

Dr. Németh Zsolt, Dr. Szabó György, Dr. Bogdán Sándor

A szájüregi daganatok megelőzése, szűrése

Összefoglalás

Drámaian magas Magyarországon a szájüregi daganatok okozta halálozás. A férfiak és nők egyaránt, messze az első helyen állnak Európában a 100.000 lakosra kivetített mortalitás tekintetében. Bár korábban jellemzően a férfiak és az 50 év felettiek betegségének tartották, az utóbbi években egyre gyakrabban észlelik nőknél és fiatalokon is.

2008-ban Magyarországon 3672 új beteget diagnosztizáltak (2737 férfi és 935 nő). Közülük 1651-en haltak meg (1364 férfi és 287 nő)¹.

A férfiak körében a szájüregi rák a harmadik ok a rosszindulatú daganatos halálozás sorrendjében, a teljes lakosság esetében a hetedik.

Amíg Magyarországon 1948-1999 között az össz-daganatos halálozás „mindössze” 2,8-szorosára emelkedett, az ajak, szájüreg, garat daganatai által okozott halálozás 1948-hoz képest közel 6-szorosára, 1970-hez viszonyítva 4,5-szeresére, 1980-hoz viszonyítva 2,5-szeresére, de még a 90-es évek folyamán is mintegy 70%-kal emelkedett².

Az elmúlt két évben azt látjuk, hogy 3 évtized óta most először fordult meg a mortalitási tendencia. Azt, hogy ez csupán két évre vonatkozó eltérés, vagy valóságos fordulat, azt csak a 2009-es, szövettani eredményekkel alátámasztott adatok ismeretében tudjuk majd megmondani.

Etiológia

Szoros összefüggés mutatható ki az életmód és a daganatos morbiditás között. A két meghatározó etiológiai faktor (dohányzás és alkohol) együttes fennállása esetén ugrásszerűen megemelkedik a megbetegedés valószínűsége, a kettő együtt az ajak-szájüregi daganatok közel 90%-áért felelős, a rossz szájhygiene inkább társuló, predisponáló tényező.

Magyarországon, elsősorban

Dr. Németh Zsolt, Dr. Szabó György,
Dr. Bogdán Sándor

Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar
Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinika
1085 Budapest, Mária u. 52.

a fiatalok és a felnőttek körében, kiugróan magas az egy főre jutó alkoholfogyasztás. Az utóbbi években a fogyasztás némi csökkenése, a korábbi növekedési trend megtörése jellemző.

A fogyasztási struktúrát minden korosztályban az égetett szeszek dominanciája jellemzi. Jelenleg a világ legnagyobb égetett szeszital-fogyasztó társadalmi közé tartozunk.

Magyarországon – az OLEF (Országos Lakossági Egészség Felmérés) adatai szerint – nagyívó a férfiak 18, a nők 2,5%-a, és alkalmi ivó a férfiak 55, a nők 21%-a.

Az érintettek nehezen néznek szembe helyzetükkel, ezért a pszichiátriai és addiktológiai gondozókban a segítségre szorulóknak csak töredéke (29 ezer fő/év) jelenik meg.

Évente átlagosan 12 liter tiszta szesznek megfelelő alkoholfogyasztás jut egy lakosra. Ennél 2 uniós országban fogyasztanak többet (Luxemburg és Csehország). Az alkohollal összefüggő halálozás – hasonlóan a dohányzással összefüggő halálozáshoz – meglehetősen magas³.

Talán éppen a fogyasztási szerkezettel összefüggésben, Magyarországon kiemelkedően magas a májzsugor miatti halálozási arány mind a férfiak, mind a nők körében. A májzsugorodásban meghaltak 100000 ezer lakosra jutó száma az ötvenes évek közepétől folyamatos növekedést mutat, és itt nem tapasztalható az – az utóbbi években jelentkező – csökkenő, illetve stagnáló tendencia, amely az alkoholfogyasztásban megfigyelhető.

Problémás ivónak az tekinthető, aki napi 100 gramm tiszta szeszt, azaz egy liter bort, 3 üveg sört vagy 2-3 deci töménytet fogyaszt el.

Sajnos, kevesen tudják, hogy viszonylag kis mennyiségű (napi 4 mg tiszta alkoholnak megfelelő mennyiség) rendszeres fogyasztása is függőséget okoz.

