben sem volt kimutatható.

ATR 9 esetéből négyenél laphámsejtes, egy esetben adenocarcinoma, egyben neuroendokrin, illetve egyben világossejtes daganat igazolódott. A stromainvazió mélysége átlagosan 7 mm volt, LVSI (lymphovascular space invasion) 4 tumorban volt jelen, ezek közül kettőben pozitív nyirokcsomót is találtunk. A beavatkozás során végzett szövettani vizsgálat alapján 2 esetben bizonyult onkológiai szempontból inszufficiensnek az operáció, ezért itt a műtét konverziójára került sor, további 2 betegnél a végleges szövettani eredmény paraméterei (pozitív nyirokcsomók, mély invázió,

inadekvát szélek) alapján vált szükségessé kiegészítő onkológiai kezelés.

Radikális vaginalis trachelectomiát (VTR) 15 esetben végeztünk, ezek közül 11 esetben laphámsejtes, 4 esetben pedig adenocarcinoma igazolódott. A stromainvázio mélysége átlagosan 3 mm volt, LVSI 1 tumorban volt jelen, illetve egy esetben nyirokcsomó-mikrometasztázis volt kimutatható. A beavatkozás során végzett szövettani vizsgálat alapján 1 esetben volt szükség azonnali konverzióra és további 3 beavatkozás a végleges szövettan birtokában bizonyult onkológiai szempontból elégtelennek, ezek közül két esetben radikális, két esetben simplex méheltávolítás történt. Az átlagos nyomonkövetési idő VTR-csoportban 58 hónap volt, amely során mindösszesen 1 páciens halálozott el. A megfigyelési időszakban 3 esetben fogant terhesség, amelyek közül egy második trimeszterbeli vetéléssel, kettő pedig terminusban végzett elektív császármetszéssel fejeződött be. A közlemény megírása idején egy további esetünk terhessége 26. hetében járt.

Onkológiai szempontból 15 esetben elégségesnek bizonyult az elvégzett ATR vagy VTR (1. táblázat). Ebben a csoportban a végleges szövettani feldolgozás szerint az átlagos tumorméret 9×8×6 mm volt, míg a legnagyobb 40×35×30 mm-es. 11 esetben squamosus, 5 esetben adenocarcinoma igazolódott. LVSI-t a rendelkezésre álló adatok szerint egyik speciménben sem láttunk, de a hisztológiai vizsgálat alapján egy esetben egy nyirokcsomónál subcapsuláris metasztázis ábrázolódott, ugyanitt láttuk a legnagyobb stromainvaziót is (9 mm), mindezek ellenére a beavatkozás szufficiensnek bizonyult.

Vizsgálatunk célkitűzésének megfelelően legfontosabbnak tartjuk az onkológiai szempontból elégtelennek vélemé-nyezett csoport részletes bemutatását (2. táblázat). Ide összesen 8 beteg sorolható, közülük 4 esetben abdominalis és négyben pedig vaginalis trachelectomia került elvégzésre. Az átlagos tumorméret ebben a csoportban 23×19×16 mm volt, a legnagyobb 60×50×30 mm-es. 6 esetben laphámsejtes, egyben neuroendokrin, egyben pedig világossejtes daganatot láttunk. Stromainvázio mélységének átlaga 5,75 mm volt, maximuma pedig 15 mm. 4 esetben találtunk LVSI-t, illetve ezek között két esetben pozitív nyirokcsomókat. Az inszufficiensnek bizonyult beavatkozások mindegyikében komplettáltuk onkológiai szempontból a beavatkozást, mindezek ellenére 4 esetben a nyomonkövetés során a beteg elhalálozott (3. táblázat).

