

Nőgyógyászati daganatok esetén jelentkező szinkrón tumorok együlésben való ellátása három eset kapcsán

Kremzer Tamás dr.¹ ■ Pete Imre dr.² ■ Ruttner Pál dr.²
Csucska Máté dr.¹ ■ Lóderer Zoltán dr.¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Általános, Ér- és Plasztikai Sebészeti Osztály, Szombathely

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Szombathely

A daganatos betegek kivizsgálása során a második tumor előfordulási esélye 15,2%, a harmadik tumoré 1,3%. A közlemény célja felhívni a figyelmet arra, hogy a szinkrón tumorok együlésben történő sebészi ellátása megfelelő szakmai háttérrel a betegek számára kifejezett előnnyel jár. Az irodalomban nem találhatók protokollok a többes tumorok ellátására, többségében esetismertetések állnak rendelkezésre iránymutatásul. A dolgozatban részletezésre kerül a betegségek preoperatív stádiuma, a kivizsgálási protokoll, a műtét, valamint a szövettani eredmény. A közlemény bemutatja egy hármastumor – szeméremtest-, rectum-, sigmatumor –, egy nagy kiterjedésű colontumor és endometrium-adenocarcinoma ellátását nyitott műtét során, valamint egy neoadjuváns kezeléssel átesett betegnél rectum- és szinkrón endometrium-adenocarcinoma minimálinvazív műtétjét. A bemutatott három eset is bizonyítja, hogy a betegeknek kifejezetten előnyös az együlésben való műtéti megoldás, nem beszélve a költséghatékonyságról. A közleménynek nem témája a műtét utáni vagy adjuváns kezelés megvitatása, ennek eldöntése egyéni elbírálás alapján a kórházak multidiszciplináris szaktanárságainak feladata.

Orv Hetil. 2023; 164(2): 70–75.

Kulcsszavak: szinkrón tumorok, nőgyógyászati daganatok, sebészeti beavatkozás

Synchronous tumor treatment in the presence of gynecological cancer in three patients

During the examination of patients, the probability of the occurrence of a secondary tumour is 15.2%, while that of a tertiary tumour is 1.3% [1]. The aim of this article is to draw attention to the fact that the surgical treatment of synchronous tumours in one session, if proper professional background is ensured, provides definite benefits for the patients. No protocols for the treatment of multiple tumours can be found in the relevant literature; mostly descriptions of cases are available to give orientation. The preoperative stage of the diseases, the examination protocol, the surgical procedure and the biopsy results are detailed in the study. In the article, the treatment of a triplex tumour – vulva, rectum and sigma tumour –, a large colon tumour and an endometrial adenocarcinoma with open surgery is described as well as the minimally invasive surgery of a rectal and synchronous endometrial adenocarcinoma with a patient who has gone through neoadjuvant therapy are presented. The three cases presented here prove that the surgical treatment in one session was clearly beneficial for the patients, let alone cost-efficiency. The article is not about the discussion of post-surgical or adjuvant treatments; decisions about these are to be made by the multidisciplinary professional committees of the hospitals, based on the particular situations.

Keywords: synchronous neoplasm, gynecological neoplasm, surgical procedures

Kremzer T, Pete I, Ruttner P, Csucska M, Lóderer Z. [Synchronous tumor treatment in the presence of gynecological cancer in three patients]. Orv Hetil. 2023; 164(2): 70–75.

(Beérkezett: 2022. szeptember 28.; elfogadva: 2022. október 30.)

Rövidítések

COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; CT = (computed tomography) komputertomográfia; EDA = extraduralis anaesthesia; MR = mágneses rezonancia; N = nodus; PET = pozitronemissziós tomográfia; T = tumor; TAP = (tranversus abdominis plane) haránt irányú hasi sík blokk

A multiplex tumorok előfordulása növekszik a kockázati tényezők növekedésével és a korábban sikerrel kezelt betegeknél kialakuló második, harmadik daganat kapcsán [1, 2]. Ugyanakkor sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nincs iránymutatás a többes tumorban szenvedő betegek kezelésére. A publikációk döntő többsége a multiplex tumorok túlélési esélyeit, illetve előfordulási gyakoriságát vizsgálja [3, 4]. A többes tumorok kezelési stratégiáiról esetbemutatók állnak rendelkezésre [5–10].