Magyarországon becslések szerint egymilliót alkoholistát él, ez a felnőtt lakosság kb. 15%-a. Az alkoholisták többsége javakorabeli ember, a függőség kialakulásához ugyanis

15-20 év kell, ugyanakkor az abuzív ivás kortól független. Az italozás „korhatára” egyébként Magyarországon is csökken, legalábbis erről tanúskodik egy felmérés. Az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) program keretében elvégzett kutatás adatai azt mutatják, hogy a középiskola második osztályában tanuló gyerekek 95,2 százaléka találkozott már az alkohollal (kilenc éve még „csak” 91,4 százalékos volt ez az arány), és az elsős-másodikos korosztályban az egy alkalommal elfogyasztott tiszta szesz mennyisége meghaladja a fél decit. A fiúk csaknem 72,3 és a lányok valamivel több mint 65,7 százaléka ismerte be, hogy volt már részeg.

A magyarországi kórházak bel-, neurológiai és pszichiátriai osztályain ápolt betegek mintegy 30 százalékanak egészségi gondjai összefüggenek az alkohollal. Az alkohol mértéktelen fogyasztása számos belgyógyászati megbetegedést okoz. Károsítja a nyelőcső (pl. adenocarcinoma), a gyomor (GERD, gyomorcarcinoma, gastritis), a máj (zsírmáj, cirrhosis, májrák, fibrosis, hepatitis), a hasnyálmirigy (pancreatitis), és a belek (pl. colorectalis carcinoma) szöveteit. Elvezet az idegrendszer (akut alkoholos intoxikáció, epilepszia, polineuropátia, kisagyi atrófia), a kardiovaszkuláris rendszer (hipertónia, AMI, szívritmus-zavar), a hormonrendszer és a csontrendszer (osteoporosis) zavaraihoz, és egyéb anyagcsere-betegségekhez (zsíranyagcsere-zavar, cukorbetegség)⁴.

Az alkoholizmussal kapcsolatban számos pszichiátriai kórkép jöhet létre, mint például depresszió, szorongás, a Korsakow szindróma, hallucinózis, delirium tremens⁵. Az elmúlt 20 évben hazánkban közel kétszeresére emelkedett az alkoholspecifikus halálozás a középkorú férfiak körében. Mindkét nem esetében a májbetegségek és a különféle daganatok uralják az alkoholspecifikus mortalitást⁶.

Az alkohol különböző módon járul hozzá a szájüregi rákok keletkezéséhez. Alkohol tartalmú – és egyéb szerves komponenseket tartal-

mazó – italok mértéktelen fogyasztását kockázati tényezőnek tekintjük a szájüreg, a nyelőcső, a gége és a máj rosszindulatú daganatainak kórfejlődésében. A négy daganatféleség közül az első hármát sokan nem tekintik az alkohol közvetlen hatásának, hanem – mivel az alkoholfogyasztók túlnyomó részben egyben erős dohányosok is – az alkoholtartalmú italok és a dohányfüst rákkeltő anyagai interakciójának. A dohányfüstnek iniciatív, az alkoholnak promoter szerepet tulajdonítunk.

Az alkoholizmusra jellemző a nyomelemek, vitaminok hiánya, az alultápláltság. Az E (de az A és C is) vitamin pl. a szabad gyökök hatását semlegesíti. A csökkent antioxidáns kapacitás következtében felfaporodó szabad gyökök és lipid peroxidázok DNS-károsító, daganatkeltő hatásúak.

Az etanol fokozza a szájnyálkahártya permeabilitását, így növekszik számos karcinogén anyag bejutása a sejtekbe. Az etanol közvetlen metabolitja, az acetaldehid valószínűleg helyileg keletkezik és fejt ki hatását.

A szájhygiéne szerepét bizonyítja, hogy mérsékelt mennyiségű alkohol fogyasztása után, a bakteriális dehidrogenázok hatására, jelentős mennyiségű acetaldehid mutatható ki a nyálban, mely háromnapos antibakteriális szájöblítő használata után szignifikánsan csökken. Ez megerősíti a rossz szájhygiéne etiológiai szerepét a szájüregi daganatok kialakulásában.

Nálunk rosszabb száj higiéniével csak az ukránok, a lengyelek és a lettek „dicsekedhetnek”. A magyar lakosság 7-8 százaléka – önbevallása szerint – soha, vagy csak alkalmanként mos fogat. Az emberek ötöde naponta csak egyszer, a fele pedig kétszer vesz a kezébe fogkefét, többségük fogorvoshoz pedig csak akkor jár, ha már otthon csillapíthatatlan fájdalmak gyötrik.

Az alkoholistáknál a gyakori májbetegség is csökkenti az aktív karcinogének lebomlását.

