



MTT ONKO 2013

P R O G R A M

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság Onkopulmonológiai Szekciójának konferenciája



Danubius Hotel Hévia
Budapest
2013. november 28-30.

www.tudogyogysz.hu

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság Onkopulmonológiai Szekciójának konferenciája

Danubius Hotel Hélia, Budapest
2013. november 28 - 30.

A Konferencia elnöke:

Ostoros Gyula

A Szervező Bizottsága elnöke:

Döme Balázs

Szervező Bizottság tagjai:

Bogos Krisztina
Moldvay Judit
Szondy Klára

Tudományos Bizottság tagjai:

Balikó Zoltán
Bogos Krisztina
Csekeő Attila
Döme Balázs
Horváth Ákos
Kecskés László István
Kovács Gábor
Losonczy György
Moldvay Judit
Ostoros Gyula
Pápai-Székely Zsolt
Somfay Attila
Szilasi Mária
Szondy Klára

Konferencia Titkárság:

CHEMOL TRAVEL (Weco Travel Kft.)
Beutazási és Kongresszusi Osztály

Iroda címe: H-1075 Budapest, Rumbach S. u. 19. (Rumbach Center 7. em.)

Tel/Fax: 266-7032/266-7033

E-mail: mtt@chemoltravel.hu

LEGFONTOSABB TUDNIVALÓK

A rendezvény helyszíne:

Danubius Hotel Hélia
H-1133 Budapest, Kárpát u. 62-64.

A rendezvény ideje:

2013. november 28., csütörtök: 15:00-20:00
2013. november 29., péntek: 09:00-20:00
2013. november 30., szombat: 09:00-13:00 óráig.

Regisztrációs iroda nyitvatartási ideje a kongresszus helyszínén

2013. november 28., csütörtök: 14:00-18:00
2013. november 29., péntek: 08:30-18:00
2013. november 30., szombat: 08:30-13:00

Akkreditálás

A kredit pontok igazolásához a jelenléti ív aláírása szükséges. (pontos cím és orvosi pecsétszám feltüntetésével).

Előadások

Az előadások a Danubius Hotel Hélia C. szintjén (konferencia szint) a Hélia teremben lesznek. Az időpontokat és az előadások időtartamát a részletes tudományos program tartalmazza.

Kérjük az előadókat, hogy az előadásokat tartalmazó fájlokat (illetve adathordozókat) preferáltan a regisztrációkor, de legkésőbb az adott szekció megkezdése előtt 20 perccel (ha kávészünet van, annak megkezdésekor) ***adják át a technikai személyzetnek!***

Nyomatékosan kérjük az előadókat az előadások időtartama, a szekcióelnököket pedig a rendelkezésre álló időkeret szigorú betartására!

Étkezés

A kávészüneteken névkitűzőjének viselésével tud részt venni. Az ebédekre és a gálavacsorára kérjük, a regisztrációkor kapott meghívókat/jegyeket hozzák magukkal!

Parkolás

A szálloda parkolója térítés ellenében vehető igénybe.
Parkolási díj: 3.000 Ft/nap/autó
A szálloda környező utcáiban a parkolásért fizetni kell.
(H-P: 8:30-18:00 között 440 Ft/óra).

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2013. november 28. (csütörtök)	
15:00	Érkezés, Regisztráció, Büfé uzsonna
16:30-18:00	Bejelentett előadások
18:00-19:00	Roche Szimpózium
19:30	Megnyitó
20:00	Vacsora
2013. november 29. (péntek)	
09:00-10:30	Tüdőrák 2013: State of the Art előadások
10:30 - 11:00	Kávészünet
11:00-12:00	Mezotelioma
12:00-13:00	Lilly Szimpózium
13:00	Ebéd
14:00-15:00	Tüdő neuroendokrin tumorai
15:00-16:00	AstraZeneca Szimpózium
16:00 - 16:30	Kávészünet
16:30-18:00	Bejelentett előadások
18:30-	Bankett
2013. november 30. (szombat)	
09:00-10:00	Kazuisztikai előadások
10:00-11:00	Boehringer szimpózium
11:00 - 11:30	Kávészünet
11:30-12:50	Kazuisztikai előadások
13:00 - 13.15	Eredményhirdetés, Zárszó
13.15	Ebéd

RÉSZLETES TUDOMÁNYOS PROGRAM

2013. november 28. (csütörtök)

15:00 Érkezés, Regisztráció,

16:30-18:00 *Bejelentett előadások*
Üléselnökök: Balikó Zoltán, Döme Balázs

16.30-16.45 **B1-01**
B-sejt marker expresszió vizsgálata korai stádiumú tüdő adenocarcinomákban

¹Fábián Katalin; ²Pápay Judit; ³Fillinger János; ⁴Bogos Krisztina; ¹Losonczy György; ⁵Krenács Tibor; ⁶Tímár József; ¹Moldvay Judit

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Budapest;
²Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és Lágyszövetpatológiai Osztály, Budapest;
³Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest; ⁴Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, IV. Tüdőbelosztály, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Tumormorfológiai Labor, Budapest; ⁶Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

16.45-17.00 **B1-02**
Antiangiogén receptor tirozinkináz-inhibitorok hatása a tumoros érhálózatra és a daganatos perfúzióra

¹Török Szilvia; ²Végvári Ákos; ³Tóvári József; ²Marko-Varga György; ⁴Paku Sándor; ⁵Hegedűs Balázs; ¹Döme Balázs
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Tumorbólógia, Budapest; ²Biomedical Center, Lund University, Clinical Protein Science & Imaging, Lund, Svédország; ³Országos Onkológiai Intézet, Kísérletes Farmakológiai Osztály, Budapest; ⁴Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest; ⁵Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Molekuláris Onkológia Kutatócsoport, Budapest

17.00-17.15

B1-03

Szubtípus specifikus KRAS mutációk szerepének vizsgálata platina bázisú kemoterápia esetén

^{1,2}Lohinai Zoltán; ¹Cserapes T. Mihály; ¹Ostoros Gyula;
^{3,4}Rásó Erzsébet; ⁴Barbai Tamás; ^{3,4}Tímár József; ^{1,2}Rózsás Anita;
⁵Moldvay Judit; ⁶Kovalszky Ilona; ⁵Fábián Katalin;
⁷Gyulai Marton; ^{2,8}Ghanim Bahil; ²László Viktória; ²Klikovits Thomas;
^{2,8}Hoda Mir Alireza; ⁸Grusch Michael; ⁸Berger Walter;
²Klepetko Walter; ^{2,4}Hegedűs Balázs; ^{1,2}Döme Balázs
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;
²Medical University of Vienna, Division of Thoracic Surgery, Austria;
³Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest;
⁴Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Molekuláris Onkológiai Kutatócsoport, Budapest;
⁵Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;
⁶Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest;
⁷Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ⁸Medical University of Vienna, Institute of Cancer Research, Department of Internal Medicine I, Austria

17.15-17.30

B1-04

Castleman betegség mellkassebészeti kezelése

¹Vágvölgyi Attila; ¹Heiler Zoltán; ²Fillinger János; ¹Kas József;
¹Fehér Csaba; ¹Molnár Miklós; ¹Csekeő Attila; ¹Vadász Pál
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológiai Osztály, Budapest

17.30-17.45

B1-05

Colorectalis eredetű tüdőáttétek sebészete

¹Kas József; ²Agócs László; ¹Csekeő Attila; ¹Fehér Csaba;
¹Heiler Zoltán; ²Kocsis Ákos; ¹Molnár Miklós; ¹Vágvölgyi Attila; ¹Vadász Pál
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest

17.45-18.00

B1-06

Cisplatinnal kezelt betegek tartós hidrálása fiziológiás konyhasó oldattal

¹Máthé Csaba; ¹Csósza Györgyi; ¹Komlósi Zsolt; ¹Szondy Klára; ¹Losonczy György
¹Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

18:00-19:00 **Roche Szimpózium: Célzott terápiák szerepe a nem-kissejtes tüdődaganatokban**
Üléselnök: Döme Balázs

Folyamatos VEGF-gátlás jelentősége az NSCLC kezelésében

Sárosi Veronika, Döme Balázs

EGFR gátlás szerepe a tüdőadenokarcinomák terápiájában

Szondy Klára

Tarceva alkalmazása az EGFR vad mutációstátuszú tüdőrákokban

Ostoros Gyula

19:30 **Megnyitó**
Döme Balázs, Ostoros Gyula, Kovács Gábor

20.00

Vacsora

2013. november 29. (péntek)

09:00-10:30 **Tüdőrák 2013.**

Üléselnökök: Losonczy György, Kovács Gábor

09:00-09:30

Patológia: State of Art

Khoór András

Mayo Clinic, Department of Laboratory Medicine and Pathology, Jacksonville, Florida, USA

09:30-10:00

Best of Sydney

Ostoros Gyula

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

10:00-10:30

Discussio

10:30-11:00

Kávészünet

11:00-12:00 **Mesothelioma**

Üléselnökök: Lang György, Bártfai Zoltán

11.00-11.15

Patológia

Sápi Zoltán

Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai Intézet, Budapest

11.15-11.30

Sebészet

Kecskés László

Markusowsky Kórház, Szombathely

11.30-11.45

Gyógyszeres kezelés

Szondy Klára

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

11.45-12.00

Discussio

12:00-13:00

Lilly Szimpózium

Üléselnökök: Szilasi Mária, Kovács Gábor

Köszöntés és bevezetés

Kovács Gábor

Szempontok az előrehaladott nem-laphámsejtes NSCLC-ben szenvedő beteg kemoterápiás stratégiájának tervezéséhez