Eredményeinket áttekintve legfontosabb következtetésnek tartjuk a betegszelekció során azon alkalmassági, illetve alkalmatlansági tényezők meghatározását, amelyekkel még nagyobb biztonságra törekedhetünk. Eseteink alapján alkalmatlannak bizonyult a trachelectomia elvégzése onkológiai szempontból azoknál a betegeknek, akik stádiuma IB1 fölött volt, a daganat átmérője meghaladta a 20 mm-t, vagy mindhárom dimenzióban a 15 mm-t. Ezeket a paramétereket neoadjuváns kemoterápia során elért kedvező downstaging felülírhatja. Nem bizonyult alkalmasnak anyagunkban a beavatkozás 9 mm-t meghaladó stromainvázio, illetve G3 folyamatoknál. Véleményünk szerint nem ajánlott a beavatkozás elvégzése ritka szövettani típusú méhnyakrákok esetén, azok agresszívabb viselkedése miatt. Ezen kívül az LVSI, VSI (vascular space invasion) jelenlétét rossz prognosztikai fak-

1. táblázat. Onkológiai szempontból szufficiens TR-esetek patológiai prognosztikai tényezői

Tumorméret	Típus	Grade	Stroma- invázio	LVSI	Nyirokcsomó- státusz	Stádium
15×15×10	adeno	1	3 mm	0	0/12	IA2
NS	squamosus	NA	NA	0	NA	1A1
10×10×12	squamosus	2	9	0	1/10	1B1
2×2×2	adeno	1	2	0	0/14	1A1
10×5×3	adeno	1	3	0	0/11	1B1
40×35×30	squamosus	1	NS	0	0/14	1B2
2×2×1	squamosus	1	1	0	NA	1A1
NS	squamosus	1	NA	NA	0/16	1A1
5×5×4	squamosus	1	4	0	0/12	1A2
4×5×3	squamosus	1	3	0	0/12	1B1
7×6×3	adeno	1	3	0	0/12	1B1
6×4×2	squamosus	1	2	0	0/15	1A1
10×10×10	adeno	3	7	0	0/18	1B1
11×7×3	squamosus	2	3	0	0/27	1A2
NS	squamosus	1	NS	0	0/13	1A1
5×5×3	squamosus	1	3	0	0/19	1A2

2. táblázat. Onkológiai szempontból inszufficiens TR-esetek patológiai prognosztikai tényezői

Tumorméret	Típus	Grade	Stroma- invázió	LVSI	Nyirokcsomó- státusz	Stádium
40×40×40	squamosus	3	3/3	1	0/16	IIA
10×10×10	squamosus	3	NS	0	0/16	IIA
5×3×2	squamosus	1	3	0	0/17	IB
3×2×2	squamosus	1	2	0	0/12	1A1
25×20×15	squamosus	3	3/3	1+V1	1/14	1B1
30×20×20	neuroendocrin	3	10	1+V1	0/12	1B2
60×50×30	squamosus	2	15	1	2/21	1B2
14×12×10	clear cell adeno	3	10	0	0/19	1B1

tornak tartjuk, a pozitív nyirokcsomó jelenléte pedig abszolút indikációja lehet a beavatkozás kiterjesztésének. A subcapsuláris mikrometasztázis meglepte bizonyos esetekben kivételt képezhet.

Megbeszélés

A hatályos NCCN (National Comprehensive Cancer Network) ajánlásokban fertilitás-megőrző műtét <2 cm tumorokban merülhet fel, a neuroendocrin vagy adenoma malignum esetén nem javasolt. IA1 és IA2 folyamat pozitív metszeshatára vagy <3 mm ép határ melletti LVSI esetén IIB evidenciával alternatívaként javasolja a trachelectomiát lymphadenectomia mellett [5].

Pareja és munkatársai irodalmi áttekintésükben 485 trachelectomiás esetet írtak le [6]. A feldolgozott közleményekben az esetek 71%-a IB1 stádiumú volt. A recidíva

arány ART-t követően (3,8%) hasonló volt a VRT-t követőhöz (4,2%). A halálozási ráta ART-t követően vizsgálatukban 0,4% volt, míg VRT után 2,9%. Analízisük nem mutatott szignifikáns különbséget a két csoport között recidíva arányában ($p=0,47$), az 5 éves progressziómentes túlélésben ($p=0,69$), és az 5 éves teljes túlélésben. Ennek ellenére véleményük szerint az ART-t biztonságosabbnak találták onkológiai szempontból a halálozások alacsony száma miatt. 113 eset (38%) próbálkozott teherbeeséssel és 67 (58%) sikeres volt, bár ezek közül 18 elvetélt és 47 szült. Pozitív nyirokcsomó 13%-ban fordult elő. A terhesség bekövetkeztének esélye hasonló volt mindkét csoportban. A radikális trachelectomia alapvetően a 2 cm-nél kisebb daganatok eltávolítására ajánlott, a daganat átmérőjével recidíva kockázata fokozódik. Álláspontjuk szerint kedvező prognosztikus faktornak tekinthető a 2 cm alatti tumorátmérő, korlátozott mélységi infiltráció, az LVSI hiánya és a negatív nyirokcsomó

