

Szegedi Tudományegyetem, Fogorvostudományi Kar Orális Medicina Részleg*
 Szegedi Tudományegyetem, Fogorvostudományi Kar Szájsebészeti Tanszék**
 Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; Orvosi Informatikai Intézet***

A Szegedi Fogászati és Szájsebészeti Klinika orális és maxillofaciális régió onkológiai és egyéb betegségeinek retrospectív szűrési és epidemiológiai vizsgálata (1960–2014)

DR. SONKODI ISTVÁN*, DR. NAGY JUDIT*, DR. NOVÁK PÉTER*, DR. VIRÁG KATALIN***,
 DR. BODA KRISZTINA***, DR. BRAUNITZER GÁBOR**, DR. NAGY KATALIN**

A Szegedi Fogászati és Szájsebészeti Klinika orális medicina szakrendelése az 1960–2014 időszakban 3 megye (átlagosan 1,7 millió fő) sztomato-onkológiai betegeinek ellátásáért volt felelős. Jelen közlemény a nevezett időszakban az orális medicina tárgykörebe foglalt betegségek incidenciadatait összegzi. A vizsgált időszakban az összes új betegszám (ide értve a klasszikus értelemben vett stomatológiai betegeket) 338 200 volt. Ebből az összesített esetszámból 9 482 esetben jelentkeztek betegek jóindulatú szájüregi daganattal (2.8%), 5 438 esetben szájüregi precarcinomával (1.6%), és 5 145 esetben rosszindulatú szájüregi daganattal (1.5%). Ilyen módon az 54 év összegzett daganatos és premalignus esetszáma 20 065-nek adódott, ami az összes új betegszám 5,9%-a. Az előbbieket alapján a praemalignus és malignus léziók együttesen a sztomato-onkológiai incidenciának több mint felét adták, az összes új betegszám pedig 3,1%-át. Az egyéb szájnyálkahártya-betegségekről 1974 óta vannak adataink. Az 1974–2014 időszakban 14 446 új beteg jelentkezett ilyen betegségekkel (az erre az időszakra vetített incidenciája 5,8%-a). Az adott évben sztomato-onkológiai gondozásra visszarendelt betegekről 1970 óta vannak adataink, az 1970–2014 időszakban ezen betegek száma 117 268 volt, ez az szakrendelés összes betegforgalmának 76,97%-a.

A tendenciákra jellemző, hogy az 1960-tól 2004-ig tartó – reprezentatívnak tartott – időszakban az új jóindulatú daganatok száma tizenötszörösére, a precarcinómás esetek száma harmincszorosára, a rosszindulatú daganatok száma huszonötszörösére emelkedett, míg az egyéb szájnyálkahártya-betegségek száma ebben az időszakban a tizennegy-szeresére nőtt.

Kulcsszavak: orális medicina, stomatoonkológia, incidenciák, Dél-Magyarország

Bevezetés

Epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a szájüregi rákok gyakorisága a földrajzi elhelyezkedéstől függően változik [45].

Nemzetközi összehasonlításban is a szájüregi daganatok incidenciájában és mortalitásában Magyarország még az egyébként magas halálozást mutató szomszédos közép-kelet-európai országokhoz hasonlítva, valamint más megbízható adatszolgáltatással rendelkező 40-50 országot is figyelembe véve a legmagasabb értéket mutatta, és a drámaian emelkedő tendencia vonatkozásában is vezető helyre került [21, 29, 32].

A különböző stomatoonkológiai betegségek hazai szelektált és nem szelektált populáción végzett szűrővizsgálati eredményeiről már több szerző is beszámolt [1–3, 8, 11, 13–15, 20, 28, 41–43].

Ilyen irányú onko-epidemiológiai ismereteink bővültek, de még mindig kiegészíthetők hézagpótló, ösz-

szehasonlításra alkalmas újabb vizsgálatok eredményeivel.

Klinikánkon szervezett sztomato-onkológiai munka 1968-ban kezdődött, amikor az Országos Onkológiai Munkaértékeztet a szájüregi és arctájéki daganatok ellátását a stomatológiai szakhálózat körébe rendelte [27]. Ezt követően 1973-ban kiadták az első módszertani levelet, amely szervezési és szakmai irányelvek alapján kijelölte az egész országot lefedő és ellátó sztomato-onkológiai centrumokat [17]. Klinikánk mint a sztomato-onkológiai centrumok egyike, kezdetől bekapcsolódott a szelektált és nem szelektált beteganyag végzett, szervezett és alkalmoszerű szűrésekbe [35–38], daganatgyógyításba, rehabilitációba és gondozásba. Ezúttal kiemelten és elsődlegesen a több mint fél évszázados szűrési és epidemiológiai tevékenységünk és eredményeink bemutatása a fő célunk, különös tekintettel az incidenciái adatokra, azaz az új esetek számának alakulására.

Érkezett: 2016. február 22.

Elfogadva: 2016. április 14.

A maxillo-facialis és az oropharyngealis régió az onkológiai betegségek korai felismerése és kezelése szempontjából a leginkább hozzáférhető, ezért felfedésükre javasolt és ígéretes törekvésnek számít az alkalmoszerű szűrővizsgálatok végzése annak ellenére, hogy a lakosságnak csupán 50%-a keresi fel rendszeresen fogorvosát. Az is szomorú tény, hogy a szájüregi rákos betegek 60%-a késői stádiumban, már metasztázisokkal, rossz kórjólattal kerül észlelésre.