Csada Edit

Az Alimta (pemetrexed) folyamatos fenntartó terápia biztonságossága és kihatása az életminőségre

Bogos Krisztina, Gálffy Gabriella

Alimta folyamatos fenntartó terápia az Alimta kezelés új „standard of care”-je? Kerekasztal megbeszélés

Ferenczi Enikő, Juhász Erzsébet, Morócz Éva

Hozzáférés az Alimta terápiás alkalmazásaihoz és finanszírozásuk

Kovács Gábor

Összefoglalás

Szilasi Mária

13:00-14:00

Ebéd

14:00-15:00

A tüdő neuroendocrin tumorai

Üléselnökök: Csekeő Attila, Szilasi Mária

14:00-14:15

Patológia

Tímár József

Semmelweis Egyetem, II. sz. Pathológiai Intézet, Budapest

14:15-14:30

Gyógyszeres kezelés

Moldvay Judit

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

14:30-14:45

Sebészet

Vadász Pál

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

15:00-16:00 Astra Zeneca Szimpózium - TKI - Gefitinib kezelés a mindennapi gyakorlatban
Üléselnök: Kovács Gábor

- 15.00-15.25 **A gefitinib hatékonysága EGFR mutáns kaukázusi beteg populációban az IFUM vizsgálat eredményei alapján**
Ostoros Gyula
- 15.25-15.35 **Gefitinib kezelés ritka mutációban (esetismertetés)**
Moldvay Judit
- 15.35-15.45 **Gefitinib kezelés kettős EGFR mutációval rendelkező betegnél (esetismertetés)**
Sárosi Veronika
- 15.45-16.00 Diskusszió
- 16.00-16.30 Kávészünet

16:30-17:45 Bejelentett előadások
Üléselnökök: Sárosi Veronika, Strausz János

- 16.30-16.45 **B2-01**
A VATS lobektómia helye a tüdőtumorerkezelésében
¹Agócs László; ¹Kocsis Ákos; ¹Török Klára; ¹Mészáros László;
¹Farkas Attila; ¹Gieszer Balázs; ^{1,2}Lang György; ^{1,2}Rényi-Vámos Ferenc
¹Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ²Orvostudományi Egyetem, Mellkassebészeti Tanszék, Bécs, Ausztria
- 16.45-17.00 **B2-02**
Lézerkés segítségével elvégzett tüdőmetasztaszektómia során szerzett első tapasztalataink
¹Kocsis Ákos; ¹Agócs László; ¹Török Klára; ¹Mészáros László;
¹Farkas Attila; ¹Gieszer Balázs; ^{1,2}Rényi-Vámos Ferenc; ^{1,2}Lang György
¹Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ²Orvostudományi Egyetem, Mellkassebészeti Tanszék, Bécs, Ausztria
- 17.00-17.15 **B2-03**
A tüdőrák citosztatikus kezelésének haematológiai

szupportációja –Aramis Pharma

¹Gálffy Gabriella

¹*Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Onkológia, Budapest*

17.15-17.30

B2-04

***Az onkopulmonológiai betegek szupportív táplálás -
terápiájának újszerű szemlélete***

¹Szilasi Mária

¹*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

17:30-17:45

B2-05

***Hospice ellátás megvalósításának terve pulmonológiai
osztályon***

¹Kissné Galamb Julianna; ²Csada Edit

¹*Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk*

18:30 - tól

Bankett

09:00-10:00 *Kazuisztikai előadások*
Üléselnökök: Horváth Ákos, Bogos Krisztina

- 09.00-09.10 **K1-01**
Pulmonalis neuroendokrin tumorból hajas-sejtes leukémia
¹Masszi András; ²Vadász Pál; ³Csomor Judit; ²Soltész Ibolya; ³Kovalszky Ilona; ⁴Tóth Erika; ⁵Czaller Ibolya; ⁵Gálffy Gabriella; ²Pénzes István; ¹Benedek Szabolcs; ¹Farkas Péter
¹Semmelweis Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika, Budapest; ²Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ³Semmelweis Egyetem, I. Patológiai Intézet, Budapest; ⁴Országos Onkológiai Intézet, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 09.10-09.20 **K1-02**
Ritka típusú tüdődaganat egy fiatalkori eset kapcsán
¹Fodor Andrea; ¹Lajtos Melinda; ¹Sárközi Anna; ¹Vass József; ²Tóth László; ¹Szilasi Mária
¹Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen; ²Debreceni Egyetem OEC, Patológia Intézet, Debrecen
- 09.20-09.30 **K1-03**
Metasztázis vagy mész?
¹Hidvégi Edit; ¹Monostori Zsuzsanna; ¹Vadász Pál; ¹Gajdócsi Réka; ¹Ostoros Gyula
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 09.30-09.40 **K1-04**
Elsődleges tüdőszarkóma kiterjesztett sebészeti kezelése
¹Kas József; ¹Csekeő Attila; ²Markóczy Zsolt; ³Farkas Csilla; ⁴Rozgonyi Zsolt; ⁴Zsikla Katalin; ⁵Fillinger János; ⁵Kajdácsi Zita; ¹Heiler Zoltán; ¹Vadász Pál
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest; ³Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, I. Tüdőosztály, Törökbálint; ⁴Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Budapest; ⁵Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest

09.40-09.50

K1-05

Bronchoszkópos intervenció szerepe a carcinoid tumor ellátásában

¹Török Zsófia Laura; ²Gmela Gábor; ³László Terézia;
⁴Benkő István; ¹Sárosi Veronika

¹Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs; ²Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár; ³Pécsi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Pécs

09.50-10.00

K1-06

Májrányog vagy.....?

¹Kis Adrián; ¹Szondy Klára; ²Landherr László; ³Gerő Gábor
¹Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Budapest; ²Uzsoki kórház, Onkoradiológia, Budapest; ³Szent János Kórház, Patológia, Budapest

10:00-11:00

Boehringer Szimpózium - Az EGFR diagnosztika útvesszői nemkissejtes tüdőrákban

Üléselnökök: Döme Balázs

Molekuláris patológiai vizsgálatok. Módszerek. Szenzitivitás. Validáció. Tapasztalataink az EGFR M meghatározással intézetünkben.

Kovalszky Ilona

Új terápiás lehetőségek EGFR M+ nemkissejtes tüdőrákban. Fókuszban a LUX Lung program.

Szondy Klára

Ritka mutációk klinikai relevanciája.

Moldvay Judit

Kérdések/ megbeszélés

Elnöki zárszó

11:00-11:30

Kávészünet

11.30-11.40

K2-01***Óriás mellkasi tumor. Műteni vagy nem műteni?...***

¹Kas József; ¹Csekeő Attila; ¹Molnár Miklós; ¹Vágvölgyi Attila; ²Markóczy Zsolt; ²Szabó Emese; ³Grmela Gábor; ⁴Varga Judit; ⁵Héjja Mária; ⁵Pénzes István; ⁵Rozgonyi Zsolt; ⁶Fillinger János; ⁶Soltész Ibolya; ⁷Szőke János; ¹Vadász Pál
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia Osztály, Budapest; ³Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Pulmonológia Osztály, Székesfehérvár; ⁴Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Pulmonológia Osztály, Székesfehérvár; ⁵Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, AITO, Budapest; ⁶Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia Osztály, Budapest; ⁷Országos Onkológiai Intézet, Patológia Osztály, Budapest

11.40-11.50

K2-02***A mindent tudó PETCT és a gondos fizikális vizsgálat***

¹Hollósi Virág

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

11.50-12.00

K2-03***Tüdődaganat kialakulása transzplantált tüdőben***

¹Podmaniczky Eszter; ¹Süttő Zoltán; ²Bajcsay András; ³Soltész Ibolya; ³Fillinger János; ⁴Pénzes István; ⁵Csekeő Attila; ¹Csiszér Eszter

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest; ²Országos Onkológiai Intézet, Sugárterápiás Osztály, Budapest; ³Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Patológiai Osztály, Budapest; ⁴Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Intenzív Terápiás Osztály, Budapest; ⁵Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest

12.00-12.10

K2-04

Célzott terápia – mi a cél?

¹Puskás Rita; ¹Losonczy György; ²Pápay Judit; ²Kovalszky Ilona; ¹Moldvay Judit

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;

²Semmelweis Egyetem, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

12.10-12.20

K2-05

Kharon kezének szorítása: Nemcsak Heraklész tért vissza az alvilágból.

¹Rozgonyi Zsolt; ¹Pénzes István; ²Kas József; ³Bogos Krisztina; ⁴Zsiray Miklós

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, AITO, Budapest; ²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest; ³Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, IV. Tüdőbelgyógyászat, Budapest; ⁴Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, XI. Tüdőbelgyógyászat, Budapest

12.20-12.30

K2-06

Leptomeningeális carcinosis vagy posterior reverzibilis encephalopathia szindróma? - Avastin kezelés mellett

¹Ruzsics István; ²Kálmán Endre; ³Nagy Ferenc; ⁴Fehér Máté; ⁵Somogyiné Ezer Éva; ¹Sárosi Veronika; ¹Balikó Zoltán

¹Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia Tanszék, Tüdőgyógyászat, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Pécs; ³Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológia, Kaposvár; ⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészet, Kaposvár; ⁵Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

12.30-12.40

K2-07

Bronchorrhoea kezelése pulmonalis adenocarcinómban: nagy kihívás!