A betegek kivizsgálásának szempontjai

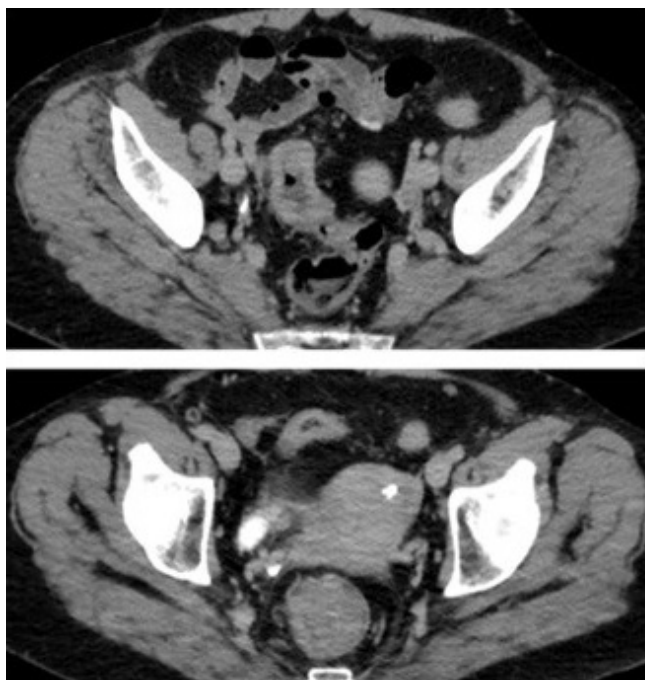
A kivizsgálás során a CT, MR, rektoszkópia, kolonoszkópia rutinszerű. A betegek az osztályos protokollnak megfelelően, legalább 2 héttel a műtét előtt nagy fehérje- és szénhidrát-tartalmú tápszert fogyasztanak a daganattal járó fehérje-alultápláltság kivédésére, csökkentésére.

A perioperatív ellátásban a szisztémás fájdalomcsillapítást és a vezetéssel érzéstelenítést (EDA, TAP-blokk) kombináljuk. A perioperatív időszakban betegeink kis

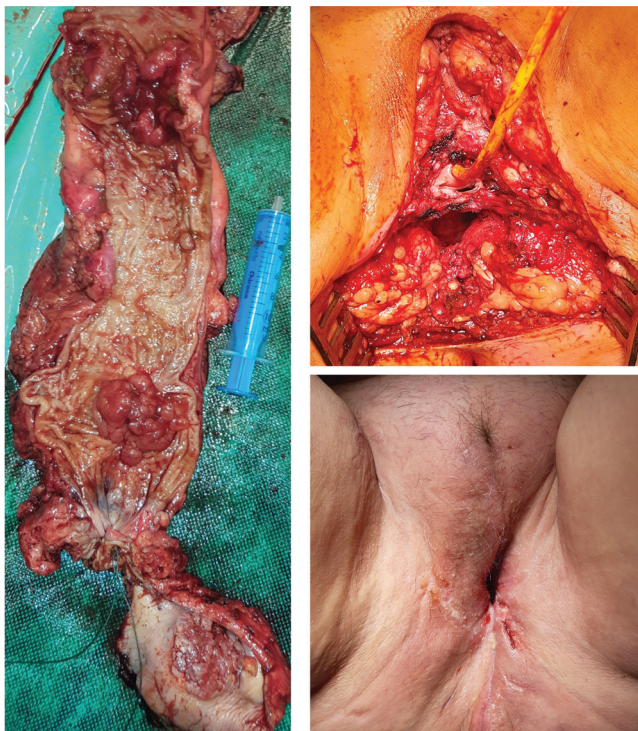
molekulatömegű heparint kapnak, valamint egyszeri (vastagbélműtét esetén metronidazol, cefazolin) antibiotikus profilaxisban részesülnek. A posztoperatív időszakban a korai mobilizálást, a mielőbbi orális táplálkozás felépítését, valamint a drén és hólyagkatéter korai eltávolítását részesítjük előnyben.

