
SZIMPOZION

Essay-interview

Gubás Ágota

FRONTÁLIS HARC A RÁK ELLEN

BESZÉLGETÉS A BUDAPESTI XIV. NEMZETKÖZI RÁKKONGRESSZUSRÓL*
DR. TARACKY MÁRIA BELGYÓGYÁSZ-ONKOLÓGUSSAL, A SZABADKAI
KÓRHÁZ ONKOLÓGIAI OSZTÁLYÁNAK FŐORVOSAVAL

A zárószavakkal kezdeném a beszélgetést, miután az egész kongresszusra jellemző volt az a filozófiai idézet, amivel dr. Eckhard Sándor professzor, a budapesti Országos Onkológiai Intézet igazgatója zárta a kongresszust: „Amikor a csillagokat szemléljük, nem szabad elfelejtenünk, hogy a földön állunk.” Ugyanígy a kongresszus hat napján az előadásokat hallgatva úgy érezhettük, hogy már a csillagok közt vagyunk, ami az onkológiai problémák megoldását illeti.

Ilyen jó a helyzet a kutatómunkában?

A kutatómunkában valóban nagyon jó a helyzet és a kísérleti onkológia nagyon előrehaladt, de az idézet másik fele arra utal, hogy amikor visszatérünk a kongresszusról a munkahelyünkre, akkor nagyon tudatában kell lennünk annak, hogy a földön állunk, tehát a klinikai onkológia még valóban tele van megoldatlan problémákkal.

Ez a kongresszus mire helyezte a hangsúlyt, az előbbire vagy az utóbbira?

A kongresszus inkább a kísérleti, az experimentális onkológiát juttatta előtérbe, az előadásoknak majdnem 70 százaléka ezzel foglalkozott. Teljes mértékben ismert a malignus sejtnék az anyagcseréje, tudottak azok a pontok, amelyekben eltérnek az egészséges sejttől, még megoldatlan viszont, hogy ezt az anyagcserét hogyan lehet befolyásolni, hogyan lehet a terápia szempontjából fölhasználni. Ez számunkra, klinikusok számára igen fontos.

Azt tudják-e már, hogy mi váltja ki ezt a megbomlott anyagcserét?

Tulajdonképpen a rosszindulatú sejt abban különbözik az egészségestől, hogy az anyagcseréje más. Az ember szervezetében naponta keletkezik rosszindulatú sejt, de az egészséges szervezet ezt felismeri és nem engedi, hogy szaporodjon. A beteg szervezetéből hiányzik ez a

* 1986. VIII. 21-étől 27-ig Budapest adott otthont a Nemzetközi Rákunió szervezésében lezajlott kongresszusnak. Négyévenként ülnek össze a világnak szinte valamennyi államából kísérleti és klinikai rákkutatók, orvosok és ápolók, a rák és a dohányzás elleni küzdelem képviselői.

képesség, s így a sejtszaporodás lehetővé válik. A felismerésnek ez a hiánya lényegében a szervezet védekezőképességének az átmeneti vagy esetleg öröklött hibájából ered. Ha ez a hiba csak átmeneti jellegű (valamilyen egyéb betegség, vírusfertőzés kapcsán vagy esetleg valamilyen stresszhatásra alakult ki), akkor a tumor is visszafejlődhet a hiba megszűntével. Az is lehetséges, hogy egy gramm súlyú tumor is teljesen spontán visszafejlődjön akkor, hogyha a szervezet ezt a hibát eliminálta. Abban az esetben viszont, hogyha ez egy maradandó, hosszantartó hiba (nevezzük egyelőre ennek, mert tulajdonképpen még nem tudjuk, hogy milyen elváltozásról van szó), akkor a szervezet megbetegszik, s emiatt mondhatjuk ma már azt, hogy a malignus daganat, az nem egy szervnek, hanem az egész szervezetnek a betegsége.