¹Vincze Krisztina; ¹Bikov András; ¹Böcskei Renáta; ¹Bohács Anikó; ¹Müller Veronika

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest

12.40-12.50

K2-08

Multimorbiditás kezelési nehézségei

¹Sárközi Anna, ¹Vass József, ¹Szilasi Mária

¹Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika,
Debrecen

13:00

Eredményhirdetés, Adieu

13:15

Ebéd

[B2-01]

A VATS lobektómia helye a tüdőtumorerkezelésben

¹Agócs László; ¹Kocsis Ákos; ¹Török Klára; ¹Mészáros László; ¹Farkas Attila;

¹Gieszer Balázs; ^{1,2}Lang György; ^{1,2}Rényi-Vámos Ferenc

¹Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest;

²Orvostudományi Egyetem, Mellkassebészeti Tanszék, Bécs, Ausztria

Bevezetés: A minimál invazív lebenyeltávolítás az elmúlt évtizedben terjedt el Európában. A VATS lobectomiaalkalmazása tüdőrák esetén eleinte ellentmondásos volt. Beteganyag és módszer: 2012 április és 2013 októbere között 110 VATS lobectomia történt. A beavatkozások 80%-ában malignus daganat volt a műtėti indikáció. A tumor mérete egyetlen esetben sem volt 6 cm-nél nagyobb. A betegek átlagéletkora 54,4 , a műtėti idő 55-246 perc. A műtėti típusok megoszlása megfelel a nyílt műtétek megoszlásának. Egy betegnél hörgőplasztikát végeztünk. Minden esetben nyirokcsomó sampling történt. A betegek mobil szívórendszerre kerültek, elhelyezésük műtėti után normál kórteremben történt. Eredmények: Beteg nem veszítettünk el, vérzés miatt két konverzió, 2 esetben pedig reoperáció történt, egyik VATS módszerrel. Két beteg ITO-ra került, egyik kora és társbetegségei miatt observatio, a másik kardiális dekompenzáció miatt terápiás célból. Az idősebb, nagyobb BMI-vel rendelkező, valamint azok a betegek, akiknél bilobectomy történt, a nyílt műtét-hez képest sokkal jobban tolerálták a beavatkozásokat Következtetés: A VATS lobectomy tumoros betegeknél a kezdeti tapasztalatok alapján egyenértékűnek tűnik a nyílt lebenyeltávolítással. Idősebb, túlsúlyos, több társbetegséggel rendelkező betegeknél a műtėti megterhelés kisebb, a felépülés pedig gyorsabb a hagyományos, nyílt thoracotomyhoz viszonyítva.

[B1-02]

Antiangiogén receptor tirozinkináz-inhibitorok hatása a tumoros érhalózatra és a daganatos perfúzióra

¹Török Szilvia; ²Végvári Ákos; ³Tóvári József; ²Marko-Varga György; ⁴Paku Sándor; ⁵Hegedűs Balázs; ¹Döme Balázs

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Tumorsebészet, Budapest;

²Biomedical Center, Lund University, Clinical Protein Science & Imaging, Lund, Svédország;

³Országos Onkológiai Intézet, Kísérletes Farmakológiai Osztály, Budapest;

⁴Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest;

⁵Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Molekuláris Onkológia Kutatócsoport, Budapest

Célkitűzés Az antiangiogén receptor tirozinkináz-inhibitorok, melyek a fő angiogén receptorokat (VEGFR, PDGFR, FGFR) célozzák, ígértes tumorelles gyógyszerek, de mind a kísérletes, mind a klinikai eredmények ellentmondásosak. Az egyik legnagyobb probléma a tumor válaszkészségének becslése, így a klinikum számára fontos feladat a legjobb technika azonosítása az antivaszkuláris

ágensek hatásának monitorozására. Célunk a különböző antiangiogén RTKI-k intratumorális szintjének meghatározása és eloszlásuk vizsgálata volt, valamint a lehetséges összefüggések tanulmányozása a gyógyszer eloszlása és az érdenzitás, az endotél proliferáció, a pericita borítás, illetve a hipoxiás területek mérete és elhelyezkedése közt a tumorszövetben. Anyag és módszer Kísérletes tumort hordozó állatokat kezeltünk különböző antiangiogén receptor tirozinkináz-inhibitorokkal. A fagyasztott tumorokból közvetlenül egymás melletti síkokban vágott metszeteken vizsgáltuk az erek morfológiáját CD31, laminin és α -SMA jelöléssel mutatva ki az endotél sejteket, a bazális membránt és a pericitákat; CD31-BrdU-DAPI hármassal festéssel jelöltük a proliferáló endotél sejteket és pimonidazolt használtunk a hipoxiás területek megjelenítésére. Az angiogenezisben kulcsfontosságú receptorok szöveten belüli elhelyezkedését szintén immunhisztokémiával vizsgáltuk. A gyógyszerek eloszlása MALDI technikával került meghatározásra. Eredmények Valamennyi vizsgált tirozinkináz-inhibitor (motesanib, pazopanib, sorafenib, sunitinib, vatalanib) detektálható volt MALDI technikával, habár csak a sunitinib volt képes csökkenteni a tumorméretet, az érdenzitást, és az endothelsejtek proliferációját. A hipoxiás területek elhelyezkedése összefüggést mutatott a csökkent érdenzitással. Megbeszélés Más módszerek kombinálásával a MALDI ígéretes technika az antivaszkuláris gyógyszerek hatásának monitorozására, így segíthet jobban megérteni az erek célzásának hatását a klinikai onkológiában.

[B1-01]

B-sejt marker expresszió vizsgálata korai stádiumú tüdő adenocarcinómákban

¹Fábián Katalin; ²Pápay Judit; ³Fillinger János; ⁴Bogos Krisztina; ¹Losonczy György; ⁵Krenács Tibor; ⁶Tímár József; ¹Moldvay Judit

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és Lágyszövetpatológiai Osztály, Budapest; ³Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest; ⁴Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, IV. Tüdőbelosztály, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Tumormorfológiai Labor, Budapest; ⁶Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

A szolid tumorokat infiltráló immunsejtek szerepét és prognosztikai jelentőségét széles körben vizsgálják. A tumor-infiltráló lymphocyták közül ezidáig elsősorban a T sejteket tanulmányozták, ugyanakkor a B sejtek esetleges szerepéről keveset tudunk. A tumorsejtek által expresszált immunmarkerek, mint például a B sejt receptor komplex elemeként ismert CD79a jelentőségéről pedig alig található információ az irodalomban. Munkánk során 87 operált I. stádiumú tüdő adenocarcinomás beteg tumormintáit és klinikai adatait dolgoztuk fel (38 férfi, 49 nő, átlagéletkor 58,1 $\pm$ 8,8 év). 54 esetben a szövettani altípus minimálisan invazív adenocarcinoma (MIA), míg 34 esetben invazív adenocarcinoma (ADC) volt. A formalin-fixált, paraffinba ágyazott szövettani blokkokból készült metszeteken

CD79a immunhisztokémiai vizsgálatot végeztünk. A daganatok közel $\frac{3}{4}$ -e expresszáta a CD79a-t, az immunpozitivitás mértékét az immunpozitivitás szemi-kvantitatív módon meghatározott intenzitása (0-3) és a pozitív sejtek százalékos arányának (0-100) szorzata alapján képzett score-ral (0-300) jellemeztük. Meghatároztuk az infiltráló CD79a immunpozitív sejtek egységnyi területre számolt denzitását mind a stromában, mind pedig a tumorfészkekben. A tumorszövetekben emellett meghatároztuk a stroma/tumor arányt is. A daganatsejtek citoplazmájának CD79a expressziója szignifikánsan magasabb volt MIA-ban, mint ADC-ben ($p=0,033$). MIA esetén negatív korreláció volt megfigyelhető a tumorsejtek CD79a expressziója és a stroma CD79a pozitív infiltráló sejtjeinek denzitása között ($p=0,021$), amely összefüggés ADC esetén nem volt kimutatható ($p=0,915$). A MIA-k stroma/tumor aránya pozitívan korrelált a stroma CD79a pozitív infiltráló sejtjeinek denzitásával, míg negatív korrelációt mutatott a tumor-infiltráló CD79a pozitív sejtek denzitásával ($p=0,027$). ADC-ben sem a stromalis sem pedig a tumor-infiltráló CD79a pozitív sejtek denzitása nem mutatott összefüggést a stroma/tumor aránnyal. A vizsgált klinikai paraméterek (nem, életkor, dohányzás) nem mutattak szignifikáns összefüggést a fenti CD79a expressziókkal. Munkánk során igazoltuk, hogy korai stádiumú MIA esetén negatív korreláció figyelhető meg a daganatsejtek citoplazmatikus CD79a protein expressziója és a stromalis, CD79a immunpozitív sejtek denzitása között, amely összefüggés nem volt kimutatható korai stádiumú ADC-ben. Eredményünk klinikai relevanciáját további vizsgálatokkal kívánjuk tanulmányozni.

