

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

Citosztatikus terapiával szerzett tapasztalataink*

TÓTH AGNES dr.,** KINCSES GYULA dr., JÓKAY ISTVÁN dr.,
LÁZÁR JÓZSEF dr., KÉSMÁRKI KATALIN dr., KISELY MI-
HÁLY dr., FARKAS TÜNDE dr.

Közlésre érkezett: 1988. május 20.

Szerzők 47 fej-nyaki daganatos beteg citosztatikus kezelése során szerzett tapasztalataikról számolnak be. 33 beteg kapott Vincristin, Bleomycin, Methotrexate kombinációt. Eredményeik alapján felhívják a figyelmet, hogy a daganatos betegek kezelése multidiszciplináris feladat, és ebben helye van a chemoterapiának is.

Bevezetés

Az előrehaladott fej-nyaki daganatos betegek prognózisán javítani kellene. A szisztémás chemoterapiás kezelés javíthatja a gyógyulási arányt. Manapság több mono- [25, 26, 27] és polychemoterapiás protokoll ismert [5, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 26], melyek különösen a korábban még kezeletlen betegeken jelentős kezdeti remissiókhoz vezetnek [1, 2, 13, 14, 19, 20]. A kizárólag chemoterapiával kezelt remissiójának időtartama azonban rövid.

A mustárnitrogén klinikai alkalmazása óta eltelt jó 40 év nemcsak a citosztatikumok számának ugrásszerű szaporodását jelentette, hanem a kezelés elméleti alapjainak bővülését is.

A kezdeti monoterapiát a sejtosztódás fázisaihoz adaptált polychemoterapia váltotta fel [17].

Leszögezve azt a tényt, hogy a fej-nyaki solid tumoros betegeknél gyógyulás a sebészi és/vagy a sugárkezeléstől várható, a chemoterapiának az alábbiakban lehet jelentősége [3]:

1. Bevezető kezelésként, nagy rizikójú betegeknél, más eljárásokkal kombinálva, kiterjedt, alacsonyan differenciált primer tumor, regionalis nyirokcsomó részvétel esetén azt várjuk tőle, hogy eliminálja a mikrometasztázisokat, megkisebbitse a primer tumort, ezáltal a további kezelések nagyobb siker reményével kecsegtessenek.

2. Palliatív kezelés — csak a tünetek enyhítésére szolgál.

3. A sugárérzékenység fokozása citosztatikummal.

4. Megerősítő kezelés: klinikailag felfedezhető tumor jelenléte nélkül, definitív terapiát követően alkalmazzuk a recidíva megelőzésére.

5. Intraarterialis chemoterapia: pl. az a. carotis externába adhatunk citosztatikumot műtét előtt, után vagy palliatív céllal. Itt is érvényesülhet a szinkronizált polychemoterapia, pl.: Vincristin, Bleomycin, Methotrexate per fusio kiegészítve Elobromollal [21, 22].

A sugártherapia hatását különböző fizikai, kémiai eljárásokkal, nagy energiájú ionizáló sugárzással és részszinkronizációval próbálták fokozni (a tumor melegítése, az O₂-nyomás fokozása, gyors neutronok, protonok, pí-mesonok

* Prof. Dr. Lampé István professzori kinevezésének 10 éves jubileuma tiszteletére.

** 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

igénybevétele). A részsinkronizáció során a sejtosztódást valamilyen farmakkal átmenetileg blokkoljuk, majd az azonos ciklusban levő nagy sejttömeget irradiáljuk: pl. fluorouracil blokkolja az S-fázist, így a sejtek a G₁-S fázis határán gyűlnek össze, majd ez a „sejtsarj” együtt halad át a további fázisokon. Mivel a fluorouracil hatása igen rövid, ezért 12 órás infúzióban kell a szervezetbe juttatni. Az irradiatio 8 óra múlva a G₂, sugárérzékeny fázisban következik [16].

