

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Fogorvostudományi Kar

Szájüregi laphámrák az északkelet-magyarországi régióban I.**(Demográfiai jellemzők,
kliniko-pathológiai paraméterek, kezelés, recidíva, túlélés)**

DR. NEMES JUDIT, DR. REDL PÁL, DR. BODA RÓBERT, DR. MÁRTON ILDIKÓ

Száztizenkilenc, random módon kiválasztott betegből álló szájüregi laphámrákos csoport retrospektív vizsgálatát végezték el a szerzők. A betegdokumentáció alapján elemezték a populáció korát és nemi összetételét. Vizsgálták a daganatok helyét, méretét, a regionális és távoli metasztázisokat, a szövettani differenciáltságot, az alkalmazott terápiát, a recidívákat és a túlélést. A férfi:nő arány 5,2:1, az átlagéletkor 57,4 év volt. Leggyakoribbak voltak a szájfenék (27,%) az ajak (26,9%) és a nyelv (22,7%) daganatai. A betegek 58,8%-a korai (I-II) stádiumban lévő daganattal jelentkezett. Legtöbbször közepesen differenciált (grade II) tumorról találkoztak. Sebészi kezelés volt a leggyakoribb, önállóan vagy sugárterápiával kiegészítve. Az esetek 20,7%-ában észleltek recidívát. Az összesített 5 éves túlélési ráta 38,7% volt (I. stádium: 68,3%, II. stádium: 31,0%, III. stádium 22,6%, IV. stádium: 11,1%). Statisztikai összefüggést találtak a túlélés és a tumor mérete, a nyirokcsomó metasztázis, a klinikai stádium és a sebészi terápia között ($p \leq 0.05$ rendre).

A túlélési mutatók a klinikai stádium súlyosbodásával egyre romlanak. A daganatok kezdeti stádiumban történő felismerése és sebészi kezelése jelentősen növeli a betegek túlélési esélyeit.

Kulcsszavak: orális tumor, laphámrák, túlélés, Északkelet-Magyarország

Hazánkban a rosszindulatú daganatos megbetegedések száma évek óta emelkedő tendenciát mutat. Mortalitási mutatóik is igen kedvezőtlenek, a szív és érrendszeri eredetű halálokok mögött a második helyet foglalják el mintegy 25%-os gyakorisággal [26]. A magyarországi daganathalálozási sorrendben az oropharyngeális (BNO-X: C00-C14) rosszindulatú daganatok mindkét nemre vonatkoztatva a hatodik helyet foglalják el [25]. Súlyosabb a helyzet a férfiak esetében, itt az ajak, a szájüreg és a garat malignus tumora a negyedik leggyakoribb daganat-lokalizáció, és az összes daganatos halálozás 7%-át, nők esetében 2%-át adja [27]. 1999-ben mind a férfiak, mind a nők oropharyngeális rákos mortalitása első volt Európában (20,21 illetve 2,58/100000 lakos) [20]. Ez csak a szájüregi (BNO-X: C00-C06) daganatokra vonatkoztatva 13,6 illetve 1,9/100000 lakos rendre [5]. Még szomorúbb a helyzet, ha a halálozási mutatókat nem a teljes népességre vetítve vizsgáljuk, hanem kiemeljük a 35–64 éves, leginkább veszélyeztetett korosztályt. Ebben a korcsoportban mind a férfiak, mind a nők vezetnek az európai ranglistát, a férfiaknál 51,4, a nőknél 6,18 halálozás jut 100 000 lakosra [20].

Az oropharyngeális rosszindulatú daganatok világszerte komoly problémát jelentenek. Az összesített statisztikák szerint 2000-ben a nyolcadik leggyakoribb

daganattípus volt a világon az összes eset 4,7 százaléka [31], míg Európában 2004-ben az incidencia 3,4% volt [4]. Az előfordulási gyakoriság azonban a világ egyes tájain jelentősen eltér egymástól. Míg Japánban az összes malignus tumorok csupán 1-2%-át, addig Indiában közel 50%-át adják [28].

Nem csupán az újonnan regisztrált esetek száma aggasztó, de az a dinamizmus is, mellyel a daganatok száma évről évre növekszik hazánkban. Míg 1948 és 1999 között Magyarországon az összes daganatos halálozás a 2,8-szorosára nőtt, addig az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú tumorai által okozott halálozás a hatszorosára emelkedett [34]. Ha a trendeket vizsgáljuk, elmondható, hogy míg a fejlett nyugati országokban az 1990-es évek elejétől kezdve egyenesen csökken a szájüregi daganatokból eredő halálozás, addig Kelet-Európában és a volt Szovjetunió utódállamaiban drasztikus emelkedést jeleznek a statisztikák. Hazánkban 1984 és 1994 között a halálozási arányszám növekedése férfiak esetén 83,5%, a nők körében 72,3% volt [20].