[B2-03]

A tüdőrák citosztatikus kezelésének haematológiai szupportációja

¹Gálffy Gabriella

¹*Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Onkológia, Budapest*

A tüdőrák kezelése során az aktív kombinált kemoterápia mellett számos, a beteg életminőségét és az onkoterápia sikerességét rontó mellékhatással kell számolni, ezek közül az egyik leggyakoribb a kemoterápia indukálta anémia és a legveszélyesebb a lázas neutropenia (FN). A tüdőrák kezelésébe alkalmazott kemoterápiás kombinációk közül számos nagy rizikót jelent a neutropenia kialakulására. A nemzetközi ajánlások alapján az FN rizikót minden kemoterápiás kezelés előtt újra kell becsülni és ennek megfelelően kell a beteget profilaktikus granulocita kolónia stimuláló faktor (G-CSF) kezelésben részesíteni. Ha 20% fölötti az FN rizikója, akkor primer profilaxisként, ha 10-20 % közötti, akkor a beteghez társuló rizikófaktorok döntik el, hogy szükség van-e primer profilaxisra. A kemoterápia indukálta anémia nemcsak a beteg életminőségét rontja, hanem a citotoxikus kezelés dóziscsökkentéséhez, illetve késleltetéséhez vezethet. Kezelésének egyik lehetséges útja, az eritropoetin-stimuláló szerek (ESA) használata a megfelelő indikációval. Számos nemzetközi és hazai tanulmány bizonyította, hogy az ESA-kezelés hatékonyan emeli a hemoglobinszintet. A daganatos betegek ESA és G-CSF-kezelésével kapcsolatos nemzetközi ajánlások (EORTC, NCCN, ESMO, ASCO) segítséget nyújtanak a kezelőorvosoknak. Az

ajánlások a legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztják, hogy az ESA-k alkalmazása daganatban szenvedő betegekben előnyös a hemoglobinszint alakulása tekintetében kemoterápia okozta anémia esetén és a G-CSF terápia szükségességét primer illetve szekunder profilaxisban. Szintén a legmagasabb szintű bizonyíték áll az ESA-kezelés 100 g/l közötti hemoglobinérték alatt esetén történő bevezetése mellett az anémia okozta tünetek figyelembevételével. A kezelés hemoglobin-célértéke 120 g/l. Az elmúlt években megjelent számos, negatív és pozitív eredménnyel zárult nemzetközi klinikai vizsgálat és metaanalízis eredményei alapján kimondható, hogy a megfelelő indikációban, nem kuratív kemoterápia indikálta panaszos anémia kezelésére, és a hemoglobin-célérték szigorú megtartásával adott ESA-kezelés kemoterápia okozta anémia esetén szignifikánsan javítja a betegek életminőségét, emeli a hemoglobinszintet, jól tolerálható és nem befolyásolja a túlélést és a tumor progresszióját. Az előadás összefoglalja a tüdőrák kemoterápiás kezelése mellett fellépő két leggyakoribb hematológiai mellékhatás, az anémia és a lázas neutropenia kezelésének és megelőzésének gyakorlati vonatkozásait.

[B1-05]

Colorectalis eredetű tüdőáttétek sebészete

¹Kas József; ²Agócs László; ¹Csekeő Attila; ¹Fehér Csaba; ¹Heiler Zoltán;

²Kocsis Ákos; ¹Molnár Miklós; ¹Vágvölgyi Attila; ¹Vadász Pál

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;

²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest

Az elmúlt 20 évben a tüdő másodlagos daganatainak sebészi eltávolítása elfogadottá vált, és ma már a komplex onkológiai terápia szerves részét képezi. A keringésben elfoglalt helyzete miatt a tüdő számos daganat sejtjeinek megtelepedési és áttét képződési helye. A tüdősebészetben leggyakrabban a colorectalis daganatok áttéteivel találkozunk. Az alábbiakban az ezzel kapcsolatos műtéti eredményeinkről számolunk be. Tizenkét év alatt végzett 430 áttéti tüdőműtétből gyűjtöttük ki a colorectalis eredetűeket. Kórlapi adatokra támaszkodva a közvetlen betegadatok mellett az intervallum idő, a diagnózis módja, az áttétek száma, lokalizációja, a műtéti típus, a mellkas megnyitása, a nyirokcsomó status és a szövődmények szempontjából elemeztük a műtéteket. Tizenkét év alatt 150 betegen összesen 160 műtétet végeztünk. Egy beteg esett át 3 műtéten, 8 pedig 2-2- műtéten. Az áttétek jellemzően egyetlen góc formájában derültek ki, az egy műtét során eltávolított legtöbb áttét száma 5 volt. A primer tumorral egyidőben (szinkron) fölfedezett tumor 9 volt, az áttétek többsége 5 éven belül derült ki, a leghosszabb intervallum idő 12 év volt. A primer tumor 40%-ban a rectumra és a rectosigmoideus átmenetre lokalizálódott. Az esetek 2/3-ában az áttéti diagnózis a képalkotókra és az előzményekre támaszkodott, mintavétel nélkül. Előfordult, hogy a képalkotók alapján inkább primer tüdőtumorra gondoltunk, a szövettani lelet mégis áttéti diagnózist adott. Kilencvennégy atípusos reszekció, 55 lobectomia, 9 segmentectomia és 2 pneumonectomia volt a műtéti típus. Mindössze két esetben végeztünk

sternotomiát. Jelentősebb sebészi szövődmény nem volt. 30 napon belüli halálozás nem volt, egyetlen "in hospital" halálesetünk 4 hónappal a beteg 4. műtete után következett be. A tüdő colorectalis eredetű áttéteinek sebészi eltávolítása alacsony szövődmény rátájú beavatkozás, amely eredményesen egészíti ki a kemoterápiát, sőt alkalmakként mentesítheti is attól a beteget. A lobectomiák viszonylag magasabb arányát magyarázhatja, hogy a soliter tumor mind a képalkotókkal, mind makroszkóposan hasonlíthat a primer tüdőtumorra, illetve olykor centrális elhelyezkedés miatt nem lehet lebenynél kisebb reszekciót végezni. Néha a preoperatív citológia sem ad biztos támpontot a góc elsődleges vagy áttéti voltáról.

[B2-05]

Hospice ellátás megvalósításának terve pulmonológiai osztályon

¹Kissné Galamb Julianna; ²Csada Edit

¹Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

Intézményünk, a Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza regionális centrumként funkcionál a pulmonológiai betegek ellátásában. Az elmúlt 3 évet figyelembe véve, a daganatos megbetegedések előfordulási gyakorisága fokozatosan nőtt. Míg 2010-ben 62,9%, 2011-ben 66,9%, 2012-ben már 68,4% volt a daganatos betegek aránya az aktív ellátásban. A krónikus ellátás tekintetében ugyanez a tendencia figyelhető meg. 2010-ben 45%, 2011-ben 50%, 2012-ben 61% volt a krónikus ágyakon fekvő betegek között a daganatos megbetegedésben szenvedők aránya. A krónikus ágyak ágykihasználtsága az 2010-2012-ig megvizsgálva, 79,7-97,1% között mozgott. Mindezen mutatók egyértelműen mutatják, hogy a daganatos megbetegedések száma nő. A krónikus ágyak kihasználtsága pedig azt erősíti, amit a mindennapi betegellátás során amúgy is tapasztalunk; a végstádiumú betegek ellátását a családok egyre kevésbé tudják felvállalni. Országszerte kevés az ápolási otthon, krónikus ápolási osztály, amely az előrehaladott állapotú daganatos betegek számára nyújt szakszerű gondozást. A hospice ellátás nagy segítséget nyújt az arra rászorulóknak. A hospice ellátás 4 formáját különböztetjük meg, otthoni hospice ellátás, nappali szanatórium, hospice ház, és a palliatív bentfekvő részleg. Intézményünkben eddig is zajlott palliatív ellátás, a végstádiumú betegek ellátása eddig is megoldott volt. Célunk, hogy mindezt szervezettebben a hospice ellátás ideális feltételeit biztosítva, magasabb színvonalú ellátást nyújthassunk, kihasználva a kórháztechnikai és tárgyi felszereltségét, az egészségügyi személyzet képzettségét. Kórházunkban 2 tüdőgyógyászati osztály működik, összesen 25 krónikus ágygal. Terveink szerint mindkét osztályon kialakítható ún. „hospice kórterem”. Ott az arra rászoruló egyéni igényeikre szabottan, a család bevonásával, szakmailag magasán képzett szakemberek segítő támogatásával, méltóságteljesen tölthetik el életük hátralevő részét.

[B2-02]

Lézerkés segítségével elvégzett tüdőmetasztazektómia során szerzett első tapasztalataink.

¹Kocsis Ákos; ¹Agócs László; ¹Török Klára; ¹Mészáros László; ¹Farkas Attila;

¹Gieszer Balázs; ^{1,2}Rényi-Vámos Ferenc; ^{1,2}Lang György

¹Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest;

²Orvostudományi Egyetem, Mellkassebészeti Tanszék, Bécs, Ausztria

Előadásunkban a laser sebészeti használatának rövid történeti áttekintése után bemutatjuk a mellkassebészetben napjainkban alkalmazott lehetőségeit. Osztályunkon Magyarországon először kezdtük használni ezt a technológiát. 2013. augusztusában elvégeztük az első metasztazektómiát lézer segítségével amit képi dokumentációval illusztrálunk. Eddig csak külföldön elérhető dioda- laser alkalmas a főként fiatalokat érintő lágyrész tumor metasztázisok akár többszöri parenchyma kímélő eltávolítására. A technika fejlődése lehetővé teszi VATS beavatkozások során is a laser használatát amit a közeljövőben szeretnénk kipróbálni, alkalmazni.

