

**AZ MTT MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLETE
ÉS ONKOPULMONOLÓGIAI SEKCIÓJÁNAK
KONFERENCIÁJA**



**PROGRAMFÜZET
ÉS ABSZTRAKTOK**

2016. október 13-15.

Szombathely – AGORA

Művelődési és Sportház

www.tudogyogyasz.hu

A KONFERENCIA TÁMOGATÓI

A Szervező Bizottság ezúton mond köszönetet mindazon cégeknek, akik nagylelkű támogatásukkal biztosították a kongresszus anyagi hátterét

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

Bristol-Myers Squibb Kft.

Lilly Hungária Kft.

MSD Pharma Hungary

Pfizer Kft.

Roche Magyarország Kft.

Teva Gyógyszergyár Zrt.

KIÁLLÍTÓK

AstraZeneca Kft.

Anamed Kft.

Berlin-Chemie / A.Menarini Kft.

Bus-Oxy Kft.

CSL-Behring Kft.

Elektro - Oxigén Kft.

Linde Gáz Magyarország Zrt.

MicroMedical Kft.

Scanomed Kft.

Az MTT Magyar Bronchológus Egyesülete
és Onkopulmonológiai Szekciójának Konferenciája

BRONKO 2016

AGORA Művelődési és Sportház, Szombathely

2016. október 13-15.

PROGRAM

www.tudogyogyasz.hu

BRONKO 2016

Az MTT Magyar Bronchológus Egyesülete és Onkopulmonológiai Szekciójának Konferenciája

Szombathely, AGORA Művelődési és Sportház
2016. október 13 – 15.

A Konferencia fővédnöke

Puskás Tivadar
Szombathely polgármestere

A Konferencia és a Szervező Bizottság elnökei

Bogos Krisztina és Szima Barna

Szervező Bizottság tagjai

Gálffy Gabriella
Grmela Gábor

Moldvay Judit
Ostoros Gyula

Pápai-Székely Zsolt
Szondy Klára

Tudományos Bizottság tagjai

Balikó Zoltán – elnök

Bogos Krisztina
Gálffy Gabriella
Grmela Gábor
Losonczy György

Moldvay Judit
Ostoros Gyula
Pápai-Székely Zsolt
Somfay Attila

Szilasi Mária
Szima Barna
Szondy Klára
Sárosi Veronika

Konferencia Titkárság

Weco Travel Kft. - Beutazási és Kongresszusi Osztály
Iroda címe: H-1053 Budapest, Szép. u. 2.

Tel: 266-7032, Fax: 266-7033

E-mail: mtt@wecotravel.hu

www.wecocongress.hu

ELNÖKI KÖSZÖNTŐ

Kedves Kollégák!

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság, Onkopulmonológiai Szekciójának Vezetősége és a Magyar Bronchológus Egyesület nevében szeretettel köszöntjük az érdeklődő résztvevőket a hagyományosan két évente közösen megrendezésre kerülő konferencián. Gazdag tudományos programot kínálunk a kollégák számára, a tüdőrák ellátásában a legújabb diagnosztikai lehetőségek és terápiás modalitások összefoglalásával.

A konferencia során határterületi megbeszélést tartunk az aneszteziológusokkal a bronchoscopiára kerülő betegek intravénás szedálásáról és a daganatos betegeink intenzív ellátásáról. A szedálás kompetenciájának kiszélesítése az EBUS TBNA szélesebb körű használatát is elősegítheti, de további, újabb intervenciók bevezetését is lehetővé tenné.

A pulmonológiai rész kiemelten foglalkozik az immunterápiával elért eredmények, mellékhatások kezelésének ismertetésével, a betegselekciónak lehetőségeivel és a személyre szabott terápia megvalósíthatóságával. Gyakorlati útmutatót kaphatunk a tüdőrák új WHO patológiai és az új TNM beosztásáról is. A tradicionális kazuisztikai fórumra beérkezett munkák előadás és poszter formájában kerülnek bemutatásra. Idén első alkalommal közönség szavazásra van lehetőség a legjobb munkák értékelésére, díjazására.

Kívánunk mindenkinek hasznos konferenciát és jó szórakozást a társasági programokhoz!

Dr Bogos Krisztina, Dr Szima Barna

LEGFONTOSABB TUDNIVALÓK

A rendezvény helyszíne

Szombathely, AGORA Művelődési és Sportház
9700 Szombathely, Március 15.tér 5.

Regisztrációs iroda nyitvatartási ideje

2016. október 13. (csütörtök) 11.00 – 19.00

2016. október 14. (péntek) 08.00 – 19.00

2016. október 15. (szombat) 08.00 – 13.00

Kredit pont

A kreditpontok jóváírásához kérjük írja alá a jelenléti ívet a regisztrációnál.

Névkitűző

Kérjük, hogy névkitűzőjét a kongresszus teljes időtartama alatt viselje, mivel a kongresszus szakmai és társasági programjai csak névkitűzővel látogathatók.

Hivatalos nyelv: magyar és angol

Előadások feltöltése, technika

A prezentációkhoz magyar nyelvű Microsoft Power Point szoftverrel ellátott számítógép és projektor áll rendelkezésre. Kérjük az előadókat, hogy az előadásokat tartalmazó fájlokat (illetve adathordozókat) legkésőbb az adott szekció előtti kávé vagy ebédszünetben adják át a konferenciateremben található technikusnak.

Poszterek

A poszterek a kongresszus teljes időtartama alatt megtekinthetők.

A programfüzet részletes tudományos programjában a poszterek mellett szereplő számok a poszterek és poszterállványok számait jelölik.

Közönségsvavazás

A Bronko kongresszusok történetében első alkalommal a közönség szavazatai alapján kerül kiválasztásra a két legjobbnak tartott kazuisztikai előadás, valamint a legjobbnak tartott poszter! A szavazatok leadására szombaton, október 15-én 10.30 – 11.00 óra között a kávészünetben kerül sor a regisztrációs pultnál. Köszönjük, hogy szavazatával hozzájárul a kongresszus sikeréhez!

Szakmai kiállítás

A kongresszus teljes időtartama alatt a bronchológiához és az onkológiához kapcsolódó gyártó- és forgalmazó cégek, képviseletek állítanak ki.

A kiállítás nyitvatartási ideje

2016. október 13. (csütörtök) 13.00 – 19.00

2016. október 14. (péntek) 09.00 – 18.30

2016. október 15. (szombat) 08.00 – 13.00

Parkolás

Szombathely belvárosában a parkolás díjköteles.

Az Agora Művelődési és Sportház melletti SZTK parkolójában, valamint a környező utcákban a parkolási díj: 100 Ft/óra.

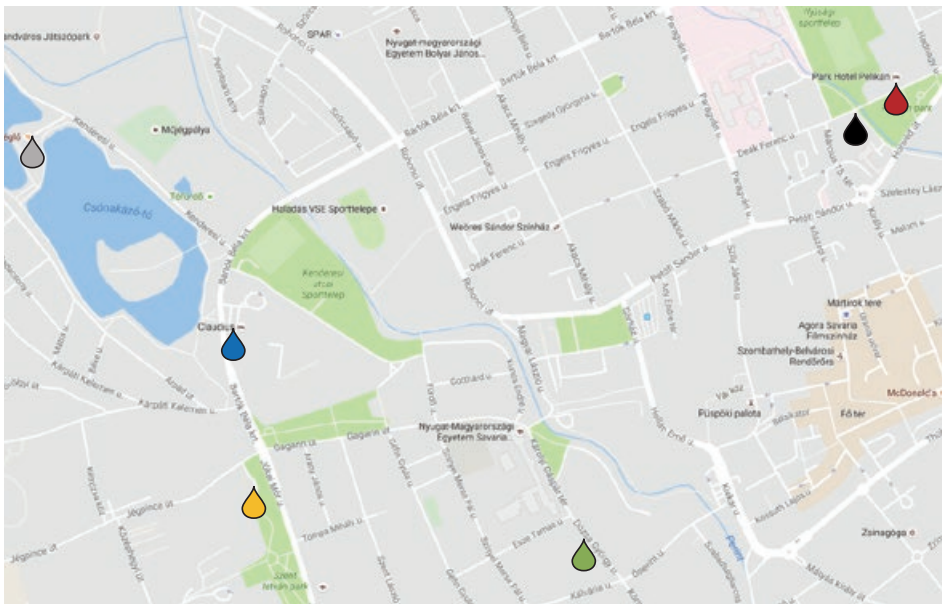
Felelősségvállalás, biztosítás

A kongresszus részvételi és egyéb díjai biztosítást nem tartalmaznak, így az esetleges balesetekért, betegségekért vagy poggyászkárokért a kongresszus szervezői kártérítési felelősséget nem vállalnak.

A konferencia helyszínének megközelítése a szállodáktól

Az Agora Művelődési és Sportház a Hotel Claudiusban és a Hotel Gardában megszálló vendégek számára megközelíthető a szállodák közvetlen közelében található Uszoda megállóból a 2A vagy 29A autóbuszjáratokkal (kb. 15 perc).

A P4W Hotel Residence vendégei az 5 perc sétaváltságra megtalálható Petőfi u. megállótól az 5 sz. helyi járatral, vagy a Nyugat-Magyarországi Egyetem megállóhelytől az 1U járatral tudják megközelíteni a konferencia helyszínét, vagy 15 perc sétával.