Az ún. alkoholizmushoz társuló betegségek, és az antioxidáns védekező rendszer kapcsolata, valamint a daganatos betegségek gyógyszeres, vagy speciális tápanyagokkal történő megelőzése (az ún. kemoprevenció) intenzív kutatás tárgyát képezi.

Megfigyelték, hogy a rákkeltő anyagok (pl. dohányfüst) DNS károsító hatása kevésbé érvényesül különböző retinoid származékok és E-vitamin adása mellett⁷.

Földünkön jelenleg kb. 1,2 milliárd ember dohányzik rendszeresen, s e szenvedélyük miatt évente ötmillióan veszítik életüket. A dohányfüst a tüdő-, a szív- és vérkeringési betegségek nagy részének okozója. A dohányzás elleni küzdelem az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egyik legfontosabb feladata lett az utóbbi évtizedben, a világszervezet a felnőtt lakosság körében 20% alá kívánja szorítani a dohányzók arányát. A dohányzás a világon a második leggyakoribb halálok.

Ugyancsak riasztó az a tény, hogy emberek százerei halnak meg évente a passzív dohányzás által okozott betegségekben, olyanok, akik soha nem dohányoztak.

Fejlett országokban a dohányzás a férfiak össz-halálzásáért 24%-ban, a nőknél 7%-ban tekinthető felelősnek, egyes kelet-európai országokban ez az arány 40% fölé is emelkedhet.

Az OECD adatai szerint a magyar felnőttek harmada (mintegy 2,6 millió ember) rendszeresen **dohányzik**, ez az uniós országok közül az ötödik legmagasabb arány. Különösen sok a dohányos a fiatal korosztályban (15–24 év), az unióban a fiatal férfiak közül csak az észtek, a nők közül pedig az osztrákok és a britek füstölnek többen, mint magyar társaik.

2008-ban, egy 250000 fős európai mintán belül Magyarországról 6000 állampolgár adatai azt mutatták, hogy a magyarok többen füstölnek az uniós átlagnál: az EU 100 millió dohányosából 2,6 millió magyar. Míg az unióban 27% a dohányosok aránya, addig a magyarok 30,5%-a dohányzik. A vizsgálatból kiderült, hogy a 20-29 éves korosztály tagjai dohányoznak a legnagyobb arányban⁸.

A népességszámhoz viszonyítva legtöbb új szájüregi, légcső- és tüdőrákot nálunk derítik fel az unióban³.

Évente mintegy 30000 honfitársunkat veszítjük el a dohányzás által okozott betegségekben. Passzív dohányzás miatt 2300 embert veszítünk el, akiknek a fele életében nem dohányzott aktívan⁹.

Magyarországon az alacsony iskolai végzettségűek közül lényegesen többen és többit dohányoznak. Egyes adatok szerint a 35 évesnél idősebb, szájüregi tumoros férfiak 86,9%-ában, míg a nők 51,7%-ában szerepel a dohányzás mint rizikófaktor.

Az alkalmi és a rendszeres dohányzás elterjedtebb a lányoknál, mint a fiúknál, de szerencsére mindkét nem esetében lassú csökkenés figyelhető meg. Míg 2003-ban még átlagosan a fiatalok 39%-a dohányzott, 2007-re ez 33%-ra mérséklődött¹⁰.

Egyes becslések szerint a dohányzás húszszoros, a nagy mennyiségű alkohol fogyasztása pedig harmincszoros, a kettő együtt hatszázszoros rizikónövekedést okoz¹¹.

Mások adatai szerint, ha a nem dohányzó, nem alkoholizáló egyének szájüregi rákra vonatkozó relatív rizikófaktorát 1-nek vesszük, akkor a dohányosoké 15, az alkoholistáké 13, amennyiben valaki dohányzik és iszik is, a relatív rizikófaktor multiplikálódik, tehát 195 lesz¹²⁻¹³.

Bizonyos körülmények között – a leadott dózis és a besugárzás idejének függvényében – a gyógyító céllal adott sugárzás daganatot okozhat.

A 70-es évek végén az Egyesült Államokban figyelték meg, hogy azoknál a fiatal felnőtteknél, akik csecsemő- vagy gyermekkorban valamilyen okból (magnagyobbított thymus vagy a tonsillák, nyaki lymphadenomegalia, mastoiditis, sinusitis, keloid, tinea capitis, acné stb.) terápiás dózissal röntgenbesugárzásban részesültek, magasabb a fej-nyak régióban előforduló daganatok száma, mint a hasonló korú, irradiációban nem részesített populációban. A daganatok 5-35 évvel a kezelést követően jelentkeztek, és rendszerint a pajzsmirigyet vagy a nagy nyálmirigyeket érintették. Másoknál hasonló okok miatt végzett, a röntgen- vagy gamma-besugárzást követően 6-22 évvel kialakult mandibula (ritkán maxilla) osteosarcomáról számolnak be.

