

# A magyar emlőrákos betegek igényei a korszerű onkoplasztikus emlősebészeti ellátásra

## 500 beteg kérdőíves vizsgálata

Dorogi Bence dr.<sup>1,2</sup> ■ Mátrai Tamás dr.<sup>1</sup> ■ Újhelyi Mihály dr.<sup>1</sup>  
 Kenessey István dr.<sup>3,4</sup> ■ Kelemen Péter dr.<sup>1</sup> ■ Sávolt Ákos dr.<sup>1</sup>  
 Huszár Orsolya dr.<sup>1</sup> ■ Ping Orsolya dr.<sup>1</sup>  
 Pukancsik Dávid dr.<sup>1</sup> ■ Mátrai Zoltán dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Országos Onkológiai Intézet, Emlő-Lágyrész Daganatsebészeti Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Sebészeti, Érsebészeti és Mellkassebészeti Osztály, Budapest

<sup>3</sup>Országos Onkológiai Intézet, Nemzeti Rákregiszter, Budapest

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Patológiai Intézet, Budapest

**Bevezetés:** A korszerű onkoplasztikus emlősebészet következményeként megjelenő jelentős emlőrekonstrukciós igény számos rendszerszintű kérdést vet fel. Vizsgálatra és szabályozásra várnak az onkoterápiák hatására és az idő múlásával bekövetkező esztétikai változások, illetve hosszú távú szövődmények miatti korrekciós műtétek indikációi; meghatározandó a helyreállító beavatkozások optimális és maximális száma, az elérni kívánt esztétikai végcél és az ezekhez szükséges emlősebészeti kapacitások, valamint finanszírozás.

**Célkitűzés:** A jelen vizsgálat célja, hogy kérdőíves vizsgálattal felmérje a magyar emlőrákos populáció korszerű emlőrekonstrukciós igényeit és véleményét.

**Anyag és módszer:** A vizsgálatba 500, mastectomián és azonnali vagy halasztott-azonnali emlőrekonstrukción átesett nőbeteg került bevonásra. Tizenegy kérdésből álló kérdőív segítségével történt az emlő rekonstrukciójához való ismereteknek és személyes viszonyulásnak, az esztétikai végeredménnyel és az ellátás szakmai színvonalával kapcsolatos elvárásoknak, továbbá az ellátórendszerrel és a finanszírozással kapcsolatos igényeknek a felmérése, majd elvégeztük az eredmények biostatistikai elemzését.

**Eredmények:** A betegek medián életkora 47 év (min.–max.: 26–73) volt, döntő részük (59%; n = 294) házas volt, és 52% (n = 260) rendelkezett egyetemi végzettséggel. A betegek 70%-a (n = 348) az emlő-helyreállítás eredményeként meztelenül is nagyjából egyforma emlőket szeretett volna. Ehhez 43%-uk (n = 217) maximum kettő, 37%-uk (n = 184) maximum három-négy műtétet vállalna. A felmérésben részt vettek 44%-a (n = 220) szerint az egészségbiztosítónak három-négy rekonstrukciós beavatkozást kellene támogatnia. A betegek 86%-a (n = 430) a daganatos emlő korszerű sebészi kezelését speciálisan képzett emlősebészre bízna.

**Következtetés:** Az emlőrák modern onkoplasztikus sebészi ellátása összetett, rendszerszintű kérdéseket vet fel. Az emlőrákos betegek jól képzett emlősebészeket szeretnének, akik az emlőrák korszerű sebészi kezelésén túl mastectomia esetén az egészségbiztosító által támogatott formában, maximum két műtéttel képesek magas esztétikai eredménnyel az emlők helyreállítására.

Orv Hetil. 2020; 161(29): 1221–1228.

**Kulcsszavak:** onkoplasztikus emlőrekonstrukció, emlőrák, mastectomia, finanszírozás, kérdőíves vizsgálat

## Assessing the needs of Hungarian breast cancer patients for modern oncoplastic breast surgical treatment

### Questionnaire study of 500 patients

**Introduction:** The significant need for breast reconstruction resulting from the spread of oncoplastic breast surgery raises a number of systemic issues. Clarification and regulation of the indications are needed for aesthetic changes of the reconstructed breast due to oncotherapy treatments, ageing and technical problems of implants; a number of operations, targeted aesthetic goals as well as surgical capacities and financial background should also be determined.

*Aim:* Our aim was to conduct a survey on the opinions and needs of the Hungarian breast cancer population about a modern breast reconstruction system.

*Patient and method:* A study was conducted enrolling 500 patients who underwent mastectomy with immediate or delayed reconstruction. A structured questionnaire containing eleven questions was used to measure the attitude for loss and reconstruction of breast, the expectation of cosmetic outcome and qualification of the operating surgeon and the needs relating to the health system and funding.

*Results:* The median age was 47 years (min.–max.: 26–73), 59% (n = 294) was married and 52% (n = 260) had graduated in university. The majority of women (70%; n = 348) would like to have nakedly also similar breasts after the reconstruction process. To achieve this, 43% (n = 217) and 37% (n = 184) would undergo maximum two or four procedures, respectively, supported by the national health insurance company. 86% (n = 430) would like to choose qualified breast surgeon for her treatment.

*Conclusion:* The modern oncoplastic treatment raises complex, systemic issues. Women with breast cancer would like to have qualified breast surgeons restoring their breasts by two operations, all funded by the national health insurance company.