Esetismertetések*Első eset: szinkrón vulva-, rectum- és sigmatumor*

A 64 éves nőbeteg nőgyógyászati szakrendelésen került látótérbe a szeméremtesten jelentkező, nagy kiterjedésű szövetszaporulat miatt, amely a COVID-19-pandémia miatt megközelítőleg fél éves késedelemmel került kivizsgálásra. A protokoll szerint kolonoszkópia történt, amely során az anustól 5, illetve 50 centiméter magasságban szövetszaporulat volt megfigyelhető. Az elvégzett biopszia a rectum esetében 'high grade' tubulovillosus adenomát, a sigmatérfoglalás esetében adenocarcinomát igazolt. A rektoszkópia során a rectumelváltozás malignusnak imponált, így narkózisban reprezentatív mintát vettünk, amely igazolta a malignitást. A CT- és kismencei MR-vizsgálat megnagyobbodott nyirokcsomót csak inguinalisan ábrázolt, így a kivizsgálás végeredménye egy T1N0 rectum-adenocarcinoma, egy T2N1 vulva-laphámdaganat, valamint egy T3N0 sigma-adenocarcinoma (1. ábra). Multidiszciplináris onkológiai bizottsági döntés alapján műtét mellett döntöttünk.



1. ábra | A bal felső képen a sigmatumor, a bal alsó képen a rectumdaganat, a jobb oldali MR-felvételen a vulvatumor látható
MR = mágneses rezonancia



2. ábra | Az első kép a műtéti minta, jól megfigyelhető a 3 külön kiindulású tumor; a jobb felső képen műtét közben a gát sebe látható; a jobb alsó felvétel a varratszedést követő állapotot mutatja

A műtét alsó-középső median laparotomiából történt. A szabályos rectosigmoidealis mobilizálást és szkeletizációt követően vulvectomiát, inguinalis lymphadenectomiát és rectumexstirpációt végeztünk – végleges stoma

kialakításával –, így a tumorok egy blokkban kerültek eltávolításra (2. ábra). A műtét időtartama 275 perc, az altatási idő 325 perc volt.

A beteget a 13. posztoperatív napon panaszmentesen bocsátottuk otthonába, felépített étrenddel, rendezett passzázzsal, működő stomával, valamint jó általános állapotban. A beteg a perioperatív időszakban hólyagkatétert viselt, melyet a varratszedéskor a 21. posztoperatív napon távolítottunk el (védve a vulvectomiás sebet).

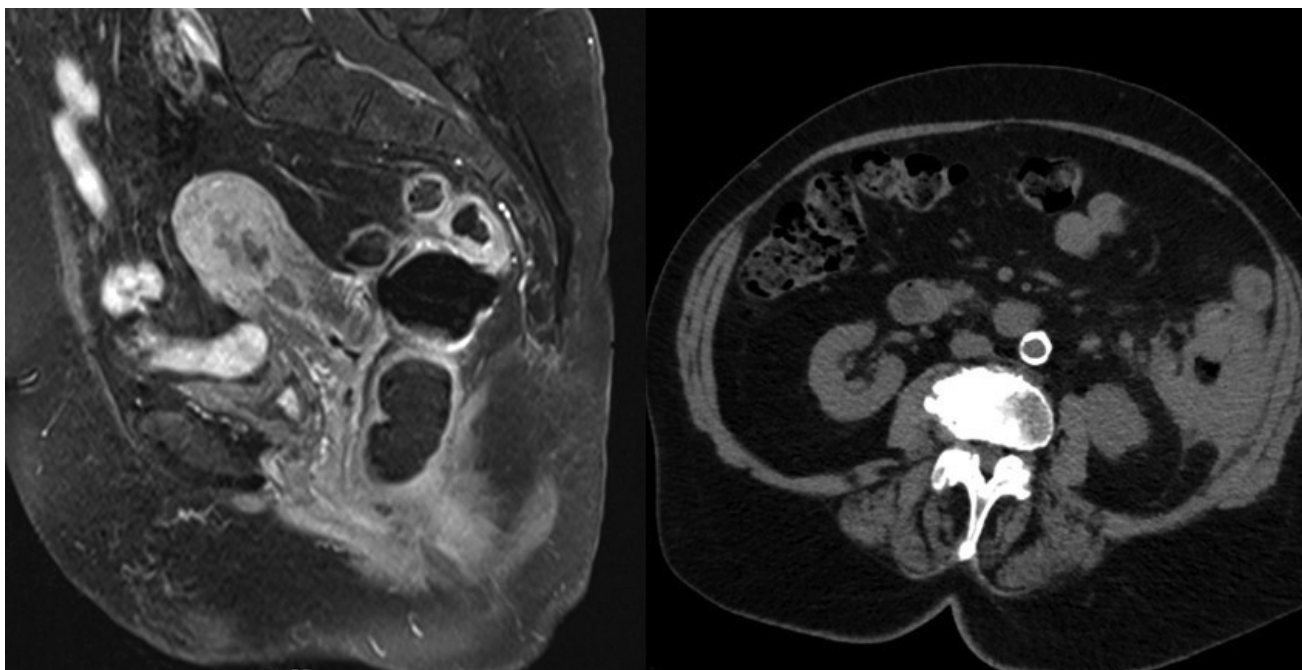
Szövettani vizsgálat: a sigmatumor T3N0, a rectumtumor T2N0, a szeméremtresti daganat T1N0 stádiumúnak bizonyult. Ezt követően a sigmatumor miatt kemoterápiára, a vulvacarcinoma mérete miatt sugárkezelésre került sor.