A mechanikus, krónikus irritációnak is szerepe lehet a malignus szájüregi daganatok kóroktanában. Tény, hogy a betegek 80-90%-ában elhanyagolt szájhygiénét, letöredezett fogakat, hibás, a nyálkahártyát, gingivát sértő, irritáló fogműveket találunk. Ez a szájstátus, sajnos, ma

Magyarországon jellemző erre a betegcsoportra.

Silverman és Galante már 1974-ben rámutatnak, hogy bár az Egyesült Államokban kb. 20 millió ember hord kivehető fogsort, de a keményszájpad- és gingivacarcinoma együttesen sem teszi ki a szájüregi daganatok 11%-át, illetve a test összes tumorjainak 0,5%-át. Véleményük szerint tehát a mechanikus irritáció önmagában nem indokolja ezen lokalizációjú daganatok kialakulását¹⁴.

Mezőgazdasági dolgozók, halászok, erdőmunkások, téli sportokat űzők nagyfokú ultraibolya sugárzásnak vannak kitéve, a fokozott expozíció miatt az ajakrák magasabb előfordulási arányában mutatkozik. A döntően mezőgazdaságból, halászatból élő görög lakosság körében az ajakrák adja az összes szájüregi rák 60%-át¹⁵.

A családi és genetikai hajlam hatása nem erős, de kétségtelenül létezik. Magyarázata valószínűleg a sejtciklus kontrolljában részt vevő gének polimorfizmusa és a kémiai karcinogéneket méregtelenítő enzimek kódolási hibája. Mai tudásunk szerint a daganatok genetikai megbetegedések. A génhibákon (pl. mutáció, amplifikáció, deléción) túl azonban kialakulásukban, növekedésükben és terjedésükben a genetikai állomány szerkezetét nem érintő (epigenetikai) változások is fontos szerepet játszanak. A szájüregi daganatok keletkezésében szerepet játszhat még az alultápláltság, alkoholizáló életmód vagy egyéb más betegség okozta immunszupprimált állapot (AIDS, transzplantáció utáni kezelés stb.), bizonyos vírusok, gombák jelenléte, valamint a hiányos táplálkozás is.

Egyes, az utóbbi években végzett kutatások szerint a gége-, garat- és szájüregi rákok mintegy 50%-ának háttérében vírusfertőzés (HPV) állhat. A kontamináció legtöbbször orális szex útján következik be, de szüléskor a fertőzött anyáról is ráterjedhet az újszülött szájnyálkahártyájára.

A HPV az osztódásra képes sejteket fertőzi meg, majd bekapcsolódik a sejtciklusba és látens (lappangó) fertőzés alakul ki. Egy idő után a látens fertőzés szaporodási fázisba megy át, ekkor a gazdasejt a molekuláris változásokkal párhuzamo-

san alaki változásokon megy át. A malignus folyamat kialakulását a vírus és a sejt egymásra hatása indítja meg.

Míg férfiakban a HPV-negatív (azaz HPV-vírustól mentes) tumor a gyakoribb, addig a nőknél főként a HPV-pozitív tumorok a jellemzőek.

A túlzott dohányzás és alkoholfogyasztás okozta daganatokkal szemben a HPV etiológiájú tumorokra jellemző, hogy 50 évnél fiatalabb nőket, sokszor alkoholt nem fogyasztókat, nemdohányzókat érint. Az ilyen tumorok kifejezetten érzékenyek sugárkezelésre, kevesebb áttétet, recidívát látunk, magasabb az ötéves túlélés¹⁶.

Mások megfigyelése szerint a magas rizikójú (HPV16) HPV DNS jelenléte a szájüregi daganatok esetében egészségtelen életmódra, vagy genetikai instabilitásra utal, nem valószínű, hogy a HPV-függő, anogenitális rákoknál észlelt specifikus, független és erős daganatindukciós hatású lenne. A hazai népesség életmódja mellett a magas rizikójú humán papillomavírus infekció nem tekinthető önálló kockázati tényezőnek az orális laphámrákok etiológiájában¹⁷.