 Hotel Pelikán

 Hotel Claudius

 P4W Hotel-Residence

 Garda Hotel

 Tó Vendéglő

 Agora Művelődési és Sportház

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2016. október 13. Csütörtök			
12.00 –	Érkezés, regisztráció		
13.00 – 14.30	Hands on Workshop 1. Légútbiztosítás	Hands on Workshop 2. Merev bronchosopia	Hands on Workshop 3. Onkopulmonológia
14.30 – 15.00	Szünet		
15.00 – 16.30	Megnyitó		
16.30 – 17.00	Kávészünet		
17.00 – 17.30	Teva szimpózium		
17.30 – 18.15	Bejelentett előadások		
18.15 – 18.30	Szünet		
18.30 – 19.00	Roche Szimpózium		
19.00 –	Fogadás		
2016. október 14. Péntek			
09.00 – 10.00	Bronchológia – State of the Art		
10.00 – 10.30	Kávészünet		
10.30 – 12.00	Onkológia – State of the Art		
12.00 – 12.30	Kávészünet		
12.30 – 13.30	Bristol-Myers Squibb Szimpózium		
13.30 – 14.30	Ebédészünet		
14.30 – 15.30	Year in review – Bronchológia / Onkopulmonológia		
15.30 – 16.30	MSD Szimpózium		
16.30 – 17.00	Kávészünet		
17.00 – 18.30	Bejelentett előadások		
20.00	Vacsora		
2016. október 15. Szombat			
08.30 – 09.30	Kazuisztikai Fórum 1.		
09.30 – 10.30	Kazuisztikai Fórum 2.		
10.30 – 11.00	Kávészünet, poszter séta, szavazatok leadása		
11.00 – 12.00	Pfizer Szimpózium		
12.00 – 13.30	Immunoonkológia		
13.30	A Konferencia zárása, díjátadások		

RÉSZLETES TUDOMÁNYOS PROGRAM

2016. október 13. (csütörtök)

12.00 –	Érkezés, regisztráció	
13:00 – 14:30	Hands on Workshop 1. Légútbiztosítás a bronchológus szemszögéből	Terem 1.
	Moderátorok: <u>Grmela Gábor</u> <i>Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár</i> <u>Pápai-Székely Zsolt</u> <i>Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár</i>	
13:00 – 14:30	Hands on Workshop 2. - Merev bronchosopia	Terem 2.
	Moderátorok: <u>Markóczy Zsolt</u> <i>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest</i> <u>Szima Barna</u> <i>Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely</i>	
13:00 – 14:30	Hands on Workshop 3. – Onkopolmonológia	Terem 3.
	Kommunikáció a kezelések kockázatairól <u>Pilling János</u> <i>Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet</i>	
14.30 – 15.00	Szünet	
15:00 – 16:30	Megnyitó, díjátadás, külföldi előadók	Plenáris Terem
15:00 – 15:15	▪ Köszöntések Bogos Krisztina és Szima Barna, <i>a Konferencia és a Szervező Bizottság elnökei</i> Puskás Tivadar, <i>Szombathely polgármestere</i>	
	▪ Kassay díj átadása – a díjazott előadása Üléselnök: <i>Csada Edit, Szima Barna</i>	
15:15 – 15:30	Laudációt tart: Pápai-Székely Zsolt	
15:30 – 16:00	Bronchológiai intervenció – csapatmunka <u>Strausz János</u> <i>Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár</i>	

- **Meghívott külföldi előadók előadásai**
Üléselnök: Csada Edit, Pápai-Székely Zsolt

16:00 – 16:15 **Mediastinal staging: integration of PET, mediastinoscopy, EBUS in everyday practice**

Marioara Simon

Bronchology Dept., Pulmonology Clinic, Cluj-Napoca, Romania

16:15 – 16:30 **Palliation of malignant pleural effusion**

Aleš Rozman

Interventional Pulmonology, University Clinic Golnik, Slovenia

16:30 – 17:00 Kávészünet

17:00 – 17:30



Mert minden nap számít - A GCSF választás szempontjai; lipegfilgrasztim a klinikai és 'real life' adatok tükrében

Tamási Lilla

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

17:30 – 18:15 **Bejelentett előadások**

Üléselnök: Szilasi Mária, Bogos Krisztina

17:30 – 17:45 **Transztorakális mintavételek a gyakorlatunkban**

Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹, Tóth E. Zsuzsanna¹, Gautier Barna¹, Nagy Csaba², Szilas Gábor¹, Kecskés László³, Szima Barna¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Tüdőgyógyászati Osztály, ²Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztály, ³Mellkassebészeti Osztály, Szombathely

17:45 – 18:00 **BAL és transzbronchialis tüdőbiopszia interstitialis tüdőbetegségekben**

Müller Veronika¹, Bohács Anikó¹, Eszes Noémi¹, Kováts Zsuzsanna¹, Süttő Zoltán¹, Komlósi Zsolt¹, Losonczy György¹

¹Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

18:00 – 18:15 **PET-pozitív góccáryékok szervtranszplantáltakban**

Bohács Anikó

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

18:15 – 18:45



Üléselnök: *Ostoros Gyula*

A PD-1 és PD-L1 útvonal gátlásának jelentősége

Moldvay Judit

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Hová tartunk az immunterápiák megjelenésével a tüdőrák kezelésében?

Sárosi Veronika

PTE KK. I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

18.45 – 19.00

Szünet

19:00 –

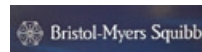
Köszöntések, Vacsora

- Nagy Lajos, *Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, főigazgató*
- Kecskés László, *az Egészségügyi Bizottság elnöke*

Vacsora

2016. október 14. (péntek)

- 09:00 – 10:00** **Bronchológia – State of the Art**
Üléseelnök: *Urbán László, Grmela Gábor*
- 09:00 – 09:20 **EBUS szerepe a diagnosztikában és a terápiában napjainkban**
Pápai-Székely Zsolt
Fejér megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár
- 09:20 – 09:40 **Intravénás szedálás a bronchoscopos diagnosztikus és terápiás beavatkozások alatt**
Szabó Zoltán
PTE KK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs
- 09:40 – 10:00 **Mellkasi tumoros betegek intenzív ellátása**
Kit, mikor, meddig, és mennyiért lássunk el Intenzív osztályon?
Rozgonyi Zsolt
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 10:00 – 10:30 Kávészünet
- 10:30 – 12:00** **Onkológia - State of the Art**
Üléseelnök: *Monostori Zsuzsa, Döme Balázs*
- 10:30 – 11:00 **Új TNM beosztás a klinikus szemszögéből**
Balikó Zoltán
PTE KK I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs
- 11:00 – 11:30 **Új TNM beosztás a radiológus szemszögéből**
Kerpel-Fronius Anna
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 11:30 – 12:00 **A tüdőrák új WHO patológiai beosztása**
Tímár József
Semmelweis Egyetem, II.sz. Patológiai Intézet, Budapest
- 12:00 – 12:30 Szünet
- 12:30 – 13:30 **„Második Esély”**
Üléseelnök: *Balikó Zoltán, Pápai-Székely Zsolt*
- A kerekasztal beszélgetés résztvevői:**
Bogos Krisztina
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- Gálffy Gabriella
Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest
- Ostoros Gyula
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 13:30 – 14:30 Ebédszünet



14:30 – 15:30	Year in review – Bronchológia/Onkopulmonológia Üléseelnök: <i>Sárosi Veronika, Szondy Klára</i>
14:30 – 15:00	Bronchológia <u>Szima Barna</u> <i>Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely</i>
15:00 – 15:30	Onkológia <u>Ostoros Gyula</u> <i>Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest</i>
15:30 – 16:30	A nem-kissejtes tüdőrák kezelésének interdiszciplináris megközelítése - új távlatok, új kihívások Üléseelnök: <i>Szilasi Mária, Losonczy György</i> Biomarkerek, PD-L1 teszt - a pathológus szerepe <u>Tímár József</u> <i>Semmelweis Egyetem, II.sz. Patológiai Intézet, Budapest</i> Személyre szabott terápia - a tüdőgyógyász-onkológus szerepe <u>Bogos Krisztina</u> <i>Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest</i> Evidenciák a sikeres kezelés mögött - a bronhoszkópiát végző orvos szerepe <u>Sárosi Veronika</u> <i>PTE KK I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs</i>
16:30 – 17:00	Kávészünet
17:00 – 18:30	Bejelentett előadások Üléseelnök: <i>Agócs László, Somfay Attila</i>



- 17.00 – 17.15 **A micropapillaris jelleg prognosztikus jelentőségének vizsgálata I. stádiumú tüdő adenocarcinomákban**
Furák József
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Mellkassebészet, Szeged
- 17.15 – 17.30 **Konkomittáló kemo- radioterápia gyakorlata a győri onkopulmonológiai ellátásban**
Szász Zoltán¹, Herodek Gabriella², Szalai Zsuzsanna¹, Ambrus Adél²
¹*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia Osztály*, ²*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Onkoradiológiai Osztály, Győr*
- 17.30 – 17.45 **Glasgow Prognostic Score (GPS) vizsgálata előrehaladott tüdőrákban szenvedő betegek között**
Szalai Zsuzsanna¹, Szipőcs Annamária¹, Potyó Katalin Borbála¹, Szász Zoltán¹
¹*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr*
- 17.45 – 18.00 **Elsődleges? Másodlagos? Nem mindegy?**
Kas József
Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Mellkassebészet, Budapest
- 18.00 – 18.15 **Intrapleurális fibrinolízis nem sebészi megoldása**
Zsoldos Gábor
Fejér Megyei Szent György Kórház Pulmonológia osztály, Székesfehérvár
- 18.15 – 18.30 **A hörgőfal mögötti struktúrák endoscopos megközelítése**
Kondora Zsanett¹, Erdődi Zoltán¹, Tóth E. Zsuzsanna¹, Gautier Barna¹, Szilas Gábor¹, Szima Barna¹
¹*Markusovszky Egyetemi Oktató Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely*
- 20:00 – Vacsora
-

2016. október 15. (szombat)

08:30 – 09:30

Kazuisztikai fórum 1.

Üléselnök: *Bánfi Andrea, Böcskei Csaba*

08:30 – 08:40

Meglepetés a műtőasztalon

Kiss Béla¹, Füredi Árpád¹, Leszkóczi Péter¹, Szima Barna¹, Kecskés László¹

¹Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

08:40 – 08:50

Fizikai terhelés kiváltotta felső légúti obstrukció

Bánfi Andrea¹, Elek Ágnes², Sztanó Balázs³

¹SZTE Általános Orvostudományi Kar, Budapest, ²Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ, Gyermekpulmonológiai Ambulancia, Hódmezővásárhely, ³SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Fül-orr-gégészeti és Fej-nyaksebészeti Klinika, Szeged

08:50 – 09:00

Az onkológia buktatói egy tanulságos eset kapcsán

Kecskés László

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Mellkassebészeti Osztály

09:00 – 09:10

Első tapasztalatunk öntágulós, végig fedett, Y alakú fémstenttel

Markóczy Zsolt¹, Fülöp Andrea¹, Hertel Katalin¹, Kis Sándor¹, Rojkó Lívია¹, Udud Katalin¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest

09:10 – 09:20

Amikor nincs más megoldás: EBUS-TBNA (esetismertetés)

Medgyasszay Balázs¹; Király Zsolt¹

¹Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete, Pápa

09:20 – 09:30

Fatális koagulációs zavar paraneoplasia részeként

Fejes Dorottya¹, Temesi Gabriella¹, Horváth Ildikó¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

09:30 – 10:30

Kazuisztikai fórum 2.