[B1-03]

Szubtípus specifikus KRAS mutációk szerepének vizsgálata platina bázisú kemoterápia esetén

^{1,2}Lohinai Zoltán; ¹Cserepes T. Mihály; ¹Ostoros Gyula; ^{3,4}Rásó Erzsébet; ⁴Barbai Tamás; ^{3,4}Tímár József; ^{1,2}Rózsás Anita; ⁵Moldvay Judit; ⁶Kovalszky Ilona; ⁵Fábián Katalin; ⁷Gyulai Marton; ^{2,8}Ghanim Bahil; ²László Viktória; ²Klikovits Thomas; ^{2,8}Hoda Mir Alireza; ⁸Grusch Michael; ⁸Berger Walter; ²Klepetko Walter; ^{2,4}Hegedűs Balázs; ^{1,2}Döme Balázs

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ²Medical University of Vienna, Division of Thoracic Surgery, Austria; ³Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest; ⁴Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Molekuláris Onkológiai Kutatócsoport, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ⁶Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest; ⁷Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ⁸Medical University of Vienna, Institute of Cancer Research, Department of Internal Medicine I, Austria

A célzott biológiai terápiák előretörése ellenére jelenleg is a platina-bázisú kemoterápia dominál a tüdő adenocarcinómák kezelésében. Kihívást jelent ugyanakkor a klinikus számára azon betegcsoport kiválasztása, amely jól reagál a kezelésre. A leggyakoribb onkogén mutáció, a KRAS mutáció szerepe ebben továbbra is ellentmondásos. Az eddigi vizsgálatok nem vették figyelembe a szubtípus specifikus KRAS mutációk esetlegesen eltérő biológiai szerepét. Vizsgálatunkban 505, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben platina-alapú kemoterápiával kezelt, előrehaladott stádiumú (III, IV) tüdő adenocarcinómás beteg KRAS mutációs vizsgálati eredményét elemeztük és vetettük össze klinikopatológiai jellemzőikkel (dohányzás, terápiás válasz, valamint progressziómentes és teljes túlélés). Eredmények: 338 KRAS vad-típusú,

147 KRAS kodon 12 mutáns és 20 kodon 13 mutáns beteget azonosítottunk. Az előbbi csoportokat összehasonlítva nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a progressziómentes sem a teljes túlélés tekintetében. A KRAS altípus mutációkat vizsgálva azonban a következőket találtuk: A G12V mutációt hordozó betegekben a nemdohányzók aránya szignifikánsan magasabb, mint a többi kodon 12-es altípus esetében ($P=0,016$). Ezen altípus jobb terápiás választ adott platina-alapú terápiára (66% versus 47%, $P=0,077$); valamint a medián progressziómentes és teljes túlélés is jobbnak bizonyult azon betegek esetében, akik a G12V mutációt hordozták (175 illetve 233 nap; $P=0,145$). Konklúzió: Bár tüdő adenocarcinómában a KRAS mutáció „önmagában” nem prognosztikus faktor és nem prediktív biomarker, direkt szekvenálással egy specifikus mutáció alcsoportot azonosítottunk, amelynek platina-alapú kemoterápia esetében prediktív biomarker szerepe lehet.

[B1-06]

Cisplatinnal kezelt betegek tartós hidrálása fiziológiás konyhasó oldattal

¹Máthé Csaba; ¹Csósza Györgyi; ¹Komlósi Zsolt; ¹Szondy Klára; ¹Losonczy György

¹*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest*

Előző vizsgálataink során észleltük, hogy a társbetegségekben szenvedő betegekben a nagy dózisz (75 mg/m²/ egyszeri dózis) ciszplatin (CP) adása után több mint 50 %-ban nephrotoxicitás alakul ki. (Máthé és mtsai, Eur Respir J 2011.) Éppen , ezért a citotoxikus szer beadása előtt olyan masszív prehidrálás javasolt, melynek hatására jelentős sódiurézis (>1200 ml/12 óra) alakul ki. Vizsgálatunk során a IIIB – IV- es stádiumú tüdőrákos betegeinket két csoportba osztottuk. Az egyik csoport, a hidrált (H, n=24) a kezelés előtti napon 1500 ml iziológiás konyhasó infúziót kapott, a kezelés napján 4 óra alatt legalább 3500 ml-t, majd a kezelést követő két nap alatt napi 2000 ml-t. A kontroll csoport (C, n=6) a már megszokott, általunk alkalmazott protokoll szerint kapta a CP kezelést, azaz csak a kezelés napján hidráltuk, az előbb említett 3500 ml fiziológiás konyhasóval. A betegeket két kezelési cikluson keresztül vizsgáltuk. A H csoportban a szérum kreatinin (Creat) érték a normál tartományban volt mindkét ciklus alatt, míg a C csoportban szignifikánsan növekedett a kezelések után. A második kezelés után a C csoportban a Creat átlagértéke 110 μ mol/l volt, szemben a H csoportban mért 77 μ mol/l értékkel. ($p<0.004$). A masszív hidrálás veseprotektív hatásán kívül más hatást, mellékhatást nem észleltünk, nem változott a hidrált betegek testsúlya, vérnyomása sem. Ultrahangos vizsgálattal megmértük mindkét csoportban mindkét kezelés után a vena cava inferior átmérőket, mely a ki- és belégzések során hasonló mértékben változott. A pro – BNP átlagértéke a H csoportban 137 pg/ml, míg a C csoportban 59 pg/ml volt közvetlenül az első CP kezelés előtt, az emelkedést a H csoportban a prehidrálás magyarázza. A H csoportban a második kezelés után mért pro-BNP érték kevésbé volt olyan magas (184 pg/ml) mint a C csoportban (221 pg/ml), ami a CP kezelés után kialakult natriureticus válasszal magyarázható. Összegezve, előzetes eredményeik igazolják, hogy a CP kezelés

előtt egy nappal végzet pre- és a kezelés után két napig tartó post-hidrálás a keringés megterhelése nélkül megelőzi a CP nephrotoxikus mellékhatását.

[B2-04]

Az onkopulmonológiai betegek szupportív táplálásterápiájának újszerű szemlélete

¹Szilasi Mária

¹*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

Az előrehaladott stádiumban szenvedő tüdőtumoros betegeknél a teljes túlélés csökkenése összefüggésbe hozható a fokozott súlyvesztéssel. A csökkent táplálékbevitel és a metabolikus változások hatására a cachexiában szenvedő betegeknél gyakran krónikus negatív fehérje-egyensúly lép fel. A magasabb fehérje bevitel javítja az immunfunkciókat, csökkenti a post-operatív szövődmények gyakoriságát, segíti az albuminszint megtartását, csökkenti a terápia okozta immunszuppressziót és segíti a sebgyógyulást (műtéti és irradiációs). Az elmúlt 10 év során számos új tudományos eredmény látott napvilágot az onkopulmonológiai betegek megváltozott anyagcseréjével kapcsolatban. Ez új elvárásokat támasztott a klinikai táplálással szemben is. Az előadás összefoglalja a témához kapcsolódó legutóbbi tudományos eredményeket, és a saját klinikai tapasztalatokat, valamint összegzi a modern - onkopulmonológiai betegek táplálása során használandó - klinikai tápszerekkel kapcsolatos elvárásokat, és bemutatja a betegek táplálásterápiájának új irányvonalait.

[B1-04]

Castleman betegség mellkassebészeti kezelése

¹Vágvölgyi Attila; ¹Heiler Zoltán; ²Fillinger János; ¹Kas József; ¹Fehér Csaba;

¹Molnár Miklós; ¹Csekeő Attila; ¹Vadász Pál

¹*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest;* ²*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Pathológiai Osztály, Budapest*

Bevezetés A Castleman betegség ritka lymphoid hyperplasiával járó betegség, mely megjelenhet lokalizált, vagy generalizált formában. Az egy gócu megbetegedés leggyakrabban a mediastinumot vagy a nyaki régiót érinti. Előadásunkban klinikai szempontból tekintjük át a mellkassebészeti osztályunkon operált eseteket. Részletezzük a műtéti megoldást és az eredményeket. Módszer Az elmúlt 13 év során 7 beteget operáltunk Castleman betegség miatt, közülük 3 férfi, 4 nő. Három esetben thoracotimából, egy esetben pedig median sternotomiából exstirpáltuk a gátorüregi térfoglalást. Egy betegnél thoracotomia során jobb alsó tüdőlebenyt távolítottunk el. Két esetben végeztünk diagnosztikus műtétet mediastinoscopia, ill. nyaki nyirokcsomó excisio formájában. Eredmények Betegeinknél intraoperatív szövődmény nem volt. A posztoperatív időszakban egy esetben jobb oldali rekesz feletti folyadék-niveau alakult ki, mely konzervatív kezelésre megszűnt, egy beteg pedig sebváladékozás miatt kötéscserét

igényelt. A többi eset szövődménymentesen gyógyult. Következtetések Az eset érdekessége a betegség ritkaságában rejlik. Mindkét formája differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat. A Castleman betegség lokalizált formája esetén a sebészi eltávolítás kuratív.