Szűrővizsgálatok

A primér prevenció a daganatkeltő tényezők (esetünkben elsősorban alkohol és dohányzás) kizárását célozza. A mai „rosszkedvű” Magyarországon, rossz szociális körülmények között élő embereket, szinte lehetetlen lebeszélni stresszoldó, önpusztító szokásaikról. A jövedéki termékek adótartalmával mindegyik költségvetés jó előre kalkulál, arra nagy szüksége van. Kifinomult (de nem nyilvános) számítások igazolják, hogy pl. a cigaretta, vagy az alkohol árának megemelése mennyivel veti vissza az adott termékek eladását, és ezáltal az adóbevételt.

A megelőzés járható útja lehet az iskola alsó tagozatától megkezdett, tudatos, egészséges életmódra nevelés, a gyerekek és a szülők folyamatos felvilágosítása. Ezek a programok természetesen sokba kerülnek, politikai ciklusokon túlmutatnak, érezhető változást csak 10-15 éven belül hoznak, így a pénzforrásokat biztosító politika számára nem túl vonzóak. Az egészséges életmód népszerűsítésére a fogorvosok-

kat, házi orvosokat, pedagógusokat ösztönözni, oktatni, folyamatosan továbbképezni szükséges.

Korlátozni lehet a fiatalok alkoholfogyasztását és cigarettához jutását, tiltani kell a dohányzást a szállodákban, éttermekben, középületekben, iskolákban, strandokon, munkahelyeken, közterületeken, járműveken, kórházakban. Előzőek segítségével csökkenteni lehet a passzív dohányzók számát is.

A nehéz helyzetbe jutott, rossz szociális körülmények között élők (célzott) anyagi és pszichés támogatásával elejét lehet venni a rossz útra tévedésnek, a káros szenvedélyek túláradásának.

Láthatjuk, hogy a primer prevenció nem szorosabb értelemben vett ágy melletti tevékenység, inkább egészségügyi-szervezési, szakpolitikai feladat. Kivételt képeznek az onkológiai betegeket ellátó osztályokon dolgozó orvosok felvilágosító-továbbképző előadásai.

A szekunder prevenció a daganatok korai felismerését jelenti. Szűrővizsgálat alatt azt értjük, ha panaszmentes, egészségéért aggódó beteg megy el vizsgálatra. Történhet per sze szűrővizsgálat berendelés útján, más panaszok miatt történő orvos-beteg találkozó okán is.

Mivel a szájüregi daganatok korai stádiumban kiváló eredménnyel gyógyíthatóak, elsőrendű fontossággal bír a 40 év feletti dohányzó, alkoholizáló lakosság szűrése, rendszeres ellenőrzése.

Hazánkban az elmúlt 4 évtizedben 10 szűrővizsgálat történt. A megvizsgált közel 20000 egyén stomato-onkológiai vizsgálata során 0,12%-ban találtak carcinomát és 2,63%-ban szájüregi praecancerosist.

A szűrések eredménye (illetve eredménytelensége) éles ellentétben áll a szájüregi rákok okozta halálozás számadataival¹⁸⁻²⁵.

A szájüregi rákokban szenvedők vizsgálata során az alkohollal, a dohányzással, illetve ezek gyakoriságával kapcsolatban számtalan statisztikai adat áll rendelkezésünkre. A veszélyeztetett populáció (alkoholisták, dohányosok) körében végzett szájüregi onkológiai szűrővizsgálatokról viszont kevés szó esik.

Kellő anyagi források híján, fogazatukat elhanyagolják, sok a rossz fog, letört, éles gyökér, gyakran fog-

eredetű gyulladás, gombás fertőzés van jelen. A betegek egyszerűen nem is veszik észre, hogy szájüregükben daganatmegelőző állapot, vagy (már) rosszindulatú daganat fejlődik. Panaszaikkal nem fordulnak szakemberhez, így pl. fogorvoshoz.

A fogorvosnak egyedülálló szerepe lehetne a szájüregi daganatok korai felismerésében, hiszen képzésük, továbbképzéseik során kiemelt hangsúlyt helyezünk a precancerosisek, orális léziók felismerésére, elkülönítésére. De mit tehetnek, ha az alkoholizáló, sokat dohányzó, rossz szociális körülmények között élő, elhanyagolt szájhygiénájú, önmagára is igénytelen (értsd: veszélyeztetett) egyén csak akkor jelentkezik ellátásra (jellemzően az első panaszok megjelenése után 3-5 hónap múlva), amikor erős fájdalmat vagy vérzést észlel. Ilyenkor egy daganat legtöbbször már lokálisan kiterjedt, egy- vagy kétoldali nyaki áttétet adott, csontérintettséget okozott.