Üléselnök: *Lantos Ákos, Horváth Ákos*

09:30 – 09:40

Fordulatok egy ritka szövettani típusú kórkép kivizsgálása kapcsán

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Vadász Pál², Harkó Tünde³, Pápay Judit⁴, Böcskei Renáta⁵

¹Tatabánya Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászat, Budapest, ²OKTPI, Mellkassebészet, Budapest, ³OKTPI, Pathologia, Budapest, ⁴SE., I. Pathologia, Budapest, ⁵SE., Pulmonológiai Klinika, Budapest

09:40 – 09:50 **Gyógyszer okozta intersticiális tüdőbetegség. Vagy mégsem? Vagy mégis!**
Király Zsolt¹, Sipos Gábor²
¹Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete, Pápa, ²Gróf Eszterházy Kórház, Patológia, Pápa

09:50 – 10:00 **Diagnózis: tüdőembolia. Vagy tüdőrák. Vagy mégsem?**
Tóth-Lipták Judit¹, Rózsavölgyi Zoltán¹, Tiszlavicz Zoltán², Ugocsi Katalin¹
¹Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, II/2, Deszk, ²Szegedi Tudományegyetem, Pathológiai Intézet, Szeged

10:00 – 10:10 **Emlő eredetű osteosarcoma 18 év után jelentkező főhörgőt elzáró fatális metasztázisa**
Lantos Ákos¹, Bíró Hajnalka², Péntes István³, Soltész Ibolya⁴, Gyulai Márton², Bánki Adrienn¹
¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, ²Törökbálint, ³Tüdőgyógyintézet Törökbálint, intenzív osztály, Törökbálint, ⁴Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest, ⁴Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest

10:10 – 10:20 **A szokványos és az extrém ritka- avagy a 84 éves férfi mellúri folyadék, és ami benne van**
Papp Emőke¹, Sárosi Veronika¹
¹PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika (Pécsi Tudományegyetem), Pécs

10:20 – 10:30 **PNO-NO!**
Varga Judit Kata¹, Grmela, Gábor¹, Török Klára², Pápai-Székely Zsolt¹
¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár, ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Klinika, Budapest

10:30 – 11:00 **Poszter séta, kávészünet és a szavazatok leadása**
Moderátorok: Szalontai Klára, Morócz Éva

Közönségzavazás!

Kérjük, hogy a legjobbnak tartott poszterre, valamint a két legjobbnak tartott kazuisztikai előadásra szóló szavazatát a regisztrációnál adja le. Köszönjük, hogy véleményével hozzájárul a konferencia sikeréhez!

11:00 – 12:00



Üléselnök: Gálffy Gabriella

Korszerű, személyre szabott kezelés ALK+ és ROS1+ nem kissejtes tüdőrákban
Prof. Nir Peled
Thoracic Cancer Unit and the Center for Personalized Medicine, Davidoff Cancer Center, Rabin Medical Center, Izrael

- 12:00 – 13:30** **Immunoonkológia**
ÜléseInők: *Losonczy György, Moldvay Judit*
- 12:00 – 12:30 **PD-1 és PD-L1 expresszió vizsgálata a klinikai gyakorlatban**
Moldvay Judit
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 12:30 – 13:00 **Immunterápia mellékhatásainak kezelése**
Gálfy Gabriella
Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Budapest
- 13:00 – 13:30** **A tüdőrák immunterápiája és a jövő útjai**
Losonczy György
Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Budapest
- 13:30 –** **A konferencia zárása, díjátadás**

POSZTEREK

P01

Masszív haemoptoe ritka gombás infekcióban

Gyulai Nóra

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

P02

Mellkasi folyadék háttérében igazolódott endometriosis

Gyulai Márton¹, Nagy Andrea¹, Lantos Ákos¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

P03

Tüdő laphám carcinoma ritka metasztázisa

Simon Ildikó

PTE ÁOK I.sz. Belgyógyászati Klinika (Pécsi Tudományegyetem), Pécs

P04

Epehólyag carcinomával kezelt, reumatoid arthritiszes beteg progrediáló mellkasi folyadéka: pseudochylothorax

Lantos Ákos¹, Bánki Adrienn¹, Bíró Hajnalka¹, Pápay Judit², Lantos András³, Gyulai Márton²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint, ²Semmelweis Egyetem, I. Patológiai Intézet, Budapest, ³Országos Onkológiai Intézet, Pathologia, Budapest

P05

Recidív légúti papillomatosis

Hertel Katalin Viktória

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest

P06

Infekciókontroll a bronchológiában

Horváth Miklósné¹, Saródi Vivien¹, Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹, Szilas Gábor¹,

Tóth E. Zsuzsanna¹, Szima Barna¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely

P07

A bronchoscopos vizsgáló berendezésének szempontjai

Szilas Gábor¹, Horváth Miklósné¹, Saródi Vivien¹, Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹,

Tóth E. Zsuzsanna¹, Szima Barna¹

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely

P08

Jóindulatú betegség miatt végzett pneumonectomia súlyos szövődményekkel

Gehér Pál¹, Horváth Zsuzsanna², Füredi Á¹, Kiss B.¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Mellkassebészeti Osztály, Szombathely,

²Mosonmagyaróvár, Karolina Kórház Tüdőgyógyászati Osztály

P09

Most adjam el a háziorvosi praxisomat?

Zelenák Eszter¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, I. Osztály, Törökbálint

P10

Primer pulmonális meningeoma

Zsoldos Gábor

Fejér Megyei Szent György Kórház Pulmonológia Osztály, Székesfehérvár

P11

Bronchoscopeia altatásban - ébren álmodunk

Fülöp Andrea¹, Markóczy Zsolt¹, Udud Katalin¹, Rojkó Lívía¹, Hertel Katalin¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest

ABSZTRAKTOK

Fizikai terhelés kiváltotta felső légúti obstrukció

Bánfi Andrea¹, Elek Ágnes², Sztanó Balázs³

¹SZTE Általános Orvostudományi Kar (Szegedi Tudományegyetem), Budapest, ²Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ, Gyermekpulmonológiai Ambulancia, Hódmezővásárhely, ³SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Fül-orr-gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Szeged

A terhelésre jelentkező légúti tünetek korlátozzák a betegeket a normális életvitelben, ezért fontos kideríteni a jelenség okát. Gyermekkorban a panaszok hátterében leggyakrabban asthma bronchiale áll, mely futásterheléssel igazolható. Amennyiben azonban a futásterhelés során a nehézlégzés a terhelés csúcán jelentkezik, és inkább stridoros légzés tapasztalható, a jelenség fel kell, hogy vesse a terhelés indukálta laryngealis obstrukció (Exercise-Induced Laryngeal Obstruction - EILO) lehetőségét. Előadásunkban ismertetjük a terheléses asztma illetve az EILO elkülönítő diagnosztikáját, az EILO anatómiai és funkcionális okait, valamint érintjük a terhelésre jelentkező nehézlégzéses panaszok egyéb, extrapulmonális okait is. Az elméleti megfontolásokat esetismertetéssel illusztráljuk.

Hét éves fiú esetét ismertetjük, akinél fizikai terhelésre visszatérően stridoros légzés alakult ki. Születésétől kezdve kb. 20 alkalommal volt pseudocroupja, mely miatt többször kórházi kezelésre szorult. Két éves korban bronchoscopia történt, mely során a hörgőrendszerben eltérés nem igazolódott. Tartós gyógyszeres kezelésben részesült 2x2 puff fluticason (aa 125ug), sz.e. salbutamol evoh. formájában, mely mellett a terhelésre jelentkező stridor és nehezített légzés főleg az infekciókat követő időszakban ismétlődött. Az asztma terápia hatástalansága valamint a terhelésre jelentkező stridoros légzés miatt ismételt bronchológiai kivizsgálás történt. Bronchofiberscopos vizsgálata során, altatásban, de relaxáció nélkül a gége felett az eszközzel megállva vizsgáltuk a gége mozgását. A jobb oldali ary a gége mozgásakor, lebenyszerűen bebukik a hangrés fölé, míg a bal oldali ary anatómiája, mozgása szabályos. A hangszalagok mozgása ép. A trachea középső és alsó harmada határán kiegyenesítettség látszik, mely számottevő szűkületet nem okoz. Vélemény: az ary tájékok szintjén kialakuló anatómiai és funkcionális laryngealis obstructio, mely terheléskor kifejezettebbé válva okoz stridort és nehezített légzést. Gégészeti konzílium, video prezentáció történt, mely során az obstrukciót okozó lebenyrész lézerrel történő plasztikai műtétjét javasolták.

Esetismertetésünkkel arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a terápia rezisztens, terheléses asztmás gyermekek és serdülők körében gondoljunk EILO fennállítására, valamint a bronchológiai kivizsgálás során a statikus állapot rögzítésén túl a funkció megítélésére is törekedjünk.

PET-pozitív góccárványékok szervtranszplantáltakban

Bohács Anikó¹, Süttő Zoltán¹, Eszes Noémi¹, Kovács Zsuzsanna¹, Csiszér Eszter¹, Czebe Krisztina², Lang György^{3,4}, Rényi-Vámos Ferenc^{3,5}, Fillinger János⁵, Müller Veronika¹, Losonczy György¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest, ²Törökbalinti Tudógyógyintézet, Törökbalint, ³Semmelweis Egyetem, Mellkas Sebészeti Klinika, Budapest, ⁴MUW, Mellkas Sebészeti Klinika, Bécs, ⁵Országos Onkológiai Intézet, Budapest,

Végstádiumú szervéltelenség esetén a végső terápiás lehetőség a szervtranszplantáció. A kombinált immunszuppresszív kezelésben részesülő transzplantált betegek rendszeres éves szűrővizsgálatokat igényelnek, melybe a mellkasi röntgen és mellkasi CT is beletartozik. A korai posttranszplantációs időszakban elsősorban infekcióval, míg a késői szakaszban a malignitással is számolhatunk.

A posttranszplantációs gondozás vagy klinikai tünetek esetén pulmonalis góccárványékok igazolódhatnak mellkasi CT során. A részletes, bronchológiai kivizsgálás transzplantáltakban a

részletes infektológiai vizsgálatokat is magába foglalja, melyekről részletesen említést teszünk. Amennyiben infektív tényező nem igazolódik, úgy szoliter tüdőgócárnyék esetén az esetleges operabilitás elbírálása céljából PET-CT vizsgálat történik.

Gondozott betegek között a PET-pozitív árnyékok háttérében tuberculosis, cryptococcosis, granulomatosis és a tüdő daganatos betegsége igazolódott. Az immunsuppresszió módosítását igényli, mind az igazolt infektív, mind a rosszindulatú daganatos megbetegedés. A szervtranszplantáltaknál kedvezőtlenebb kimenetellel számolhatunk.

Fordulatok egy ritka szövettani típusú kórkép kivizsgálása kapcsán

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Vadász Pál², Harkó Tünde³, Pápay Judit⁴, Böcskei Renáta⁵

¹Tatabánya Szent Borbála Korház, Tüdőgyógyászat, Budapest, ²OKTPI, Mellkasebészet, Budapest,

³OKTPI, Pathologia, Budapest, ⁴SE, I. Pathologia, Budapest, ⁵SE, Pulmonológiai Klinika, Budapest,

68 éves, korábban Koch negatív TBC miatt kezelt, köhögő nőbeteg gasztroenterológiáról került ambulanciánkra. Kivizsgálása során reprodukálódó, szalmaszárga mellkasi folyadékot észleltünk. A mellkaspunktátum citológiai vizsgálata nem vezetett diagnózishoz. Negatív bronchoscopiát követő mellkas CT után videothorascopia történt. A műtéti makroszkópos kép mellett a szövettani lelet is meglepő volt. Az immunhisztokémiai (IH) eredmények alapján további pathológiai konzilium és kiegészítő IH vizsgálatok voltak szükségesek. Végül PET CT-t követő újabb core biopszia erősítette meg a ritka szövettani típusú betegséget.