A kombinált citosztatikus kezelés alapelve, hogy a sejtosztódás különböző fázisában ható szereket meghatározott időpontokban, ismételt adagoljuk. Ezáltal kisebb a resistens sejtek kialakulásának a lehetősége, nagyobb az elpusztított sejtek aránya, az ismételt alkalmazás miatt kevésbé toxicus. Számos protokoll ismert, mely fej-nyaki solid tumorok esetén is alkalmazható [5].

A hosszú követést, rendszeres ellenőrzést igénylő beteganyag feldolgozását nagyban megkönnyíti a személyi számítógépek alkalmazása [24]. Jelen vizsgálatainkat is Commodore 128 számítógép segítségével végeztük [8].

Beteganyag

Klinikánkon 1978-ban kezdtük el az inoperabilis vagy műtétet nem vállaló betegeknél a citosztatikumok alkalmazását (I. táblázat).

I. táblázat

Citosztatikus kezelésben részesültek adatai

Kezelés	Betegszám	Nemi megoszlás		Átlagéletkor év
		ffi	nő	
VBM:	33	24	9	50,6 (30—64)
Ftorafur:	7	7	0	55,4 (39—67)
Methotrexate:	4	2	2	62,8 (57—74)
VCR, CCNU, DTIC:	3	2	1	49,0 (33—58)
Összesen:	47	35	12	52,2 (30—74)

1978—1980 között Ftorafurral szinkronizált Co-irradiációt végeztünk 7 betegnél. 1 g Ftorafur 12 órás infúziója után 8 óra múlva következett az irradiatio 5 Gy dózisban. Mindezt hetenként kétszer ismételtük a teljes dózis eléréséig. A hosszantartó infúziót betegeink nehezen tűrték, így más eljárások után kutattunk. 1981-ben átmenetileg Methotrexate monoterapiát végeztünk — 4 beteg — majd 1982-től áttértünk a Vincristin, Bleomycin, Methotrexate (VBM) sémára: 33 beteg.

A Molinari [10] által leírt VBM protokoll praeoperatív és palliatív kezelésre is alkalmas, ambuláns is adható, a helyzettől függően megszakítható:

1. nap: 8h Vincristin 1 mg iv., 6 óra múlva Bleomycin 15 mg im.
2. nap: 8h Bleomycin 15 mg im.
3. nap: Methotrexate tbl., 25 mg elosztva három részletben.

Ezt 4 héten át ismételtük, majd a 2. napi Bleomycint kihagyva újabb 3—4 kezelési hét következett.

Teljes dózisu Co-besugárzást valamennyi betegünk kapott, esetleg részben a citosztatikus kezeléssel egy időben.

Három betegünk melanoma malignum miatt kapott Vincristin, CCNU, DTIC kombinált kezelést, amelyről már korábban beszámoltunk [6, 11].

Jelenlegi feldolgozásunkban az 1986. december 31-ig befejezett kezelések — összesen 47 beteg — adatait részletezzük.

A tumorok lokalizációját a II. táblázatban ismertetjük. Látható, hogy a daganat a gége és a mesopharynx területéről indult ki az esetek 2/3 részében.

Mivel a VBM-kezelés volt a legnagyobb számú, ezért ezeknek a betegeknél az adatait tovább részletezzük. A III. táblázat a histológia és lokalizáció összefüggését mutatja be, a IV. a stádium szerinti megoszlást. A I—II. stádiumba mindössze 4 beteg tartozott, a többi III—IV. stádiumú, kiterjedt folyamat volt. Hasonlóan az utolsó csoportba tartoztak a részsinkronizált és monoterapiában részesült betegeink is.