Az orális és maxillofacialis régió onkológiai betegségeinek prevalenciájával, incidenciájával, morbiditásával és mortalitásával számos külföldi szerző foglalkozott [5, 7, 18, 23, 26, 34]. Világszerte jelentős azon publikációk száma is, amelyek az előbbi epidemiológiai vizsgálatok mellett különös figyelmet fordítottak a szekunder prevenciót szolgáló szervezett és alkalmoszerű (opportunistikus) szűrések hatékonyságának bemutatására [16, 19, 22, 25, 33, 39, 44]. Tanulmányunkban egyéb szűrési módszerek eredményeinek ismertetése mellett arra törekszünk, hogy az elsősorban alkalmoszerű szűrésből származó eredményeinket összehasonlítsuk az alapul szolgáló külföldi vizsgálatokkal [24, 44].

Anyag és Módszer

A SZOTE Fogászati és Szájsebészeti Klinikájához mint központilag kijelölt sztomato-onkológiai decentrumhoz három megye (Bács-Kiskun, Békés és Csongrád) tartozik, átlag 1,7 millió népességgel (KSH).

Klinikánkon szelektált rizikócsoportokon (textil-, kendergyári és paprikafeldolgozó munkások), 2124 személyen, szervezett multifázisos (caries, parodontológiai, stomato-onkológiai) szűrések keretében végzett vizsgálatok az 1970-től 1973-ig terjedő időben történtek [36, 38].

Első, 1960–1974 között retrospectív szelektált és nem szelektált egyéneken végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálatunkat [37] 80269 új klinikai járóbetegben végeztük.

Továbbiakban már közöltünk adatokat 1960-tól 1974-ig terjedő retrospectív szűrővizsgálatról [35] szelektált és nem szelektált egyének esetében, különös tekintettel a praecarcinómára. A fenti időben klinikánkon 80269 új beteget jegyeztek be a járóbeteg rendelésen.

Klinikánk új járóbeteg forgalma 1960 és 2014 között 338200 beteg volt, amely magába foglalja a spontán jelentkező és az alapellátásból klinikánkra irányított fogászati és szájsebészeti betegeket, valamint a vonzaskörbe tartozó három megyéből küldött sztomato-onkológiai betegeket.

A későbbi tudományos célú deskriptív és analitikus epidemiológiai vizsgálatok és a korán felismert fontosságú, klinikai háttérű rákregiszter („hospital based cancer registry”) kialakítása céljából minden sztomato-onkológiai beteg jelentkezésekor 1968 óta kitöltünk egy általunk összeállított és bevezetett számítógépes, epidemiológiai szempontból (kor, nem, lokalizáció, etiológia, kezelés, szövettan stb.) feldolgozásra és nyilvántartásra alkalmas, kódolt adatlapot. Az adatlapok számítógépes feldolgozása 1974 óta folyik, az adatokat először lyukkártyán és lyukszalagon, majd merevlemezen tárol-

tuk. Ezt követően az esetek többségében fotót készítünk dokumentálás céljából, majd szükség esetén próbakimetszést végzünk a további kezelést meghatározó klinikopathológiai diagnózishoz. Minden szövettanilag igazolt praemalignus és malignus elváltozással bíró beteget 6 hónaponként ellenőrizzük és a meg nem jelenteket kiértékeljük, szigorú utánkövetést végezve.

A szájüregi és maxillofacialis onkológiai és egyéb szájbetegségeket döntően a WHO nomenklatúrája és klaszszifikációja alapján osztályoztuk, de amellet figyelembe vettük a Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IACR), a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) és az Európai Unió (EU) ajánlásait [4, 46–49].

Jelen deskriptív epidemiológiai munkánkban az orális medicinába tartozó betegségek incidenciájával foglalkoztunk a külföldi publikációk [6, 24, 31] eredményeivel való összehasonlításban, alapul véve az ilyen betegségek klasszifikációját [10].

A szájüregi daganatos és egyéb szájbetegségek incidenciáját 1960–2014 közötti időszakra az Orális Medicina részlegén megjelent 338200 új betegre számítottuk. Az adott időszakban külön elemeztük a jóindulatú, precancerosus és rosszindulatú elváltozások számának évenkénti változását azzal a céllal, hogy az incidencia alakulását is vizsgáljuk. Valamennyi elváltozás incidenciáját a klinikán megjelent új betegek számához viszonyítva határoztuk meg, éves lebontásban. A leíró statisztikai számításokon felül lineáris regressziós analízist végeztünk az incidencia változásának bemutatására. A statisztikai számításokhoz az SPSS 17.0 (IBM, USA) programot használtuk. A grafikonokat a SigmaPlot (Systat Software, Inc., USA) programmal készítettük.

Magyarországon az 1973-ban megjelent sztomato-onkológiai módszertani levél meghatározza, felsorolja és felhívja a figyelmet mindazon tünetekre, amelyek az orális és maxillofaciális régióban onkológiai elváltozásra utalnak. Egyéb teendők mellett hangsúlyozza, hogy a fogászati alapellátást végző és praktizáló fogorvosok kötelesek az egyéb fogászati panaszokkal jelentkező biztosítottaknál a később jogszabályban is (48/1997. [XII.17.] NM. rend.) előírt sztomato-onkológiai alkalmoszerű (opportunistikus) szűrővizsgálatot elvégezni és az így kiszűrt beteget az egyetemi – kiemelt szintű – ellátást (kivizsgálás, kezelés, gondozás) végző Konzultációs Bizottsághoz irányítani. A háziorvosok ajánlottan végeznek alkalmoszerűen – ad hoc – sztomato-onkológiai szűrést [12].