Általában elmondható, hogy a szájüregi rákos megbetegedések előfordulási gyakorisága férfiak esetén nagyobb. Az európai férfi:nő átlag 5:1, Magyarországon 6:1 [5]. A halálozási arányszám még kedvezőtlenebb a férfiakra nézve, az európai átlag 5,4:1, hazánk-

Érkezett: 2005. november 30.

Elfogadva: 2006. június 28. x

ban 7,2:1 [5]. A daganat megjelenése általában az élet hatodik, hetedik dekádjára tehető, de több felmérés is utal rá, hogy egyre több a 45 éves kor előtt megjelenő szájüregei tumor [1, 30]. Az átlagos 5 éves túlélés 40% körüli [11], de ez az érték országonként és betegcsoportonként nagy szórást mutat [7, 13, 15]. Természetesen a túlélést döntően befolyásolja a daganat helye és stádiuma a felismerés idején. Szövettanilag az oropharyngeális daganatok több mint 90%-a laphámrák [23].

Mivel, tudomásunk szerint, hazai betegek körében a közelmúltban nem jelent meg deskriptív epidemiológiai tanulmány, ezért célunk egy viszonylag jelentős létszámú, ajak- és szájüregei laphámrákos populáció ilyen irányú vizsgálata volt.

Anyag és módszer

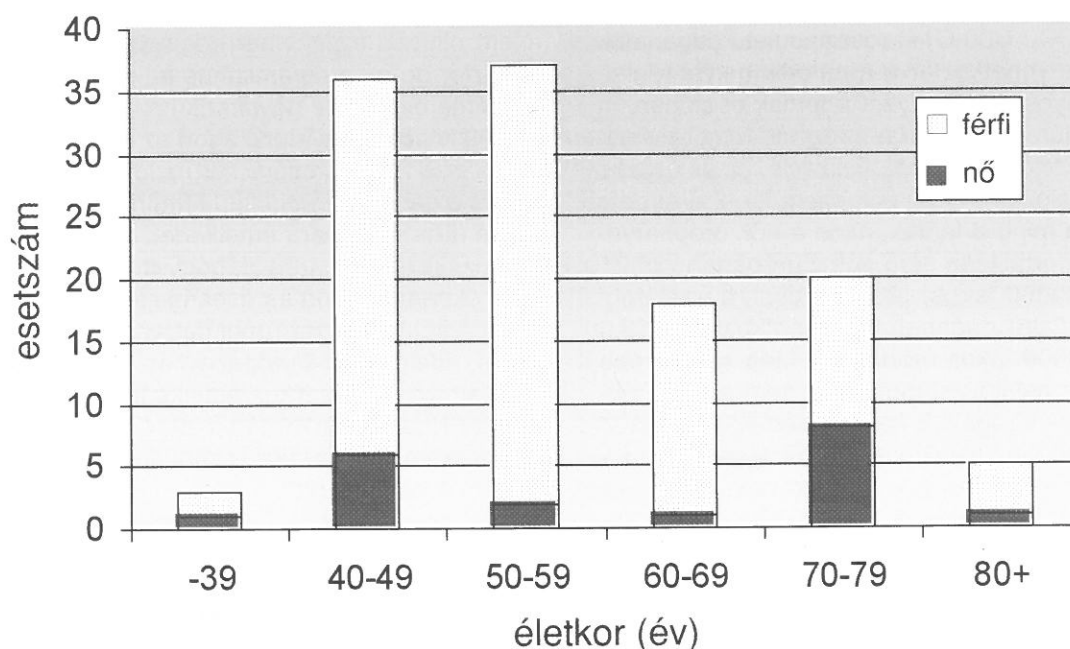
A Debreceni Orvostudományi Egyetem (DOTE) Stomatológiai Klinikájának Szájsebészeti Osztályán 1996. május 1. és 1999. április 30. között újonnan diagnosztizált ajak- és szájüregei laphámrákos (BNO-X. C00-C06) esetek közül véletlenszerűen olyan pácienseket választottunk ki, akik hiánytalan dokumentációval rendelkeztek, és szövetminta blokkjuk fellelhető volt a DOTE Patológiai Intézet szövettani archívumában. Az eredeti szövettani diagnózis megerősítése az archivált anyagok újrvizsgálása alapján történt. A kiválasztott 119 beteg túlélési idejét az Anyakönyvi Hivatal adat-szolgáltatása révén állapítottuk meg, klinikai adataikat a betegdokumentáció alapján gyűjtöttük össze. Vizsgáltuk a betegek nemét és korát, rögzítettük a tumor