KAZUISZTIKAI ELŐADÁSOK

[K1-02]

Ritka típusú tüdődaganat egy fiatalkori eset kapcsán

¹Fodor Andrea; ¹Lajtos Melinda; ¹Sárközi Anna; ¹Vass József; ²Tóth László;

¹Szilasi Mária

¹Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen; ²Debreceni Egyetem OEC, Patológia Intézet, Debrecen

A 19 éves férfibeteg panaszai átlagos, bár korára nem jellemző tünetekkel kezdődtek: gerincpanaszok, háti fájdalom. A vizsgálatai során készült mellkasröntgen bal oldali parahilaris térfoglalást mutatott. Mellkasi CT a rosszindulatú folyamat gyanúját megerősítette, valamint már több metastasis is leírásra került. A szövettani diagnózis : basalooid carcinoma. Betegünknel a gyors progresszió során cutan és agyi metastasis is jelentkezett. Onkológiai bizottság Gemzar - Cisplatin kemoterápiát javasolt, valamint WBRT történt. Az alkalmazott terápia mellett a rohamos állapotromlás miatt betegünket néhány hónap alatt elvesztettük. Családjában a daganatos betegségek, ill. a tüdőrák nem fordult halmozottan elő.

[K1-03]

Metasztázis vagy mész?

¹Hidvégi Edit; ¹Monostori Zsuzsanna; ¹Vadász Pál; ¹Gajdócsi Réka; ¹Ostoros Gyula

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Esetünk egy jelenleg 48 éves nőbeteg, akit légzési panaszok miatt már 1992-ben kivizsgáltak. Klassen biopsziás szövettani minta alapján allergiás alveolitist diagnosztizáltak. Szteroid és ciklofoszfamid kezelést kapott 2 évig. 2010-ben állapotrosszabbodás miatt készült mellkas CT felvételen egy spikulált képlet jelent meg a bal S6-ban, ami 2011. májusára növekedést mutatott. A transthoracalis punkció során vett minta adenocarcinómát igazolt. Mivel a CT-n ekkor multiplex góccárnyékokat is leírtak, bilaterális pulmonális tumoros disszeminációt feltételezve citotaxikus kemoterápiában részesült (6 ciklus docetaxel + ciszplatin + bevacizumab, majd fenntartó bevacizumab terápia). A bal S6-ban levő tumoros képlet megkisebbedett, a disszemináció változatlan maradt. 2012. szeptemberben CT-vel igazoltan progressziót észleltek, emiatt pemetrexed kezelést indítottak, melyből 4 ciklust kapott meg. Az utolsó CT felvétel a daganat megkisebbedését jelezte. A folyamat jelenleg is stagnál. Az elszórt nodulusok meszes csillogása alapján pulmonális alveoláris mikrolitiázisról van szó, mely nem metastázis. A tumorban is láthatók meszes képződmények. A beteg légzésfunkciós paraméterei

a légzésrehabilitációs kezelés után sem tették lehetővé a rezekciós tüdőműtétet. Mivel a betegség jelenleg nem progrediál, szoros obszerváció mellett döntöttünk. A pulmonális alveoláris mikrolitiázis ritka kórkép. Maximum 3 mm-es lamelláris szerkezetű kalcifikált nodulusok vannak az alveoláris terekben, melyek bilaterálisan elszórtan, főleg a bazális régiókban láthatók a mellkas rtg. képen és a CT felvételen. Pulmonális fibrózisra, ritkán malignus elfajulásra hajlamosít.

[K2-02]

A mindent tudó PETCT és a gondos fizikális vizsgálat

¹Hollósi Virág

¹*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest*

Egy 54 éves mamma carcinomás beteg esetét mutatjuk be, akinél visszatérő, ismeretlen eredetű lázas állapot miatt PET CT vizsgálat történt, mely során primer tüdőfolyamat és multiplex tüdőmetasztasisok lehetősége merült fel. A radiológiai kép alapján bronchosopia történt, de a célzott mintavétel a perifériás tüdőelváltozásból diagnózishoz nem vezetett. A beteget CT vezérelt mintavételre jegyeztük elő. Laborparamétereiben észlelt emelkedett gyulladásos értékek, száraz köhögés, valamint a percutan beültetett port körül észlelt lágyrész gyulladás miatt antibiotikum kezelésben részesítettük. A betegnél tervezett CT vezérelt biopsziára nem került sor, mivel a folyamat regresszióját látták a kontroll mellkasi CT során. Ismételten áttekintve a kórtörténet dinamikáját, az elváltozások hátterében leginkább a beteg gyulladt portja, illetve az abból eredő szeptikus embolizáció lehetősége merült fel. A port eltávolítása, illetve célzott antibiotikus kezelés mellett a tüdőben zajló folyamat CT-vel követve teljesen regrediált. Az eset felhívja a figyelmet a PET CT differenciáldiagnosztikai problémáira, illetve arra, hogy a képalkotó vizsgálatok mindig a beteg anamnézise, aktuális panaszai, illetve státusza alapján értékelendők.

[K1-04]

Elsődleges tüdőszarkóma kiterjesztett sebészi kezelése

¹Kas József; ¹Csekeő Attila; ²Markóczy Zsolt; ³Farkas Csilla; ⁴Rozgonyi Zsolt;

⁴Zsikla Katalin; ⁵Fillinger János; ⁵Kajdácsi Zita; ¹Heiler Zoltán; ¹Vadász Pál

¹*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;*

²*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest;* ³*Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, I. Tüdőosztály, Törökbálint;* ⁴*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Budapest;*

⁵*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest*

A tüdő elsődleges szarkómája ritka daganat, előfordulása az összes malignus tüdőtumor mintegy 0.5-1 %-ára tehető. Igen agresszív daganat. Leggyakoribb variánsa a malignus fibrosus histiocytoma és a synovialis szarkóma. Ez utóbbi típus két esetét mutatjuk be. A 46 éves nő panaszokkal került kivizsgálásra. A jobb alsó lebeny hörgőjét burjánzás zárta el. A szövettani lelet synovialis szarkómát igazolt. Négy cilus kemoterápiában részesült, majd követés során progresszió lépett fel. Ekkor már a tumor a jobb főhörgőt zárta el atelectasiával

és mellüregi folyadék gyülemmel kísérvé. Miután VATS pleura biopszia nem igazolt malignitást, kiterjesztett pneumonectomiát végeztünk zavartalan gyógyulással. Másik betegünk (52 éves férfi) progrediáló, a jobb alsó lebenyhörgőt elzáró burjánzással került kivizsgálásra, majd sebészi ellátásra. Kiterjesztett pneumonectomiát végeztünk zavartalan gyógyulással. A beteg ezután kemoterápiában részesült. Közel egy évvel a műtét után hunyt el a tumor intrapericardialis terjedése következtében. Betegeink bemutatását a ritka tumor, a még ritkább endobronchialis megjelenés, a nagyméretű tumorok kiterjesztett sebészi eltávolítása miatt tartjuk érdemesnek.

[K2-01]

Óriás mellkasi tumor. Műteni vagy nem műteni?...

¹Kas József; ¹Csekeő Attila; ¹Molnár Miklós; ¹Vágvölgyi Attila; ²Markóczy Zsolt; ²Szabó Emese; ³Germela Gábor; ⁴Varga Judit; ⁵Héjja Mária; ⁵Pénzes István;

⁵Rozgonyi Zsolt; ⁶Fillinger János; ⁶Soltész Ibolya; ⁷Szőke János; ¹Vadász Pál

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;

²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest; ³Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár;

⁴Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Pulmonológia,

Székesfehérvár; ⁵Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, AITO,

Budapest; ⁶Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest;

⁷Országos Onkológiai Intézet, Patológia, Budapest

A mellkas nagy részét tömegükkel elfoglaló, gyakran benignus jellegű óriás tumorok sebészi kezelése különös kihívást jelent. A feladat nagyságát a műtétechnikai nehézségek, a narkózis vezetése és a korai posztoperatív intenzív ellátás gondjai együttesen adják. Első betegünk további sajátosságát az egyébként magától értetődőnek vélhető műtéti javallat bonyolultsága nyújtja, és kiváltképp ezért tartjuk bemutatásra érdemesnek. A 64 éves szikár férfi kórelőzményében mindössze egy 13 évvel korábbi jobb oldali rekesz relaxáció szerepel dokumentáció nélkül. Másfél évvel korábban érzett először, azóta fokozódó légzési nehézséget, amelyet családja elől is elhallgatott. Az addig megszokott fizikai munka vált egyre terheesebbé. Jogositvány megújítása során készült rutin mellkas röntgennel derült ki, hogy a mellkas jobb felét hatalmas tumor foglalja el szinte teljesen. Endoszkóposan a jobb oldali hörgők nagyfokú kompressziója volt látható. Pulmonológiai kivizsgálása alatt vastagtű biopszia történt. A szövettan benignus soliter fibrosus mesotheliomát állapított meg. Az elváltozást műthetetlennek tartva, kezelőorvosai a beteget légyrész tumorok onkológiai kezelésében nagyon jártas munkacsoporthoz irányították, ahonnan a beteg sebészi konzilium kéréssel jutott az OKTPI Mellkassebészetére. Ismételt aneszteziológiai konziliumok után a beteg gyorsulón romló állapotában (pitvari fibrilláció és akut légzési elégtelenség) kellett műtét mellett vagy szemben dönteni. Második betegünk (63 éves férfi) sok tekintetben hasonló. Egy évvel korábban már nagy mennyiségű mellüregi folyadék gyülemmel pulmonológiai ellátásban részesült. Endoszkóposan súlyos bal oldali kompresszió volt látható. A

folyamat hátterében képkotóval a bal alsó lebeny malignus tumora derült ki, de a beteg csak a fokozódó terhelési dyspnoe kényszerében egyezett bele egy évvel később a vastagtű biopsziába. A szövettan low grade sarcomát igazolt. A tumor ekkor már gyakorlatilag és egész bal mellkasfelet kitöltötte. Onkológiai bizottsági vélemény alapján a beteg lágyrész tumorok kezelésében nagyon jártas munkacsoporthoz lett irányítva, ahonnan sebészeti konzilium kéréssel érkezett az OKTPI Mellkasebészetre. A beteg gyorsan romló állapotában (sűrűsödő hypoglycaemiás rosszullétek és nyugalmi dyspnoe) döntöttünk műtét mellett. Mindkét betegünkönél számba vesszük a műtét mellett és ellene szóló érveket, ismertetjük a perioperatív szakot valamint a patológiai leleteket.