II. táblázat

Lokalizáció szerinti megoszlás

Kezelés	gége	hypoph.	mesoph.	epiph.	cavum oris	orr-mel-léküreg	arcbőr	össz.
VBM:	10	3	12	4	1	3	0	33
Ftorafur:	3	1	2	0	1	0	0	7
Methotrexate:	1	0	2	0	0	1	0	3
VCR, CCNU, DTIC:	1	0	0	0	0	0	2	4
Összesen:	15	4	16	4	2	4	2	47

III. táblázat

Histologia VBM kezelés esetén a lokalizáció szerint

Histologia	gége	hypoph.	mesoph.	epiph.	cavum oris	orr-mel-léküreg	össz.
cc. plan.:	10	3	11	0	1	2	27
cc. lymphoepith:	0	0	0	4	0	0	4
cc. anaplast.:	0	0	0	0	0	1	1
cc. cylindromat.:	0	0	1	0	0	0	1
Összesen:	10	3	12	4	1	3	33

IV. táblázat

Stádiummegoszlás VBM kezelés esetén a lokalizáció szerint

Stádium	gége	hypoph.	mesoph.	epiph.	cavum oris	orr-mel-léküreg	össz.
I.:	0	0	1	0	0	0	1
II.:	0	0	2	0	0	1	3
III.:	2	0	6	1	1	1	11
IV.:	8	3	3	3	0	1	18
Összesen:	10	3	12	4	1	3	33

Eredmények

Klinikánkon az elmúlt 10 évben alapvetően kétféle eljárást alkalmaztunk a fejnyaki daganatok citosztatikus kezelésére (a Methotrexate monoterapiát és a melanoma malignumoknál használt kombinációt a kis esetszámok miatt határosság szempontjából nem értékeljük):

1. A szinkronizált irradiációval kezelt 7 betegünknek az átlagos túlélés 19 hónap volt. 5 betegről tudjuk, hogy meghalt, 2 sorsa ismeretlen.

2. A VBM-mel kezelt 33 beteg átlagos túlélése szintén 19 hónap, közülük 23 meghalt. Ebből egy az alapterületétől független halálok miatt (sectionál tumormentes volt), egy pedig a kezelés során kialakult súlyos granulocytopenia, ill sepsis következtében. A granulocytaszám csökkenését észlelve a kezelést felfüggesztettük,

de a folyamat megállíthatatlan volt. Biztosan él 6 beteg, túlélésük átlagosan 46 hónap. 4 beteg sorsa ismeretlen.

Hadd ismeressük egyik, sikerélményt nyújtó betegünk adatait kicsit részletesebben: 44 éves férfibeteg supraglotticus kiindulású ($T_4N_0M_0$) tumorral kereste fel klinikánkat. Szövetteni dg.: cc. planocell. volt. A megajánlott műtétbe nem egyezett bele. A VBM-kezelés után teljes dózisz Co-irradiációban részesült. Azóta histologiailag verifikálva is tumormentesnek tekinthető, túlélése 76 hónap.

A VBM-kezelés hatását a kúra végén az alábbiak szerint mértük le:

1. nem reagált: 5 beteg,
2. a tumor megkisebbedése 50%-nál kisebb: 25 beteg,
3. a tumor megkisebbedése 50%-nál nagyobb: 3 beteg.

A mellékhatások között a stomatitis különböző mértékben minden betegnél előfordult, bár ezek a kezeléseket után maradéktalanul gyógyultak, de nagyon megkeserítették a betegek életét a táplálkozás nehezítetté válása miatt. Legsúlyosabb szövődmény a halállal végződő granulocytopenia volt. Még további egy betegnél észleltünk átmenetileg kifejezettebb fvs-szám csökkenést. Anaemialódás miatt 4 beteg szorult transfúzióra, bár ebben a tumorból eredő vérzés is szerepet játszott. Hasi fájdalmak, lázkiugrás, hányinger, hányás, étvágytalanság, hajhullás, paraesthesia tartozott még olykor a kellemetlen jelenségek közé.