helyét, méretét, a regionális nyirokcsomó-érintettségét illetve távoli metasztázis meglétét avagy hiányát. A TNM klasszifikáció az UICC kritériumok alapján történt [32]. A daganat szövettani diagnózisát, differenciáltsági fokát a WHO kritériumok alapján állapítottuk meg [37]. Vizsgáltuk a daganat klinikai stádiumát, az alkalmazott terápiát, az esetleges recidívát és a teljes túlélési időt. Ez az érték nem csupán a betegség-specifikus túlélést jelöli, hanem tartalmazza az egyéb okokból bekövetkezett, tehát egyéb betegségek, balesetek, öngyilkosság, természetes halál miatti elhalálozásokat is. Betegség-specifikus túlélést nem állt módunkban vizsgálni, ugyanis az Anyakönyvi Hivatal csupán az elhalálozás idejét tudta velünk közölni, annak okát nem. Az elhalálozás okát csupán azon betegeknél tudtuk biztosan, akik klinikai bennfekvésük során hunytak el. A többiek esetében biztos információ nem állt rendelkezésre.

Az adatok feldolgozása SPSS.11 statisztikai programcsomag segítségével történt. A kategorikus adatok elemzését χ^2 , a folyamatos változók analízisét t-tesztel végeztük. Az eredményeket szignifikánsnak tekintettük, ha $p \leq 0.05$.

Eredmények

A laphámrákos betegek kliniko-pathológiai paramétereit az 1. táblázat összesíti. A 119 fős vizsgálati csoportot 100 férfi és 19 nő alkotta, a férfi nő arány 5,2 : 1. A diagnózis megállapításakor az átlagéletkor férfiaknál 56,7, nőknél 61,1; míg összesítve 57,4 év volt (1. ábra).



1. ábra. Szájüregei laphámrák esetszámok a korcsoportok függvényében, nemekre lebontva

A lokalizációt vizsgálva leggyakoribbak a szájfénék (27,7%), az ajak (26,9%) és a nyelv (22,7%) dagana-
tai voltak. A gingiva, a palatum, a retromoláris régió és
az egyéb külön nem specifikált orális régiók dagana-
tai együttesen alkották az esetek 22,7%-át. Az ajaktu-
mosos betegek átlagéletkora 66,4 év, ami 10–13 évvel
magasabb, mint a többi betegcsoporté (a különbség
szignifikáns $p < 0.001$). Annak ellenére, hogy az alsó és

a felső ajak tumorainak viselkedése és kórjósata lé-
nyegesen eltér egymástól [33], mégis összesítve vizs-
gáltuk azokat, mivel a 32 esetből csupán 1 érintette
a felső ajkat, és egy esetből nem tudtunk illetve nem
mertünk következtetéseket levonni.

A daganatok méretét vizsgálva a kedvezőbb cso-
portba (T1, T2) az esetek 70,6%-a, az előrehaladott
T3, T4 csoportokba az esetek 29,4%-a tartozott. Re-

I. táblázat

A klinikopathológiai paraméterek és rizikófaktorok, valamint az 5 éves teljes
túlélés összefüggései a vizsgált szájüregi laphámrákos betegcsoportban

Változó	Esetszám	Átlagéletkor (év)	5 éves teljes túlélés (%)	p-érték [#]
Nem				NS
férfi	100	56,66	38 (38,0)	
nő	19	61,05	8 (42,1)	
Kor				NS
≥ 65 év	34	–	9 (26,5)	
< 65 év	85	–	37 (43,5)	
Tumorméret				$p < 0,001$
T1, T2	84	T1 58,50	40 (47,6)	
T3, T4	35	T4 48,60*	6 (17,1)	
Nyirokcsomó metasztázis				$p < 0,001$
Negatív	85	58,40	40 (47,1)	
Pozitív	34	57,08	6 (17,6)	
Klinikai stádium				$p < 0,001$
I.	41	59,24	28 (68,3)	
II.	29	59,79	9 (31,0)	
III.	31	57,68	7 (22,6)	
IV.	18	48,61*	2 (11,1)	
Szöveti differenciáltság				NS
Grade I (jó)	51	59,22	22 (43,1)	
Grade II (közepes)	58	56,75	21 (36,2)	
Grade III (gyenge)	10	51,70	3 (30,0)	
Tumor helye				NS
Ajak	32	66,41*	18 (56,3)	
Nyelv	27	53,96	9 (33,3)	
Szájfénék	33	53,85	11 (33,3)	
Gingiva	8	51,75	1 (12,5)	
Retromoláris régió	6	52,67	4 (66,7)	
Palatum	9	56,89	2 (22,2)	