Tehát az okok után kutatva, e két nagy területen folynak a kutatások. Az örökletes vagy a vírusos betegségeredet feltételezéséből kiindulva milyen fázisban vannak jelenleg a kutatások?

Tulajdonképpen azt nem mondhatjuk, hogy örökletes a betegség. Örökletesnek minősül csak az az immunrendszerbeli hiba, ami hajlamosít a betegségnek a kifejlődésére. Lényegében először meg kellene pontosan állapítani azt, hogy melyik az az immunrendszerbeli különbség, ami alkalmat ad a betegségre való hajlamra.

Az már bizonyos, hogy immunrendszerbeli hibáról van szó?

Igen, ez már bizonyos, csak nincs pontosan meghatározva ennek a hibának a milyensége. Ha már ez is bizonyított lesz, akkor folytathatnak olyan genetikai vizsgálatokat, amelyek alapján esetleg feltételezhető lesz majd e hiba öröklődésének a menete.

A vírusos megbetegedést feltételezve milyen irányban folynak a kutatások?

Itt is tulajdonképpen kétféle dologról kell beszélni. Egyrészt feltételezték már régóta, hogy vírus eredetű lehet a rosszindulatú betegség, de a későbbiekben bebizonyították, hogy a vírusnak csak mint egy úgynevezett egzogen, külső faktornak van szerepe a betegség kifejlődésében. A vírusok a fertőzést előidézve tulajdonképpen csak növelik annak a mutációnak a számát, ami által keletkeznek a malignus sejtek. Ma azonban, amikor az AIDS központi problémává vált, s nagyon kiterjedt kísérletezések folynak e betegség vírusának a kitenyésztésére, megállapították, hogy az AIDS-et előidéző retrovírus, amely a HTLV nevet kapta, lényegében kóroktani, etiológiai faktorként szerepel pillanatnyilag bizonyítottan már három rosszindulatú megbetegedésben, a Kaposi-féle szarkómában, egyfajta agylimfomában és egyfajta leukémiában. Miután elég gyorsan növekszik az AIDS-betegek száma, ezért a kísérletek nagyon kiterjedtek arra vonatkozóan is, hogy esetleg lehetséges több malignus megbetegedésnél ezt a kapcsolatot, ezt a közös etiológiai tényezőt bizonyítani. Lényegében a kongresszus záróelőadásai közül is az egyik az AIDS-vírusnak és a malignus megbetegedéseknek a kapcsolatáról szólt, a másik záróelőadást pedig egy amerikai professzor Az onkológia 2000-ben címmel tartotta meg. Ez utóbbi nagyjából

jelezte azt, hogy a klinikai onkológia még nagymértékű fejlesztésre szorul. A betegség teljes kigyógyítását talán csak a jövő évezred elejére várhatjuk.

Észlelni a mellrákot még a csomók megjelenése előtt

Közelebbről figyelemmel kísérte a mellrákról és a korai feltárás kérdésköréről szóló előadásokat. Közülük mit emelne ki?

A korai feltárással kapcsolatban nagyon érdekes új megállapítások születtek. Míg 10 évvel ezelőtt a mammográfiás, röntgenes vizsgálatoknak nagyon sok ellenzőjére találhattunk világszerte, s különösen az amerikaiak körében, most a mellrák korai feltárására majdhogynem kizárólagos módszernek a mammográfiás vizsgálatot tartják. Nagyon érdekes előadást volt alkalmam hallgatni Perbál Lászlótól, egy magyar származású svéd kutatótól. Több mint egy évtizede foglalkozik Svédországban a mellrákok korai mammográfiás feltárásával és az ő adatai szerint ez az egyetlen olyan módszer, amivel valóban el tudjuk érni a mellrák okozta mortalitás csökkentését.

Ez azt jelenti, hogy még a csomók észlelése előtt fel tudják fedni a betegséget?