Megbeszélés

Mindaddig, amíg a daganatkezelés okát, pathomechanizmusát nem ismerjük, a kezelésként alkalmazott eljárások — műtét, besugárzás, citosztatikum — csonkolást, sejtpusztítást jelentő beavatkozások. Tesszük ezt ahelyett, hogy a rákos sejteket egészséges sejtekké érlelnénk, amelyek beilleszkednek az egész szervezet homeostasisába [12]. Ez a versenyfutás az alattomosan burjánzó daganatsejtekkel érthetővé teszi az adott kezelési lehetőségek nagyszámú variálását, ugyanakkor megnehezíti az elért eredmények tudományos igényű összehasonlítását.

Az 5-Fluorouracil monoterapiás hatása 15% [3, 23], azonban a sejt klinikai kutatások során felismert fázisspecifitását kihasználva, irradiációval vagy más szerrel kombinálva, a hatását lényegesen fokozni lehet. Schwab [16] adatai szerint a szinkronizált sugárkezelésben részesített 78 betegnél 19-nél nem volt értékelhető válasz (24%), 21 betegnél (27%) a tumor megkisebbedett, mintegy 6 hónapos időtartamig, 26 betegnél (33%) 6—12 hónapos komplett remissiót érték el, 12-nél viszont (15%) 12 hónapnál hosszabb volt a teljes remissió ideje.

Leipzig [9] a folyamatosan végzett irradiatio alatt az 1., 5., ill. a 21., 25. napon Cisplatin adott a hatás fokozása érdekében. 33 betegből 29 (88%) reagált, ezekből 20-nál komplett regressiót észlelt. Közülük 8 egy éven belül relapsusba került.

Rozenzweig [14] Cisplatin, Methotrexate, Bleomycin, Vincristin (CABO) protokolljával a már korábban más formában kezelt betegcsoportnál 50%-os, a kezeletlen csoportban 64%-os válaszarányt észlelt.

Spaulding [20] inductios terapiaként Cisplatin, Vincristin, Bleomycin, ill. Cisplatin, Vinblastin, 5-fluorouracil kombinációval két betegcsoportot kezelt. Megállapította, hogy a Bleomycint is tartalmazó séma szignifikánsan jobb eredményű volt, amit a komplett válasz és túlélés időtartama bizonyított.

Vogl [26] a Methotrexate monoterapia hatékonyságát hasonlította a Methotrexate, Bleomycin, Cisplatin kombinációval észleltekhöz. A 163 beteget felölölő prospektív tanulmány alapján a polychemoterapiát szignifikánsan jobbnak találta.

Bahadur [1], Böheim [2], Picker [13], Spaulding [19] szerint a citosztatikus kezelés indukciós eljárásaként a legeredményesebb. A remissio mértéke egyben prognosztikai jelként is értékelhető.

Kukla [7] a praeirradiációs chemoterapiával és a szimpla irradiációval kezelt betegek között a komplett remissióban és a tumormentes túlélésben nem tudott lényeges különbséget kimutatni.

Molinari [10] palliatív kezelésként ajánlotta az általunk is használt sémát. Ruffmann [15] hasonlóan a kuratív therapia hiányában alkalmazta ezt a kombinációt, melynek eredményeként a fájdalom csökkent, az exulceratio megkisebbedett, vagy visszafejlődött.

Saját eredményeinket tekintve, bár a tumor kezdeti megkisebbedése mérsékelt volt, de az irradiatio fokozta ennek hatását. Ezek alapján az a véleményünk alakult ki, hogy a citosztatikus kezelésnek van szerepe a fej-nyaki daganatok kezelésében, természetesen nem önállóan, hanem más eljárásokkal kombinálva. Kiterjedt tumorok esetén inductív eljárásaként használva utána műtét és/vagy irradiatio következhet. Amennyiben előzetesen már kezelt betegről van szó, mint palliatív eljárás is enyhítheti a betegek szenvedéseit. A fellépő mellékhatások általában átmeneti jellegűek.