NS = nem szignifikáns, *szignifikáns eltérés

gionális nyirokcsomó-érintettséget a betegek 28,4%-ánál, távoli metasztázist csupán 4 esetben (3,4%) észleltünk. A II. táblázat szemlélteti a daganat helye és stádiuma között talált összefüggéseket. Az ajakrákos esetek 65,6%-a klinikailag az I. stádiumba tartozott, a nyelv tumorainál 25,9%, a szájfenéki daganatoknál 24,2% tartozott ebbe a kedvezőbb prognózisú csoportba (a különbség statisztikailag szignifikáns $p < 0.001$). Ha klinikai stádiumok függvényében vizsgáljuk az egyes betegcsoportok átlagéletkorát, megállapíthatjuk, hogy az I., II. és III. stádiumban lévő betegek a diagnózis időpontjában életkor szempontjából homogén

mivel további sorsukról nem voltak részletes információink. A 106 páciensnél alkalmazott kezelési módokat az III. táblázat részletezi. A leggyakoribb, műtéti megoldást az esetek 51%-ában alkalmaztuk, további 22,6% esetében radioterápiával kiegészítve. Önállóan sugárkezelést a betegek 13,2%-ánál végeztünk. Kryo-terápiát 7 idős korú, nagy műtéti kockázatú, alacsony klinikai stádiumú ajaktumoros betegnél alkalmaztunk (6,6%). Ennél az eljárásnál volt a leggyakoribb a recidíva (42,8%), míg a többi kezelési módnál csupán 15–25%. Összesítve 22 esetben észleltük a daganat recidíváját, ami a kezelt esetek 20,7%-a (III. táblázat).

II. táblázat

Laphámrákos betegek 5 éves teljes túlélési adatai (%) a tumor helyének és a klinikai stádium függvényében

Lokalizáció	Teljes túlélés (%)				Összes	
	St. I.	St. II	St. III.	St. IV		
Ajak	14/21 (66,7)	4/9 (44,4)	0/1 (0)	0/1 (0)	18/32 (56,3)	
Nyelv	4/7 (57,1)	2/4 (50,0)	2/11 (18,2)	1/5 (20,0)	9/25 (33,3)	
Szájfenék	6/8 (75,0)	2/12 (16,7)	3/12 (25,0)	0/1 (0)	11/33 (33,3)	
Gingiva	–	0/1 (0)	0/2 (0)	1/5 (20,0)	1/8 (12,5)	28/87 (32,2)
Retromoláris régió	3/3 (100)	1/1 (100)	0/1 (0)	0/1 (0)	4/6 (66,7)	
Palatum	1/2 (50,0)	0/1 (0)	1/3 (33,3)	0/3 (0)	2/9 (22,2)	
Egyéb	–	0/1 (0)	1/1 (100)	0/2 (0)	1/4 (25,0)	
Összes (%)	28/41 (68,3)	9/29 (31,0)	7/31 (22,6)	2/18 (11,1)	119 (100)	

betegcsoportot alkotnak. A IV. stádiumban lévő betegek 10,6 évvel fiatalabbak mint az I. stádiumba tartozók ($p = 0.002$). (I. táblázat)

Szövettani differenciáltság alapján a laphámrákok 43%-a jól, 48,6%-uk közepesen, 8,4% rosszul differenciált volt. A differenciáltság foka nem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést sem a klinikai mutatókkal, sem a túléléssel, bár a jól differenciált tumorok valamivel jobb túlélési mutatókat produkáltak (43% vs. 30%).

A túlélési index 2 év után 55,5%, 5 év után 38,7%. Az 5 éves túlélés és az egyes kliniko-pathológiai paraméterek összefüggéseit a I. táblázat szemlélteti. Szignifikánsan magasabb a túlélési arány (56,2%) az ajaktumoros betegek csoportjában összehasonlítva a többiekkel (32,2%) (II. táblázat).

A kezelés adatait 106 beteg esetén tudtuk vizsgálni. A maradék 13 páciens közül 4 inkurábilis eset csupán tüneti kezelést kapott, 1 beteg nem egyezett bele semmilyen kezelésbe, 8 páciens pedig a miskolci vagy nyíregyházi beutaló intézmény sugárterápiás osztályán kapta meg az előírt kezelést. Ez utóbbi esetben a betegeket nem vontuk be a vizsgálatba,

A recidívák megoszlása egyenletes a korai illetve előrehaladott stádiumokban (21,2% vs. 20%). A recidíva oki tényezőit vizsgálva egyedül a daganat szövettani differenciáltságával találtunk szignifikáns összefüggést ($p = 0.025$). A rosszul differenciált (grade III) tumorok 50%-ánál találtuk recidívát szemben a jól (grade I) illetve közepesen differenciált (grade II) eseteknél észlelt 14 illetve 17%-kal. Az esetleges recidíva nem befolyásolta a betegség prognózisát.