Valóban. Vannak olyan megfigyelései, amelyek alapján még pontosan a csomónak a tapinthatósága előtt már tud a későbbi karcinóma kifejlődésére utaló jeleket találni a felvételekben. Érdekes volt például az, hogy kétezer mammogram közül, amelyeket az előtte vizsgálók negatívnak minősítettek, ő 240-en karcinómára utaló jeleket talált. Valószínű, hogy ehhez olyan lelkesedéssel kell végezni ezt a munkát, ahogy ő teszi, s ez bizonyos, hogy a szűrővizsgálatok sikerességét is nagyon jól befolyásolja. Mindenesetre az általunk eddig elismert módszereket, tehát a fizikális és a termovíziós vizsgálatot csak másodlagosnak tekintik. Nagyon meggondolandó tehát a környezetünkben is, hogy esetleg ezeket a vizsgálatokat a továbbiakban hogy fogjuk végezni, miután köztudott, hogy Szabadkán 10. éve folynak a mellrák korai feltárására a szűrővizsgálatok, és biztos, hogy a mi munkánkat is befolyásolni fogják ezek az újonnan szerzett ismeretek.

Ezek a szűrővizsgálatok felölelik a mammográfiás vizsgálatot?

A mi szűrővizsgálataink tulajdonképpen mammográfiás vizsgálatot csak akkor kérnek már, amennyiben tapintással valamilyen kóros eltérést találtak a mellben. Tehát nálunk a populációt nem vizsgáljuk mammográfiás vizsgálattal.

Tulajdonképpen miből is áll ez a mammográfiás vizsgálat?

Ez röntgenvizsgálat egy mammomátnak nevezett röntgenkészülékkel, amely csakis a mell röntgenvizsgálatára szolgál és a legnagyobb érzékenységgel mutatja ki a mellben levő elváltozást.

Megszervezhető-e a mammográfiás szűrővizsgálat úgy, mint például a tébécé feltárását célzó vizsgálat?

Természetesen, csak hát költséges. Másodsorban pedig nagyon sok röntgenológust igényel, akiknek nagyszámú felvételt kellene kiértékelniük.

S megéri-e a kongresszuson tapasztalt előadás állításait figyelembe véve, hogy ezt esetleg a közeljövőben megszervezzék?

Természetesen, hogy megéri. Ez a kérdés a kongresszuson is felvetődött és nem csak itt, hanem máskor és másutt is. Elsősorban a gazdag nyugati államok számítják ki azt a legalaposabban, hogy a befektetett összeg visszatérül-e csökkentve a betegség kezelésének a költségeit, illetve a mortalitást.

Ez utóbbira gondoltam, nem annyira a gazdasági vetületére, habár az sem elhanyagolható . . .

Persze, hogy nem elhanyagolható. Mi álszeméremmel beszélünk az egészségügyben a gazdasági faktorról, pedig ez megkerülhetetlen. Nekünk pontosan tudnunk kell mondjuk egy szűrővizsgálat tervezésénél, hogy az anyagi befektetés ellenértékében mit fogunk kapni. Az egészségügyi világszervezet európai rákcsoportja végzett pontos számításokat arra vonatkozóan, hogy a mammográfiás vizsgálatoknak az ára ellenértékben van-e a befektetéssel, tehát csökkenthető-e a betegség miatti elhalálozás aránya. Ezeknek a számításoknak az alapján állapították meg, hogy lényegében az egész női populációra vonatkozó vizsgálatok fölöslegesek, hanem inkább segítségével kell kiválasztani a legveszélyeztetettebbek csoportját, pl. a 30 éven felüli nőket, azokat, akik nem szoptattak vagy akiknek a családjukban volt már mellrákban megbetegedett . . . és őket kell rendszeresen, évente egyszer mammográfiás vizsgálatnak alávetni. Nálunk ez egy kicsit nehezebben megy, mert az anekdotikushoz megfelelő egészségügyi és egyéb kulturáltság, színvonal szükséges, de valószínű, hogy ezt majd meg fogjuk tudni oldani egy belátható időn belül.