Szeretnénk némi magyarázatot fűzni sémaválasztásunkhoz, hiszen ennél sokkal drasztikusabb kombinációk is ismertek, amelyekből kifejezettebb válasz remélhető. Előnyének tekintettük, hogy könnyen, egyszerűen adható, tulajdonképpen szoros kontroll alatt álló ambuláns beteg is kaphatja.

A daganatos betegek kezelése multidiszciplináris feladat, amiben a sebész, oncológus, radiotherapeuta vesz részt [4]. Biztos támaszt nyújt az együttműködésre kész család, de ne feledkezzünk meg arról, hogy mindez a betegért történik, tehát a kezelésnek a beteg pillanatnyi állapotához kell igazodnia.

IRODALOM: 1. Bahadur, S., Tandon, D. A., Kacker, S. K.: The role of chemotherapy in untreated squamous-cell carcinoma of the head and neck. The Journal of Laryngology and Otolaryngology. 98, 1115 (1984). — 2. Böheim, K., Spoendlin, H.: Three-year results of combined modality therapy in locally advanced, resectable squamous cell carcinoma of the head and neck. Acta Otolaryngol. (Stockh). 100, 134 (1985). — 3. Brain, M. C., McCulloch, P. B.: Current therapy in hematologic-oncology. B. C. Decker Inc. et C. V. Mosby Company. Philadelphia, Saint Louis (1983). — 4. Ervin, T. J., Clark, J. R., Weichselbaum, R. R.: Multidisciplinary treatment of advanced squamous carcinoma of the head and neck. Seminars in Oncology. 12 (suppl.), 71 (1985). — 5. Élő, J., Polony, I., Varga, L.: Előrehaladott fül-orr-gégészeti daganatok kombinált citosztatikus kezelése különös tekintettel a Ftorafur sejtkinetikai hatására. Fül-orr-gégegyógy. 28, 69 (1982). — 6. Jókay, I., Bégány, A., Lampé, I., Pap, U.: Melanoma malignum fül-orr-gégészeti vonatkozásai. Fül-orr-gégegyógy. 33, 151 (1987). — 7. Kukla, L. J., Mantravadi, R. V. P., Applebaum, E. L., McGuire, W. A.: Preirradiation chemotherapy for advanced head and neck carcinomas. Arch. Otolaryngol. 110, 78 (1984). — 8. Lázár, J., Kincses, Gy., Lampé, I., Szűcs, J.: 10 év fej-nyaki malignus daganatainak számítógépes feldolgozása. Fül-orr-gégegyógy. 34, 13 (1988). — 9. Leipzig, B., Wetmore, S. J., Putzeys, R., Suen, J. Y., Snyder, N. L.: Cisplatin potentiation of radiotherapy. Arch. Otolaryngol. 111, 114 (1985). — 10. Molinari, R.: Results of a low dose combination chemotherapy with vincristine, bleomycin and methotrexate (V-B-M) based on cell kinetics in the palliative treatment of head and neck squamous cell carcinoma. Cancer. 16, 469 (1980). — 11. Nagy, T., Lampé, I., Pap, U., Mórocz, I.: Primer malignus melanoma és carcinoma egyidejű előfordulása gégében. Fül-orr-gégegyógy. 32, 235 (1986). — 12. Petrányi, Gy.: A cytostatikus gyógykezelés veszélyei. Orv. Hetil. 119, 63 (1978). — 13. Picker, H., Zingere, N., Böheim, K., Lochs, A., Spoendlin, H.: The prognostic influence of induction chemotherapy on advanced head and neck carcinoma. Arch. Otorhinolaryngol. 243, 324 (1986). — 14. Rozenzweig, M., Dodion, P., Bruntsch, U. et al.: Combination chemotherapy with Cisplatin, Methotrexate, Bleomycin, and Vincristine (CABO) in advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 54, 1499 (1984). — 15. Ruffmann, R., Seifert, R., Ross, H., Haass, H. G.: Palliative Chemotherapie bei inoperablen Plattenepithel-Carcinomen im Kopf-Hals-Bereich mit dem V-B-M-Schema. HNO. 29, 270 (1981). — 16. Schwab, W., Winkel, K., Amman, A.: 5 Jahre synchronisierte Strahlentherapie bei Kopf-