[K1-06]

Májtályog vagy.....?

¹Kis Adrián; ²Szondy Klára; ³Landherr László; ³Gerő Gábor

¹*Semmelweis Egyetem, Tüdőklinika, Budapest;* ²*Uzsoki kórház, Onkoradiológia, Budapest;* ³*Szt. János kórház, Patológia, Budapest*

36 éves nőbeteg emlőjéből 2012-ben nagyon gyorsan növekvő terimét távolítottak el, amelynek szövettana malignus fibriosus hisztiocytoma volt. (Revideált szövettan: sarcomatoid/ orsósjates carcinoma.) Februártól mellkasi CT-n több intrapulmonalis góc követhető, amely áprilisig növekedést nem mutatott, 2-5 mm-es. Felvételére 2013. Aug. 15-én került sor, magas láz, pleuralis folyadék, emelkedett CRP miatt. Mellkasi –hasi CT-n abscedáló folyamat, nem differenciálható rekesz , pleuralis folyadék látható ,amely leírás alapján vagy a mellkasban található abscedáló folyamat, vagy májtályog, amely a rekeszt is áttöri. A beteg kombinált antibiotikus kezelésre nem láztalanodott le, gyulladásos paraméterei folyamatosan emelkedtek, majd extrem magas májenzim értékeket követően zavarttá vált, intenzív osztályra került és 24 óra múlva, felvételét követő második héten meghalt. Invazív diagnosztikára observálása során a spontán megnyúlt INR érték miatt nem kerülhetett sor. Section annak ellenére egy kiterjedt, pleurát és jobb tüdőfelet szinte teljesen infiltráló tumort találtunk , hogy ez a képkotó leírása szerint nem tumor volt. Az esetet az idegesen „ megvezető” gyulladásos paraméter-emelkedés, ezzel párhuzamosan kialakult májkóma hátterének ismertetése miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

[K1-01]

Pulmonalis neuroendokrin tumorból hajas-sejtes leukémia

¹Masszi András; ²Vadász Pál; ³Csomor Judit; ²Soltész Ibolya; ³Kovalszky Ilona;

⁴Tóth Erika; ⁵Czaller Ibolya; ⁵Gálffy Gabriella; ²Pénzes István; ¹Benedek Szabolcs;

¹Farkas Péter

¹*Semmelweis Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika, Budapest;* ²*Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest;* ³*Semmelweis Egyetem, I. Patológiai Intézet, Budapest;* ⁴*Országos Onkológiai Intézet, Budapest;* ⁵*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Intézet, Budapest*

Az intrapulmonalis solid elváltozások diagnosztikája a lege artis végrehajtott kivizsgálás mellett is okozhat nehézségeket. Ezt reprezentálja az alábbi eset. A korábban lényegi megbetegedés nélküli, nem dohányzó, 50 éves férfit haemoptoe miatt kezdték vizsgálni. A mellkasi képalkotókon a jobb felső lebenyben látott subpleuralis elváltozásból vékonytű biopszia történt. Ennek lelete kissejtes típusú, rosszul differenciált neuroendokrin tumor volt. A vérképen látott pancytopenia, splenomegalia miatt indított hematológiai kivizsgálás azonban klasszikus hajassejtes leukémiát (HCL) mutatott. Felmerült a kérdés: vajon egy betegség van-e, vagy kettő? Emiatt az intrapulmonalis elváltozásból célzott core-biopszia készült. Bár ezzel hajassejtes - plazmasejtes infiltratumot láttunk, a teljes kép nem volt egyértelmű. Többek között míg a HCL-ra jellemző B-raf mutációt a leukémiás sejtekből sikerrel kimutattuk, de a plazmasejtesnek tűnő tüdőelváltozásból ez nem sikerült. Ezek után - a thrombocytopenia (50 G/l) és a neutropenia (0,4 G/l) ellenére - felső lebeny lobectomiát terveztünk. A preoperatív interferon kezeléssel részleges hematológiai remissziót értünk el, majd pulmonológiai előkészítés történt. A végleges szövettani eredmény non-mucor mycosist igazolt, ezért szisztémás antimycoticus kezelést, voriconazolt indítottunk. Tehát a kezdeti diagnózis megváltozott hajassejtes leukémiára valamint a HCL immunszuppressziót okozó hatása miatt kialakulhatott opportunist invazív mycosisra. Az eset felhívja a figyelmet arra, hogy a képalkotó vizsgálatok mellett döntő a teljes klinikai kép értelmezése, és rámutat a limitált mennyiségű mintából adható cytológiai és szövettani diagnózisok korlátaira. Emellett az eset kiemelkedő példája az interdiszciplináris megközelítés fontosságának.

[K2-03]

Tüdődaganat kialakulása transzplantált tüdőben

¹Podmaniczky Eszter; ¹Süttő Zoltán; ²Bajcsay András; ³Soltész Ibolya; ³Fillinger János; ⁴Pénzes István; ⁵Csekeő Attila; ¹Csiszér Eszter

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest; ²Országos Onkológiai Intézet, Sugárterápiás Osztály, Budapest; ³Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Pathológiai Osztály, Budapest; ⁴Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Intenzív Terápiás Osztály, Budapest; ⁵Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: Esetismertetéssel bemutatni egy ritka körülmények közötti onkológiai ellátást, ami egyúttal a társszaktmák összefogását is példázza. Anyag és módszer: 1996. óta 128 magyar betegnél történt külföldi gyógykezelésként tüdőátültetés. Közülük 1-1 betegnél alakult ki heretumor, inoperabilis gyomocarcinoma illetve melanoma malignum. 46 éves nőbetegnél hét évvel a fibrózis miatti bilaterális tüdőátültetés után jelent meg kóros, tumorsuspect árnyék a bal felső tüdőlebenyben. Eredmények: Az intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálattal adenocarcinoma-nak bizonyult elváltozás eltávolítása csak részreszekcióval volt lehetséges, ezt célzott posztoperatív sugárkezelés követte. Ennek szövődmenyeként pneumonitis alakult ki. Megbeszélés: Tartós

immunszuppresszió mellett a természetes immunvédekezés csökkenése miatt a malignus sejtprolifерáció előfordulása nő. Szervátültetés után a fenti terápia következtében az átlagpopulációhoz képest 20-25-ször gyakoribb a carcinoma megjelenése, amire a beteggondozás során figyelni kell. Reszekciós tüdőműtét megfelelő klinikai állapotú és légzésfunkciójú tüdőtranszplantált betegnél alapos előkészítés után jön szóba.

[K2-04]

Célzott terápia – mi a cél?

¹Puskás Rita; ¹Losonczy György; ²Pápay Judit; ²Kovalszky Ilona; ¹Moldvay Judit
¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* ²*Semmelweis Egyetem, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest*

2008-ban, egy akkor 78 éves nőbetegnél, bilaterális pulmonális infiltrátum hátterében TTF1 pozitív adenocarcinoma igazolódott. Két kúra elsővonalbeli platinabázisú kemoterápiában részesült, amit mellékhatások miatt nem folytattak. 2010-ben valamennyi tüdőlebenyt érintő, igen kifejezett radiológiai progresszió jelentkezett. A légzésfunkció restriktív légzésszavart jelzett, a diffúziós kapacitás csökkent, a beteg minimális terhelésre is fellépő nehézlégzésről panaszkodott. Molekuláris biológiai vizsgálattal – a korábban bronchoscospos tüdőbiopszia során eltávolított daganatszövetben – EGFR szenzitizáló, aktiváló mutáció, exon 19 deléción igazolódott, ezért gefitinib kezelést indítottunk. Már egyhavi kezelés után látványos regressziót és jelentős klinikai javulást észleltünk, a beteg tünet- és panaszmentessé vált, a diffúziós kapacitás normalizálódott. 19 hónapon át tartó komplett remissziót követően progresszió lépett fel. Ekkor harmadvonalbeli docetaxel kezelést alkalmaztunk, amelyre átmeneti parciális regresszió jött létre. 2012 decemberében progresszió miatt bronchoscospos rebiopszia történt, az így nyert tumorszövetből ismét EGFR exon 19 deléción igazolódott. Az ismételt gefitinib terápiára kezdetben parciális remisszió következett be, majd igen lassú progresszió mutatkozott. 2013 októberében a radiológiai kép még mindig lényegesen kedvezőbb állapotot mutat, mind az első EGFR-TKI kezelés előtti, a beteg tünet- és panaszmentes...