A mellrákkal, a korai feltárással kapcsolatban hangzottak el előadások, de bizonyára érintették a gyógyítás módszerét is. A sugárkezelés ma milyen helyet foglal el a mellrákgyógyításban?

Rövid ideig kicsit háttérbe szorították vagy elhanyagolták a sugárterápiát, most a kisebb kiterjedésű műtétek után feltétlenül javasolják, de épp úgy ajánlják a nálunk is honos kemoterápiát és a citosztatikus kezelést. Ez utóbbit ma már a világon sehol nem alkalmazzák hosszabb időn keresztül, maximum hat hónapon át, sőt egyre gyakrabban beszélnek arról, hogy csak három hónapos legyen ez az időszak.

Talán a leglényegesebb változás az utóbbi években, hogy az azelőtt nagyon elterjedt, radikális műtétek mellett most inkább csak a daganateltávolítás, tehát a mellszövetből csak a daganatos résznek az eltávolítása, az úgynevezett quadrectómia, segmentectómia vette át a radikális műtétek helyét.

Vajon miért? Azért-e, mert már bizonyosan megállapítható, hogy a betegség nincs kiterjedve áttétek útján?

Tulajdonképpen azért, mert bebizonyosodott, hogy a radikális műtétek nem hoztak jobb eredményt. A mammográfiás vizsgálatok ugyanis a daganatok kiterjedtségét elég pontosan meg tudják határozni, és akkor fölösleges az egész mellet eltávolítani, a sok pszichikai problémát okozó teljes amputációt elvégezni.

Ezek voltak azok a főbb változások, újdonságok, amelyek az előző és a mostani kongresszus közötti időszakban születtek meg.

Új gyógyszerek a rák elleni küzdelemben

Melyek a legelterjedtebb gyógyszerek, a kongresszuson ismertettek-e újakat?

A legismertebbek a citosztatikumok. A cito sejtet jelent, a sztatikum pedig a sejtnek a felépítésére való hatást jelzi. Elsősorban az lenne a cél, hogy olyan gyógyszereket tudjunk előállítani, amelyek kizárólag a rosszindulatú, tehát a daganatsejtekre hatnak, s ezeknek az életműködését változtatják meg, azaz pusztítják el. Az újabb kutatásoknak egy rendkívül lényeges momentumra, mint ahogy azt már említettem, hogy megállapították: ezek a rosszindulatú sejtek lényegében az anyagcseréjükben különböznek az egészséges sejtektől.

Tehát az lenne a cél, hogy a gyógyszerekkel ezeknek az anyagcseréjére, azaz az anyagcseréjükben lévő különbözőségekre tudjunk hatni. Ez nagyon egyszerűnek tűnik, de közel sem az. Ez még nem megoldott kérdés. A citosztatikumok valóban hatnak a rosszindulatú daganatok anyagcseréjére, tehát tulajdonképpen antimetabolitok, de nem csak a rosszindulatú sejtekre, hanem az egészségesekre is hatnak. A daganatsejtek abban különböznek az egészséges sejtektől, hogy abban az esetben, ha a citosztatikumokkal kezeljük őket, akkor megkárosodnak, a károsodásukat pedig nem tudják kijavítani, ugyanakkor az egészséges sejtek képesek az úgynevezett replikációra, tehát képesek arra, hogy a sejtmagokban a DNS-ükben keletkezett hibákat kijavítsák. Ezek között az antimetabolitok között, amelyek a legnagyobb számúak a citosztatikumok sorában, ezek között a legfejlettebbek azok az antibiotikumok, amelyeknek citosztatikus hatásuk is van. Ezelőtt 10 évvel került forgalomba az első e csoportba tartozó gyógyszer, az Adriamycin vagy Adryplastin, amelyet ma már a Plíva is előállít. Ez egy olasz eredetű gyógyszer, a Farmitalia készítménye és antibiotikus hatása mellett a citosztatikus hatása a kifejezettebb. E gyógyszer káros hatással volt a szívizomra tehát kardiotoxikusságát kellett enyhíteni. Emellett a betegek 80 százalékánál alopeciát, tehát teljes hajkihullást idézett elő, így a nők nagyon nehezen viselték el. Kívánatos volt, hogy a gyógyszer kedvező hatásait kihangsúlyozva csökkentsék a mellékhatásokat.