Klinikánkon az 1970-es évek óta a fogorvosok, de általános orvosok alap- és továbbképzésében az orális medicina és stomatologia tantárgyon belül mind elméletben, mind gyakorlatban megkülönböztetett figyelmet fordítunk az orális és maxillofaciális onkológiai betegségek felismerésének elsajátítására és diagnosztizálására, ami elfogadható alapot szolgáltat az alkalmoszerű, szükség szerint célzott szűrések végzéséhez.

Vizsgálatunkban egyrészt szeretnénk röviden kitérni a klinikánkon mint központilag kijelölt sztomato-onkológiai decentrumban 1960 és 2014 között végzett munká-

ra, másrészt összehasonlításra alkalmas bővebb morbiditási adatokkal szolgálni a szájrégi rákos epidemiológiát. Az utóbbi vonatkozásában csupán az 1973-tól 2004-ig tartó időbeli eredményeket tekintjük reprezentatívnak, a fennmaradó időben klinikánkon több okból bekövetkezett betegforgalmi változások miatt.

Eredmények

Szelektált rizikócsoporton végzett, szervezett multifázisos (caries, parodontológia, sztomato-onkológia) szűréssel [38] a 2124 megvizsgált személyen 103 esetben fedeztünk fel sztomato-onkológiai betegséget, ami 2,4%-ban (51 eset) praecarcinómának bizonyult, rosszindulatú daganat nem volt.

Az 1960–1974 év között szelektált és nem szelektált egyéneken végzett retrospektív vizsgálatunkban [35, 37] a klinikánk 80269 új beteg közül összesen 1372 sztomato-onkológiai beteget (1,70%) szűrtünk ki, amiből 575 eset (0,71%) jóindulatú tumornak, 239 eset (0,29%) praecarcinómának és 218 eset (0,27%) rosszindulatú daganatnak bizonyult. Tehát a praecarcinómák és a rosszindulatú daganatok együttes előfordulási aránya 0,569% volt.

Jelen, 1960 és 2014 közötti retrospektív feldolgoásunkban összesen 338200 új járóbeteg jelentkezett klinikánkon, amiből 20065 beteg (5,93%) volt jó-, prealignus-, és rosszindulatú betegségben szenvedő, és 14446 beteg (5,80%) pedig egyéb szájnyalakárhártya-betegségekben, ami így együtt 34511 beteget (10,2%) jelentett. Ezen belül 9482 (2,80%) jóindulatú daganat, 5438 (1,60%) praecarcinoma és 5145 (1,50%) rosszindulatú daganat fordult elő. Összesen 10579 praecarcinomás és carcinomás beteget észleltünk, ami 3,1%-os incidenciának felel meg (I. táblázat).

Amennyiben az adatokat évtizedekre lebontva vizsgáljuk (II. táblázat), kitűnik, hogy 1969-ig klinikánk főleg jóindulatú maxillo-facialis tumoros beteget fogadott és kezelt, és csak kevés számú praecarcinómát és malignus tumort láttunk el (341 jóindulatú daganat (0,61%), 88 praecarcinoma (0,15%), 65 rosszindulatú daganat (0,12%)). Amint a táblázat mutatja, a következő évtizedben (1970–1979) a daganatos esetek száma ugrásszerű növekedést mutatott (mindhárom vizsgált elváltozástípusban), míg az összes új betegszám szinte változatlan maradt, tehát a daganatos esetek aránya nőtt. Az ezt követő két évtizedben az új esetek száma az 1970-es évekhez képest az 1980-as években 2-2,5-szeres növekedést mutatott, majd stagnált. Ennek helyes értelmezéséhez mindenképpen figyelembe kell venni azt is, hogy ezekben az évtizedekben az összes új betegszám valamelyest csökkent. A 2000-től 2009-ig terjedő időszakban összesen már 5338 új daganatos beteget regisztráltunk, ebből az esetszámból 2995 esetben lett jóindulatú daganat a diagnózis (3,88%), 1422 esetben praecarcinoma (1,84%) és 921 esetben rosszindulatú daganat (1,19%).

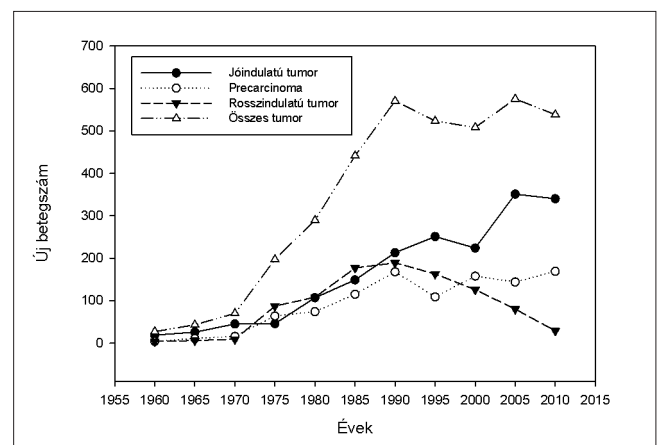
A vizsgált időszakban a daganatos és prealignus megbetegedések incidenciájának csúcsát az 1986-tól 2002-ig terjedő időszak jelenti. 1986-ban történt meg

először, hogy a daganatos betegek a klinika új betegforgalmának több mint 10%-át tették ki. Ezen időszakon belül is kiemelt az 1995–2002 intervallum, amelyen belül végig 20% közelében volt az új daganatos esetek aránya az összes új eseten belül. 1996 és 2000 negatív csúcsnak tekinthetők: ebben a két évben a daganatos és prealignus összes incidenciárány a 30%-ot közelítette, bár 1996, mint már említettük, jelentősen elmaradt a többi évtől az összes új betegszám tekintetében, tehát ebben az évben valószínűleg inkább egy relatív növekedésről beszélhetünk.

