

A fertilitás megőrzése endometrium-carcinoma esetén fiatal korban

LAMPÉ LÁSZLÓ DR.

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Tóth Zoltán dr. egyetemi tanár) közleménye

Összefoglalás: Japán szerzők korai (FIGO IA), differenciált endometrium-carcinoma gyógyszeres (gesztagén) kezelésének lehetőségére hívják fel a figyelmet, tizenkét negyven évesnél fiatalabb beteg megfigyelése alapján, néhány más szerzővel egyetértésben. Cél a csonkító műtét elkerülése vagy elodázása és a fertilitás megőrzése. Szerző egy igen érdekes saját eset ismertetésével közel három évtizedes megfigyelési idő során kedvező tapasztalatokról számol be. Gesztagénkezelés lehetővé tette a korai endometrium-carcinoma (adenoakantoma) gyógyulását, spontán szüléssel végződő két terhesség létrejöttét. Huszonöt év után a carcinoma recidivált, ekkor már a menopauzában lévő betegnél méheltávolítás történt.

Kulcsszavak. Korai endometrium-carcinoma, gesztagénkezelés.

Japán szerzők (Niwa K. és mtsai) [1] a BJOG egyik utolsó számában FIGO IA stádiumú endometrium-carcinoma miatt gesztagénkezelésben részesített tizenkét fiatal (40 évesnél fiatalabb) nő további sorsáról készítettek tanulmányt. A legfiatalabb beteg 23 éves volt.

A betegek 4–6 hónapig napi 400–600 mg medroxiprogesteron-acetátot kaptak, és néhány alkalommal, négyhetenként méhkaparással ellenőrizték az endometriumot. – Valamennyi esetben teljes remissziót észleltek 6–10 hónapig belül. A tíz férjzett nő közül hét akart terbe esni, öt ki is viselte terhességét, érett magzatot szült. A rendszeres ellenőrzések során 8 betegnél recidívát észleltek, és négy esetben hysterectomiát végeztek, közülük egynél petefészekáttétet találtak. Ettől eltekintve távoli áttétet egy esetben sem tapasztaltak a 30 hónapos meg-

figyelési idő alatt. A többi beteg ciklofoszfamid-, ciszplatin-, medroxiprogesteron-acetát-kezelést kapott. Tumor okozta haláleset nem fordult elő. Egyik betegnek sem volt ösztrogéntermelő petefészek-daganata, pajzsmirigy- vagy májbetegsége, egyik sem részesült korábban hormonkezelésben. Hasonló feltételeket figyelembe véve mások is kedvező tapasztalatokról számolnak be differenciált endometriumrák gesztagénkezelésével [2, 3, 4].

A dolgozat olvasása felelevenítette egy ehhez a témához sorolható, igen érdekes és tanulságos esetünk kórtörténetét.

Közel harminc évvel ezelőtt (1977-ben) 25 éves hajadon (S. E.) idegileg nagyon megviselt állapotban, kétségbeesve keresett fel dolgozószobámban azzal a kéréssel, hogy legyek segítségére. Elmondta, hogy két hétig tartó vérezgetés miatt került a régióinkhoz tartozó egyik kórház nőgyógyászati osztályára, ahol méhkaparást vé-

gezték és megállapították, hogy méhrákja van. A magával hozott zárójelentés szerint carcinoma endometrii. Méheltávolítást ajánlottak, de ő semmi körülmények között nem járul hozzá a műtéthez. Férjhezmenetel előtt áll, és gyermek nélkül sem ő, sem a vőlegénye nem tudja elképzelni az életet. Azt csak zárójelben jegyzem meg, hogy többször is megfogalmazta öngyilkossági szándékát, ha a műtét elkerülhetetlen.

Endes Pongrácz professzor (a DOTE Kórbonctani Intézet akkori igazgatója) segítségét kértem, aki beszerezte az illető kórháztól a szövettani leírást és a metszeteiket. Megerősítette a diagnózist, kiegészítve azzal, hogy a carcinoma differenciált szerkezetű (adenoakantoma), és a metszetekből ítélve, nagy valószínűséggel nem infiltrálja a myometriumot.

Adott helyzetben a beteg részletes tájékoztatása után gesztagén- (Norcolut) kezelést kezdtünk, majd két hónap múlva méhkaparást végeztünk. A kürett végzése közben jól lehetett érezni, hogy az endometrium lekaparása után a felszín egyenletes maradt, megerősítve annak valószínűségét, hogy a daganat nem terjedt a méhizomzatba. A szövettan a korábbival azonos szerkezetű tumort igazolt. Emelt dózissal folytattuk a gesztagénkezelést. Áttöréses vérzés jelentkezett, ekkor egy hét szünetet tartottunk, majd továbbadtuk a Norcolutot. Újabb két hónap múlva a méhkaparást megismételtük. A szövettan szekréciós endometriumot bizonyított, atípusos sejtelérés nélkül. Ennek ellenére még két hónapig adtunk gesztagént, és további két hónapot követően újabb méhkaparást végeztünk. A szövettani leírás ekkor is ép, normális szerkezetű endometriumot fogalmazott meg. A további kezelést felfüggesztettük, de a beteget előbb 3, majd 6 havonként ellenőrzésre visszarendeltük. A betegeink időközben férjhez ment, és hamarosan teherbe esett. Zavartalan szülés után újabb terhesség, és ismét élettani szülés. Ezt követően fél-, egyévenként ellenőrzésen megjelent, pontosan kitöltötte a menzesznaptárt, szabályos ciklusokról számolt be. Időközben rendelkezésünkre állt a hüvelyi ultrahangkészülék, és mindig normális uterust, egyenletes endometriumot, kóros eltérés nélküli petefészkeket találtunk.