A kongresszuson már beszámoltak arról, hogy ezt sikerült valamilyen formában elérni?

Sikerült elérni egy epirubicin nevű gyógyszerrel, amely Farmrubicin néven kerül forgalomba a Farmitalia által. Olyan hatása van, mint az Adriamycinnek, de lényegesen kisebb a kardiotoxikus hatása, és az esetek 30 százalékában idéz csak elő hajhullást. Olaszországban elsősorban Bonadonna és munkacsoportja foglalkozik ennek a gyógyszernek a kikísérletezésével, illetve alkalmazásának a kivizsgálásával. Nagyon nagyszámú beteganyagon vizsgálták ki, és a gyógyszert kiadták próbára nagyobb intézeteknek is.

Jugoszláviában is kipróbálták?

Kolarić professzor a zágrábi Központi Daganatkezelő Intézet szakembere tartott előadást az ő intézetükben folytatott munkáról. A Ljubljana onkológiai intézettel közösen vállalták a gyógyszer hatásának a megvizsgálását és Kolarić professzor számolt be a gyomor és emésztőrendszer daganatos betegségeinél alkalmazott hatásáról.

Mennyi idő alatt várható ennek a gyógyszernek a forgalmazása nálunk is?

Várható, hogy az év végéig még forgalomba kerül, illetve az egyetemi klinikák és tudományos intézetek számára már pillanatnyilag is lehetőség van a gyógyszernek a behozatalára, de az év folyamán biztos, hogy a többi kórház is megrendelheti majd. Elsősorban a mell-, a hörgőrák, valamint az emésztőszervi rendszer daganatos betegségeinél alkalmazzák. Ami még egy nagyon nagy előnye ennek a gyógyszernek, hogy szájon át is adható, tehát kapszula formájában is megkaphatja a beteg, így kevésbé van kötve a kórházi kezeléshez. Az összes citosztatikus kezelésnek a hátránya, hogy fekvőbeteg intézményhez kötött, tehát a betegek állandóan kapcsolatban vannak a kórházzal és több beteggel is, ami pszichikailag nagyon megterhelő számukra.

A másik gyógyszer, amelyet kiemelnék, nem teljesen új gyógyszer, ez a Mitomycin-C citosztatikum, amelyet a japánok állítanak elő, és kedvező hatását elsősorban az emésztőrendszer daganatos betegségeinél mutatják ki. Nagy problémát jelent ezeknek a daganatoknak a kezelése, inkább a sebészi beavatkozás jut előtérbe, de abban az esetben, amikor már sebészi beavatkozásról nem lehet szó, nagyon kevés gyógyszert lehet alkalmazni. Ez a Mitomycin-C különösen jó hatásúnak bizonyult az úgynevezett disszeminált, olyan malignus betegségnél, amikor metasztázisok, áttétek vannak a szervezetben. Ilyenkor is az esetek 80 százalékánál találhattunk pozitív válaszra. Japánban a gyomor- és emésztőrendszeri karcinóma sokkal gyakrabban fordul elő, mint Európában, s éppen ezért is volt várható, hogy innen fogunk kapni megfelelő gyógyszert, ami hatásosabb az eddig alkalmazottaknál.

Mikorra várható ennek a gyógyszernek a bejövetele Európába?

Lényegében ezt a gyógyszert is alkalmazzák már Jugoszláviában az egyetemi intézetekben, mert számukra a behozatal sokkal egyszerűbb.

A regionális kórházakban, mint például amilyen a szabadkai, ez már körülményesebb, tehát erre nem tudnék pontos választ adni.