**Keywords:** oncoplastic breast reconstruction, breast cancer, mastectomy, questionnaire study, financing

Dorogi B, Mátrai T, Újhelyi M, Kenessey I, Kelemen P, Sávolt Á, Huszár O, Ping O, Pukancsik D, Mátrai Z. [Assessing the needs of Hungarian breast cancer patients for modern oncoplastic breast surgical treatment. Questionnaire study of 500 patients]. *Orv Hetil.* 2020; 161(29): 1221–1228.

(Beérkezett: 2020. február 25.; elfogadva: 2020. március 19.)

#### Rövidítések

BRESO = (Breast Surgical Oncology) mellsebészeti onkológia projekt; BU = (breast unit) emlőterápiás szervezeti egység; CEEBCSC = (Central-Eastern European Breast Cancer Surgical Consortium) Kelet-közép-európai Emlőráksebészeti Konzorcium; EBCC = (European Breast Cancer Conference) Európai Emlőrák Konferencia; ECIBC = (European Commission Initiative on Breast Cancer) „Európai összefogás a mellrák ellen!"; EORTC = (European Organization for the Research and Treatment of Cancer) Európai Rákkutató és Terápiás Szervezet; ESO = (European School of Oncology) Európai Onkológiai Iskola; ESSO = (European Society of Surgical Oncology) Európai Sebészeti Onkológiai Társaság; EUBREAST = European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists; EUSOMA = European Society of Mastology; G.Re.T.A. = Group for Reconstructive and Therapeutic Advancements; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; OOI = Országos Onkológiai Intézet; SD = standard deviáció; UEMS = (European Union of Medical Specialists) Európai Szakorvosi Szövetség

A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján hazánkban évente 8300–8500 új emlőrákos megbetegedést diagnosztizálnak, és évente sajnálatosan mintegy 2200 nő hal bele a betegségbe [1]. Az emlőrák incidenciája Európában lassan, de emelkedik. Kontinensünkön még a hasonló gazdasági helyzetű országok esetében is észlelhető érdemi különbség az emlőrákellátási rendszerekben [2, 3]. A speciális igényű onkológiai ellátás egyenlőtlenségei miatt 1998-ban Firenzében az első Európai Emlőrák Konferencián (EBCC) a multidiszciplináris emlőterápiás szervezeti egységek, az ún. „breast unitok” (BU-ok) feltétel- és minőségbiztosítási elvárásai kerültek meghatározásra [4]. A European Organization for the Research and

Treatment of Cancer (EORTC) és a European Society of Mastology (EUSOMA) munkacsoportja megalkotta az emlőrák gyógyításával foglalkozó szakorvosokkal szemben támasztott alapkövetelményeket, melyek lehetővé tették a szakellátás minőségbiztosítási kontrollját [5]. A European Union of Medical Specialists (UEMS) és a European Society of Surgical Oncology (ESSO) 2010-ben emlősebészeti licencvizsgát hozott létre, amelynek vizsgáztatási folyamatában az Országos Onkológiai Intézet (OOI) és a szerzők évek óta aktív szerepet vállalnak. A második Európai Emlőrák Konferencián a „Brüsszeli Nyilatkozatban” (The Brussels Statement) az akkreditációs feltételrendszer került létrehozásra [6]. 2019-ben az emlősebészeti szakismeretek intézeti, osztályos vagy egyéni szintű egységes európai akkreditációjára az ESSO, a UEMS, a European Breast Cancer Coalition (Europa Donna), a European School of Oncology (ESO), a European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST), a European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC), a magyar kezdeményezésre létrejött Central-Eastern European Breast Cancer Surgical Consortium (CEEBCSC) és a Group for Reconstructive and Therapeutic Advancements (G.Re.T.A.) életre hívta a Breast Surgical Oncology (BRESO-) projektet [7]. A BRESO-projekt megalkotta a teljes kontinensre kiterjedő, standardizált emlősebészeti curriculumot és minőségbiztosítási rendszert, valamint annak akkreditációs feltételeit. A felsorolt nyilatkozatok hatására az Európai Parlament 2003-ban állásfoglalást adott ki, amely egyértelműen támogatta a minősített BU-ok intézményrendszerének európai elterjesztését, illetve 2013-ban megjelent a komplexebb ellátásra alkalmas emlőközpontok (breast centres) minimálfeltételeinek összefoglalója [8].

Az akkreditált BU-minősítés követelménye, hogy az adott centrumban a multidiszciplináris emlőterápiás bizottsági döntést követően évente legalább 150, újonnan diagnosztizált emlőrákos beteg komplex onkológiai kezelése történjen, folyamatosan frissített szakmai protokollok alapján. Az akkreditáció elengedhetetlen része a standardizált adatbázis kialakítása és vezetése, a lakossági mammográfiás szűrés biztosítása, valamint oktatási és egyéb tudományos kutatási tevékenységek ellátása is [8–10]. A BU-rendszer hazai helyzetéről és eredményeiről munkacsoportunk 2016-ban számolt be az *Orvosi Heti-  
lapban* [11].

A korszerű onkoplasztikus emlősebészet elmúlt évtizedekben történő gyors elterjedése következtében napjainkban nemcsak az emlőtumor eltávolítása, hanem a nőiesség szimbólumának számító emlők esztétikailag teljes megőrzése vagy postmastectomiás helyreállítása is a sebészeti szakellátás alapvető része [12–14]. Minden olyan emlődaganatos nő számára, akinél sajnálatosan mastectomia szükséges, ellenjavallatok hiányában fel kell ajánlani és biztosítani kell tudni az emlő rekonstrukciójának lehetőségét [15]. A fentiek miatt megjelenő emlőrekonstrukciós igény már önmagában nemcsak az emlő- és plasztikai sebészetet állítja kihívás elé, hanem rendszer-szintű feladatokat ró minden európai országra.