Hals-Carcinomen. HNO. 24, 301 (1976). — 17. Sesterhenn, K., Klein, H. O.: Untersuchungen zum Generationszyklus maligner Tumoren im HNO-Bereich und ihre Bedeutung für die zytostatische Therapie. Laryng. Rhinol. 55, 1 (1976). — 18. Slotman, G. J., Mohit, T., Raina, S. et al.: The incidence of metastases after multimodal therapy for cancer of the head and neck. Cancer. 54, 2009 (1984). — 19. Spaulding, M. B., Kahn, A., Sundquist, N., Lore, J. M.: Preoperative chemotherapy for hypopharyngeal carcinoma. Laryngoscope 93, 346 (1983). — 20. Spaulding, M., Ziegler, P., Sundquist, N. et al.: Induction therapy in head and neck cancer. Cancer 57, 1110 (1986). — 21. Szabó, Gy., Kovács, A., Jancsó, J.: Lehetőségeink az intrarteriális kemoterápia eredményességének fokozására (126 fej- és nyaktumor kezelés alapján). Fül-orr-gégegyógy. 25, 100 (1979). — 22. Szabó, Gy., Takács, L., Kovács, A., Moskovics, K.: Fej- és nyakdaganatok regionalis kemoterápiája. Orv. Hetil. 119, 651 (1978). — 23. Takácsi Nagy, L., Nagykálnai, T., Németh, Gy.: Palliatív citosztatikus kezelés inkurábilis gégekarcinómáknál. Fül-orr-gégegyógy. 31, 28 (1985). — 24. Trizna, Z., Bánhidý, F., Pólus, K., Kásler, M., Zemplén, B., Rózsa, L., Boér, A., Rácz, T., Vizkelety, T.: A teljes gégeeltávolítás hosszú távú eredményeinek személyi számítógéppel történő értékelése. Fül-orr-gégegyógy. 34, 40 (1988). — 25. Ungor, K., ifj. Götze, A., Skripecky, K., Csáthy, A.: Cytostaticumokkal szerzett tapasztalataink. Fül-orr-gégegyógy. 22, 246 (1976). — 26. Vogl, S. E., Schoenfeld, D. A., Kaplan, B. H. et al.: A randomized prospective comprison of Methotrexate with a combination of Methotrexate, Bleomycin, and Cisplatin in head and neck cancer. Cancer 56, 432 (1985). — 27. Zemplén, B., Pólus, K., Bánhidý, F.: Posztoperatív preventív Elobromol mono-citosztatikus terápia értékelése fej-nyak tumoros betegeknél. Fül-orr-gégegyógy. 29, 1 (1983).

А. Тот, Д. Кинчеш, И. Йокаи, Л. Тот, К. Кешмарки, М. Кишели, Т. Фаркаш: Опыт применения цитостатической терапии

Авторы сообщают об опыте применения цитостатической терапии на 47 больных с шейно-головными опухолями. 33 больных получили комбинацию из винкристина, блеомицина и метотрексата. На основании полученных результатов, они обращают внимание на то, что лечение опухолевых больных является мультидисциплинарной задачей, в которой химиотерапия занимает свое место.