Megbeszélés

A szájüregi daganat többnyire férfibetegség, a nemzetközi irodalmi adatok szerint a férfi:nő arány 2:1 [35] és 16:1 [10] között változik. Vizsgálatunkban 5,2:1 arányt találtunk, ami jól illeszkedik a közép-európai trendbe [5]. A betegek átlagéletkora a diagnózis megállapításakor 57,36 (37–94) év volt, ami valamivel (nem szignifikánsan) alacsonyabb, mint amit más vizsgálatok találtak [6, 7, 8, 14]. Ezt némiképp magyarázhatja a fiatalabb (45 év alatti) betegcsoport magasabb, 18,5%-os aránya. Külhoni statisztikák ennek a kor-

osztálynak az érintettségét 4-6%-ra teszik Nyugat-Európában [1] és az USA-ban [30], míg egy távol-keleti felmérés 12,8%-ot mért [15].

A vizsgált betegcsoportban leggyakrabban szájfenéki és ajaktumorkkal találkoztunk. A szájüregi daganatok két legfontosabb etiológiai tényezője az alkoholfogyasztás és a dohányzás [16, 18]. Sajnos, régióinkban mindkét szenvedélybetegség elterjedt. Debrecen és vonzáskörzete mezőgazdasági övezetbe tartozik, nem meglepő az ajakrákok magas incidenciája, más fehér bőrűek lakta agrár vidékekhez hasonlóan [12, 24]. Itt az etiológiai faktorok közé felsorakozik az UVB-su-

sonlót tapasztalt számos más vizsgálat [9, 10], azonban fejlett nyugati és skandináv országokból érkeztek jóval kedvezőbb túlélési statisztikák is [3, 7, 29].

A 106 laphámrákos beteg kezelése a szakmai tesztelek által elfogadott és széles körben alkalmazott „onkoterápiás protokoll” irányelveinek és ajánlásainak megfelelően történt [19]. A kezelést meghatározó tényezők a primer tumor lokalizációja, kiterjedése, a nyaki áttét nagysága és elhelyezkedése, távoli metasztázisok valamint a beteg általános állapota voltak. Önálló sebészeti megoldást 54 esetben (51%), kezdeti stádiumban (I., II.) lévő betegeknél alkalmaztunk,

III. táblázat

Az alkalmazott terápia

Terápia	Esetszám (%)	Korai (I.–II.) stádium (%)	Előrehaladott (III.–IV.) stádium (%)	Recidíva (%)	5 éves teljes túlélés (%)
Műtét	54 (51,0)	47 (87,0)	7 (13,0)	11 (20,4)	31 (57,4)
Műtét + sugárterápia	24 (22,6)	5 (20,8)	19 (79,2)	6 (25,0)	5 (20,8)
Sugárterápia	14 (13,2)	5 (35,7)	9 (64,3)	1 (7,1)	3 (21,4)
Kemoterápia + sugárterápia	3 (2,8)	1 (1,5)	2 (5,0)	0	0
Kemoterápia + műtét + sugárterápia	4 (3,8)	1 (1,5)	3 (7,5)	1 (25,0)	4 (100,0)
Kryoterápia	7 (6,6)	7 (100,0)	0	3 (42,8)	2 (28,6)
Összesen:	106 (100,0)	66 (62,3)	40 (37,7)	22 (20,7)	45 (42,5)

gázás [18]. Nyugati országokban a nyelv daganatai a leggyakoribbak [14, 35], míg egyes ázsiai országokban a bucca a leginkább érintett [10].

Az ajak- és szájüregi laphámrákos betegek prognózisát több tényező is befolyásolja [22]. Beteganyagunkban nem volt hatással a túlélésre a beteg neme és kora. Bár az ajakrákok túlélése több mint 20%-kal jobb, mint a nyelv és a szájfenéki daganatoké, a tumor helye nem befolyásolta szignifikánsan az 5 éves túlélési eredményeket. Ha az ajak tumorait kivettük a mintából, romlottak a túlélés adatai, de a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns. A daganatok szövettani differenciáltsága, más vizsgálatokhoz hasonlóan, nem befolyásolta a prognózist [25]. Vizsgálatunk során összefüggést találtunk az 5 éves túlélés és a tumor mérete, a regionális nyirokcsomó-érintettség, a klinikai stádium valamint az alkalmazott terápia között. A daganat mérete és a nyirokcsomó metasztázis megéléte önmagában is szignifikáns tényező, de együttesen még biztosabb kórjóslatot adnak ($p < 0,001$). Minél előrehaladottabb a klinikai stádium, annál kisebb az 5 éves túlélés (68,3% vs. 11,1%). Betegcsoportunkban az összesített 5 éves túlélés 38,7% volt, melyhez ha-