Transztorakális mintavételek a gyakorlatunkban

Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹, Tóth E. Zsuzsanna¹, Gautier Barna¹, Nagy Csaba², Szilas Gábor¹, Kecskés László³, Szima Barna¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Tüdőgyógyászati Osztály, ²Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztály, ³Mellkasebészeti Osztály, Szombathely

Kórházunkban évente közel 800 bronchoscopos vizsgálatot végzünk és mintegy 100 esetben transztorakális tűbiopsziára kerül sor. Az osztályunk mellett működő bronchológiai ambulancián történik a vizsgálatok döntő többsége, emellett a mellkasebészeti ambulancián, sürgősségi betegellátó osztályon, intenzív osztályon, radiológiai osztályon történnek még vizsgálatok.

Amennyiben a bronchosopia nem vezet eredményre, transztorakális tűbiopsziát végzünk megfelelő indikáció esetén. Az előadásban részletesen bemutatjuk a beavatkozás indikációit, kontraindikációit és a tapasztalataink alapján kialakult gyakorlatot. Az elváltozás nagysága, lokalizációja, a beteg tüdejének állapota - az esetleges szövődmény valószínűségének becslése fontos szempont.

A mintavételt minden esetben vérvétel, légzésfunkció, ill. EKG előzi meg, kérdéses esetben vérgáz vizsgálat is történik. Az 1 l alatti FEV1 értéket tekintjük funkcionális kontraindikációnak.

Osztályunkon hetente onkoteam során beszéljük meg a betegeket és a felmerülő kérdéseket.

Rotex tűvel (Rotex Screw Needle Biopsy Instrument) végezzük a mintavételek túlnyomó többségét. Emellett Pancoast tumor, vagy a mellkasfallal érintkező tumor esetén szövettani mintavétel történik képerősítő alatt (TSK Stericut Biopsy Needle).

A szövettani mintavétel és a műtéti anyag eredménye több alkalommal módosította a korábbi citológiai diagnózist. Csúcsi folyamatok esetén az aspergillosis tapasztalatunk szerint nehezen igazolható tűbiopsziával.

Az általunk használt vékonytű biopszia egy egyszerű és költséghatékony beavatkozás, gondosan szelektált betegeknél a szövődmények aránya alacsony. Az utóbbi időben törekszünk a szövettani mintavételre, bár a kenet is alkalmas további molekuláris genetikai feldolgozásra. További lehetőség még a CT vezérelt biopszia (16 G Core Biopsy Needle), ill. az UH vezérelt transztorakális biopszia. A nemzetközi irodalom és más kórházak gyakorlatában intervenció radiológusok végzik

a beavatkozások egy részét, de a tüdőgyógyászok által elvégzett UH vezérelt biopsziát is eredményesnek és biztonságosnak tartják.

Perifériás daganatok esetén a transztorakális módszerrel végzett hőterápiával folynak kísérletek inoperábilis betegeknel, elképzelhető, hogy a jövőben ez a módszer is bevezetésre kerül.

Fatális koagulációs zavar paraneoplasia részeként

Fejes Dorottya¹, Temesi Gabriella¹, Horváth Ildikó¹

¹*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest*

Fatális koagulációs zavar paraneoplasia részeként.

Egy 47 éves nőbeteg esetét szeretnénk ismertetni, akit három hete tartó, antibiotikum terápia ellenére sem gyógyuló hurutos panaszok miatt Belgyógyászati osztályon kezeltek. Mellkas CT-felvétel a bal alsó tüdőlebeny felett látható jelentős méretű infiltrátum mellett bizonytalan konszolidációs képlet jelenlétét is leírta, felvetve tüdődaganat jelenlétét, ezért a beteget kivizsgálás céljából áthelyezték az Országos Korányi Intézetbe. Osztályunkra érkezve a beteg láztalan volt, purulens köpetürítésről és időnként jelentkező gondolkodási zavarról számolt be. Néhány napon belül hirtelen állapotrosszabbodás, progrediáló tudatzavar, kétoldali látásvesztés és a jobb felső végtag paresise jelentkezett légzési elégtelenség mellett, így a beteg Intézetünk Intenzív Osztályára került. Koponya CT-vizsgálat történt, amely kiterjedt basilaris és a. cerebri media területén lévő agyi ischaemiás stroke-ot írt le. A beteg állapota tovább súlyosbodott: a légzési elégtelenség miatt intubációra került sor, a beteg tudatzavara a cerebroprotectio ellenére eszméletvesztéssé mélyült, hypotóniája keringéstámogatás mellett is instabil maradt, centrális eredetű láza clorpromazin és hűtés mellett is magas volt. Betegünk gyulladós laborparaméterei a széles spektrumú antibiotikum adása mellett is emelkedettek voltak (CRP: 190 H; fehérvérsejt: 30-40 G/L), anaemia alakult ki, azonban legszembetűnőbb az alvadási rendszer funkciójának romlása volt: klinikailag az acrákon necrotikus elszíneződés jelentkezett, az alvadási laboratóriumi paraméterei közül a thrombocytaszám egészen 19 G/L-ig lecsökkent, míg a D-dimer 8,96-os szintre felkészült.

Differenciáldiagnosztikai szempontból felmerült, hogy betegünknel valamiféle koagulációs zavar (thrombotikus thrombocytopeniás purpura, antifoszfolipid-szindróma) manifesztálódik, esetleg a pneumonia jelenléte miatt septicus embolizáció okozza a tüneteket. A pontos diagnózisra azonban nem maradt lehetőség, mert betegünk egy hét után agytörzsi beékelődés, asystolia kialakulását követően exitált. A kórbonctani leletek többszervi ischaemiás infarktus jeleit írták le az agy, a tüdő, a vesék és a lép területén, - melyek alátámasztják a koagulációs zavarról szóló gyanúkat, azonban a bal alsó tüdőlebenyben egy kb. egy centiméteres tüdődaganat, valamint egy-két mediastinális nyirokcsomó-áttét jelenlétére is fény derült. Összefoglalva, betegünk halálának okaként a bal alsó lebenyi tüdőrák tekinthető, mely paraneoplasias szindróma képében a koagulációs rendszer szisztémáját megbontva idézett elő a szervezet egészében tromboticus elváltozásokat, melyek közül leg súlyosabb az agy területén jött létre, stroke formájában.

A micropapillaris jelleg prognosztikus jelentőségének vizsgálata I. stádiumú tüdő adenocarcinomákban

Furák József¹, Zombori Tamás²

¹*SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged*, ²*SZTE Patológia, Szeged*

Bevezetés: A micropapillaris carcinoma a 2015-ben bevezetett új WHO tüdő daganat osztályozásban tűnt föl. Speciális morfológiai megjelenése mellett kitűnt rossz prognózisával, melyet a nagy áttétképző képességével magyaráznak.

Célkitűzés: Vizsgálatunkban a micropapillaris jelleg arányát vizsgáltuk és vetettük össze túlélési adatokkal, hogy identifikáljuk azon betegcsoportot, akiknél, a micropapillaris jelleg magas aránya már rosszabb prognossissal jár.

Betegek és módszerek: vizsgálatunkba 95 I stádiumú esetet vontunk be. A betegeket három csoportba soroltuk, melyek a tisztán micropapillaris carcinoma, a vegyes micropapillaris carcinoma és a micropapillaris jelleget csak kis arányban hordozó adenocarcinómák. Ezen csoportok eseteiben Kaplan-Meier teszttel vizsgáltuk a teljes (OS) és a betegségmentes túlélést (DFS). Eredmények: Az öt éves túlélési adatok a következők: tisztán micropapillaris carcinomák (n=22, OS: 37,5 % DFS: 36,4%), kevert micropapillaris carcinomák (n=22, OS: 70,0% DFS: 63,3%) és a micropapillaris jelleget csak kis arányban hordozó adenocarcinómák (n=51, OS: 78,0% DFS: 65,7%). Mind a teljes-, illetve a betegségmentes túlélés vizsgálataiban során szignifikáns különbség volt tapasztalható a tisztán micropapillaris carcinomák és a kevert micropapillaris carcinomák között (p=0,035) valamint a tisztán micropapillaris carcinomák és a micropapillaris jelleget csak kis arányban hordozó adenocarcinómák között (p<0,001). A kevert micropapillaris carcinomák és a micropapillaris jelleget csak kis arányban hordozó adenocarcinómák túlélési adatai között nem volt különbség.

Megbeszélés: A micropapillaris jelleg változó arányban lehet jelen a tüdő adenocarcinómákban. Vizsgálataink alapján a tisztán micropapillaris carcinoma kedvezőtlenebb prognosissal jár, mint a kevert micropapillaris carcinoma illetve a micropapillaris jelleget csak kis arányban hordozó adenocarcinoma.

Bronchoscopya altatásban - ébren álmodunk

Fülöp Andrea, Markóczy Zsolt, Udud Katalin, Rojkó Lívía, Hertel Katalin
OKTPI Bronchológia, Budapest

2014.01.01 - 2016.08.25 között az OKTPI Bronchológiai osztályán 11362 bronchoscopos vizsgálat történt. A vizsgálatok 89 %-át helyi érzéstelenítésben, a fennmaradó 11 %-át általános, relaxációs vagy dromicumos altatásban végeztük.

A betegek részéről, valamint a szakmai irányelvek változásával bennünk is felmerült az igény, hogy a közeljövőben a betegek egyre nagyobb részét altatásban vizsgáljuk.

Anyagunk feldolgozásával, illetve a személyi és tárgyi feltételeink áttekintésével megpróbáltuk átgondolni, hogy milyen mértékben emelhető az altatásban végzett vizsgálatok száma.

Jóindulatú betegség miatt végzett pneumonectomia súlyos szövődeményekkel

Gehér Pál¹, Horváth Zsuzsanna², Füredi Á¹, Kiss B.¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Mellkassebészeti Osztály, Szombathely, ²Karolina Kórház Tüdőgyógyászati Osztály, Mosonmagyaróvár

Szerzők egy 12 éve kezelt TBC talaján kialakult aspergillozisos roncsos tüdő miatt operált 50 éves férfi több mint két évtizedet felölelő kórtörténetét ismertetik különös tekintettel a műtétet (pneumonectomia) követő másfél év eseményeire.