Á. Tóth, G. Kincses, I. Jókay, L. Tóth, K. Késmárki, M. Kisely, T. Farkas: *Experiences with cytostatic therapy*

The authors report on their experiences with the cytostatic therapy of 47 patients suffering from head-neck tumors. 33 patients were given the combination of Vincristin, Bleomycin, Methotrexate. On the basis of the results it is emphasized that the therapy

Á. Tóth, Gy. Kincses, I. Jókai, L. Tóth, K. Késmárki, M. Kisely, T. Farkas: *Unsere Erfahrungen mit der zytostatischen Therapie*

Verff. berichten über die zytostatische Behandlung von 47 Patienten mit Geschwülsten der Kopf-Hals-Region. 33 Patienten erhielten eine Kombination von Vincristin, Bléomycin und Methotrexate. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Behandlung von Tumorpatienten eine mutidisziplinäre Aufgabe ist, in der auch die Chemotherapie ihren Platz hat.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár) és
Radiológiai Klinika, (igazgató: Vargha Gyula dr. egyetemi tanár)

Telecobalt-irradiatival kezelt meso-és hypopharynx tumorok a DOTE Fül-orr-gégeklinikán II.

A terápiás eredmények ismertetése

SZÜCS JÁNOS dr.,* PAP UZONKA dr.,* CSARKÓ PÉTER dr.,*
NAGY TIBOR dr., TÓTH LÁSZLÓ dr., BIROCSÁK EMESE dr.,
RÁCZ TAMÁS dr., MILTÉNYI LÁSZLÓ dr.**

Közlésre érkezett: 1988. május 20.

A szerzők a közleményük második részében a DOTE Fül-orr-gégeklinikán 10 év alatt (1976—1985) diagnosztizált és telecobalt irradiációban részesült 70 meso- és 22 hypopharynx-malignomás beteg terápiás eredményeit ismertetik. Mesopharynx tumorok esetén 46% 3 éves, 24% 5 éves, hypopharynx tumorok esetén 27% 3 éves, 9% 5 éves túlélést találtak.

Bevezető

A DOTE Fül-orr-gégeklinikán 10 év alatt (1976—1985) diagnosztizált és telecobalt irradiációban részesült 70 meso- és 22 hypopharynx-malignomás beteg fontosabb etiológiai tényezőit, a bevezető tünetek előfordulását, histologia, nem, életkor, TNM és stádium szerinti megoszlását közleményünk első részében ismertettük [12, 14]. Jelen közleményünkben a terápiás eredményeinket tárgyaljuk. Egyéb lokalizációjú daganatok sugárkezeléséről már korábban beszámoltunk [4, 15, 21, 22, 14].

Betegeink túlnyomó többsége rossz általános állapotban, késői stádiumban, és viszonylag idős korban (átlagéletkor 59,2 év) jelentkezik [12]. Tovább rontja helyzetüket, hogy a táplálkozási és életmódbeli szokások (alkoholizmus, dohányzás), a tumor lokalizációjából adódó nyelési panaszok miatt a betegek általában leromlott általános állapotban, a cachexia határán kerülnek felvételre. Mindezek, valamint resecabilitás és operabilitás esetén a betegek gyakori negatíviztikus magatartása miatt elsődleges (bár gyakran palliatív) terápiás lehetőségünk az irradiatio marad.

A terápiás effektus értékelését nehezíti az a körülmény, hogy az onkológiai gondozás jelenlegi rendszere mellett (a diagnózist és terápiás tervet, az irradiációs kezelést és az utógondozást három különböző intézmény végzi) a betegek egy részét szem elől veszítjük és így 9 mesopharynx tumoros és 3 hypopharynx tumoros beteg további sorsáról nem tudunk.

A kezelt betegeket az irradiatio után a Radiológiai Klinikával egyeztetve kontrollvizsgálatokra rendeljük vissza, és így consilium dönt az esetleges kiegészítő kezelésekről. Miután ellátási területünk több megyét is érint, valamint a betegek egy része nem érzi a saját érdekének a rendszeres ellenőrző vizsgálatokat, a meg nem jelentek adatait az onkológiai gondozóktól tudtuk

* 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. DOTE Fül-orr-gégeklinika

** 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. DOTE Radiológiai Klinika

Prof. Dr. Lampé István egyetemi tanár professzori kinevezésének 10 éves jubileumának tiszteletére