A házi orvos szintén „esélytelen” a szájüregi daganatok korai kiemelésében. A rizikó-csoportba tartozó betegek legtöbbször leszázalékoltak, munkanélküliek, hajléktalanok, alkoholizáló életmódot folytatók. Nincs szükségük táppénzre, gyógyszer is ritkán íratnak fel, azt nem tudják kifizetni.

Foglalkozás-egészségügyi vizsgálatról (esetükben) nem is beszél-nénk.

Látjuk, hogy az alapellátásban dolgozó, két meghatározó szakmában dolgozó Kollégákhoz ezek a betegek el sem jutnak. Nincs olyan módszer, amivel rá lehetne bírni a veszélyeztetett embereket a szűrésen való részvételre.

Ezért határoztunk úgy, hogy a fokozott rizikójú emberek körében, addiktológiai osztályokon és hajléktalan-otthonokban klinikánk munkacsoportja szűrővizsgálatokat fog végezni.

Ezen szűrővizsgálatok eredményei viszont már igazolták a magyarországi riasztó statisztikai számokat:

300 személyt vizsgáltunk meg. A férfiak 66%-a, a nők 45%-a vallotta be, hogy dohányzik és rendszeresen fogyaszt alkoholt. Ennek ellenére a vizsgáltak mindegyike láthatóan alkoholfogyasztó volt. Naponta átlagosan egy-két doboz cigarettát

(húsz-negyven szál) és két-három liter bornak megfelelő alkoholt (>75 g alkohol) fogyasztottak.

A megvizsgáltak között nyolc rosszindulatú (később hisztológiai-lag igazolt) elváltozást találtunk, mely a minta 2,66%-át jelenti. 43 rák-előző állapotot észleltünk (14,33%) és 7 jóindulatú elváltozást (2,33%). Összességében tehát 19,33%-ban szűrtünk ki szájüregi elváltozást. Ezen belül a rosszindulatú daganatos személyek életkora 36 és 47 év között változott.

Vizsgálatunk is alátámasztja azt a tényt, hogy a népesség szintű szűrővizsgálatok költségesek és nem hozzák meg a várt eredményt. Ma már nem képezi vita tárgyát, hogy a veszélyeztetett populációt kell szűrni.

Miután Magyarországon 2000–2008 között csaknem 30 ezer ajak- és szájüregi daganatos megbetegedést regisztráltak, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az Országos Egészségfejlesztési Intézet alkalomszerű, kísérleti programot indított a szájüregi daganatok szűrésére.

Alkalomszerűnek nevezzük az olyan szűrővizsgálatokat, amikor az orvos-beteg találkozást a beteg kezdeményezi valamilyen panasz miatt, de a vizsgálat során nemcsak a panaszok okát nézi az orvos, hanem ezt az alkalmat kihasználva más vizsgálatok is megtörténnek. Az alapellátásban történő ajak- és szájüregi daganatszűrés egyedülálló kezdeményezés, melynek célja a figyelemfelkeltés: ma ugyanis megdöbbentően sokan halnak meg ebben a betegségben. A középkorú férfiak körében az ajak és szájüregi daganatok okozta halálozás az elmúlt 30 év során 14-szeresére nőtt, miközben az időben felismert esetek 80%-a gyógyítható.

A 40 évnél idősebb, főként magas kockázatú lakosság (dohányzó, nagy mennyiségű alkoholt fogyasztó, rossz szájhygiénájú) szájüregi szűrését 141 településről több mint 200 alapellátó-, foglalkozás-egészségügyi és fogorvos kezdte el. A bármilyen panasszal hozzájuk fordulókat ellenőrzik. A szűrés csupán-csak néhány percet vesz igénybe, a vizsgálat eszközigénye igen csekély, hiszen mindössze egy jól világító lámpa, gumikesztyű, és 2 db egyszer használatos nyelvlapoc kell hozzá.

A kezdeményezéshez házi, foglalkozás-egészségügyi és fogorvosok

csatlakoztak, olyanok, akik internetes oktatáson vettek részt, így sajátították el a szűrési módszert. On-line vizsgát követően elkezdtek a szűréseket, majd az eredményeket on-line továbbították.

A modellprogram első évében csaknem 70 ezer vizsgálatot végeztek el, minden 300. páciens további szakvizsgálatra került.

A modellprogram folytatásaként az alkalomszerű szűrési rendszert továbbfejlesztették, az eddigi orvosok szakdolgozói végzik a munkát, a kiemelt eseteket az orvos ellenőrzi és küldi tovább szakellátásra²⁶.

Megbeszélés

A magyar fogorvosokat jelenleg törvényi rendelkezés kötelezi a stomato-onkológiai szűrővizsgálat elvégzésére. Az OEP támogatja a dohányzásról leszoktató programokat.