ahol a daganat T1, T2 méretű volt, regionális nyirokcsomó-áttét nélkül. Az előrehaladott stádiumokban (III., IV.) a daganat reszekcióját és a nyaki disszekciót kiegészítettük posztoperatív (adjuváns) sugárterápiával (22,6%). Bizonyos esetekben, mikor műtét előtt a tumor megkisebbitése (down staging) volt kívánatos, preoperatív (neoadjuváns) sugárkezelést alkalmaztunk. A beteg általános állapota miatt inoperábilis vagy a tumor kiterjedése okán irrezekábilis daganatok esetén definitív (primer) sugárkezelést alkalmaztunk, melyet reziduális tumor esetén kiegészítettünk kemoterápiával. A túlélés szempontjából meghatározó volt a választott terápia. Az irodalmi adatokhoz hasonlóan [10] a csak sebészileg kezelt betegek 5 éves túlélési aránya szignifikánsan magasabb volt (57,5%), mint az egyéb terápiaiban (is) részesült pácienseké (26,9%, $p < 0,001$).

Külön figyelmet érdemel a vizsgálati csoportban a 45 évesnél fiatalabb korosztály magas aránya (18,5%), mely nemzetközi viszonylatban is kiemelkedő [1, 15, 30]. Ebben a populációban találtuk a szájfenéki tumorok 35%-át ($p = 0,001$), és szignifikánsan több IV. stádiumú daganatot észleltünk ($p = 0,023$). Ezek a da-

gاناتok nem méretükben, mint inkább metasztatizáló képességükben különböznek az idősebb korosztály tumoraitól ($p=0,028$). Szöveti differenciáltságuk is rosszabb, több a recidíva és rövidebb a túlélési idő is, bár ezek a különbségek statisztikailag nem szignifikánsak.

Vizsgálatunkban, a laphámrákos betegek 5 éves túlélési rátája a klinikai stádium súlyosságával állt a legszorosabb összefüggésben. Sajnálatos módon az esetek 41%-a előrehaladott stádiumban (a daganat átmérője ≥ 4 cm és/vagy regionális nyirokcsomó-érintettség) került felismerésre. Az első tünetek jelentkezése után gyakran hónapok is eltelnek, mire a beteget panaszai szakorvoshoz kényszerítik. Józan vélekedés szerint, ha a beteg a tünetek jelentkezése után közvetlenül fordul orvoshoz, sikerül korai stádiumban felismerni a daganatot. Erre több vizsgálat is rácsfol, nem találtak szignifikáns összefüggést a tünetek megjelenésétől a diagnosztizálásig eltelt idő, a klinikai stádium és a túlélés között [21, 36]. Ez csak egy dologgal magyarázható; a szájjüreg hátsó, nehezen látható régióinak bizonyos daganatai csak előrehaladott stádiumban okoznak panaszt a betegnek. Erre a problémára csupán a rendszeres szűrővizsgálatok adhatnak megoldást [2], ahol a rákmegelőző állapotok és a daganatok felismerésére felkészült fogorvosok (esetleg családorvosok) időben, még a jó prognózisú korai stádiumokban ki tudják szűrni a kóros elváltozásokat.