Az alap helyreállító sebészeti feladatokon túl azonban szakmailag tisztázásra várnak az onkoplasztikus működésből eredő további emlősebészeti feladatok és indikációk, amelyek értékelése és szabályozott ellátása még a jelenleg már fejlett emlősebészeti ellátórendszereknek is számos ismeretlen faktort tartalmaz. A primer, rendszer-szinten tömegeken végzett emlő-helyreállítás másodlagos feladatköre jelentősen kibővül. Új ellátási feladatok jelennek meg, melyek szintén az onkológiai ellátórendszer terhelik, mint – a hosszan (akár 5–10 évig) tartó endokrin kezelések következtében ismerten fellépő test-súlygyarapodásból [16–18] vagy a kiváló túlélési eredmények alapján az életkor előrehaladásával („aging”) [19–21], illetve az onkoterápiás beavatkozások (például radioterápia) következtében [22] – a rekonstruált emlőn vagy a szimmetrizált ellenoldali emlőn jelentkező esztétikai változások és az ezekből eredő további lehetséges műtéti indikációk. A fenti új szakmai elvárásokon túl a szükséges emlősebészeti ellátórendszer humán erőforrás- és műtéti kapacitásainak meghatározásához számba kell venni az onkológiai emlőrekonstrukció során beültetett implantátumok hosszú távú technikai problémáiból eredő szövődmények (például implantátumruptura), illetve állapotok (például kapszuláris kontraktúra) szakellátásának igényét is, valamint az ellenoldali emlő szimmetrizációjának megváltozásából eredő további lehetséges műtéti korrekciók tömeges jelentkezésének kérdéskörét is. Mindezen szakmai tények figyelembevételével szükséges meghatározni az onkoplasztikus rekonstrukciós beavatkozásokkal elérni kívánt, reális esztétikai végcél, illetve az ehhez szükséges, az onkológiai ellátórendszer keretein belül elvégezhető helyreállító műtétek optimális, illet-

ve maximális számát. Az onkoplasztikus ellátás mint standard emlőráksebsészeti ellátás tehát a primer onkológiai és helyreállító sebészetben túlmutató, sokszor szakmailag nehezen meghatározható szubjektív indikációkat vagy élethosszig tartó kozmetikai változások lehetséges korrekcióit is magában foglalja.

Az új emlősebészeti igények megismerése, tudományos alapú meghatározása és reális értékelése nélkülözhetetlen alap a szükséges feltételrendszer kialakításához. Jelenleg hazánkban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) az eltávolított daganatos emlő helyreállítását minden magyar biztosított számára finanszírozza, ugyanakkor ezen összetett új indikációkat jelenleg rendszer-szinten nem ismeri fel, és ennek megfelelően szakmailag nem is kezeli. Az emlő-helyreállítás jelentős vívmány az emlőrákban szenvedő magyarok számára, de a rekonstrukciós igény emelkedése és az indikációs kör kibővülése esetén e népbetegség magas esetszámánál a közeljövőben lavinaszerű, szabályozatlan helyzet alakulhat ki, amelynek megelőzése szakmai ismereteket és tervezést igényel.

A fentiek alapján a jelen kérdőíves prospektív vizsgálat célja a korszerű onkoplasztikus ellátással kapcsolatban a betegek igényeinek és elvárásainak megismerése és tudományos igényű elemzése.

## Módszer

A vizsgálatba az OOI Emlő-Lágyrész Daganatsebészeti Osztályán 2015. január és 2017. december között 500, emlőrák miatt mastectomiára szoruló nőbeteg került bevonásra, akiknél vagy a daganatos emlő eltávolításával egy időben (azonnali) vagy egy időben megkezdett (például szövettágító expander beültetésével) és második lépésben befejezett (halasztott-azonnali emlő-helyreállítás) emlőrekonstrukció történt. A vizsgálatot és a kérdőívet az intézet Etikai Bizottsága jóváhagyta. A közlemény nem sérti a helsinki, illetve a tokiói deklaráció követelményeit [23].

A betegek kivizsgálása és kezelése minden esetben az OOI által alkalmazott aktuális nemzetközi és hazai irányelvek szerint történt [24–26]; a műtéteket az intézeti Emlőrák Terápiás Bizottság döntését követően tapasztalt és nemzetközi szakvizsgálóval minősített emlősebészek és plasztikai sebészek végezték.

A kérdőívek az emlőműtétet megelőző napon kerültek kiosztásra a betegeknek, kitöltésük a beavatkozás előtt történt önkéntesen és anonim módon.