3. táblázat. Radikális trachelectomiát követően előfordult halálozások

Eset	Kor	Stádium	Terápia	Méret	Szövettan	Grade	Stroma- invázió	LVSI	Nyirok- csomó	Nyomon- követés
1	26	1B1	ATR+PLND, 1 évre lokális és távoli recidíva	14×12×10	Világossejtes	3	10	0	0/19	28
2	30	1B2	3BIP NAC, majd ATR+PLND, később (3 hó) CDDP+VEP	30×20×20	Neuro- endocrin	3	10	1+V1	0/12	16
3	34	1B1	ATR-(poz. nycs), konverzió Wertheim+komplett posztoperatív irradáció	25×20×15	Squamosus	3	3/3	1+V1	1/14	29
4	39	IIA	VTR LSC PLND, később (1 hó) preo+Wertheim+komplett posztoperatív irradáció	40×40×40	Squamosus	3	3/3	1	0/16	58

móstatusz, ugyanis ezekben az esetekben a parametrán terjedés veszélye 1% alatti. A tumor méretének pontos megítélése a klinikai vizsgálat során lehetséges, kiváltképpen exophyticus daganatoknál. Mindamelllett a preoperatív MRI (Magnetic Resonance Imaging) vizsgálatnak fontos szerepe lehet azokban az esetekben, amelyekben a daganat a nyakcsatornába terjed, és mindenképpen szükséges a pontos kiterjedés meghatározásához azokban az esetekben, amikor kevésbé radikális megoldást tervezünk. A méhnyakrák stádium meghatározása során legpontosabb vizsgálómódszernek az MRI tűnik. Pontosan lehet vele azonosítani és definiálni a daganatot még a conisatio végzése előtt. Az MRI során lehetőségünk nyílik a kismedencei és paraaortikus nyirokcsomók vizsgálatára is. A daganat mérete és távolsága az isthmustól pontosan lemérhető, mely nagy segítségünkre lehet a beavatkozás megtervezése során. Ugyanakkor megállapítható, hogy a preoperatív képalkotók nem képesek teljes biztonsággal kizárni a cervixen túli terjedés jelenlétét.

A VRT irodalom egyik legmeghatározóbb munkacsoportjának eredményeit Plante 2011-ben frissítette [7]. 140 tervezett VRT-ből 125-öt végeztek el. Az esetek stádiummegoszlása IA2 (21%) és IB1 (69%) volt, 41%-uk volt grade 1. Az esetek 56%-a laphám, 37%-a adenocarcinoma volt. LVSI 29%-ban volt jelen, a tumorok 88,5%-a ≤ 2 cm méretű volt. A medián követés 93 hónap (2–225 hónap). Összesen 6 kiújulás (4,8%) és 2 haláleset (1,6%) fordult elő. A magas tumorgrádus, LVSI és a >2 cm tumorméret voltak a VRT-ről való lemondás jelentős rizikófaktora. 58 nő esett teherbe és összesen 106 terhesség alakult ki. A terhességek 73%-a érte el a harmadik trimesztert. IB1 folyamatokban is alternatívaként merül fel a nyirokcsomó-eltávolítással kiegészített trachelectomia.

Mivel a tumor mérete legfontosabb rizikófaktora a recidívának, Dargent és munkatársai ajánlása alapján a radikális trachelectomia végzése 2 cm feletti tumorátmérő esetén nem ajánlott. Ennek ellenére számos tanulmányban találkozhatunk az indikációs kör kiterjesztésének próbálkozásával. Erre legfőképpen ART során van lehetőség, az elérhető szélesebb rezekciós zóna miatt [4]. Kiterjesztve az ART beválasztási kritériumait a legnagyobb átmérőben 2 cm feletti léziókra, lehetővé válik a fertilitás megtartása azon fiatal nők számára, akiknél korábban a kedvezőtlen onkológiai kimenetel miatt mindenképpen radikális méheltávolítást kellett volna végezni. Mindazonáltal ezekben az esetekben magas az onkológiailag inszufficiens esetek aránya, és a konverzió, illetve a későbbi adjuváns kemo/kemoradioterápia szükségessége.