Irodalom

- ANNERTZ K, ANDERSON H, BJÖRKLUND A, MÖLLER T, KANTOLA S, MÖRK L és mtsai: Incidence and survival of squamous cell carcinoma of the tongue in Scandinavia, with special reference to young adults. *Int J Cancer* 2002; 101: 95-99.
- BÁNOCZY J, BAKÓ A, DOMBI Cs, EMBER I, KÓSA Zs, SÁNDOR J, SZABÓ Gy: Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok: a korai diagnózis lehetőségei. *Magy Onkol* 2001; 45: 143-148.
- BARZAN L, TALAMINI R, FRANCHINI G, VACCHER E, POLITI D, MINATEL E és mtsai: Changes in presentation and survival of head and neck carcinomas in Northeastern Italy, 1975-1998. *Cancer* 2002; 95: 540-542.
- BOYLE P, FERLAY J: Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005; 16: 481-488.
- BRAY F, SANKILA R, FERLAY J, PARKIN DM: Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002; 38: 99-166.
- BUSQUETS JM, GARCIA HA, TRINIDAD-PINEDO J, NAEZ A: Clinicopathologic characteristics of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *P R Health Sci J* 2003; 22: 259-264.
- CHANDU A, ADAMS G, SMITH ACH: Factors affecting survival in patients with oral cancer: an Australian perspective. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 514-520.
- CHARABI B, TORRING H, KIRKEGAARD J, HANSEN HS: Oral cancer – results of treatment in the Copenhagen University Hospital. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; 543: 246-247.
- CHARABI S, BALLE V, CHARABI B, BERTHELSEN A, THOMSEN J: Squamous cell carcinoma of the oral cavity: the results of the surgical and non-surgical therapeutic modalities in a consecutive series of 156 patients treated in Copenhagen county. *Acta Otolaryngol Suppl* 1997; 529: 226-228.
- CHEN YK, HUANG HC, LIN LM, LIN CC: Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. *Oral Oncol* 1999; 35: 173-179.
- COLEMAN MP, GATTA G, VERDECCHIA A, ESTEVE J, SANT M, STORM H és mtsai: EURO CARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003; 14: 128-149.
- DE VISSCHER JGAM, VAN DER WAAL I: Etiology of cancer of the lower lip: a review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27: 199-203.
- FUNK GF, HYND KARNELL L, ROBINSON RA, ZHEN WK, TRASK DK, HOFFMAN HT: Presentation, treatment and outcome of oral cavity cancer: a national cancer database report. *Head Neck* 2002; 24: 165-180.
- GERVASIO OL, DUTRA RA, TARTAGLIA SM, VASCONCELLOS WA, BARBOSA AA, AGUIAR MC: Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J* 2001; 12: 57-61.
- IAMAROON A, PATTANAPORN K, PONGSIRIWEET S, WANACHANTARARAK S, PRAPAYASATOK S, JITTIDECHARAKS S és mtsai: Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 84-88.
- IARC WORKING GROUP: Alcohol drinking. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 1988; 44: 1-378.
- IARC WORKING GROUP: Solar and ultraviolet radiation. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 1992; 55: 1-316.
- IARC WORKING GROUP: Tobacco smoking. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 1986; 38: 35-394.
- KÁSLER M (ed.): Az onkoterápia irányelvei. B+V (medical&technical) Lap- és Könyvkiadó Kft. 2001. pp. 41-58.
- LA VECCHIA C, LUCCHINI F, NEGRI E, LEVI F: Trends in cancer mortality in Europe. *Oral Oncol* 2004; 40: 433-439.
- MCGURK M, CHAN C, JONES J, O'REGAN E, SHERRIFF M: Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005; 43: 281-284.
- NÉMETH Zs, VELICH N, SZABÓ Gy, SUBA Zs: Prognosztikai faktorok jelentősége szájjüregi laphámrákok esetében. *Orvosi Hetilap* 2004; 145: 661-666.
- NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, SOQUOT JE: Oral and Maxillofacial Pathology. W.B. Saunders, Philadelphia 1995; 295-304.
- NORDBY KC, ANDERSEN A, KRISTENSEN P: Incidence of lip cancer in the male Norwegian agricultural population. *Cancer Causes Control* 2004; 15: 619-626.
- OLIVER AJ, HELFRICK JF, GARD D: Primary oral squamous cell carcinoma: a review of 92 cases. *Oral Maxillofac Surg* 1996; 54: 949-954.
- OTTÓ SZ, KÁSLER M: Rákmortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. *Magy Onkol* 2002; 46: 111-117.
- PÁLDI A, NÁDOR G, VINCZE I, ZSÁMBOKINÉ BAKACS M, RAJCSÁNYI Á, PINTÉR A: Az ajak, szájjüreg és garat rosszindulatú daganatos betegsége miatti halálozás valamint a morbiditás területi különbségei Magyarországon. *Magy Onkol* 2001; 45: 106-114.
- PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J, POWELL J: Estimate of worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80: 827-841.
- PUGLIANO FA, PICCIRILLO JF, ZEQUEIRA MR, FREDRICKSON JM, PEREZ CA, SIMPSON JR: Clinical-severity staging system for oral cavity cancer: five-year survival rates. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 38-45.
- SCHANTZ SP, YU GP: Head and neck cancer incidence trends in young Americans, 1973-1997, with special analysis for tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 268-274.
- SHIBUYA K, MATHERS CD, BISCHI-PINTO C, LOPEZ AD, MURRAY CJL: Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: II. results for the global burden of disease 2000. *BMC Cancer* 2002; 2: 37.
- SOBIN LH, WITTEKIND CH: Head and neck tumours. In: International Union Against Cancer (Union Internationale Contre Cancer): TNM classification of malignant tumours. Wiley-Liss, New York, 1997; 20-24.