Második eset: szinkrón serosus endometrium-adenocarcinoma és colon descendens adenocarcinoma

A beteg vérzészavar miatt került látótérbe, amely miatt frakcionált abrázió történt. A szövettani vizsgálat az endometrium serosus carcinomáját igazolta. A kivizsgálás során végzett MR-vizsgálat a colon descendensen nagy kiterjedésű tumort írt le, amely miatt kolonoszkópia, hasi és mellkasi CT-vizsgálat történt.

Kismedencei MR: a myometrium infiltrációja 75%-os volt, kóros nyirokcsomó nem volt látható. A leírt hasfali izomzatot beszűrő tumor ismeretében felmerült a carcinosis peritonei lehetősége (3. ábra). A CT-vizsgálaton távoli áttét nem volt észlelhető.

Az onkoteam döntését követően műtétet végeztünk.



3. ábra | A bal oldalon a myometrium infiltrációját mutató MR-kép, a jobb oldalon a kiterjedt colon descendens tumor látható
MR = mágneses rezonancia

Teljes median laparotomia során bal hemicolectomia, hysterectomia és kismedencei lymphadenectomia történt, paraaorticus nyirokcsomó-mintavétellel. A műtét során carcinosist, távoli áttétet nem találtunk. A bélhuzam folytonosságát transversorectostomiával állítottuk helyre. A műtét hossza 190 perc, az altatásé 245 perc volt.

A beteg 8 napot töltött kórházban, a 2. posztoperatív napon a hólyagkatétert, a 6. posztoperatív napon az addig nagy mennyiségű serosus váladékot vezető drént eltávolítottuk. A 7. posztoperatív napon panaszmentesen emittáltuk. Peri- és posztoperatív szövődményt nem tapasztaltunk.

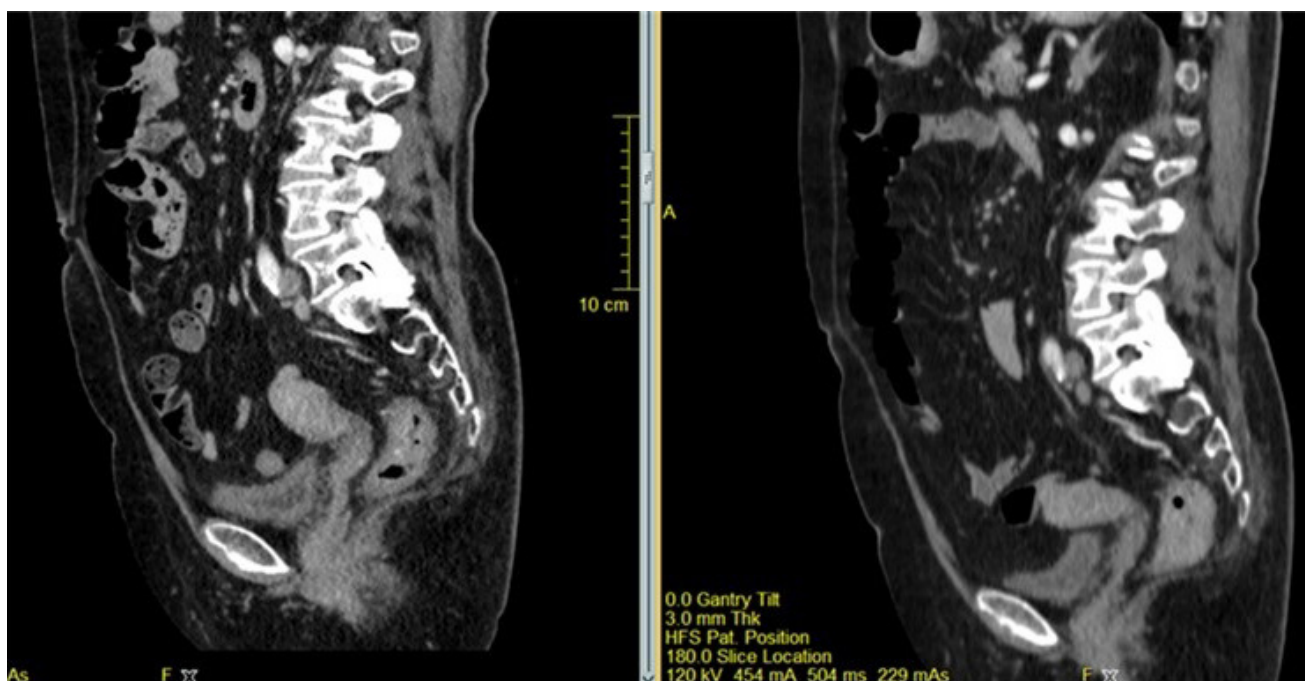
Szövetteni lelet: T3N0 stádiumú coloncarcinoma, az endometrium-térfoglalás a myometrium 50%-át infiltrál-