A neoadjuváns kemoterápia felülírhatja a korábban felállított alkalmassági kritériumokat, de ennek a kísérleti koncepciónak az alkalmazhatósága további prospektív multicentrikus vizsgálatokat igényel a jövőben, kiváltképpen a hosszútávú kimenetel tanulmányozása szempontjából. Robova és munkatársai a neoadjuváns kemoterápia szerepét vizsgálták trachelectomia előtt [8]. Vizsgálatukban >2 cm, mély strómainváziojú 28 esetet elemeztek. Kéthetes ciklusokban három Cisplatin-Ifosfamid (laphám) vagy Cisplatin-Adriamycin (adeno) kezelést adtak. Ezután

laparoszkópos szentinel-nyirokcsomó eltávolítást végeztek és negatív intraoperatív szövettan (2 eset, 7%) esetén komplett laparoszkópos lymphadenectomiára került sor. Ha a végleges nyirokcsomó-szövettan is negatív lett, akkor második ülésben elvégezték a szimpla (nem radikális) trachelectomiát. Pozitív szentinel-nyirokcsomó esetén és a trachelectomia szövettanában talált pozitív vagy <8 mm ép határ esetén (6 eset, 22%) C2 radikális hysterectomiát végeztek. A 8 radikális hysterectomiás esetet kizárták a vizsgálatból. A 20 vizsgált eset között 20% (4 eset) volt a kiújulási arány. A 4 eset közül 2 meghalt. A teljes anyag medián nyomónkövetési ideje 42 hónap volt (5–103 hónap). Saját anyagunkban egy IB2 stádiumú esetben 3 ciklusban végzett neoadjuváns BIP kemoterápia után végeztünk VTR-t laparoszkópos lymphadenectomiával. A beágyazott műtéti preparátumok teljes szövettani feldolgozása patológiai értelemben is komplett remisszió volt igazolható. 8 évvel a műtét után a páciens jelenleg 26-hetes terhes.

Cibula és munkatársai 2009-es közleményükben 24 abdominalis radikális trachelectomiáról számolnak be [9]. 7 esetben nem volt lehetőség a fertilitás megtartására (29%). Két-két esetben a cranialis metszeshatár érintettsége, illetve pozitív szentinel-nyirokcsomó miatt kellett konvertálni radikális hysterectomiára. További egy-egy (összesen 3) esetben a végleges szövettan által jelzett inadekvát kimetszési határ indokolta a második lépcsőben végzett hysterectomiát, illetve nyirokcsomó-mikrometasztázis, illetve kismedencei kiújulás indokolta a kemoradioterápiát. Az átlagos 20 hónapos megfigyelés 9. hónapjában került felismerésre az egyetlen daganatkiújulás (10 mm-es centrális recidíva). A 9 hónap után recidivált eset primer verifikálása idején 13 mm-es adenocarcinoma volt jelen LVSI nélkül és negatív nyirokcsomókkal (0/28). Saját anyagunkban a 3 hónapon belüli kiegészítő onkológiai kezelés szükségessége 8 esetben (33%) merült fel. Ezen esetek közül 3-ban történt meg az azonnali konverzió, további 5 esetben pedig a végleges szövettani eredmény indokolta a kiegészítő onkológiai kezelést.

Az intézményünkben egységes infrastrukturális és személyzeti feltételek mellett végzett radikális trachelectomiák klinikopatológiai értékelése alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a fertilitás-megtartó műtétek előtt, a cervixen túli terjedés ellen szóló rétegvizsgálati eredmények mellett elengedhetetlenül fontos a primer tumor minden részletre kiterjedő adekvát patológiai prognosztikai elemzése. A fertilitás-megőrző kiterjesztett műtét 2 cm-nél kisebb tumorok esetén, illetve stroma vastagságának felét meg nem haladó invázió mellett biztonságos. Az alacsony differenciáltsági fok, a nem squamosus/adeno szövettani típus, a primer tumorban észlelt limfovaskuláris invázió, valamint a cervixen túli terjedés komolyan veszélyezteti az onkológiai hatásosságot.

Érdekeltségek, támogatások

A szerzők nem rendelkeznek anyagi érdekeltséggel a közleményben foglalt vizsgálat tervezését, lebonyolítását, eredményeit és következtetéseit illetően.