Mellkasi folyadék háttérében igazolódott endometriosis

Gyulai Márton¹, Nagy Andrea¹, Lantos Ákos¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Egy 41 éves nő 2015. júliusban kezdtünk vizsgálni jobb oldali sanguinolens mellkasi folyadék miatt. Anamnéziséből 18 éve bal oldali ovariumcysta eltávolítás, évek óta tartó hasi panaszok emelhetők ki. Felvételkor fél éve tartó, jobb oldali, háti fájdalmat, fulladást panaszolt. A folyadék cytológia, hasi UH, bronchoscopya negatívak voltak. Mellkas CT a pleurális folyadékon és következményes atelectasián kívül egyéb kórosat nem mutatott, kóros nyirokcsomót nem láttak. Az OOI-ben VATS pleuroscopia során makroszkópos eltérés nem látszott, a szövettan nem specifikus, fibrines

pleuritist mutatott bevézés jeleivel, malignitásra utaló szöveti jelet nem láttak. A folyadékból kórokozó baktérium nem tenyészett.

Mivel a sanguinolens mellkasi folyadék etiológiáját az elvégzett vizsgálatokkal nem sikerült tisztázni, observatiót ill. tumorkeresést javasoltunk. Mammográfia negatív volt, nőgyógyászati vizsgálat jelentős eltérést nem mutatott, kismencedei transvaginalis UH negatív volt. Tumormarkerek közül CEA, CA 15-3, CA 19-9 negatív, de az ovariumra jellemző CA 125 3x emelkedett értéket mutatott. Hasi CT a jobb ovarium területén egy 7x3x3 cm-es vékony falú cystosus képletet írt le. Tekintettel az anamnézisére, az emelkedett tumormarker szintre és CT-vel észlelt ovarium-eltérésre laparoscopos mintavételt javasoltunk. Melyet 2015. novemberben az OOI Nőgyógyászati osztályán végeztek el, a hasúri feltárás során kiterjedt endometriosisot találtak, az összenövéseket oldották, a jobb petefészket és a vakbelet eltávolították. PET CT vizsgálatot kértek, mely negatív eredményt hozott. Megkezdték az endometriosis gyógyszeres kezelését (diegonest). A fél éves kontroll szerint a beállított terápia mellett a pleuralis folyadék nem recidivált, a beteg panasza megszűntek.

Masszív haemoptoe ritka gombás infekcióban

Gyulai Nóra¹, Lantos Ákos¹, Czebe Krisztina¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

37 éves, 10 évig tüdőgyógyászati osztályon ápolóként dolgozó férfi anamnézisében 8 éve haemoptoe szerepelt. 2016-ban ismételt nagy mennyiségű haemoptoe jelentkezett, melynek hátterében antimycotiumra polyrezisztens, ritka gombás fertőzés Acremonium Strictum igazolódott. A bronchialis embolizáció volt szükséges a vérzés elállításához, endobronchiálisan vértocsán kívül nem volt egyéb eltérés látható.

Recidív légúti papillomatosis

Hertel Katalin Viktória¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budajenő

A humán papillomavírus fertőzés következtében kialakuló légúti papillomatosisban multiplex, karfiolszerű idegenszövet szűkíti a légutakat. A leggyakrabban érintett szakasz a gége és a légcső. Bár a betegség jóindulatú, nem gyógyítható és a légútbiztosítás többszörös gégészeti és bronchológiai beavatkozást igényelhet.

Előadásunkban egy 67 éves nő esetét mutatjuk be, akinek gégepapillomatosisára urgens tracheostomiát követően derült fény. Több év elteltével a folyamat a tracheára is ráterjedt és a súlyos stridort okozó légcsőszűkület invazív bronchológiai beavatkozást igényelt. A papillomatosis részjelenségeként a beteg tüdejében mindkét oldalon multiplex, apró, cystosus elváltozások jelentek meg.

Infekciókontroll a bronchológiában

Horváth Miklósné¹, Saródi Vivien¹, Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹, Szilas Gábor¹, Tóth E. Zsuzsanna¹, Szima Barna¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely

A bronchoscopos vizsgálatokkal kapcsolatban az eszközök megfelelő használata az alapképzés legfontosabb eleme. A mintavételi módszerek indikációinak elsajátítása, a mintavételek típusának, számának meghatározása, a lehetséges szövődmények arányának minimalizálása nagy gyakorlatot igényel, a folyamatos továbbképzés kiemelt feladata. Az endoscopokra vigyáznunk kell, a mintavételi eszközök vagy a beteg által okozott károk javítása költséges lehet. Kevés szó esik a bronchoscopok által átvihető nozokomiális fertőzések lehetőségéről, mindannyian szívesen elkerülnénk ezt a helyzetet.

A hajlékony eszközök burkolata az ismételt fertőtlenítések kapcsán sérülhet az évek során, előfordult az eszközparkunkban, hogy a szerviz valószínűsített a hosszú távon használt dezinficiáló, sterilizáló folyadékok által okozott burkolatsérülést. A hatásos vegyszerek különböző mértékben károsíthatják az eszközöket, az endoscopokat forgalmazó cégek ajánlását érdemes szem előtt tartani.

Infektológus kollégák hívták fel a figyelmünket bronchoscopos mosások bakteriológiai vizsgálatának eredményeire, - Pseudomonas aeruginosa törzs tenyésztett ki több alkalommal -, az egyik eszköz leoltása során szintén ez igazolódott. A poszteren bemutatjuk a nozokomiális fertőzések megelőzése és az eszközeink hosszú távú megóvása érdekében az ambulanciánkon történt változtatásokat, melyeknek a korszerű bronchoscopos mosogatógép beszerzése is részét képezte.

Elsődleges? Másodlagos? Nem mindegy?

Kas József¹, Csekeő Attila¹, Fehér Csaba¹, Heiler Zoltán¹, Karskó Luca¹, Kecskés Lóránt¹, Kostic Szilárd¹, Molnár Miklós¹, Vágvölgyi Attila¹, Béndek Máttyás¹, Soltész Ibolya¹, Vadász Pál¹

¹*Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest*

A címben foglalt és további kérdések azoknál a betegeknél kerülhetnek elő, akiknek tervezett tüdőműtétük előtt anamnéziséjükben már szerepel valamely szerv daganata. A tüdő az egyik leggyakoribb primer malignus tumor kiinduló szerve, de egyben az áttétképződésnek is kitüntetett helye. Előadásunkban arra keresünk választ, hogy korábbi daganatának ismerete mennyiben befolyásolja a betegek tüdőműtétének tervezését, lefolyását. Tíz év alatt 870 olyan beteg műtöttünk, akiknek előzményében legalább egy rosszindulatú daganat említhető. Közülük 556 műtét után a szövettani lelet egyértelműen áttétet igazolt. 216 esetben a szövettani lelet második, harmadik és egy betegnél negyedik elsődleges daganatot véleményezett. 41 esetben a szövettani vizsgálat nem tudta minden kétséget kizáróan eldönteni a tumor elsődleges vagy másodlagos voltát. 67 műtét szövettani lelete nem igazolt malignus tumort. Az áttétek előzményeit tekintve sorrendben a leggyakoribb a colorectalis, a kötőszöveti, a vese és a tüdő eredetű primer tumor volt. A 324 nem áttétes műtét előzményében viszont a primer tumor leggyakrabban a tüdőben, az emlőben és a colorectalis traktusban keletkezett. Áttéti daganatoknál törekednünk kell a maradéktalan eltávolítás mellett a parenchyma messzemenő megőrzésére. E törekvést megnehezítette, hogy áttéti daganatok műtétje előtt alig 20%-ban volt patológiai diagnózis a kezünkben. A nem áttéti esetekben gyakrabban végeztünk lobectomiát vagy nagyobb műtétet, de itt is csak mintegy 60 %-ban állt rendelkezésünkre műtét előtt pontos patológiai diagnózis. A műtėti tervezés akkor érdemel a szokottnál is fokozottabb figyelmet, ha primer tüdő tumor reszekciós műtete után áttét vagy második primer tumor (gyanúja) miatt újabb reszekciós tüdőműtét szükséges. Ellenoldali műtét esetén kardiális és légzésfunkciós szempontok mérlegelendők az onkológiai szempontok mellett, azonos oldali műtét esetén ezt sebésztechnikai nehézségek is tetézik. A szövettani leletezést gyakran korlátozza, hogy az anamnézisben szereplő tumorról kevés az információ, de olykor minden adat birtokában sem lehet egyértelmű megállapítást tenni a tumor elsődleges vagy másodlagos jellegéről, ami már az utókezelést végző onkológusok számára is kihívás.

Az onkológia buktatói egy tanulságos eset kapcsán

Kecskés László István¹

¹*Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Mellkassebészeti Osztály, Szombathely*

72 éves férfi, 50 év dohányzás. Észlelésünk előtt 2 évvel supraglottikus gégetumor miatt primer kemo-radiotherápiában részesült. Teljes remissió alakult ki.

2 évvel későbbi kontroll mellkas CT a korábról már ismert kicsiny 2 oldali periferiás üregárnycok mellett egy újabb bal oldali -kompakt- gócot igazolt. Az akkori döntés az observatio volt. 10 héttel későbbi mellkasi CT az korábbi elváltozások lassú progressziója mellett újabb periferiás, metastasisra suspect elváltozást ábrázolt. Miután a tbc lehetősége mellett természetesen a tüdőmetastasis látszott a legvalószínűbbnek, onkoteam elé került a beteg. A döntés PET/CT vizsgálat kérés volt. A 8 héttel későbbi vizsgálat eredménye: a bal oldali submandibularis régióban metastasisra jellemző dúsítás észlelhető. A tüdőbeni góccok akár áttételes akár gyulladós eredetűek is lehetnek, az utóbbi opció valószínűségével. Az ekkor kért mellkassebészeti konzilium a szövettani verificatio mellett foglalt állást. Az ezt követő történésekről majd az előadás fog beszámolni.

Gyógyszer okozta interstitiális tüdőbetegség. vagy mégsem? Vagy mégis!

Király Zsolt¹, dr Sipos Gábor²

¹Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete, Pápa, ²Gróf Eszterházy Kórház, Patológia, Pápa

68 éves nő beteg esetét szeretnénk bemutatni. 2010 óta szívritmuszavar (pitvarfibrilláció) miatt amiodaron és TAK kezelésben részesül. Mellékvese adenoma miatt rendszeres endokrinológiai ellenőrzésre járt melynek során készült hasi CT jelezte a kétoldali disszeminált pulmonális elváltozásokat. Mellkas CT-re irányították, melynek eredményével jelentkezett osztályunkon. Laborvizsgálatok során szignifikáns eltérés nem igazolódott. Véggáz hypoxiát, légzésfunkció restriktív ventilációs zavart mutatott. Bronchosopia során endobronchiális eltérés nem ábrázolódott. transzbronchiális biopsziát végeztünk a folyamat etiológiájának tisztázása céljából. A szövettan: bronchiolitis obliterans organizáló pneumonát véleményezett. A BOOP egy ritka betegség, incidenciája 1-6/ 100.000. A tüdő aspecifikus reparatív reakciója, melynek oka döntő hányadban nem ismert.