Újabb fordulat 28 év múlva következett be (kórlapszám: 562/2002). Az addig szabályos ciklusok mellett rendszertelen vérzés lépett fel. Hiszteroszkópos vizsgálattal (op. Dr. Bacskó Gy.) atípusos képet láttunk, az eltávolított kaparék pedig differenciált endometrium carcinomát bizonyított. Hasi méheltávolítást végeztünk az egyébként ép függelékekkel együtt az ablaszticitás elveinek betartásával (2002. február 11). Szövettan: adeno-carcinoma endometrioides corporis uteri (G-I; a tumor a myometriumot felszínesen infiltrálja). A műtét óta három és fél év telt el, páciensünk panasz- és tünetmentes.

Az említett dolgozat japán szerzői felsorolják azokat a kritériumokat, amelyekben megengedhetőnek tartották a fertilitást megőrző kezelést endometrium carcinoma esetén:

- 40 évesnél fiatalabb,
- nullipara,
- az endometrium-carcinoma I. grade differenciáltságú,
- progeszteronreceptor pozitív,
- a CA 125 érték normális (kevesebb mint 35 U/ml),
- áttét és myometrium invázió MRI és TVS vizsgálattal kizárható,
- a beteg határozott kívánsága a fertilitás megőrzése.

Hangsúlyozzák továbbá, hogy a szövettani vizsgálatot és a receptor meghatározást (immun-hisztokémiai módszerrel) két egymástól független szakember végezte.

A betegeket igen részletesen tájékoztatták a kezelés módjairól és az esetleges következményekről. A kórház etikai bizottságától engedélyt szereztek a gyógyszeres kezeléshez.

Megbeszélés

Az endometrium carcinoma elfogadott „standard” terápiája a méheltávolítás a függelékekkel együtt, gyakran kiegészítve sugárkezeléssel és gesztagénadással. Premenopauzában az endometriumráknak ez a kezelési módja 90% feletti gyógyulással jár [5]. Súlyos gondot és nehezen feloldható dilemmát okoz a 40 évnél fiatalabb nők endometriumrákja, ha ragaszkodnak a fertilitás megőrzéséhez és különösen, ha még nincs saját gyermekük. Több irodalmi adat és saját esetünk is bizonyítja, hogy megfelelő esetekben az IA stádiumú carcinoma konzervatív kezelése eredményes lehet, és a csonkító műtét elkerülhető, illetve a szülés(ek) utáni időszakra tehető. Napjainkban már lehetőség van a Niwa és mtsai által felsorolt kritériumok [1] betartására és gesztagénkezeléssel a csonkító műtét elkerülésére (vagy elodázására) és a fertilitás megőrzésére.

Irodalom

- [1] Niwa K, Tagami K, Lian Z és mtsai. Outcome of fertility-preserving treatment in young women with endometrial carcinomas. Br J Obstet Gynaecol 2005; 112: 317–320.
- [2] Gotlieb WH, Beiner ME, Shalmon B és mtsai. Outcome of fertilitysparing treatment with progestins in young patients with endometrial cancer. Obstet Gynecol 2003; 102: 718–725.
- [3] Kimmig R és mtsai. Conservative treatment of endo-

metrial cancer permitting subsequent triplet pregnancy. *Gynecol Oncol* 1995; 58: 255–257.

- [4] Thornton JG, Brown LA, Wells M, Scoot JS. Primary treatment of endometrial cancer with pregestogen alone. *Lancet* 1985; 2: 207–208.
- [5] Lampé L. Szülészeti-nőgyógyászati műtétan. 2. kiadás. Medicina, Budapest, 2000

Lampé L.: *Fertility-preserving treatment in young women with endometrial cancer*

Japanese authors in agreement with others, have highlighted the possibility of conservative treatment of well differentiated early stage endometrial cancer (FIGO

IA) in patients under the age of 40 years. The aim is to avoid or delay hysterectomy in order to preserve fertility, at least temporarily. The author reports an interesting case with the details of her 30 years' follow-up. Gestagen treatment resulted in cure of the early stage endometrial cancer (adenoakanthoma) and made two subsequent livebirths possible. Local recurrence of the disease developed 25 years following the initial treatment, in the menopause, and was successfully treated by hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy.

Key words: early stage endometrial cancer, gestagene treatment

HOMEOPÁTIA A SEBELLÁTÁSBAN!

SÉRÜLÉSEK KEZELÉSE ÉS A PERIOPERATÍV IDŐSZAK TÁMOGATÁSA HOMEOPÁTIÁVAL
címmel

a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület 2006. március 25-én, szombaton tanfolyamot szervez
elsősorban homeopátiás képzettséggel még nem rendelkező orvosok részére.

Kredit érték: 16 pont

Jelentkezés írásban: **2006. március 2-ig**. Tanfolyamdíj: **11 000 Ft** (csekken előre fizetve)
(határidő után ill. helyszínen **13 200 Ft**). Befizetési határidő: **március 16.**

Helyszín: **Hotel Ventura**, 1119 Budapest, Fehérvári út 179. Regisztráció: **március 25-én 9–10 óra között.**

Tanfolyamfelelős: dr. Dénes Ágnes

Jelentkezési cím és részletes információ: **MHOE iroda,**

telefon: 225-3897, fax: 225-3898, e-mail: homeopata@axelero.hu, honlap: www.homeopata.hu