Az életkorra, a legmagasabb iskolai végzettségre és a családi állapotra irányuló kérdéseket követően a kérdőív további tizenegy, strukturált kérdést tartalmazott. A kérdések a betegeknek az emlő elvesztésével kapcsolatos érzelmi és pszichés állapotára és viszonyulására, illetve az emlő helyreállításával kapcsolatos ismereteikre és akaratukra, valamint a rekonstruált emlők esztétikai végeredményével és az operáló orvos szakképzettségével kapcsolatos elvárásaikra, továbbá az emlősebészeti ellátással

## 1. táblázat | Az onkoplasztikus ellátás felmérését vizsgáló strukturált kérdőív és a kapott válaszok

1. Mennyire zavarja az emlő elvesztése vagy esztétikai deformítása egy 1-től 10-ig terjedő skálán? (1: nem zavar – 10: rettentően zavar)			
n	Átlag	Medián	Standard deviáció
495	8	9	3
Hiányzó adat = 5 (1%)			
2. Mikor történik Önnél az emlő rekonstrukciója?			
A daganat eltávolítása után hónapokkal, évekkel.		A daganat eltávolításával egy időben.	
167 (33%)		307 (61%)	
Hiányzó adat = 26 (5%)			
3. Ön reálisan mit vár az emlő helyreállításától?			
Legyen „valamiféle” emlőm.	Legyen melltartóban szép dekoltázsom.	Legyen szebb emlőm, mint a betegség előtt.	Legyenek tökéletes emlőim.
46 (9%)	194 (39%)	140 (28%)	99 (20%)
Hiányzó adat = 21 (4%)			
4. Önnek reálisan milyen mértékű szimmetria fogadható el az emlő-helyreállítás végén?			
A természetes emlőim sem voltak szimmetrikusak, ezért nem fontos, ha nem egyformák a rekonstruált emlőim.	Legyenek ruhában vagy melltartóban nagyjából egyformák a rekonstruált emlőim.	Legyenek mezítelenül is nagyjából egyformák a rekonstruált emlőim.	Csak a teljes szimmetria az elfogadható számomra.
12 (2%)	105 (21%)	348 (70%)	32 (6%)
Hiányzó adat = 3 (1%)			
5. Maximum hány műtétet vállalna altatásban az emlők helyreállításához?			
Maximum kettőt.	Maximum 3-4-et.	Maximum 5-6-ot.	Akárannyit.
217 (43%)	184 (37%)	25 (5%)	67 (13%)
Hiányzó adat = 7 (1%)			
6. Ön szerint hány rekonstrukciós műtét „állami” finanszírozása jogos egy általános biztosítottnak, ha ismert, hogy a lehetőségek nem végtelenek?			
Maximum kettőnek.	Maximum 3-4-nek.	Akárannyiának.	
107 (21%)	220 (44%)	157 (31%)	
Hiányzó adat = 16 (3%)			
7. Ön szerint a most helyreállítandó/helyreállított emlők, ha idővel például az öregedéssel megváltoznak, akkor az:			
nem indokol további helyreállítást, mert természetes folyamat.	természetes folyamat, amely a jövőben egyéni esztétikai sebészeti kérdés.	évtizedek múlva is rekonstrukciós sebészethetnek és nem esztétikai műtétnek számít.	
71 (14%)	275 (55%)	139 (28%)	
Hiányzó adat = 15 (3%)			
8. Beleegyezn-e abba, hogy az Ön emlő-helyreállítását ne plasztikai sebész szakorvos, hanem általános sebész szakorvos végezze?			
Igen.		Nem.	
40 (8%)		448 (90%)	
Hiányzó adat = 12 (2%)			
9. Ön szerint a daganatos emlők korszerű sebészeti ellátását (onkoplasztika, emlő-helyreállítás stb.) ki végezze hazánkban?			
Általános sebész, mint hazánkban ma a legtöbbször.	Nőgyógyász, mint hazánkban ma néhány helyen.	Plasztikai sebész.	Speciálisan felkészült emlősebész, ha kell, plasztikai sebészt is bevonva.
5 (1%)	3 (1%)	54 (11%)	430 (86%)
Hiányzó adat = 8 (2%)			
10. Ön szerint mennyire fogadható el, hogy hazánkban a XXI. században csak egy-két kórházban van speciálisan felkészült, korszerű emlősebész?			
Így jó, ahogy van.	Sajnálatos, de ez van.	Nagyon sajnálatos, aki jobbat akar, az elmegy magánellátásba.	Elfogadhatatlan, biztosítani kell a korszerű, specializált emlősebészetet.
2 (1%)	51 (10%)	46 (9%)	394 (79%)
Hiányzó adat = 7 (1%)			
11. Ön szerint gyógyulását érdemben befolyásolja-e, hogy emlősebész specialista operálja?			
Nem befolyásolja.	Befolyásolja.	Nagyon befolyásolja.	Az egyik legfontosabb.
14 (3%)	54 (11%)	111 (22%)	316 (63%)
Hiányzó adat = 5 (1%)			

szemben rendszerszinten támasztott igényekre és azok feltételrendszerére (például finanszírozás) vonatkoztak (1. táblázat).

A kapott válaszok adatai, valamint azok szociális összefüggései Fisher-egzakt teszt és khi-négyzet-próba alkalmazásával kerültek biostatistikai elemzésre. A 0,05 alatti p-érték számított szignifikánsnak.

A statisztikai analízis Statistica 12.0 (StatSoft, Tulsa, OK, Amerikai Egyesült Államok) és PAST version 1.86b szoftverek segítségével történt [27].

## Eredmények

A nőbetegek medián életkora 47 év (min.–max.: 26–73) volt. A felmérésben részt vettek 52%-a (n = 260) rendelkezett felsőfokú végzettséggel, és nagyobb részük (59%; n = 294) házasságban élt. A vizsgált populáció adatait a 2. táblázat foglalja össze.