ta, emellett beszűrte a cervicalis stromát, a kismedencei nyirokcsomókba és a paraaorticus nyirokcsomókba áttétet adott (4. ábra).

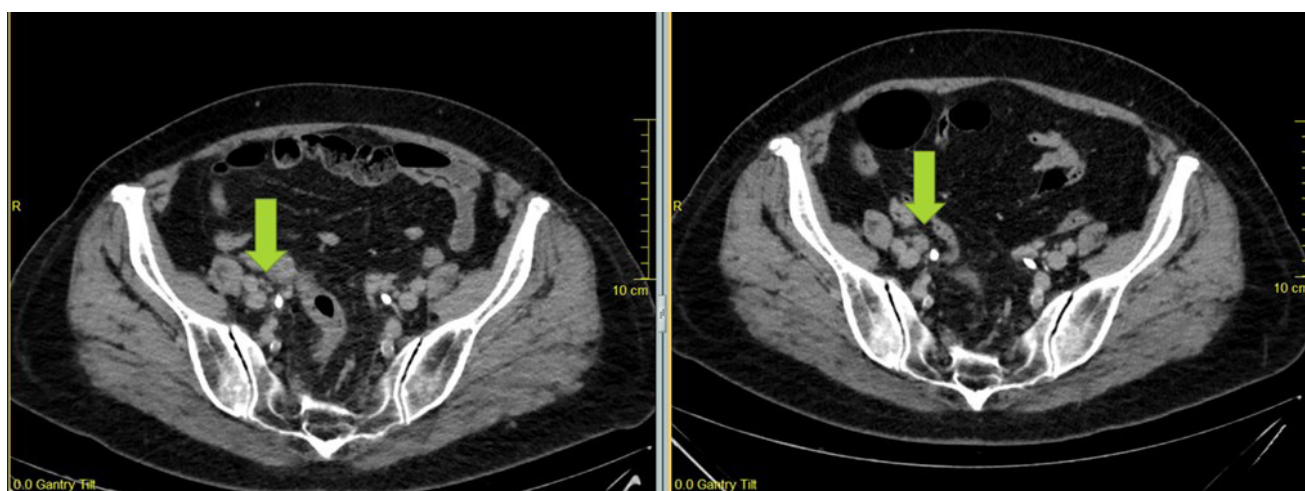
Az onkoteam döntése adjuváns kombinált sugárkezelést követően PET/CT vizsgálatot javasolt a kiegészítő kemoterápia szükségességének elbírálására.

Harmadik eset: szinkrón endometrium-adenocarcinoma és pararectalis zsírteret infiltráló rectum-adenocarcinoma

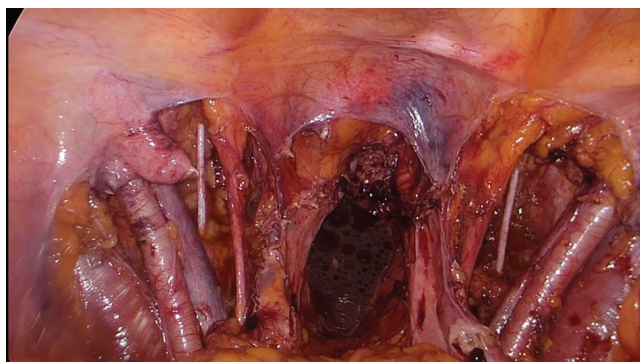
A 71 éves nőbeteget vérszázavar miatt vizsgálták nőgyógyászati osztályon. A szövettani mintavétel grade I. endometrium-adenocarcinomát véleményezett.