A táblázatokat áttekintve kétféle tendencia is világosan látszik: egyfelől mindhárom vizsgált elváltozástípus incidenciája monoton, szignifikáns növekedést mutatott a vizsgált időszakban. Jóindulatú daganatok esetében: ($\beta = 0,97$, $t(51) = 28,21$, $p < 0,001$), prealignus elváltozásoknál ($\beta = 0,87$, $t(51) = 12,43$, $p < 0,001$) és rosszindulatú daganatoknál is ($\beta = 0,44$, $t(51) = 3,45$, $p < 0,001$). Értelmszerűen az összes daganatos incidenciája is szignifikáns növekedést mutatott ($\beta = 0,91$, $t(51) = 15,03$, $p < 0,001$). A másik szembeutó tendencia, hogy a vizsgált elváltozástípusok incidenciájának aránya a vizsgált időszakban nem mutatott jelentős változást. Ezek a tendenciák az 1. ábrán jól követhetők.

Az adatokat áttekintve az mondható el, hogy 1960 és 2014 között mindhárom vizsgált elváltozástípus incidenciája töretlen növekedést mutatott, még úgy is, ha figyelembe vesszük, hogy 2004 után klinikánk a rosszindulatú betegségek ellátásáért csak megosztottan volt felelős.

Az 1960–2004 időszakban az összes tumoros és prealignus esetszám az 1960-as években tapasztalható visszafogottabb növekedést követően (1960-ban 27 új eset, 1969-ben 80), az 1970-es években egy nagyságrenddel növekedett (ekkor évente 100 új eset alatt már nem regisztráltunk), az általunk észlelt csúcsot pedig az 1990-es években érte el, amikor évi 600 új eset is előfordult. Az 1960-tól 2004-ig tartó időszakban a jóindulatú daganatok száma tizenötszörösére, a praecarcinomás esetek száma harmincszorosára, a rosszindulatú daga-



1. ábra: Az orális és maxillofaciális régiót érintő jó-, prealignus-, és rosszindulatú betegségek incidenciájának megoszlása öt éves bontásban

I. táblázat

Orális és maxillofaciális onkológiai és szájbetegségek incidenciája 1960–2014.

Év	A klinika új betegforgalma (fő)	Adott évben kontrollra érkezett (fő)	Jóindulatú tumor (esetszám)	Prae-carcinoma (esetszám)	Rosszindulatú tumor (esetszám)	Összes tumor (% az összes új beteghez viszonyítva)	Szájbetegség (% az összes új beteghez viszonyítva)
1960	5338	–	19	4	4	27 (0,51%)	–
1961	5227	–	27	5	3	35 (0,67%)	–
1962	5402	–	39	7	1	47 (0,87%)	–
1963	6023	–	34	6	4	44 (0,73%)	–
1964	5972	–	33	6	3	42 (0,70%)	–
1965	5318	–	26	11	6	43 (0,81%)	–
1966	5721	–	35	8	5	48 (0,84%)	–
1967	6112	–	30	12	7	49 (0,80%)	–
1968	5416	–	52	15	12	79 (1,46%)	–
1969	5318	–	46	14	20	80 (1,50%)	–
1970	6014	16	45	16	9	70 (1,16%)	–
1971	6268	81	29	8	19	56 (0,89%)	–
1972	5743	715	44	36	20	100 (1,74%)	–
1973	5777	2167	74	41	41	156 (2,70%)	–
1974	5052	2062	42	50	64	156 (3,09%)	33 (0,65%)
1975	4602	887	46	64	87	197 (4,28%)	61 (1,33%)
1976	5371	1620	98	62	107	267 (4,97%)	166 (3,09%)
1977	6287	4982	105	94	94	293 (4,66%)	220 (3,50%)
1978	6325	1965	113	76	136	325 (5,14%)	193 (3,05%)
1979	5974	2162	82	83	108	273 (4,57%)	162 (2,71%)
1980	5439	2483	107	74	108	289 (5,31%)	171 (3,14%)
1981	4859	2290	113	81	115	309 (6,36%)	175 (3,60%)
1982	5275	2842	131	85	147	363 (6,88%)	206 (3,91%)
1983	5081	2663	136	90	171	397 (7,81%)	192 (3,78%)
1984	5060	2676	196	113	182	491 (9,70%)	182 (3,60%)
1985	4751	2767	149	115	177	441 (9,28%)	196 (4,13%)
1986	4678	2951	179	132	223	534 (11,42%)	254 (5,43%)
1987	4614	2002	136	144	218	498 (10,79%)	243 (5,27%)
1988	4943	2585	228	178	212	618 (12,50%)	301 (6,09%)
1989	4458	2520	210	166	186	562 (12,61%)	341 (7,65%)
1990	3944	2552	213	168	189	570 (14,45%)	278 (7,05%)
1991	5348	3217	220	190	190	600 (11,22%)	308 (5,76%)
1992	3974	3274	190	191	164	545 (13,71%)	283 (7,12%)
1993	4143	2974	214	176	166	556 (13,42%)	309 (7,46%)
1994	3991	2992	238	134	151	523 (13,10%)	340 (8,52%)
1995	2879	2866	251	109	163	523 (18,17%)	335 (11,46%)
1996	1799	3062	227	113	156	496 (27,57%)	406 (22,57%)
1997	1815	3218	238	92	146	476 (26,23%)	437 (24,08%)
1998	2037	2859	213	110	156	479 (23,51%)	432 (21,21%)
1999	2024	2455	230	141	130	501 (24,75%)	369 (18,23%)
2000	1846	2355	224	158	126	508 (27,52%)	360 (19,50%)
2001	2083	2197	244	129	129	502 (24,10%)	393 (18,87%)
2002	2709	2515	284	119	128	531 (19,60%)	427 (15,76%)
2003	5525	2454	282	116	104	502 (9,09%)	443 (8,02%)
2004	7368	2629	281	119	99	499 (6,77%)	468 (6,35%)
2005	5678	2932	351	144	80	575 (10,13%)	486 (8,56%)
2006	11747	3294	274	148	59	481 (4,09%)	445 (3,79%)
2007	12678	3054	307	163	93	563 (4,44%)	455 (3,59%)