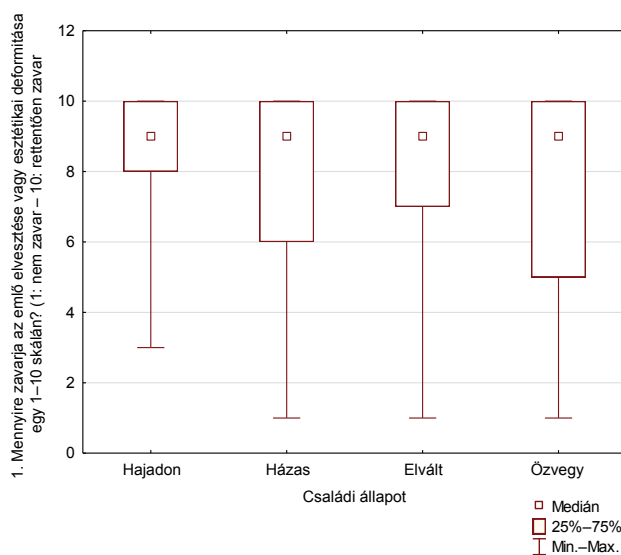
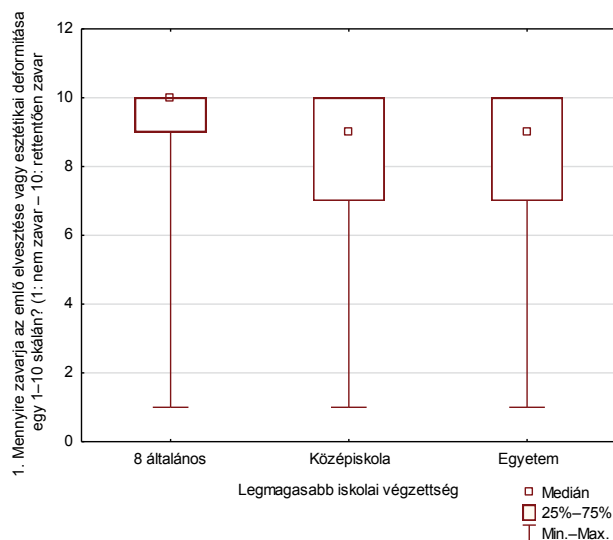
Érthetően az emlő elvesztése jelentősen zavarta a megkérdezetteket, az 1-től 10-ig terjedő skálán átlag  $8 \pm 3$  (átlag  $\pm$  standard deviáció [SD]) értéket adtak az erre a kérdésre vonatkozó válaszok; illetve a válaszok között sem az iskolai végzettség, sem a családi állapot tekintetében nem volt különbség (1. ábra).

Az esetek közel kétharmadában (61%; n = 307) történt azonnali rekonstrukció, míg 167 beteg (33%) esetén az emlő-helyreállítás halasztott-azonnali módon történt, és a válaszadás a daganat eltávolítását követően hónapokkal vagy évekkal később, a rekonstrukció befejező lépésekor történt meg.

A válaszok alapján a megkérdezett nők 39%-a (n = 194) megelégedne a melltartóban szép dekoltázst eredményező emlőkkel, azonban 28%-uk (n = 140) az eredetnél szebb, 20%-uk (n = 99) pedig egyenesen tökéletes emlőket szeretne a rekonstrukciós folyamat végén. Az elvárások tekintetében szignifikáns összefüggés mutatkozott az iskolai végzettséggel: a magasabb iskolai végzettség magasabb elvárásokkal társult ( $p < 0,05$ ). A szimmetria tekintetében határozott véleményt képviseltek a

2. táblázat | A vizsgálatban részt vett betegek általános tulajdonságai

Életkor				
n	Átlag	Medián	Minimum	Maximum
485	48	47	26	73
Hiányzó adat = 15 (3%)				
A legmagasabb iskolai végzettség				
8 általános		Középiskola		Egyetem
7 (1%)		218 (44%)		260 (52%)
Hiányzó adat = 15 (3%)				
Családi állapot				
Hajadon		Házas	Elvált	Özvegy
52 (10%)		294 (59%)	119 (24%)	20 (4%)
Hiányzó adat = 15 (3%)				



1. ábra | Az emlő elvesztésének értékelése iskolai végzettség és családi állapot szerint (boxplot)

betegek, nem volt különbség sem a családi állapot, sem az iskolázottság tekintetében: a nők 70%-a (n = 348) kívánna a rekonstrukciós folyamat végén méztelenül is nagyjából egyforma emlőket.

Az emlők optimális esztétikai végeredményéhez a felmérésben részt vevők 43%-a (n = 217) maximum kettő, 37%-a (n = 184) akár három vagy négy műtetet is vállalna.

A beavatkozások finanszírozásának kérdésében megoszlottak a vélemények: 44% (n = 220) szerint maximum három-négy, 21% (n = 107) szerint legfeljebb csak két műtetet kellene térítenie az egészségbiztosítónak, míg a betegek közel harmada (31%; n = 157) van azon az állásponton, hogy akármennyi beavatkozásra van is szükség, mindegyiket fizetnie kellene az állami biztosítónak. A középiskolai végzettségűek kevésbé tartják jogosnak állami finanszírozásból a több műtetet, az egyetemi végzettségűek inkább ( $p < 0,05$ ).

A betegek 55%-a (n = 275) gondolja úgy, hogy a helyreállított emlőknek az életkor miatt bekövetkező változása egyéni esztétikai, plasztikai sebészeti kérdést jelent, azonban 28% (n = 139) szerint ez akár évtizedek múlva is a rekonstrukciós műtétsorozat, tehát az onkológiai helyreállító sebészet és nem az esztétikai sebészet megoldandó feladatát képezi.