4. ábra | Jobbról balra: a neoadjuváns kezelés előtti rectumtumor, illetve a neoadjuváns kezelést követő állapot



5. ábra | Jobbról balra: a neoadjuváns kezelés előtti nyirokcsomóstatus, majd a neoadjuváns kezelés utáni állapot



6. ábra | A műtét közbeni kismedencei status látható jobb oldalon az obturator fasciával és a szabaddá preparált arteria és vena iliaca externával, valamint ureterrel; az arteria iliaca interna mentén a dissectio még nem komplett, bal oldalon még az obturator fascia sem látható (oktató műtét során alternálóg operált két oldal)

A kismedencei MR-vizsgálat myometriuminfiltrációt nem, ellenben a jobb petevezeték lumenébe terjedést mutatott. Ezenkívül rectumtumor, valamint érintett pararectalis és parailiacalis nyirokcsomók igazolódtak (5. ábra).

Kolonoszkópia, mellkasi, hasi, kismedencei CT készült, távoli áttét nem volt kimutatható, az onkoteam neoadjuváns kezelést javasolt.

A kezelést követően 're-staging' történt, amely T1N0 rectumtumor és 50%-os myometriuminfiltrációt mutató endometriumtumor véleményezett.

A neoadjuváns kezelés befejezését követően 14 héttel műtétet végeztünk, amelynek során laparoszkópos resectumresektiót, hysterectomiát és a kismedencei nyirokcsomólánc eltávolítását végeztük. A bélhuzam folytonosságát descendorectostomiával állítottuk helyre (6. ábra). Az altatás 275 perc, a műteti idő 220 perc volt.

A beteget a 8. posztoperatív napon elbocsátottuk, a hólyagkatétert a műtétet követő 1. napon, a nagy mennyiségű serosus váladékot vezető drént (napi 400 ml) a 8. posztoperatív napon távolítottuk el.

Szövetani vélemény: T1N0 rectumtumor, az endometrium-adenocarcinomára utaló szöveti kép eltűnt. A kismedencei nyirokcsomókban áttét nem volt igazolható.

Megbeszélés

A fent említett esetek is mutatják, hogy a szinkrón tumork együlésben való műteti ellátásából nemcsak a beteg, de az ellátórendszer is profitál. A műteti, altatási idő egy alkalommal hosszabb ugyan, de összességében kevesebb, mint a több ülésben végzett műtéteknél, bár erről kimutatásunk nincs. A preoperatív kivizsgálás és a műteti vagy akár szövettani lelet közötti eltérés megnyugtató megoldása számos kérdést vet fel, a diagnosztikai rendszer felbontóképességétől a leletezésben részt vevő szakembereken át a műteti tervet az onkoteam jóváhagyásával

felállító operáló orvosig. Az onkoteam a műtét előtti utolsó olyan átfogó szakmai fórum, ahol a fent vázolt eltérés csökkenthető. Amennyiben két ülésben végeztük volna ezeket a műtéteket, úgy az onkoteamdöntés egyik dilemmája az lett volna, hogy melyik tumort távolítsuk el először, valamint mennyivel tolódik a másik tumor kezelési lehetősége, továbbá a beteget az első ellátás során ért esetleges kellemetlen tapasztalatok mennyiben befolyásolják a második műtétbe való hozzáállásában.

Szakirodalmi adatok alapján a kaukázusi népcsoportban gyakoribbak a szinkrón és metakrón tumork, a kezeléssel azonban csupán esetismertetések közölnek, amelyek csak korlátozott mértékben irányadók, egyénre szabott terápia szükséges [1, 2]. Egyértelmű iránymutatás nem áll rendelkezésre, bár a molekuláris vizsgálatok a többszörös daganatok kialakulásának, prognózisának megértésében előretörést hozhatnak [11–13]. Irodalmi adatok alapján az endometrium-adenocarcinomák mellett második daganat gyakran emlő-, méhnyak-, petefészek- vagy vastagbél-daganat [14, 15].

Közlésünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet a nőgyógyászati daganatok megfelelő protokoll szerinti kivizsgálására, a szinkrón tumork komplex műteti ellátására, a társszakmák közötti együttműködés fontosságára és egyúttal párbeszédet kezdeményezni a többszörös daganatos betegségek ellátásával kapcsolatos ajánlások, iránymutatások felé.

Anyagi támogatás: A szerzők a tanulmány elkészítésével összefüggésben nem részesültek sem pályázati, sem intézményi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: K. T. a cikk szerzője, a betegek kezelőorvosa, operátora. L. Z. a Sebészeti Osztály vezetője, a kutatás vezetője. P. I.: Adatgyűjtés, feldolgozás. R. P.: Adatgyűjtés, szakirodalom gyűjtése. Cs. M.: Szakirodalom gyűjtése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző megismerte és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Amer MH. Multiple neoplasms, single primaries, and patient survival. *Cancer Manag Res.* 2014; 6: 119–134.
- [2] Vogt A, Schmid S, Heinimann K, et al. Multiple primary tumours: challenges and approaches, a review. *ESMO Open* 2017; 2: e000172.
- [3] Lee SH, Ahn BK, Baek SU, et al. Multiple primary cancers in extracolonic sites with colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24: 301–304.
- [4] Bisof V, Basic-Koretić M, Juretić A, et al. Multiple primary malignancies. [Multipli primarni tumori.] *Lijec Vjesn.* 2011; 133: 384–388. [Croatian]
- [5] Yang L, Zhang D, Li F, et al. Simultaneous laparoscopic distal gastrectomy (uncut Roux-en-Y anastomosis), right hemicolectomy and radical rectectomy (Dixon) in a synchronous triple primary stomach, colon and rectal cancers patient. *J Vis Surg.* 2016; 2: 101.

- [6] Nakayama H, Masuda H, Ugajin W, et al. Quadruple cancer including bilateral breasts, Vater's papilla, and urinary bladder: report of a case. *Surg Today* 1999; 29: 276–279.
- [7] Chai W, Gong F, Zhang W, et al. Multiple primary cancer in the female genital system: two rare case reports and a literature review. *Medicine* 2017; 96: e8860.
- [8] Kremzer T, Pete I, Stári O, et al. The primary surgical therapy of a synchronous sigmoid, rectal and vulvar cancer. Case Report. [Szinkron szimabél-, végbél- és szeméremtesti daganat primer műtéti ellátása. Esetismertetés.] *Magy Onkol.* 2022; 66: 153–156. [Hungarian]
- [9] Dudnyikova A, Vereczkey I, Pete I. Synchronous tumors of the female genital tract: triple malignant and one benign tumor. Case report. [Szinkron jelentkező három malignus és egy benignus nőgyógyászati daganat esetismertetése. Esetismertetés.] *Magy Onkol.* 2012; 56: 55–59. [Hungarian]
- [10] Deme D, Bishr AM, Nizar J, et al. Individualized therapy of synchronous ovarian and colon cancers with lymph. [Személyre szabott kezelés szinkrón, nyirokcsomó-pozitív petefészek- és vastagbél-daganatban.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 939–943. [Hungarian]
- [11] Ge S, Wang B, Wang Z, et al. Common multiple primary cancers associated with breast and gynecologic cancers and their risk factors, pathogenesis, treatment and prognosis: a review. *Front Oncol.* 2022; 12: 840431.
- [12] Tsaousis GN, Papadopoulou E, Apessos A, et al. Analysis of hereditary cancer syndromes by using a panel of genes: novel and multiple pathogenic mutations. *BMC Cancer* 2019; 19: 535.
- [13] Price KS, Svenson A, King E, et al. Inherited cancer in the age of next-generation sequencing. *Biol Res Nurs.* 2018; 20: 192–204.
- [14] Schwartz Z, Ohel G, Birkenfeld A, et al. Second primary malignancy in endometrial carcinoma patients. *Gynecol Oncol.* 1985; 22: 40–45.
- [15] Kalincsák J, Gócze P, Bohonyi N, et al. Preoperative systemic treatment of locally and locoregionally advanced high-risk endometrial cancer. [Lokálisan és lokoregionálisan előrehaladott, magas kockázatú endometriumtumorok műtét előtti szisztémás előkezelése.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 425–433. [Hungarian]

(Kremzer Tamás dr.,
Szombathely, Markusovszky u. 5., 9700
e-mail: drkremzertamas@gmail.com)

„Non cras, quod hodie.”
(Amit ma megtehetsz, ne halaszd holnapra.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)