Év	A klinika új betegforgalma (fő)	Adott évben kontrollra érkezett (fő)	Jóindulatú tumor (esetszám)	Praecarcinoma (esetszám)	Roszzindulatú tumor (esetszám)	Összes tumor (% az összes új beteghez viszonyítva)	Szájbetegség (% az összes új beteghez viszonyítva)
2008	15230	3372	353	165	70	588 (3,86%)	625 (4,10%)
2009	12245	3698	395	161	33	589 (4,81%)	619 (5,06%)
2010	10754	3687	340	169	29	538 (5,00%)	693 (6,44%)
2011	10049	3480	338	167	26	531 (5,28%)	574 (5,71%)
2012	9828	3430	323	181	31	535 (5,44%)	598 (6,08%)
2013	9960	2993	333	151	22	506 (5,08%)	604 (6,06%)
2014	18748	3273	315	128	16	459 (2,45%)	663 (3,54%)
Összesen 1960–	338200	–	9482 (2,8%)	5438 (1,6%)	5145 (1,5%)	20065 (5,9%)	–
Összesen 1974–	251171	117268 (1970–)	9141 (3,6%)	5350 (2,1%)	5080 (2,0%)	19571 (7,8%)	14446 (5,8%)

Magyarázat: a szájbetegségek számáról 1974-től kezdődően állnak rendelkezésre adatok, ezért az adatokat 1960-tól és 1974-től kezdődően külön összesítettük (illetve a kontrollra érkezett betegek számát 1970-től). A klinika új betegforgalma alatt a spontán jelentkező vagy beutalt fogászati-, szájbélszervi-, sztomato-onkológiai és szájnyalvákártya betegségekkel érkező új betegek számát értjük. Ebből jelen táblázatban csak a daganatos és egyéb szájbetegségek kerülnek részletezésre.

II. táblázat

*Incidencia-adatok évtizedenkénti lebontásban
(zárójelben az összes új betegszámhoz viszonyított százalékos arány)*

Évtized	Összes új betegszám	Összes tumor	Benignus tumor	Praecarcinoma	Malignus tumor
1960–1969	55847	494 (0,88%)	341 (0,61%)	88 (0,16%)	65 (0,12%)
1970–1979	57413	1893 (3,29%)	678 (1,18%)	530 (0,92%)	685 (1,19%)
1980–1989	49158	4502 (9,16%)	1585 (3,22%)	1178 (2,40%)	1739 (3,54%)
1990–1999	31954	4768 (14,92%)	2234 (6,99%)	1424 (4,46%)	1611 (5,04%)
2000–2009	77109	5338 (6,92%)	2995 (3,88%)	1422 (1,84%)	921 (1,19%)

natok száma huszonötszörösére emelkedett. Az adott időszakban a kontrollra visszajáró (gondozott) betegek összes száma 117268 fő volt, ez a szakrendelés összes betegforgalmának 76,97%-a volt.

Megbeszélés

1968-ig klinikánkon főleg jóindulatú tumoros beteget kezeltek, csak kevés számú praecarcinomás és malignus tumor került ellátásra az Intézet személyi-, és tárgyi feltételeinek hiányában.

Hazánkban rizikócsoportokon végzett vizsgálatokban [13, 36, 38, 41] a szájjüregi praecarcinómák és carcinómák átlagos incidenciája magasabb volt (7,96%), mint a normál populáción közölt korábbi [1–3, 8, 15, 20, 35, 37] és a jelen munka eredményei, amely csupán 3,1%-nak mutatkozott. Szabó és mtsai. [41] hajléktalankon végzett szelektív szűrés során magas, 19,33%-os értékről számoltak be, igazolva a rizikócsoportokon végzett szűrések prioritását.

A rizikócsoportos magyarországi adataink közel hasonlóak a külföldi ilyen irányú vizsgálatokhoz [25, 30] és a normál populációs eredményekhez [7, 23, 34, 40], mert

a rizikócsoportok esetében a szájjüregi praecancerosisek és cancerosisek prevalenciája döntően 6% és 25% között, míg a nem rizikócsoportok között főleg 1% és 6% között változott. Rákregiszterünk klinikai adatbázisából származóan a jövőben publikálásra szánt analitikus vizsgálataink segíthetnek kijelölni a szűrővizsgálati célcsoportokat, hozzájárulva a népesség szintű szűrővizsgálat szükséges bevezetésének megítéléséhez.

Megjegyeznénk, hogy az 1960–1974 közötti, a klinika beteganyagában feltárt [37] sztomato-onkológiai morbiditási 1,70%-os arányt nem tekintjük jellemzőnek és összehasonlításra alapot szolgálónak, mert ezek az adatok olyan időszakokra is vonatkoznak, amikor még ezekre az elváltozásokra nem fordítottunk olyan hangsúlyos figyelmet, mint a későbbiekben. Az adatok azonban így is rámutatnak a sztomato-onkológia fontosságára, kiemelve a fogorvos, orvos szerepét a rák megelőzésében és a szűrések fontosságának bizonyításában.