Egyértelmű álláspontot képviselnek a betegek a beavatkozást végző orvossal kapcsolatban: 90%-uk (n = 448) plasztikai sebészre bízna a rekonstrukciót, továbbá 86%-uk (n = 430) szerint a daganatos emlők korszerű ellátását speciálisan felkészült emlősebészeknek kellene végezniük a jelenlegi általános sebészeti ellátással szemben.

A válaszadók döntő többsége (79%; n = 394) nem tartja elfogadhatónak, hogy jelenleg Magyarországon csak egy-két, speciálisan felkészült emlősebészeti központ működik, míg 10% (n = 51) beletörődik a jelenlegi helyzetbe, és további 9% (n = 46) úgy vélekedik, hogy a jobb ellátás érdekében a magánellátás felé szükséges fordulni.

A betegek 96%-a (n = 481) szerint a gyógyulást érdeemben befolyásolja, hogy emlősebész végzi-e a műtétet, 63% (n = 316) pedig egyenesen úgy gondolja, hogy ez az egyik legfontosabb tényező egészsége visszanyerése érdekében.

## Megbeszélés

A modern onkoplasztikus szemlélet elterjedése paradigmaváltást eredményezett az emlőrák ellátásában [28–30]. A sebészi kezelés az emlődaganat eltávolítását jelentő műtéttől az emlők teljes helyreállítását is magában foglaló komplex, akár kétoldali műtétek vagy műtéti sorozatok felé mozdult el. Ez számos rendszerszintű adatot vet fel, például azt, hogy az onkológiai kontrollal párhuzamosan folytatandó a rekonstruált emlők élethosszig tartó plasztikai sebészeti utánkövetése és szükséges kozmetikai korrekciói. A fenti igények, indikációk az emlő onkológiai ellátásában újszerűek, melyek pontos meghatározása, az ellátás feladatkörének és tárgyi, valamint humán erőforrás-kivánalmainak tisztázása a korszerű, betegközpontú ellátórendszer kialakítása és magas szintű, hosszú távú üzemeltetése céljából elengedhetetlen. Mindezek alapját képezi a betegek igényeinek és elvárásainak megismerése és elemzése.

A jelen tanulmány az emlő elvesztésén és rekonstrukciós folyamaton átesett nőbetegeknek a rendszerrel kapcsolatos igényeit és elvárásait mérte fel. Az eredményekből látható, hogy az emlő elvesztése iskolai végzettségtől és családi állapottól függetlenül jelentősen zavarja a nőbetegeket (1. ábra). Ezek az adatok megfelelnek azoknak az eredményeknek, amelyeket munkacsoportunk 2014-ben közölt, 500 nőbeteg 2010 és 2011 közötti kérdőíves vizsgálata alapján [28]. A felmérés szerint a be-

tegek 30%-a (n = 148) közepesen, 40%-a (n = 198) nagyon félt az emlő elvesztésétől, közel 50%-uk (46%; n = 224) szeretett volna rekonstrukciót, de erről szinte semmit (32%; n = 158) vagy nagyon keveset (56%; n = 279) tudtak [28]. Az intézetben folyó onkoplasztikus emlősebészeti tevékenység alapján, a 2017–2018-ban elvégzett ugyanazon kérdőíves felmérés megismétlése szerint a nők továbbra is ugyanúgy félnek az emlő elvesztésétől, de a korábbi adatokkal (10%; n = 48) szemben a megkérdezetteknek már a 30%-a (n = 152) ismerte az emlőrekonstrukciós lehetőségeket, mely információkat főleg a sebésztől (52%; n = 258) vagy az internetről (27%; n = 135) gyűjtötték be. Ezek alapján kimondható, hogy az emlő elvesztése jelentős mértékben terheli pszichésen az emlőrákos betegeket szociális helyzetétől és iskolai végzettségtől függetlenül, tehát az onkoplasztikus ellátórendszer kiterjesztése hazánkban indokolt és szükséges. Az elmúlt 6–8 évben az onkoplasztikus szemlélet a magyar nők között elterjedt és ismertté vált, amivel párhuzamosan nő a lakosság igénye is erre a speciális egészségügyi szolgáltatásra, melyet az ellátórendszernek ki kell tudnia elégítenie.

A páciensek a műtétek esztétikai eredményét tekintve magas elvárással rendelkeznek, összesen a nők közel fele (48%; n = 239) szeretne az eredetinél is szebb (28%; n = 140) vagy tökéletes (20%; n = 99) emlőket a rekonstrukciós folyamat végén. A reális elvárásokkal kapcsolatban történő preoperatív betegfelvilágosítás kiemelt fontosságú, ugyanis az onkoplasztikus beavatkozások nem esztétikai műtétek, és bár technikájukból eredően gyakran az esztétikai műtétekkel megegyező, magas szintű eredményekre képesek, teljesen alárendeltek az onkológiai beavatkozásoknak (például a reszekció helye, mértéke, radioterápia stb.), így eredményességüket a plasztikai sebészeti beavatkozásokon túl számos egyéb tényező is befolyásolja [31].

A felmérésben részt vett nőbetegek döntő része (70%; n = 348) családi állapottól és végzettségtől függetlenül kívánna a rekonstrukciós folyamat végén mezítelenül is nagyjából egyforma emlőket. Tekintettel arra, hogy a legtöbbször implantátumalapú postmastectomiás rekonstrukciók során a két emlő szerkezete különbözik, idővel az emlők aszimmetriája fokozódni fog, mivel a felvarrt saját egészséges emlő máshogy fog viselkedni biológiai tulajdonságai miatt, mint a csak implantátumból és bőrből álló emlő. Ez alapján a szimmetria időbeli változása miatti másodlagos műtéti igények jelennek meg a betegek részéről.