IRODALOM

1. Dargent D, Burn JL, Roy M, Remi I. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 105.
2. Smith JR, Boyle DC, Corless DJ, Ungar L, Palfalvi L, DelPriore G. Abdominal radical trachelectomy. A new surgical technique for the conservative management of cervical carcinoma. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1196–200.
3. Palfalvi L, Ungar L, Boyl DCM, Del Priore G, Smith JL. Announcement of healthy baby boy born following abdominal radical trachelectomy. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 249.
4. Lintner B, Saso S, Tarnai L, Novak Z, Palfalvi L, Del Priore G, Smith JR, Ungar L. Use of Abdominal Radical Trachelectomy to Treat Cervical Cancer Greater Than 2 cm in Diameter. *Int J Gynecol Cancer* 2013; 23: 1065–1070.
5. NCCN Clinical Practice Guidelines: Cervical Cancer v.2 2015. NCCN.org
6. Pareja R, Rendón GJ, Sanz-Lomana CM, Monzón O, Ramirez PT. Surgical, oncological, and obstetrical outcomes after abdominal radical trachelectomy – A systematic literature review. *Gynecol Oncol* 2013; 131: 77–82.
7. Plante M. The vaginal radical trachelectomy: An update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol* 2011; 121: 290–297.
8. Robova H, Halaska MJ, Pluta M, Skapa P, Matecha J, Lisy J, Rob L. Oncological and pregnancy outcomes after high-dose density neoadjuvant chemotherapy and fertility-sparing surgery in cervical cancer *Gynecologic Oncology* 2014; 135: 213–216.
9. Cibula D, Slama J, Swarovsky J, Fischerova D, Freitag P, Zikan M, Pinkavova I, Pavlista D, Dunder P, Hill M. Abdominal Radical Trachelectomy in Fertility-Sparing treatment of Early-Stage Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2009; 19: 1407–1411.

Rövidítések jegyzéke: ATR: abdominalis trachelectomia; VTR: vaginalis trachelectomia; LVS: lymphovascular space invasion
 VSI: vascular space invasion; MRI: Magnetic Resonance Imaging; NCCN: National Comprehensive Cancer Network;
 PLND: pelvic lymph node dissection; SLND: sentinel lymph node dissection; NAC: Neoadjuvant chemotherapy

Call for nominees for the Young Scientist Prize 2016 of the Diczfalusy Foundation

Every year, the Diczfalusy Foundation bestows a Young Scientist Prize during its Annual Meeting. The 10th annual Meeting will be organised on 30th Nov–2nd Dec 2016 in Budapest. This meeting will have a special significance as we will celebrate the 10th anniversary of the Foundation.

The prize is a bronze medal, designed by the artist Sándor Klígl as shown below.

One side of this bronze medal depicts a lovely mother with her child. The 3 words “Empathy, Science and Hope” represent Professor Diczfalusy’s Life-Motto. On the other side, there is the Dom square with the Votive Church and the Microbiological Institute of the University, where Prof. Diczfalusy’s Scientific carrier started. “Medicina, Anchora, Salutis” (medicine is the anchor of salvation) is a frequently quoted phrase from him.

Someone can be awarded with The Young Scientist Prize if she/he does research work in the field of Women’s Health. The Awardees should be younger than 40 years old at the time of

the Award bestowal and she/he be from a European Country, preferably one of the Central-Eastern Countries.

The Board of the Diczfalusy Foundation would like to ask suggestions concerning worthy candidates for this year Prize.

The previous years’ Awardees were:

- 2007: María Natalia Cruz (Sweden)
- 2008: Eszter Ducza Ph.D (Hungary)
- 2009: Claudiu Avram MD (Romania)
- 2010: Signe Altmea (Sweden)
- 2011: Dunja Loncar (Serbia) and Cristian Furau (Romania)
- 2012: Attila Molvarec (Hungary)
- 2013: Silvia Visentin (Italy)
- 2014: Salvatore Gizzi (Italy)
- 2015: Richárd Gyula Nagy (Hungary)

Suggestions should be sent to e-mail address of the *President: bartfai.gyorgy@med.u-szeged.hu* by 15th October 2016, with a brief recommendation of the proposer and the CV, publication list and contact details of the candidates.