A több mint ötven évet reprezentáló szájjüregi praecarcinómákra és carcinómákra vonatkoztatott jelen 3,1%-os incidenciánk értékünk nem különbözött jelentősen K. Lim és mtsai. [24] által közölt 4,2%-os ilyen irányú gyakoriságtól, csupán abban tért el, hogy az utóbbi prospektív alkalmasszerű szűrésből származott. Carcinómák

esetén saját vizsgálatunkban 5145 beteg (1,55%) volt, míg a külföldiben csak 2 beteg (0,08%)

Az orális és maxillo-facialis tájéki onkológiai betegségek a jó hozzáférhetőségük és elhelyezkedésük miatt rövid idő alatt egyszerűen és bonyolult, drága műszerezettség nélkül non-invazív módon könnyen diagnosztizálhatók, így már korai stádiumban felismerhetők és kedvezőbb eredménnyel kezelhetők, valamint a túlélési arány is javítható. Ez a körülmény hivatott alátámasztani és kétséget kizáróan megerősíteni a szekunder prevenció, vagyis a szűrővizsgálatok fontosságát és bevezetésük indokoltságát.

Reméljük, hogy több mint félévszázados deskriptív epidemiológiai vizsgálatunk hozzájárul ahhoz, hogy a korábban drámaian emelkedett, majd stagnáló hazai szájüregi rákelőfordulás és rákhalálozás csökkentése sürgető népegészségügyi feladattá váljon, és felhívja a figyelmet a szelektív és nem szelektív szűrővizsgálatok végzésének fontosságára. Longitudinális vizsgálatunk arra is alkalmas, hogy a szájüregi rák epidemiológiai adataival segít képet adni három dél-magyarországi megye érintettségéről, alapul szolgálva más hazai területeken ilyen irányú felmérések összehasonlítására, másrészt megkönnyíti azt az egészségpolitikai elhatározást, hogy az ország mely területein a legsürgetőbb javítani a helyzeten, például szűrések bevezetésével.

Az általános fogorvosi alapellátásban végzett prospektív [24] és saját retrospektív alkalomszerű szűrési eredményeink azt igazolják, hogy a sztomato-onkológiában ez a módszer reális lehetőséggel kecsegtet populációs szűrések végzésében és a szájüregi rákok visszaszorításáért folytatott küzdelemben.

A külföldi prospektív [24] és a saját, jelen retrospektív, az általános fogászati alapellátásban kezelt és alkalomszerűen sztomato-onkológiailag „kiszúrt” betegeken történő epidemiológiai felmérésünk reprezentatívnak tekinthető, mert visszatükrözi az általános populációban előforduló különböző típusú szájüregi onkológiai elváltozásokat és gyakoriságukat. Ezért az opportunisztikus szűrési módszer egy reális alternatívája lehet a lakossági tömegszűrésnek, amelynek mielőbbi magyarországi elindítását tenné javasoltá, bár vannak olyan külföldi [22, 39, 44] és hazai [12] publikációk, amelyek a szájüregi rákok tömegszűrését még nem tartják indokoltnak.

A több mint 50 évet átfogó epidemiológiai és szűrési eredményeinkben a „kiszúrt” és megvizsgált 35247 betegen észleltünk egy vagy több, valamilyen szájnyalvák hártya elváltozást, ami 12,06% praevalenciát jelent. Ez az érték közel van a Bouguot [6] által 10,3%-os és a Lim és mtsai. [24] által 14,1%-os közölt adatokhoz, de az irodalomban előfordultak 3%-os és 81%-ig [9] terjedő magas százalékos eredmények is, jelezve az összehasonlítás nehézségeit, melyet az eltérő szűrési módszerek, populációs minták és klasszifikációbeli különbségek magyarázhatnak.

Van olyan közlemény [23], amely szerint az opportunisztikus tömegszűrés az egyedüli járható út a szájüregi praecarcinómák és carcinómák korai felismerésére

és magas túlélési ráta elérésére. Tekintve, hogy tanulmányunkba a korábban jelzett három megye gyakorló fogorvosai és orvosai által sztomato-onkológiailag kiszúrt és klinikánkra irányított betegeket vontuk be epidemiológiai feldolgozásunkba, ezért a tetemes számú betegen végzett retrospektív vizsgálatunk szervezett és opportunisztikus tömegszűrésnek, másrészt reprezentatív fogadható el, jelezve és megerősítve saját véleményünket e szűrési módszer előnyei és elsődleges alkalmazhatósága mellett. Jelen munkánk egyik fő célja, hogy elsősorban a fogorvosok figyelmét hívjuk fel arra a felelősségteljes szerepre, miszerint a fogászati panaszok ellátása mellett végezzék el a pár perces, félelmet, fájdalmat nem okozó, nem invazív és költségkímélő szájüregi rákszűrés, ezzel segítve a rák korai felismerését és javítva a rák jobb kezelési esélyeit, valamint csökkentve a mortalitást és elősegítve a jobb túlélési rátát. Ezért is fordítunk megkülönböztetett figyelmet a sztomato-onkológiai és egyéb szájbetegségek oktatására az alap- és továbbképzéseken.

Ahhoz, hogy a különböző szűrések hatékonysága fokozódjon, jelentős szemléletváltásra lenne szükség, elsősorban a lakosság (tájékozatlanság, félelem a ráktól, kezeléstől), de munkáltatók (érdekvizonyok változása) részéről is. Így a szűrések hatékonyságának növeléséhez államilag támogatott lakossági rendszeres egészségpropagandára, nevelésre lenne szükség, valamint különböző engedményekkel segíteni a dolgozót a részvételben.