A kívánt magas kozmetikai eredményt a nők leginkább kettő, de maximum három-négy műtét segítségével szeretnék elérni, melyeket véleményük szerint az egészségbiztosítónak kellene téríteni. Egyézt a jövőben kerülni szükséges az onkológiai finanszírozású esztétikai műtétet, aminek kérdésfelvetése is nehezen megoldandó etikai és szakmai problémát jelent, másrészt a műtéti so-

rozatból álló kezelés óriási megterhelést jelent az ellátórendszer számára, mintha több száz vagy ezer esettel nőne az emlőrák miatt operáltak éves száma. Jelenleg a rendszer ezt elemeiben képes, de összességében kérdéses-e, hogy képes lenne biztosítani, így ebben az irányban a betegek, a szakma és a szakmapolitika együttes munkájára van szükség.

A betegek sebészi kezelésüket specializált centrumokban, speciálisan képzett emlősebészekre bíznák, mert véleményük szerint gyógyulásukat ez érdemben befolyásolja. Az emlőrák kezelésében az emlősebész is önálló prognosztikai faktor [32], de a BU-ok hazai elterjesztése, minőségbiztosítása, valamint a BRESO-akkreditációval a betegek túlélése és életminősége is tovább javítható a XXI. században [7].

A hazánkban tapasztalt mastectomiát követő onkoplasztikus emlő-helyreállítás iránti igény megfelel a nemzetközi trendeknek: brit tanulmány szerint az emlőeltávolításra váró nőbetegek 50%-a [33], míg az *Ananian és mtsai* által végzett francia tanulmány szerint a megkérdezettek 81%-a szeretne rekonstrukciót [34]. A nemzetközi helyzethez hasonlóan vizsgálatunk alapján a magyar betegek fő információs forrása szintén a sebész, illetve az internet [35, 36]. Az érintett nők igényeinek megismerése, a megfelelő tájékoztatás, a hozzáférhetőség növelése, a betegutak megszervezése és az egészségügyi rendszer megfelelő strukturálása nélkülözhetetlen az onkoplasztikus emlőrákellátás magas szintű kiterjesztéséhez [37, 38].

## Következtetések

A korszerű onkoplasztikus ellátás új, összetett, rendszer-szintű onkológiai és helyreállító sebészeti szakmai kérdéseket vet fel, amelyek a betegek informáltságával, a humán erőforrás szakképzésével, az ellátórendszer kapacitásaival és a finanszírozásával kapcsolatos új feladatokat eredményeznek. Az emlőrákban szenvedő betegek jól képzett emlősebészek által szakmai központokban végzett korszerű műtéteket szeretnék, amelyekről testi és lelki gyógyulásukat bizalommal remélhetik.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült. A klinikai feldolgozás a 2019-es Témakiválósági Program (TUDFO/51757/2019-ITM) támogatásában részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* A szerzők egyenlő mértékben vettek részt a kutatómunkában és a kézirat elkészítésében. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elővasta és jóváhagyta.

*Érdeklőségek:* A szerzőknek nincsenek érdeklőségeik.

## Irodalom

- [1] Kásler M, Ottó Sz, Kenessey I. The current situation of cancer morbidity and mortality in the light of the National Cancer Registry, Hungary. [A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 84–89. [Hungarian]
- [2] Sant M, Aareleid T, Berrino F, et al. EURO-CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 – results and commentary. *Ann Oncol.* 2003; 14(Suppl 5): v61–v118.
- [3] Berrino F, De Angelis R, Sant M, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–1999: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 773–783. [Correction: *Lancet Oncol.* 2007; 8: 868.]
- [4] Cataliotti L, Costa A, Daly PA, et al. Florence statement on breast cancer, 1998: forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. *Eur J Cancer* 1999; 35: 14–15.
- [5] EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. Position paper. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2288–2293. [Correction: *Eur J Cancer* 2003; 39: 847.]
- [6] Piccart M, Cataliotti L, Buchanan M, et al. Brussels Statement document. *Eur J Cancer* 2001; 37: 1335–1337.
- [7] Kovács T, Rubio I, Markopoulos C, et al. Theoretical and practical knowledge curriculum for European Breast Surgeons. *Eur J Surg Oncol.* 2020; 46: 717–736.
- [8] Wilson AR, Marotti L, Bianchi S, et al. The requirements of a specialist Breast Centre. *Eur J Cancer* 2013; 49: 3579–3587.
- [9] Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition – summary document. *Ann Oncol.* 2008; 19: 614–622.
- [10] Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, et al. Quality indicators in breast cancer care: an update from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer* 2017; 86: 59–81.
- [11] Újhelyi M, Pukancsik D, Kelemen P, et al. Breast cancer care quality analysis of the National Institute of Oncology in Hungary according to the requirements of European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). [A European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) előírásainak megfelelő emlőrákellátás minőségbiztosítási elemzése az Országos Onkológiai Intézetben.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1674–1682. [Hungarian]
- [12] Andree C, Farhadi J, Goossens D, et al. A position statement on optimizing the role of oncoplastic breast surgery. *Eplasty* 2012; 12: e40.
- [13] Emiroğlu M, Sert I, İnal A. The role of oncoplastic breast surgery in breast cancer treatment. *J Breast Health* 2015; 11: 1–9.
- [14] Macmillan RD, McCulley SJ. Oncoplastic breast surgery: what, when and for whom? *Curr Breast Cancer Rep.* 2016; 8: 112–117.
- [15] Harnett A, Smallwood J, Titshall V, et al. Diagnosis and treatment of early breast cancer, including locally advanced disease – summary of NICE guidance. *Br Med J.* 2009; 338: b438.
- [16] Makari-Judson G, Braun B, Jerry DJ, et al. Weight gain following breast cancer diagnosis: implication and proposed mechanisms. *World J Clin Oncol.* 2014; 5: 272–282.
- [17] Nyrop KA, Williams GR, Muss HB, et al. Weight gain during adjuvant endocrine treatment for early-stage breast cancer: what is the evidence? *Breast Cancer Res Treat.* 2016; 158: 203–217.
- [18] Raghavendra A, Sinha AK, Valle-Goffin J, et al. Determinants of weight gain during adjuvant endocrine therapy and association of such weight gain with recurrence in long-term breast cancer survivors. *Clin Breast Cancer* 2018; 18: e7–e13.
- [19] Wolfe JN. Breast parenchymal patterns and their changes with age. *Radiology* 1976; 121(Part 1): 545–552.