A betegnél seroid th indult, melyre tünetei gyorsan javultak. Otthonában a steroid th-t folytatta, kontroll vizsgálatok (PA, CT) jelentős regressziót mutattak. A beteg nem jelent meg a többször javasolt kardiológiai kontrollokon. 2 hónapos panaszmentes állapot után általános gyengeség, elesettség miatt ismételt osztályos felvétel történt. A betegnél pulmonológiailag stabil állapotot észleltünk. A panaszok háttérben kardiológia okot feltételeztünk, mert a beteg önkényesen elhagyta az amiodaron kezelést. Kardiológus nem javasolta az előzmény ismeretében az amiodaron visszaállítást, hanem digitalis és betablokkoló adását javasolta. A beteg állapota romlott és exitált. Boncolás történt. Szövettani vizsgálatok jelenleg folyamatban vannak.

Amikor nincs más megoldás: EBUS-TBNA (esetismertetés)

Medgyasszay Balázs¹, Király Zsolt¹,

¹Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete, Pápa

63 éves dohányos (44 PY) nőbeteg, kinek korábbi anamnesisében hypertonia, COPD GOLD D, elsőfokú légzési elégtelenség illetve 2000-ben operált bal oldali mamma tumor szerepel. Évenkénti rehabilitációs kezelések során mellkas röntgenen szűrtük ki bal csúcsi gócot. A súlyos COPD, légzési elégtelenség miatt TTB-re nem volt lehetőségünk, bronchosopia negatív volt. PET CT-t követően EBUS segítségével célzott biopszia történt, a cytológiai kép laphámcarcinomát igazolt.

Az EBUS elsődleges indikációs területe az endobronchialis nyirokcsomó staging, az eset kapcsán ki tudtuk használni az ultrahang segítségével nyert célzott mintavétel lehetőségét a konvencionális TBNA-val szemben.

Meglepetés a műtőasztalon

Kiss Béla¹, Füredi Árpád¹, Leszkóci Péter¹, Szima Barna¹, Kecskés László¹

¹*Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely*

Az 58 éves Bechterew kórban szenvedő férfi - aki e miatt biológiai kezelésben részesült - a szokásos, kezelés hatékonyságát felmérni hivatott mellkas és nyaki CT vizsgálaton vett részt. Ekkor derült fény bal alsó tüdőlebenyi perifériás elváltozására. Az ismeretlen etiológiájú betegség verifikációja céljából végeztünk műtétet, melynek során meglepetésben volt részünk.

A hörgőfal mögötti struktúrák endoscopos megközelítése

Kondora Zsanett, Erdődi Zoltán, Tóth. E Zsuzsanna, Gautier Barna, Szilas Gábor, Szima Barna
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely

A bronchológiai ambulanciánkon végzett évi 700 fölötti bronchoscopos vizsgálat jelentős része tüdődaganat gyanu miatt történik a beteg panaszai – köhögés, haemoptoe -, vagy röntgen, CT eltérések alapján. Endobronchiálisan látható eltérések esetén 90% fölötti arányban igazolható a malignitás, törekednünk kell a szövettani mintavételre. Az eltérést, direkt tumorjelet nem mutató hörgőfa okozza a diagnosztikus kihívást. A jól felszerelt bronchoscopos laboratóriumban rendelkezésre álló eszközökkel a képzett bronchológus a CT felvételek alapján a hörgőfalon kívülről is mintát vehet. Amennyiben endoscopos ultrahang áll rendelkezésünkre, képi ellenőrzés mellett történik az EBUS- TBNA, mely a hagyományos, „vak” TBNA-hoz viszonyítva növeli a diagnosztikus szenzitivitást. Tágabb értelemben a perifériás bronchoscopos tüdőbiopszia is ide tartozik, képerősítő alatti mintavétel történik a tüdőparenchymából.

Az előadásban elsősorban a hagyományos TBNA-val szerzett eredményeinket mutatjuk be, kitérve az EBUS- TBNA indikációjára is. Utóbbi alkalmazását az alábbi esetekben tartjuk indokoltnak: 1. Hagományos TBNA mintavétellel kezdünk 2 cm-nél nagyobb nyirokcsomó esetén (elsősorban 7, 4 régió). Tumor gyanu és citológiai negativitás esetén, főként a 10-20 mm közötti nyirokcsomókból EBUS TBNA mintavétel történhet ezt követően. 2. Lokalizációtól függően, a tracheával, hörgőfallal érintkező elváltozások esetén – az EBUS vizsgálat pontosíthat, a CT képet kiegészítheti. 3. Amennyiben cystára, benignus folyamatra van gyanú, célzott punctiót végezhetünk. 4. A beteg kooperációját is figyelembe kell venni, EBUS-hoz i.v. szedálás szükséges az anélkül elvégezhető hagyományos TBNA-hoz viszonyítva.

Malignitás gyanuja, tumor negatív eredmény esetén a betegnél sebészeti mintavétel történik következő lépésként, de az ajánlások szerint is minden erre alkalmas betegnél meg kell kísérelni a bronchoscopos mintavételt tervezett mediastinoscopia előtt.

Emlő eredetű osteoscoma 18 év után jelentkező főhörgőt elzáró fatalis metasztatázisa

Lantos Ákos¹, Bíró Hajnalka², Pénczes István³, Soltész Ibolya⁴, Gyulai Márton², Bánki Adrienn¹

¹*Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint, ²Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Intenzív Osztály, Törökbálint, ³Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Klinika, Budapest, ⁴Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Pathologia, Budapest*

A 67 éves nőt 2016 július végén 1-2 napja fokozódó jobb oldali mellkasi fájdalom nehézlégzés miatt vettük fel mellkasi fájdalommal a jobb oldali főhörgőben Ct angio vizsgálat során látott terime miatt. Tüdő embólia nem volt igazolható. Anamnesisében 18 éve jobb emlőből eltávolított fibroadenoma, majd osesarcoma szerepel mely miatt akkor kemoth-t kapott és azóta is rendszeres CT, PET CT ellenőrzés alatt állt. 2 éve a jobb felső lebenyből, tavaly a bal felső lebenyből távolítottak el egy-egy phillusos osteosc metastastastist. .2016. júniusi egésztest Ct vizsgálata negatív volt Bronchofiberoszkópia során trachea bifurkációig érő a jobb főhörgőt dugószerűen elzáró rózsaszín szívos terimét láttunk, melynek előzetes szövettana malignus mesenchymalis tumor lett. 2 nappal

később altatásban relaxációban merev csővel mechanikus tumor eltávolítást kíséreltünk meg jet lélegeztetéssel A beavatkozás során 10 perc után kamra fibrilláció lépett fel és a beteget többször kellett reanimálni. 7 nappal később gépi lélegeztetés mellett halt meg. A boncolás során a jobb felsőlebensy hörgőn át a főhörgőbe növe 2 cm széles, a hörgő lumenben 3 cm hosszú, csepp alakú, radírgumi vagy uterus myoma konzisztenciájú tumort, jobb oldali atelactasiát, a jobb vesében borsónyi hasonló képletet, a bal alsó lebensyben subpleurális 1 cm göcot találtunk. A 8 héttel korábbi mellkasi CT- t összevetve a 4 hónappal korábbi CT képpel a jobb felső lebensyben a 3. segmentum lumenébe domborodó 7 mm-es képlet látható, mely a boncoláskor talált 5 cm hosszú csepp alakú tumor kezdeményének tartható.

Epehólyag carcinómával kezelt, reumatoid arthritisz es beteg progrediáló mellkasi folyadék: pseudochoylothorax

Lantos Ákos¹, Bánki Adrienn¹, Bíró hajnalka¹, Pápay Judit², Lantos András³, Gyulai Márton²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint, ²Semmelweis Egyetem, I. Patológiai Intézet, Budapest, ³Országos Onkológiai Intézet, Patológia, Budapest

A 62 éves férfinél 2,5 éve epehólyag eltávolítás történt sarcomatoid adenocarcinoma miatt, (pT2N1, GIII.) 2 hónapal később észlelték mellkasi folyadék gyülemét, kemoterápiát kapott. 6 éve ismert reumatoid artritisz melyre medrolt és methotrexatot szed.

2016 július mellkasi CT-n a folyadék progressióját észlelték.

Mellkas punctió során sárgásszínű, homogén, szagtalan, a kémcsőben forgatva selyemfényű, gyöngyház suspensio szerű hig folyadékot nyertünk, mely állva egy serosus és egy homogén sárgás üledékre vált szét.

A felülúzó triglicerid tartalma kicsi volt, a koleszterin a szérum normál tartomány felső részén volt találtunk. Az üledék kristályos koleszterinnek bizonyult.

A koleszterin pleuritis igen ritka kúrkép, krónikus mellkasi folyadékokban tbc, RA, empyema után fordulhat elő, makroszkóposan empyemához kissé hasonló selyemfényű, üledő, koleszterin kristályokata tartalmazó folyadékkal já. A chylothoraxot ettől a nagy triglicerid tartalom, és a tejszerű stabilitás különbözteti meg.(hónapok után sem ülepszik).

Míg a chylothorax daganatos eredete gyakori (ductus thoracicus sérülés), az igen ritka pseudochoylothoraxnak oka soha nem daganat.

Jelen esetben az ok a kísérő reumatoid arthritis volt és nem az ephólyag tumor.

Első tapasztalatunk öntágulós, végig fedett, Y alakú fémstenttel

Markóczy Zsolt¹, Fülöp Andrea¹, Hertel Katalin¹, Kis Sándor¹, Rojkó Lívia¹, Udud Katalin¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest

Az OKTPI Bronchológiai Rendelőben egy 66 éves oesophagustumor miatt nyelőcsőstentelt betegnél a daganat tracheára és főhörgőkre terjedése miatt y alakú végig fedett stent behelyezésére került sor. Előadásunkban az eset kapcsán bemutatjuk ezen stent behelyezésének lépéseit, illetve összefoglaljuk előnyeit és hátrányait más típusokhoz képest

BAL és transzbronchialis tüdőbiopszia interstitialis tüdőbetegségekben

Müller Veronika¹, Bohács Anikó¹, Eszes Noémi¹, Süttő Zoltán¹, Komlósi Zsolt¹, Losonczy György¹

¹Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

A nagy felbontású (HR)CT elterjedése a pulmonológiai gyakorlatban jelentősen javította az intersitialis tüdőbetegségek (ILD) pulmonológiai diagnosztikáját. Az ILD-k háttérében álló kórállapotok igazolásában a bronchosopia fontos szerepet játszik. A Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján évek óta nagy tapasztalat gyűlt össze a broncholaveolaris lavage (BAL)

sejtszintű analízise során, mely a különböző ILD-k diagnosztikájában fontos szerepet játszik. A klinikai kép, HCRT és a BAL eredmények összessége sok esetben lehetővé teszi az ILD-team számára a végleges diagnózis felállítását, így sok esetben nincs szükség további invazív mintavételre. ILD-k esetében kiegészítő vizsgálóként elvégzett transzbronchialis tüdőbiopszia diagnosztikus értéke is összegzésre kerül. Az előadásban a BAL pontos kivitelezését, diagnosztikus értékét és a transzbronchialis biopsziák klinikai eredményeit mutatjuk be az elmúlt évek tapasztalatai alapján.