Reméljük, javít a helyzeten, hogy klinikánkon szervezett szűrés keretében a három megyéből „kiszúrt” és számítógépes nyilvántartásba vett, 1968 óta kezelt és utánkötött betegekkal szolgálja a hazai primer, szekunder és terciar prevenciók célokat, mérsékelve a sztomato-onkológiai betegségek okozta halálozás növekvő trendjét.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak Dr. Buzás Kristófnak a kézirat szerkesztésében és Enginé Gyöngyösi Csillának az adatok bevitelében nyújtott segítségével.

Irodalom

1. BAKÓ A, KÓSA Zs: Szűrővizsgálati modellprogram a szájüregi daganatok korai felismerésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében *Magyar Fogorvos*, 2001(2001/4): 197–201.
2. BÁNÓCZY J, RADNAI T, REMÉNYI I: [Our methodologic experience in the stomatologic-oncologic mass screening of the population of Dunakeszi and Felsogod]. *Fogorvosi szemle*, 1969; 62(4): 118–122.
3. BÁNÓCZY J, BOSNYÁK M, BENYÓ A, LUDMÁNY N, RIGÓ O, ÁRKY Zs, JOÓ J: Tüdő-ernyőfényképszűrő szolgálathoz csatlakozó stomato-onkológiai szűrővizsgálatok tapasztalatai Budapest VI. kerületében. *Magyar onkológia*, 1990(34): 81–85.
4. BARNES LE, REICHAERT, PA, SIDRANSKY, D: World Health Organisation Classification of Tumors. Pathology and Genetics. Head and neck Tumors. In: WHO, editor. IACR; Lyon 2005.