Magyarországon 2001 óta tilos dohányárut reklámozni közterületen, televízióban, rádióban, újságokban.

Jelenleg nem létezik nemzetközi, konszenzuson alapuló ajánlás a szűrővizsgálatok elvégzésének gyakoriságára. Magunk részéről a veszélyeztetett populáció (40 év feletti, erős dohányos, és rendszeresen alkoholt fogyasztó egyének) évenkénti szűrését javasoljuk fogorvosnál, házi orvosnál.

Az Egészség Évtizedének Nemzeti Programja (2002), a Nemzeti Rákellenes Program (2006) tartalmazzák az előrelépés lehetőségét, alprogramjaik részletes stratégiát írnak le a prevenció és az egészségnevelés, valamint a szűrővizsgálatokat illetően. Céljaik azonban az egészségügy gyökeres fordulatai, továbbá forráshiány miatt csak csekély mértékben valósulhatnak meg.

Fontos felhívni a lakosság figyelmét a daganatmegelőző állapotok jellemzőire (pl. fehér vagy vörös, a nyálkahártyáról le nem törölhető folt), a már kialakult daganat felismerésének kritériumaira. Nagyon fontos információ, hogy a daganatok kialakulását csak esetenként előzi meg precancerosis.

Aki nem gyógyuló sebet észlel a szájában, ajkán vagy a bőrén, nyelési nehezítettséget, nyelési fájdalmat, nyaki, állcsont-duzzanatot, indokolatlan foglazulást, szájüregi vérzést, rekedtséget észlel, haladéktalanul

forduljon fogorvoshoz vagy házi-orvoshoz.

Természetesen fontos a terápiás eszköztár fejlesztése is, de az elődleges cél a veszélyeztetett populáció kézbentartása, az iskolákban kifejlesztett, eredményesebb dohányzásellenes propaganda. Mindehhez szükséges a média és a szakmapolitikai célok erőteljesebb támogatása.

Okos dolog lenne a jövedéki termékekből befolyt adóforintokat visszaforgatni az egészségügybe, a dohányzás és alkoholfogyasztás okozta betegségek kezelésére fordítani. Ezen betegek gyógyítása, gyógyszerei, táppénze, rokkantnyugdíja rengeteg pénzbe kerül.

Következtetések

Mi magyarok sokat dohányzunk, olcsó, rossz minőségű, magas káros anyag tartalmú cigarettákat szívunk. Sok, pancsolt, tisztázatlan eredetű, tömény alkoholt fogyasztunk. A magas morbiditásért egyértelműen az önpusztító életmód a felelős.

A magas halálozási arányszámért leginkább a betegek késői stádiumban történő jelentkezése a felelős. Előrehaladott stádiumban a prognózis már igen rossz, a terápia eredménye kétséges.

Szájüregi daganatban „kevesen” halnak meg a többi daganatféleség (tüdő, vastagbél, emlő, prosztatata) mortalitási rátáihoz képest. A mi, évi 1651 elvesztett betegünknek és hozzátartozóiknak nincs erős érdekvédelemmel potenciáljuk. Nem található közöttük ismert ember, színész, politikus, médiaszemélyiség. A médiák nem látnak „szenzációt”, így nem tartják napirenden a szomorú statisztikáinkat.

A mi betegeinkért nem mennek

át rózsaszínű lufikkal a Lánchídon, nincsenek televíziós adások, riportok, újságcikkek.

A helyes életmódra nevelés, a veszélyeztetett populáció rendszeres szűrése és a kemoprevenzió együttes alkalmazása hozhatna áttörést.

Nagy hangsúlyt kell tehát fektetnünk a primer és szekunder prevencióra. Ez gyakorlatilag a dohányzás és az alkoholizmus visszaszorítását, valamint a daganatok korai felismerését jelenti.

Irodalomjegyzék:

1. Nemzeti Rákregiszter, 2008, Országos Onkológiai Intézet
2. Szabó Gy, Klenk G, Veér A. A krónikus alkoholfogyasztás és a dohányzás együttes összefüggése a szájüregi rákbetegséggel (szűrővizsgálat a veszélyeztetett populációban). Orvosi Hetilap 52:3297-3299, 1997
3. KSH, Magyarország 2007, <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2007.pdf>
4. Szalay F.: Alkohol okozta betegségek. Orvostovábbképző Szemle, 5. 2003, www.oefi.hu/szerhasznalat_2006_4.pdf
5. <http://fu.web.elte.hu/drogeria/cikk>
6. Kiss Judit, Gábor Edina, Országos Egészségfejlesztési Intézet: Az alkoholfogyasztás hazai tendenciái a 80-as évektől napjainkig I. www.oefi.hu
7. Remenár É.: Mai lehetőségek a fej-nyak tumorkelésében: a megelőzés és szűrés jelentősége. Háziorvosi Továbbképző Szemle 1:13-16 (1996)
8. www.delmagyar.hu/.../a_huszzonevesek_60_szazaleka_dohanyzik_magyarorszagon
9. www.oefi.hu, www.cikiacig.hu, www.leteszmacigit.hu
10. <http://www.webbeteg.hu>
11. <http://gengigel.dental.hu>
12. Dietz A: Beitrag zur Ermittlung von Risikofaktoren für die Entstehung von Plattenepithelkarzinomen des oberen Aerodigestivtraktes - eine Fall-Kontrollstudie. Med. Diss., Heidelberg 1991

13. Dietz A, Rudat V, Conradt Ch, Weidauer H, Ho A, Moehler T: Prognostic relevance of serum levels of the angiogenic peptide bfgf in advanced carcinoma of the head and neck treated by primary radiochemotherapy. Head Neck 2000;22:666-673).
14. Silverman S, Galante M: Oral Cancer, 4th ed. San Francisco: University of California, 1974.
15. Nagy G.: A szájüregi rákok etiológiája és rizikófaktora. A Magyar Fogorvos Onkológiai Különszáma 2002, 4-6
16. HPV újonnan felismert kockázati tényező a fej-nyaki rákok kialakulásában Daganatok_hu.htm
17. Dr. Nemes JA: Szájüregi laphámrákok vizsgálata az észak-kelet magyarországi régióban. Etiológiai és prognosztikai faktorok. PhD tézisek, DEOEC, 2006
18. Bánóczy J, Radnai T, Reményi I.: Módszertani tapasztalataink Dunakeszi és Felsőögd lakosságán végzett stomatoonkológiai szűrővizsgálatok alapján. Fogorvosi Szle 62:118-122, 1969
19. Bánóczy J, Bosnyák M, Benyó A, és mtsai.: Tüdőerőnyőfényképszűrő szolgálathoz csatlakozó stomato-onkológiai szűrővizsgálatok tapasztalatai Budapest VI. kerületében. Magyar Onkológia 34:81-85, 1990
20. Bruszt P.: Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok a bajai és bácsalmási járás 7 községében. Magyar Onkológia 6:28-33, 1962
21. Dombi Cs, Vörös-Balog T, Vincze N, Bánóczy J.: A Budapest III. kerületében végzett stomatoonkológiai szűrővizsgálat tapasztalatai. Lege Artis Medicinæ 6:728-733, 1996
22. Hutás I.: Ernyőfényképszűrő vizsgálatokhoz csatlakozó komplex szűrés. Orvosi Hetilap 116: 1516-1518, 1975
23. Kardos L, Pácz M, Erményi I, Nemes I.: Stomato-onkológiai szűrővizsgálat önként jelentkezőkön. Magyar Onkológia, 44:145-147, 2000.
24. Sonkodi I, Tóth K.: Újabb adatok szegedi ipari munkások stomato-onkológiai vizsgálatáról. Népegészségügy, 56:282-284, 1975
25. Csépe P, Bánóczy J, Dombi Cs, Forrai J, Gyenes M, Döbrössy L.: Modellprogram ajak-szájüregi daganatok szűrővizsgálatára roma populációban. Magyar Onkológia, 51:95-101, 2007
26. <http://egeszseg-abc.hu>

Az Esetismertetések rovatban feltett kérdésekre adott helyes válaszok:

1. eset:

1. Pigmentált dermatofibrosarcoma protuberans (Bednár-féle tumor) 2. Differenciáldiagnózis: melanoma malignum, fibroma, histiocytoma, keloid 3. Nem, rendkívül ritka esetben 4. Igen, a recidíva gyakori 5. A késői recidíva lehetősége miatt a beteg 6 havonta történő fizikális ellenőrzése és évente ultrahang kontrol szükséges

2. eset:

1. Necrobiosis lipoidica, Krónikus nyirokódéma, Diabetes mellitus 2. Szöveti vizsgálat 3. A necrobiotikus területen a kötőszövet átépül, gyulladás és fibrosis jellemzi, ami károsítja a kötőszövetben futó nyirokkapillárisokat és ezáltal csökken a nyirokelfolyás 4. Igen 5. A kezelés csökkenti a necrobiotikus területen a fibrosis kialakulásának rizikóját és elősegíti a nyirokkapillárisok működését