A szokványos és az extrém ritka- avagy a 84 éves férfi mellúri folyadék, és ami benne van

Papp Emőke¹, Dr.Sárosi Veronika¹

¹PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

84 éves férfi kerül a kórházba mellúri folyadékkal. Mindannyian sorra vesszük a leggyakoribb diagnózisokat, melyekre számítunk és elkezdünk kutakodni. Mi is így tettünk, de a nehéz kivizsgálás nem várt eredményeket hozott. 2016 februárjában idős férfibeteget vettünk fel jobb mellúri folyadék miatt osztályunkra. Az anamnézis nem mutatott irányt. A mellkas punctioja során exudátumot nyertünk, melyet elküldtünk többek között pathológiai feldolgozásra is. A mellkas CT volt az első nem szokványos eredmény: homokóra jelleggel megjelenő lágyrész terime a gerinc jobb oldalán a gerincvelő felé terjedve, melyet a későbbi gerinc MR is igazolt. Az óra ketyegett, vártuk a pathológiai véleményt, hiszen definitív szövettan nélkül nincs terápia, de a tapasztalt pathológusnak is feladtuk a leckét. Több alkalommal történt mellkas punctio, a mellúri folyadékból történt szokványos sejtblokk, küldtünk EDTA-s mintát FISH-re, volt crista biopszia, kariotipizálás is. A gerinc melletti lágyrész terime direkt CT vezérelt biopsziája is megtörtént. Felmerült tüdő adenocarcinoma, neuroendokrin tumor is. Majd körvonalazódni kezdett, hogy hematológiai kórképpel állunk szemben... Az idő mindenre választ adott, az eset pedig azt mutatja meg, hogy a klinikum mellett mennyire fontos a szakmák kooperációja, a molekuláris diagnosztika, mennyi előnyt jelenthet, ha bizonyos technikák rendelkezésünkre állnak és akkor egy extrém ritka betegség is kezelhető lehet...

Mellkasi tumoros betegek Intenzív ellátása. Kit, mikor, meddig, és mennyiért lássunk el Intenzív osztályon?

Rozgonyi Zsolt¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Az intenzív terápiás ellátás a legnagyobb pénzigényű ellátás. A napi költség általában 100e-1M HUF -ig terjed általában. A tumoros betegek intenzív osztályos felvételére gyakran a műtétet követően (akut tüdő / szív és keringési elégtelenség, szepszis), kemoterápia közben és után (lázás neutropénia, immun-pneumonitis) vagy egyéb (thrombemboliás, hydrothorax) szövődmények (keringési és légzési elégtelenség, shock) miatt kerül sor.

Az aneszteziológus szakma a nagyobb pénzeszközök felhasználása miatt mindig ütköző pont a gyógyítás kiterjesztése és a rendelkezésre álló erőforrás lehetőségek között. Ennek észszerű felhasználása során a beteg kezelésének hatékonysága, a kezelés által nyerhető minőségi élettartam befolyásolja a kezelés kiterjesztésének vagy beszüktetésének döntéshozatalát. A betegség kezdetén is alacsony Karnofsky performansz pontérték limitáló tényező lehet az ellátás kiterjesztésében. Az intenzív terápiás szakma álláspontja szerint "nem az intenzív osztályon kell meghalni a gyógyulásban már nem reménykedő betegeknek".

A gyógyítás kiterjesztését törvényi, társadalmi szokásjog és erkölcs, pénzügyi tényezők és nem utolsósorban a gyógyíthatóság határozza meg. AZ előadásban ezek egymásra hatását és a végső döntésekben való szerepüket ismerteti az előadás 15 percben.

Tüdő laphám carcinoma ritka metastasisa

Simon Ildikó¹

¹PTE ÁOK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Á.Zs. 56 éves nőbeteg esetét mutatom be:

2007-ben tüdőműtét, melynek szövettani vizsgálata carcinoma planocellulare non keratoides pT3 N1 volt.

Ezt követően 2 ciklus posztop. kemoterápiát (Gemcitabin+Cisplatin) kapott. 27 alkalommal napi 2 Gy sugárterápiában is részesült.

Rutin mellkas CT-n észlelt jobb oldali veseelváltozás miatt 2009.10.14-én transzperitoneális behatolásból a nagyméretű vese térfoglaló folyamat radikális eltávolítását és regionális lymphadenectomiát végeztek PTE ÁOK Urológiai Kinikán.

Szövettan: 2009.10.14.: Carcinoma planocellulare partim keratosum iinvasivum metastaticum (vese metastasis). 2007 óta nem dohányzik, alkoholt nem fogyaszt. Gyógyszerei: Aspirin Protect, Refluxon, Furon heti 2 alkalommal, Kálium-R Gyé.: nem ismert.

Az elmúlt 7 évben rendszeres pulmonológiai és onkológiai kontrollok során jól van, aktív életet él. Időnként enyhe azotaemia jelentkezik.

A laphám carcinomák esetében ritkán jelentkezik vese metastasis, egyrészt emiatt, másrészt az onkológiai szempontból siker történet miatt szeretném bemutatni.

Glasgow Prognostic Score (GPS) vizsgálata előrehaladott tüdőrákban szenvedő betegek között

Szalai Zsuzsanna¹, Szipócs Annamária¹, Potyó Katalin Borbála¹, Szász Zoltán¹

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr

A tüdőrákos betegek aktív onkológiai kezelésre való alkalmasságát a szakmai ajánlások szerint a TNM stádium és a performance státusz (PS) alapján döntjük el. Egyre több evidencia születik arra, hogy a szisztémás gyulladással járó válasz (emelkedő CRP-ből és csökkenő Albumin-ból számított) GPS (Glasgow Prognostic Score) független prediktora a túlélésnek és a terápiás válasznak. Vizsgálatunk célja a GPS retrospektív elemzése előrehaladott (St. III-IV) tüdőrákos betegeink között. Az ismert irodalmi adatok alapján vizsgáltuk a GPS és módosított mGPS klinikai használhatóságát, különös tekintettel arra, hogy alkalmas-e megbecsülni az onkológiai kezelés (műtét, kemoterápia, kemoradioterápia, sugárkezelés, biológiai kezelés, immunterápia, célzott kezelés) hatékonyságát és a biztonságosságát (mellékhatás, dózishalasztás, dózis felfüggesztés). Retrospektív módszerrel, 100 lokálisan előrehaladott vagy metasztatikus tüdőrákos beteg dokumentációját dolgoztuk fel, a demográfiai adatok és laborparaméterek, valamint az PS és GPS függvényében vizsgáltuk a kezelésre adott választ, a túlélést és a kezelés tolerálhatóságát, különös tekintettel a toxikus mellékhatásokra.

Vizsgálatunkkal – az irodalmi adatokkal megegyezően – azt találtuk, hogy a GPS 0 a hosszabb túléléssel és a kezelés jobb tolerálhatóságával, a GPS 2 pontszám a rövidebb túléléssel és a toxikus mellékhatások magasabb kockázatával függ össze. A kezelés előtti GPS felmérése a PS mellett további hasznos adatokkal szolgál a klinikusnak a megfelelő kezelés kiválasztásában.

Intravénás szedálás a bronchoscopos diagnosztikus és terápiás beavatkozások alatt

Szabó Zoltán

PTE KK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs

Az orvostudomány legtöbb területére jellemző tendenciákkal összhangban a bronchoscopiákhoz ideális intravénás szedációs lehetőségek terén is jelentős határfeszítésnek lehetünk tanúi. Az egyre optimálisabb hatásmechanizmusú gyógyszerek kifejlesztése fokozatosan érlelte annak a

lehetőségét, hogy a parenterális „altatószerek” adagolása már ne csak aneszteziológus által történhessen. A közeli jövő egyik racionális célja, hogy e korszerű technikák és gyógyszerek használata fokozatosan kikerüljön az altatóorvosi privilégiumból. Megfelelő protokollok és kompetencia szintek biztosításával el kell jutnunk majd arra a szintre, hogy a szükséges eszközök biztosításával tüdőgyógyász szakemberek végezzék a hörgőtükrözéshez szükséges szedációkat. A légútbiztosításban történő jártasság megkérdőjelezhetetlen, a TIVA (totál intravénás anesztézia) pedig egy könnyen megtanulható módszer. A jogi és az edukációs háttér létrehozása pedig nyilvánvalóan a Magyar Tüdőgyógyász és a Magyar Aneszteziológus és Intenzív Terápiás Társaság közös feladata kell, hogy legyen.

Konkomitáló kemo- radioterápia gyakorlata a győri onkolpulmonológiai ellátásban
Szász Zoltán¹, Herodek Gabriella², Szalai Zsuzsanna¹, Ambrus Adél²

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia Osztály, Győr, ²Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Onkoradiológiai Osztály, Győr

A szerzők a győri Petz Aladár Megyei Oktatókórház onkolpulmonológiai ellátásban az új sugárterápiás rendszerrel szerzett tapasztalatokat, az elmúlt 1 év eredményeit foglalták össze lokálisan előrehaladott, nem- kissejtes tüdődaganatos betegek kezelésében.

A bronchoscopos vizsgáló berendezésének szempontjai

Szilás Gábor¹, Horváth Miklósné¹, Saródi Vivien¹, Erdődi Zoltán¹, Kondora Zsanett¹, Tóth E. Zsuzsanna¹, Szima Barna¹

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Tüdőgyógyászati Osztály, Szombathely

Az osztályunk mellett működő Bronchológiai Ambulancia eszközparkja 2003-ban jelentősen korszerűsödött, ekkor került beszerzésre a C -íves digitális képerősítő mellett a videoendoscopos rendszer, a Laser készülék és az ultrahangos vizsgálatokra alkalmas berendezés is.

Az elmúlt években folyamatos korszerűsítés zajlott, a Nd-Yag Lasert elektrokauter váltotta fel, a videoendoscopos processzor és az eszközök is megújultak. A legutóbbi beszerzés az Olympus EBUS vizsgálatokra alkalmas EU-ME2 tornya volt, amit a gasztroenterológusokkal megosztva használunk, megfelelő időbeosztás szerint.

Jelenlegi eszközparkunk: Evis Exera II CV-180, Evis Exera II CLV-180 processzor, videoendoscopok, BF UC180F EBUS vizsgálatokra alkalmas endoscop, EU M30S ultrahangos egység, EMED es 350 elektrokoagulátor, GE Compact 7700 digitális képerősítő, Storz D-light AF egység fiberscoppal, Storz merev bronchoscopok tartozékokkal.