A rákkeltő anyagok egzogén tényezők

Bizonyára nem csak a gyógyszerekről, hanem a napjainkban egyre több rákkeltő anyagról is sok szó esett ezen a *nagyszabású tanácskozáson*. *A köztudatban elsősorban az él, hogy a dohányzás áll összefüggésben a rákbetegséggel . . .*

Karcinogén anyag rengeteg van és naponta nő a számuk. Pillanatnyilag több mint húszezerre becsülik ezeknek a vegyületeknek a számát és minden országot, illetve onkológiai intézetet arra köteleznek, hogy ismertetőt adjanak ki a karcinogén anyagokról. Az Újvidéki Onkológiai Intézet is újévtől kezdve rendszeresen megjelenteti ezt a kiadványt. Sajnos valóban ezeknek az anyagoknak a száma állandóan növekszik.

Ez a kutatás szempontjából bizonyára jó. Mit tud elősegíteni ezeknek a rákkeltő anyagoknak a felismerése?

Ez tulajdonképpen a betegség megismerése szempontjából nem lényeges, nem hoz közelebb a valósághoz, mert tudjuk azt, hogy a rákkeltő anyagok tulajdonképpen nem direkt a szervezetre hatnak, és nem maga a rákkeltő anyag idézi elő a rákot, hanem mint az előzőekben említettem, a rákkeltő anyag mint egzogén tényező játszik szerepet a rákkelésben, tehát ezek az anyagok csak növelik azoknak a mutációs sejteknek a számát, illetve a mutációknak a valószínűségét, amelyek következtében rosszindulatú sejtek keletkeznek, de ahhoz, hogy ezek a sejtek tumort hozzanak létre a szervezetben, ahhoz szükség van az úgynevezett endogén faktorra, ez viszont a szervezetnek a saját tulajdonsága, (hogy az említett kifejezést használjam) a hibája.

A rákkeltő anyagok megismerésével azonban nagymértékben csökkenthető a tényezők befolyása.

Természetesen. Csakhogy a cancerogen anyagok lényegében a mindennapi életünknek a szebbé, jobbá tételét segítik elő, pl. a növényvédő szerek között vannak cancerogen anyagok, s ezek nélkül az anyagok nélkül, már nem is tudnánk megenni.

A dohányzás nélkül viszont igen . . .

A kongresszuson külön szekció foglalkozott a dohányzás ártalmaival. Különösen lényeges, hogy arról hallottunk, miként lehet megelőzni a dohányzásra való rászakást; mert amikor már le kell szokni a dohányzásról valamilyen betegség miatt, akkor rendszerint késő. Nekünk azért kell harcolni, hogy a gyermekek, a fiatalok ne szokjanak rá a dohányzásra.

Összesen hány előadás hangzott el?

Több mint hatezer előadás hangzott el, 18 szimpoziumot is tartottak. Azt hiszem, hogy még hónapokig fogom olvasni a kongresszusról elhozott anyagot, hogy átfogó képet kapjak az elhangzottakról.

Ami több kötetet tesz ki. Köszönöm az összefoglalót, és sok sikert kívánok egy előkészületben levő hazai onkológiai tanácskozáshoz, amelynek szervezőbizottsági tagja.

Valóban Vajdaság fogja megrendezni a VII. cancerológiai kongresszust 1987 októberében, és ez nagy feladatot jelent számunkra is. A középponti téma az emésztőszervrendszeri daganatos betegségeknek a diagnosztikája és a kezelése lesz. Vajdaságban ezeknek a daganatoknak a gyakorisága növekszik a leggyorsabban az utóbbi évtizedben. A szabadkai kórházból többen is részt veszünk beszámolóval. A mi osztályunk fogja feldolgozni a 10 éve végzett szisztematikus mellrákvizsgálatoknak az adatait, ugyanis ez a szűrés teljesen egyedülálló ilyen formában Jugoszláviában, és nagyon érdeklődnek az eredményeink iránt. Azonkívül a nőgyógyászat és a sebészet is hozzájárul a témakör minél alaposabb feldolgozásához.