5. BOSETTI C, BERTUCCIO P, LEVI F, LUCCHINI F, NEGRI E, LA VECCHIA C: Cancer mortality in the European Union, 1970–2003, with a joint point analysis. *Ann Oncol*, 2008; 19(4): 631–640.
6. BOUQUOT JE: Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc*, 1986; 112(1): 50–57.
7. BOYLE P, FERLAY J: Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol*, 2005; 16(3): 481–488.
8. BRUSZT P: [Stomato-oncological screening tests in 7 villages of the Baja and Bacsalmás district]. *Magyar onkologia*, 1962; 6: 28–33.
9. CAMPISI G, MARGIOTTA V: Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*, 2001; 30(1): 22–28.
10. CARPENTER WM, JACOBSEN PL, EVERSOLE LR: Two approaches to the diagnosis of lesions of the oral mucosa. *J Calif Dent Assoc*, 1999; 27(8): 619–624.
11. CSÉPE P, BÁNÓCZY J, DOMBI C, FORRAI J, GYENES M, DÖBRÖSSY L: [Model program for screening oral cancers in the Roma population]. *Magyar onkologia*, 2007; 51(2): 95–101.
12. DÖBRÖSSY L: A szájüregi daganatok epidemiológiája: a probléma jelentősége. *Magyar onkologia*, 2001; (45): 99–105.
13. DOMBI C, VÖRÖS-BALOG T, CZEGLÉDY A, HERMANN P, VINCZE N, BÁNÓCZY J: Risk group assessment of oral precancer attached to X-ray lung-screening examinations. *Comm Dent Oral Epid*, 2001; 29(1): 9–13.
14. DOMBI Cs, CZEGLÉDY A, BÁNÓCZY J: Tüdő-erythóképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomato-onkológiai vizsgálatok. *Magyar onkologia*, 1995; (39): 194.
15. DOMBI Cs VÖRÖS-BALOG T, VINCZE N, BÁNÓCZY, J: A Budapest III. kerületében végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálat tapasztalatai. *Lege Artis Medicinæ*, 1996; 6: 728–733.
16. DOWNER MC, MOLES DR, PALMER S, SPEIGHT PM: A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol*, 2006; 42(6): 551–560.
17. EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM: Stomato-onkológiai módszertani levél. Budapest, 1973.
18. FERLAY JB, F PISANI, P, et al.: GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. In: 5. ICBN, editor. Lyon, 2002.
19. GUPTA PC, MEHTA FS, PINDBORG JJ, BHONSLE RB, MURTI PR, DAFTARY DK, et al.: Primary prevention trial of oral cancer in india: a 10-year follow-up study. *J Oral Pathol Med*, 1992; 21(10): 433–439.
20. KARDOS L, PÁCZ M, REMÉNYI I, NEMES I: [Stomato-oncological screening test of volunteers]. *Magyar onkologia*, 2000; 44(2): 145–147.
21. KÁSLER M, OTTÓ S: [Secondary prevention and early detection (screening) of malignant tumors]. *Orv Hetil*, 1993; 134(9): 473–480.
22. KUJAN O, GLENNY AM, OLIVER RJ, THAKKER N, SLOAN P: Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006; (3): CD004150.
23. LA VECCHIA C, LUCCHINI F, NEGRI E, LEVI F: Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncol*, 2004; 40(4): 433–439.
24. LIM K, MOLES DR, DOWNER MC, SPEIGHT PM: Opportunistic screening for oral cancer and precancer in general dental practice: results of a demonstration study. *Br Dent J*, 2003; 194(9): 497–502.
25. MEHTA FS, GUPTA PC, DAFTARY DK, PINDBORG JJ, CHOKSI SK: An epidemiologic study of oral cancer and precancerous conditions among 101,761 villagers in Maharashtra, India. *Int J Cancer*, 1972; 10(1): 134–141.
26. MOORE SR, JOHNSON NW, PIERCE AM, WILSON DF: The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. *Oral Dis*, 2000; 6(2): 65–74.
27. ONKOLÓGIAI MUNKAÉRTEKEZLET. *Magyar onkologia*, 1979; 13(57).
28. OROSZ M, DIVINYI T: [Incidence of benign soft tissue tumors in the oral cavity, based on the analysis of 306 cases]. *Fogorvosi szemle*, 1976; 69(3): 69–72.
29. OTTÓ S, KÁSLER M: Rákmortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. *Magyar onkologia*, 2002; (46): 111–117.
30. PEARSON N, CROUCHER R, MARCENES W, O'FARRELL M: Prevalence of oral lesions among a sample of Bangladeshi medical users aged 40 years and over living in Tower Hamlets, UK. *Int Dent J*, 2001; 51(1): 30–34.
31. REICHART PA: Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Comm Dent Oral Epid*, 2000; 28(5): 390–398.
32. REMENÁR E: [Proposal for screening of oral and oropharyngeal cancer in the population at risk]. *Magyar onkologia*, 2001; 45(2): 149–151.
33. SANKARANARAYANAN R, RAMADAS K, THOMAS G, MUWONGE R, THARA S, MATHEW B, et al.: Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2005; 365(9475): 1927–1933.
34. SILVERMAN S, JR.: Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc*, 2001; 132 Suppl, 7S–11S.
35. SONKODI I, BODA K: [Precancerous lesions of the oral cavity with special reference to white lesions]. *Fogorvosi szemle*, 1977; 70(9): 257–262.
36. SONKODI I, TÓTH K: A szegedi textilipari munkások stomato-onkológiai vizsgálata. *Fogorvosi szemle*, 1972; (65): 560–509.
37. SONKODI I, GORZÓ I, BORBÉLY L, TÁTRAI J, BODA K: A Szegedi Fogászati és Szájsebészeti Klinika sztomato-onkológiai beteganyagának számítógépes feldolgozása 1960–1974 között. *Árkövy Kongresszus; Pécs*, 1977.
38. SONKODI I, TÓTH K: Újabb adatok szegedi ipari munkások stomato-onkológiai vizsgálatáról. *Népegészségügy*, 1975; (56): 282–284.
39. SPEIGHT PM DM, ZAKRZEWSKA J: Screening for oral cancer and precancer. A report of the UK working group on screening for oral cancer and precancer. *Community dental health*, 1993; (10): 1–89.
40. SPEIGHT PM, ZAKRZEWSKA J, DOWNER MC: Screening for oral cancer and precancer. *Eur J Cancer Part B, Oral oncology*, 1992; 28B(1): 45–48.
41. SZABÓ G, KLENK G, VEÉR A: [Correlation between the combination of alcohol consumption and smoking in oral cancer (screening of the population at risk)]. *Orv Hetil*, 1997; 138(52): 3297–3299.
42. VÁMOS I, OROSZ M, CSIBA A: [Incidence of tumors of the face, jaw and oral cavity]. *Fogorvosi szemle*, 1977; 70(4): 117–123.
43. VÁMOS I, OROSZ M, GÁBRIS K, CSIBA A: [Incidence and distribution of tumors of the mouth cavity. 30 year's experience at the Clinic of Maxillofacial Surgery, Budapest]. *Stomatol DDR*, 1978; 28(10): 727–732.
44. WARNAKULASURIYA KA, JOHNSON NW: Strengths and weaknesses of screening programmes for oral malignancies and potentially malignant lesions. *Eur J Cancer Prev*, 1996; 5(2): 93–98.
45. WARNAKULASURIYA S: Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol*, 2009; 45(4–5): 309–316.
46. WARNAKULASURIYA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I: Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*, 2007; 36(10): 575–580.
47. WHO: Application of international classification of diseases to dentistry and stomatology. Geneva 1978.
48. WHO: Cancer prevention and control. World Health Assembly. Geneva 2005.
49. WHO: Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention Geneva 2007.

SONKODI I, NAGY J, NOVÁK P, BRAUNITZER G, VIRÁG K, BODA K, NAGY K

A retrospective screening and epidemiological study of oncological and other diseases in the oral and maxillofacial region at the University of Szeged, Department of Oral Medicine (1960–2014)

The Department of Oral Medicine at the University of Szeged was responsible for the stomato-oncological care of the population of three counties (with a population of 1,7 M at an average) in the period 1960–2014. The present report summarizes the incidence of oral medicine diseases during this period. The overall number of new out-patients at the Department of Oral Surgery between 1960 and 2014 was 338,200. These patients were dental and oral surgical patients who presented spontaneously or were referred from the general practice, or stomato-oncological patients referred from general dental practices in the three counties. Of the 338,200 new cases, 9,482 (2.8%) were benign tumors, 5,438 (1.6%) premalignancies and 5,145 (1.5%) malignant tumors. This means a total of 20,065 tumor cases (5.9%) in the examined period, of which 10,579 (3.1%) were premalignancies and malignancies. 14,446 patients presented with other diseases of the oral mucous membrane (5.8%, data available from 1974). Data on the number of stomato-oncological control patients in any given year are available from 1970 on. In the period 1970–2014, the total number of check-up patients was 117,268, this is the 76,97% of the departments overall number of patients.

As for the tendencies, in the representative period of 1960–2004, the number of new benign tumors 15-fold, premalignancies 30-fold, and malignant tumors exhibited an 25-fold increase, while the number of other conditions affecting the oral mucosa showed a 14-fold increase.

Keywords: oral medicine, stomato-oncology, incidence, Southern Hungary