Szeretnénk kiemelni a vizsgálóágy szerepét, transztorakális tüdőbiopszia, ill. bronchoscopos mintavételek szövödményei esetén azonnal Trendelenburg helyzetbe hozható a mobil műtőasztal, ahogy legutóbb egy masszív vérzés esetén jelentősen hozzájárult a helyzet megoldásához.

A videoendoscopos rendszerek nem mobilizálhatóak, kórházunkban a fiberscopot használjuk korszerű, LED-es fényforrással az intenzív osztályos konzíliumok során.

Bemutatjuk a rendelkezésünkre álló térben a műszerek, tornyok, készülékek, védőfelszerelés elhelyezését, ami meg kell, hogy feleljen a mindennapi rutin vizsgálatoknak, de intervenció, szövödmény, merev bronchosopia esetén a sürgősséggel elvégzendő beavatkozások feltételeire is gondolnunk kell.

Diagnózis: tüdőembolia. Vagy tüdőrák. Vagy mégsem?

Tóth-Lipták Judit¹, Dr. Rózsavölgyi Zoltán¹, Dr. Tiszlavicz Zoltán², Dr. Ugocsai Katalin¹
¹Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, II/2, Deszk, ²Szegedi Tudományegyetem, Pathologiai Intézet, Szeged

Az 1939-ben született, mindaddig hypertoniával és hypothyreosisal kezelt nőbetegünk elhúzódo köhögés, valamint terhelési dyspnoe miatt jelentkezett a tüdőgondozóban, első ízben 2015 második felében. Panaszai háttérében először krónikus sinusitist vélelményeztek és nasalis steroid használatát javasolták. A decemberben készült mellkas röntgen kétoldali, dominálón bazális lokalizációjú transparentia csökkenést írt le, amit elsősorban tüdőgyulladásnak gondoltak, de dyspnoe és társuló deszturáció (spontán SO₂: 86% körüli) alapján tüdőembolia alapos gyanúja is felmerült. Osztályos felvételét megelőzően panaszai fokozódása miatt így sürgősségi osztályra került, ahol mellkasi angio CT vizsgálat történt, mely a pulmonalis emboliát kizárta, ám kétoldali részleges atelectasiát jelzett, melynek háttérében felvetette tumor lehetőségét is. Osztályunkon bronchoscopiás vizsgálattal dominálón az alsó lebenyszájadékokat mindkét oldalon sűrű, tapadós váladék obstruálta. Az izzadmány az eszközt több alkalommal eltömítette, mucoid impactatio jellegzetes képét mutatta. A hörgőmosó folyadék cytologiai vizsgálata negatív lett, mikrobiológiai vizsgálat kórokozót nem jelzett. A vizsgálatot követően intravénás nyákolódó alkalmazására és gyógytornász által forszírozott expectoratio segítségével bőséges mennyiségű légúti váladéka ürült, rebrochoscopia során már lényegében anatómiai viszonyokat találtunk. Légzésfunkciós vizsgálattal ventilációs zavarra utaló értékek nem látszottak. Az egy hónappal későbbi tüdőgondozói kontroll során már panaszmentes volt, mellkas RTG eltérést nem igazolt. A mucoid impactatio nem túl ritka oka a bronchus obstrukciónak. Esetünkkel arra próbálunk rámutatni, hogy okozott tünetei és röntgen morfológiája akár malignitást is utánozhat, így a képpalkotókkal nyert iránydiagnózis ellenére is okozhat meglepetéseket a hörgőtükrözés.

PNO-NO!

Varga Judit Kata¹, Grmela Gábor¹, Török Klára², Pápai-Székely Zsolt¹

¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár, Budapest, ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkasebészeti Klinika, Budapest

68 éves férfibeteg hét éve állt tüdőgyógyászati gondozás, rendszeres mellkas CT követés alatt, kétoldali apró pulmonalis góccok, mérsékelt mediastinalis lymphadenomegalia miatt, melyek változást nem mutattak.

Vizsgálatunk előtt 8 hónappal légzési státusza romlott, dyspnoe jelentkezett, terhelhetősége romlott, légzését akkortól „hangosnak érezte”.

Elvégzett kontroll mellkas CT-n novumként bal alsó lebenyi foltos dystelektasia, bal oldali hilaris lymphadenomegalia fokozódása, bal hilusi peribronchialis lágyrészek kiszélesedése, bal főhörgőben intrabronchialisan hypodens képlet jelent meg. Elvégzett kétszeri bronchosocopia során a tölcérszerűen beszűkült, fellazult, szőlőfürtszerűen bedomborodó nyálkahártyájú bal főhörgőből vett szövettani minta gyulladt, időnként metaplasiat mutató eredményt adott.

Továbbiakban felmerült sebészi mintavétel, melyet megelőzően PET-CT készült. PET-CT vélemény alapján az érintett pulmonalis terület egyaránt volt gyulladásosnak és malignusnak is tartható. Mellkasebészeti vélemény alapján bal oldali pulmonectomia lehetősége felmerült, melyet megelőzően ismételt verifikációs kísérlet mellett döntöttek.

Ekkor került a beteg bronchológiai ambulanciánkra, ahol merev csöves bronchosocopia során a bal főhörgőből körülbelül 1,5x1 cm-es idegentest (csontdarab) eltávolítása történt meg. Két héttel később, kontroll bronchosocopia lényegében ép, gyógyult endobronchialis képet mutatott.

Most adjam el a háziiorvosi praxisomat?

Zelenák Eszter¹

¹*Tüdőgyógyintézet Törökbalint, I. Osztály, Budapest*

56 éves háziorvos Kollégánő jobb alsó lebenyi subpleuralis, szabálytalan kontúrú terime, kétoldali multiplex apró góccáryékok, mediastinalis nyirokcsomó konglomerátum és jobb hilusi patológias méretű nyirokcsomó kivizsgálása céljából érkezett osztályunkra teljes kétségbeesésben. A mellkas CT a máj jobb lebenyében is egy 4,5 cm-es hypodens terimét írt le. Elmondása szerint 4 hónappal korábban karácsonyi dekoráció szerelése közben egy létráról leesett, a jobb oldalát nagyon megütötte, az elkészült rtg felvétel a bordatörést kizárta és más kóros sem ábrázolódott.

2 hónappal korábban pedig Indiában töltött 3 hetet, immáron 21. alkalommal, húgyúti infekcióra utaló tünetekkel tért haza. 3-4 héttel felvétele előtt mindkét lába ödémássá, fájdalmassá vált, majd több cm-es csomók lettek rajta. Így kezdődött a kivizsgálása. Radiológiai leletei alapján meg volt győződve, hogy sorsa már menthetetlen, kiterjedt daganatos betegsége van. A diagnosztikai lépések szerencsére ezt megcáfolták.

Primer pulmonális meningeoma

Zsoldos Gábor¹, Pápai-Székely Zsolt¹

¹*Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia Osztály, Székesfehérvár*

Az extracranialis illetve extraspinalis elhelyezkedésű primer meningeomák igen ritkán előforduló neopláziák, de a pulmonális lokalizáció extrém ritkaság. Az 1981-ben, Erlandson által leírt első eset óta, kevesebb, mint 45 betegnél fedeztek fel eddig primer pulmonalis meningeomát, melyből öt bizonyult malignusnak.

Többnyire mellkas CT-n felfedezett solitaer nodule, sebészi biopsziájából derül fény a szövettanra. Egy általunk kivizsgált eset kapcsán mutatnánk be a kórképet.

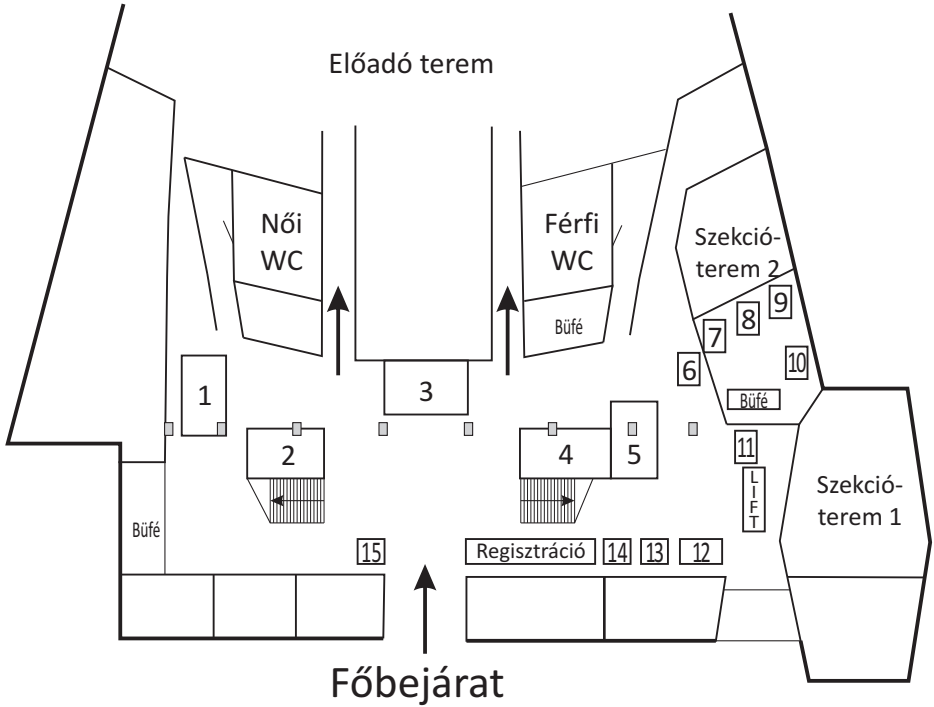
Intrapleurális fibrinolysis

Zsoldos Gábor¹, Grmela Gábor¹, Pápai-Székely Zsolt¹

¹*Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia Osztály, Székesfehérvár*

A pneumoniák többsége szövődménymentesen gyógyul az adekvát antibiotikus kezelésre. Számos esetben azonban parapneumoniás folyadék illetve empyema alakul ki. A késői vagy nem megfelelő kezelésre komplikált, többszörösen letokolt folyadékgyülem miatt az "egyszerű" mellkasi drainagenem elegendő. Ilyenkor mellkassébeteti megoldásként VATS műtétet végeznek. Osztályunkon több alkalommal végeztünk ezekben az esetekben intrapleurális fibrinolysist, mely hasonlóan jó eredményeket mutatott

KIÁLLÍTÓI ALAPRAJZ



Stand száma	Cégnév
1	Pfizer Kft.
2	AstraZeneca Kft.
3	Bristol-Myers Squibb Kft.
4	Roche Magyarország Kft.
5	Lilly Hungária Kft.
6	Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.
7	Bus-Oxy Kft.
8	Anamed Kft.
9	Scanomed Kft.
10	CSL-Behring Kft.
11	Elektro-Oxigén Kft.
12	Linde Gáz Magyarország Kft.
13	MicroMedical Kft.
14	Teva Gyógyszergyár Zrt.
15	MSD Pharma Hungary