33. SZABÓ GY (ED.): Szájsebészet, maxillofaciális sebészet. Semmelweis Kiadó, Budapest 2004. pp 163-174.

34. SZABÓ GY, BARABÁS J, NÉMETH ZS: A szájüregi daganatok kérdése hazánkban – Miért vagyunk Európában elsők a halálozás tekintetében, és mik lennének a tennivalók? Háziorvosi Továbbképző Szemle 2004; 9: 354-358.

35. TARVAINEN L, SUURONEN R, LINDQUIST C, MALILA N: Is the incidence

of oral and pharyngeal cancer increasing in Finland? An epidemiological study of 17383 cases in 1953-1999. Oral Diseases 2004; 10: 167-172.

36. WILDT J, BUNDGAARD T, BENTZEN SM: Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. Clin Otolaryngol 1995; 20: 21-25.

37. WORLD HEALTH ORGANISATION: International Classification of Diseases for Oncology. WHO, Geneva, Switzerland, 1988.

DR. NEMES J, DR. REDL P, DR. BODA R, DR. MÁRTON I:

Oral Squamous Cell Sarcinoma in North-Eastern Hungary I. Epidemiology

The purpose of this study was to characterize the epidemiological data of oral squamous cell carcinoma (OSCC) patients in North-Eastern Hungary.

The medical records of 119 randomly selected patients with OSCC admitted to the Department of Maxillofacial Surgery of the Faculty of Dentistry, University of Debrecen were reviewed. Cases were identified according to the epidemiological data, as to site, tumor size, lymph node involvement, clinical stage, histological differentiation, treatment obtained, recurrence of disease and survival rate.

There was an obvious male predominance (male:female=5,2:1). The median age at diagnosis was 57.4 years. The most common sites of OSCC were the floor of the mouth (27.7%), the lip (26.9%) and the tongue (22.7%). The majority of the patients (58,8%) presented with early-stage (I-II) disease at the time of diagnosis, and 48.6% had moderately differentiated tumors. The most frequent therapeutic modality used was surgery with or without radiotherapy. Roughly one fifth of the cases (20.7%) experienced a recurrence of disease during the follow-up period. The overall 5-year survival rate was 38.7% (stage I: 68.3%, stage II: 31.0%, stage III: 22.6%, stage IV: 11.1%). There was a correlation between survival and tumor size, lymph node metastasis, clinical stage and surgical treatment ($p \leq 0.05$, respectively). We found no significant correlation between histological differentiation and survival.

Clinical stage exerts the most strongly significant impact on survival. Therefore, early detection and proper surgical intervention enhance patients' survival most effectively.

Key words: oral cancer, squamous cell carcinoma, survival, North-Eastern Hungary

KÖNYVISMERTETÉS

KARL-HEINZ KÖRHOLZ

Individuelle Totalprothetik

400 oldal, 1500 ábra

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin, 2006

Ára: 178 €

A Karl-Heinz Körholz által szerkesztett könyv eddigi munkájának, tapasztalatainak összefoglalása, melyben bemutatja a TiF® rendszert.

A szerző 1955-ben született Kölnben. 1980-tól fogtechnikusként dolgozott, számos laboratóriumban, míg sokéves szék melletti munka, ötletek és fejlesztések eredményeként született meg a PremEco®-Line-System, Prothetic Color system, Cera-Color Set. 1992-től saját céget alapított. Nemzetközi továbbképző előadásokat és tanfolyamokat szervez fogtechnikusoknak és fogorvosoknak egyaránt. Ezekon a tanfolyamokon

megismerteti a kollégákkal a betegközpontú, individualizált lemezes fogpótlások készítésének módjait, illetve népszerűsíti az általa kifejlesztett rendszereket.

Prof. Dr. Ulrich Stüttgen, düsseldorfi professzor írja a könyv elején: A protetika területe is folyamatos mozgásban van. Gysi utáni időket élve évről évre egyre több anyag és lehetőség áll rendelkezésre a fogorvosoknak és technikusoknak, egyre jobb, tökéletesebb és individuális pótlások készítéséhez. Helyesen fogalmazza meg a Heinrich-Heine Egyetem professzora a könyvvel kapcsolatosan, hogy a szerkesztő az aktuális tudásanyag összefoglalására törekedett, kitérve az egyes módszerekre, anyagok ismertetésére, ötvözve a múlt és jelen tudását a protetika területén. A könyv didaktikus, páciensközpontú. Felhívja a figyelmet a csapatmunkára: a fogorvos, fogtechnikus, asszisztens, beteg csak jól együttműködve képes sikereket elérni.