- [20] Nie K, Su MY, Chau MK, et al. Age- and race-dependence of the fibroglandular breast density analyzed on 3D MRI. *Med Phys*. 2010; 37: 2770–2776.
- [21] Machida Y, Nakadate M. Breast shape change associated with aging: a study using prone breast magnetic resonance imaging. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 3: e413.
- [22] Momoh AO, Ahmed R, Kelley BP, et al. A systematic review of complications of implant-based breast reconstruction with pre-reconstruction and postreconstruction radiotherapy. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21: 118–124.
- [23] Nyerges G. Ethical implications of scientific human experiments. [Emberekben végzett tudományos kutatások etikája.] *Orv Hetil.* 1985; 126: 1451–1458. [Hungarian]
- [24] Gradishar WJ, Anderson BO, Balassanian R, et al. Invasive Breast Cancer Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016; 14: 324–354.
- [25] Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015; 26(Suppl 5): 8–30.
- [26] Lázár G, Bursics A, Farsang Z, et al. Modern surgical treatment of breast cancer. 3rd Hungarian Breast Cancer Consensus Conference – Surgery Guidelines. [III. Emlőrák Konszenzus Konferencia – Az emlőrák korszerű sebészeti kezelése.] *Magy Onkol.* 2016; 60: 194–207. [Hungarian]
- [27] Hammer Ø, Harper DA, Ryan PD. PAST: Paleontological Statistics software package for education and data analysis. *Palaeontol Electron*. 2001; 4: 1–9.
- [28] Mátrai Z, Kenessey I, Sávolt A, et al. Evaluation of patient knowledge, desire, and psychosocial background regarding post-mastectomy breast reconstruction in Hungary: a questionnaire study of 500 cases. *Med Sci Monit*. 2014; 20: 2633–2642.
- [29] Pukancsik D, Kelemen P, Sávolt Á, et al. Evaluation of clinicopathological findings and cosmetic outcome of 100 immediate postmastectomy breast reconstruction cases. [Azonnali, post-mastectomiás emlőrekonstrukciókkal szerzett tapasztalatok. Száz eset klinikopatológiai utánkövetése és a kozmetikai eredmények felmérése.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1830–1838. [Hungarian]
- [30] Mátrai Z, Gulyás G, Tóth L, et al. Challenges in oncologic plastic surgery of the breast. [A modern emlősebészet onkoplasztikai kihívásai.] *Magy Onkol.* 2011; 55: 40–52. [Hungarian]
- [31] Pukancsik D, Kelemen P, Újhelyi M, et al. Objective decision making between conventional and oncoplastic breast-conserving surgery or mastectomy: an aesthetic and functional prospective cohort study. *Eur J Surg Oncol*. 2017; 43: 303–310.
- [32] Cataliotti L, De Wolf C, Holland R, et al. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *Eur J Cancer* 2007; 43: 660–675.
- [33] Keith DJ, Walker MB, Walker LG, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111: 1051–1056.
- [34] Ananian P, Houvenaeghel G, Protière C, et al. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2004; 11: 762–771.
- [35] Morrow M, Mujahid M, Lantz PM, et al. Correlates of breast reconstruction: results from a population-based study. *Cancer* 2005; 104: 2340–2346.
- [36] Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, et al. Understanding the impact of breast reconstruction on the surgical decision-making process for breast cancer. *Cancer* 2008; 112: 489–494.
- [37] Flitcroft K, Brennan M, Spillane A. Making decisions about breast reconstruction: a systematic review of patient-reported factors influencing choice. *Qual Life Res*. 2017; 26: 2287–2319.
- [38] Retrouvey H, Zhong T, Gagliardi AR, et al. How patient acceptability affects access to breast reconstruction: a qualitative study. *BMJ Open* 2019; 9: e029048.

(Dorogi Bence dr.,  
Budapest, Ráth Gy. u. 7–9., 1122  
e-mail: dorigibence@gmail.com)

## A rendezvények és kongresszusok híryanagának leadása

a lap megjelenése előtt legalább 40 nappal lehetséges, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.  
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:  
**Orvosi Hetilap titkársága:** edit.budai@akademai.hu  
**Akadémiai Kiadó Zrt.**