[K2-05]

Kharon kezének szorítása: Nemcsak Heraklész tért vissza az alvilágból.

¹Rozgonyi Zsolt; ¹Pénzes István; ²Kas József; ³Bogos Krisztina; ⁴Zsiray Miklós
¹*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, AITO, Budapest;* ²*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti, Budapest;* ³*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, IV. Tüdőbelgyógyászat, Budapest;* ⁴*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, XI. Tüdőbelgyógyászat, Budapest*

Az eset bemutatás a szív-tüdő rendszer kondicionálhatóságának és teherbírásiának a határait feszegeti kettős pulmonális károsító expozíciónak kitett, koszorúsér beteg, T3N1planocelluláris karcinoma szövettani eredményét adó, pulmonectomián átesett, majd kemoterápiával kezelt idős, beteg esetének

ismertetésén át. A pulmonectomia kivitelezhetősége a beteg teherbíró képességén alapul. A pleurális érintettség és nyirokcsomó manifesztaáció következtében a kezelés folytatását a műtét utáni kemoterápia jelenti. A kemoterápia megválasztása szintén körültekintést igényel a nagykockázatú (kardiopulmonálisan behatárolt) beteg esetén, onkoteam dönt a választott protokollról. 70 éves dohányos (minimum 20 PY+ fémpor, és -gőz inhaláció) modern fémszobrászattal foglalkozó iparművész esetét dolgozza fel. A beteg anamnézisében súlyos szívizom ischaemiával járó koszorúér betegsége már régen ismert, 2002-ben PTCA-t kíséreltek meg az S.E. CVC-ban, de a beteg az asztalon malignus kamrai ritmuszavarokat, asystoliát produkált. 1 hónappal később újra megkísérelték a PTCA-t (prof. dr. Merkely Béla), de újfent malignus ritmus zavar jelentkezett, rövid kardiomassázásra került sor. Ezt követően gyógyszeres kezelést választottak. A beteg azt követően is dohányos maradt, napi 1/2 doboz cigarettát szívott. 2012-ben fogyást követően detektáltak BFL-ben T3N1 tüdőkarcinómát, amit a kivizsgálás és előkészítés idején is pulmonectomiával láttunk sebészileg megoldhatónak. Kettős thrombocyta gátlás részleges felfüggesztése, bő 1 hetes légzési fizioterápiás előkészítés után nagy körültekintéssel végeztük el a kuratív beavatkozást. A beteg a műtétet jól viselte. Postoperatívumban centrális töltőnyomás(CVP) alapján vezetett folyadékterápia mellett stabil keringést mutatott. Átmenetileg enyhe tachycardia hajlamot láttunk, ami kis dózisban adott bétablokkoló hatására szépen rendeződött. Kontroll vérgáz értékei 80 Hgmm feletti PaO₂-t jeleztek stabil homeostasis talaján. A beteg a pulmonectomiát követően gyorsan javult, 6. napon otthonába távozott. 2 hónap múlva Intézeti onkoteam döntése alapján 2 széria paclitaxel-carboplatin kemoterápiás kezelést kapott. Átmeneti náthás tünetek, testsúlyvesztés mellett a beteg jól viselte a kemoterápiát, kardiális és pulmonális funkciói több mint kielégítőek, mai napig aktívan dolgozik, terheli magát. Felvetődik a kérdés, mi okozza a jó vitális funkciókat. Talán a hosszú idejű hipoxiás kondicionálás, genetikai faktorok? Erre keressük a választ!

[K2-06]

Leptomeningeális carcinosis vagy posterior reverzibilis encephalopathia szindróma? - Avastin kezelés mellett

¹Ruzsics István; ²Kálmán Endre; ³Nagy Ferenc; ⁴Fehér Máté; ⁵Somogyiné Ezer Éva; ¹Sárosi Veronika; ¹Balikó Zoltán

¹Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia
Tanszék, Tüdőgyógyászat, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Pécs; ³Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológia, Kaposvár; ⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészet, Kaposvár; ⁵Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

2007.08.21-től megkapta az EMEA törzskönyvet inoperabilis előrehaladott vagy metasztatikus nem-laphámsejtes NSCLC betegek részére a célzott VEGF-gátló kezelés. A megelőző vizsgálatok az eddigi platina bázisú kezelés mellett adott bevacicumab előnyeiről, biztonságos alkalmazhatóságáról számoltak be.

Intézetünkben 2007 óta van lehetőségünk tüdő IV., ill. III/B stádiumú adenocarcinomás betegek esetében a first line alkalmazott platina bázisú kemoterápiát Avastinnal kiegészíteni és a responder esetekben progresszióig a fenntartó Avastin kezelést folytatni. Jelen esetünkkel egy 1968ban született nőbeteg esetét mutatnánk be, akinek 2012 tavaszán tapintható nyaki nyirokcsomók jelentkeztek, melynek háttérében tüdő adenocarcinoma (K-RAS, EGFR, ALK negatív) igazolódott, tüdő és máj metasztázisokkal. Carboplatin-Paclitaxel-Avastin kemoterápiát kezdtünk 2012.06.07-én. Két és négy ciklus utáni mellkas CT is regressziót mutatott. 2012.08.24-én visszatérő, nyaki izommerevséggel járó fejfájásokhoz átmeneti beszédzavar, scotoma társult. Koponya Mr nem mutatott egyértelmű kórosat, felmerült Meningeális cc. és posterior reverzibilis encephalopathia szindróma (PRES) gyanúja is. Liquor sejtszám is és fehérjeteralom is magas, de malignitás irányában negatív volt a minta 3x is. 2012.09.12-én kontroll koponya Mr romló neurológiai tünetek miatt: „Diszkrét microangiopathia jelei. A látható discret FLAIR eltérések, a szűkülő külső liquortér, és a táguló belső liquortér összességében felvetik meningealis carcinosis gyanúját.” 2012.09.20-án Tarceva kezelést kezdtünk, majd 2012.09.25-én ventriculoperitonealis shunt-t építettek be, melyen keresztül 6x kapott intratecalis MTX kezelést. 25,2 Gy agyi sugárkezelést is kapott. Ezidáig (2013.08.21) a beteg remisszióban van, Tarcevat szedi. Esetünkkel a meningealis carcinosis és a PRES közti differenciáldiagnosztikai problémára szeretnénk volna felhívni a figyelmet, valamint az erlotinib és az intrathecalis kezelés együttes alkalmazásának hatását és biztonságosságát mutatjuk be.

[K1-05]

Bronchoszkópos intervenció szerepe a carcinoid tumor ellátásában

¹Török Zsófia Laura; ²Grmela Gábor; ³László Terézia; ⁴Benkő István; ¹Sárosi Veronika

¹Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs;
²Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár; ³Pécsi Tudományegyetem, Patológiai Intézet, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Pécs

Kazuisztikánkban asztma bronchiale utánzó típusos carcinoid tumor esetében alkalmazott intervenciós technika jelentőségét szeretnénk bemutatni. A 22 éves férfi távolabbi anamnéziséből a csecsemőkorban előforduló asztmás jellegű nehézlégzéses panaszok emelhetők ki. 2012-ben megfázást követő dyspnoés rohamok miatt Tüdőgondozóban vizsgálták, légzésfunkció súlyos, irreverzibilis obstruktív típusú ventilációs zavart igazolt, beclometazon-formoterol inhalatív terápiát állítottak be. Pár héttel később röntgen negatív vérköpés miatt került sor kórházi felvételére, fül-orr-gégészeti vizsgálat vérzésforrást nem talált. Bronchoszkópia során a bal főhögőt elzáró centrális térfoglalás látszott, mellkas CT bal oldalon nagy kiterjedésű retenciós pneumoniát, jobb alsó lebenyi infiltrátumot igazolt. A klinikumot a beállított antibiotikum terápia ellenére stagnáló gyulladásos markerek és parciális légzési elégtelenség jellemezték. A bal

főhörgőből vett minta hisztológiai vizsgálata típusos carcinoidot igazolt, endoszkópos tumor megkisebbités mellett döntöttünk. A Székesfehérvári Kórházban elvégzett merev csöves bronchoszkópia során a bal főhörgőt elzáró nyeles tumor mutatkozott, ennek megkisebbitésével láthatóvá vált, hogy a daganat a bal alsó lebeny eltávolításával radikálisan rezekálható. A műtétet követően a beteg panaszmentessé vált, a ventilációs paraméterek normalizálódtak. Esetünk tanulsága, hogy a carcinoid szindróma tüdő carcinoid esetén ritka (2 %), asztma szerű tünetek, kislégúti obstrukció előfordulhatnak. A vérzékeny nyeles daganatot sikerült endoszkóposan megkisebbitve lobektómiával rezekálni. Kazuisztikák beszámolnak arról, hogy ilyen esetekben intervenció tumor megkisebbitéssel nagyobb eséllyel végezhető parenchyma spóroló műtét.

[K2-08]

Multimorbiditás kezelési nehézségei

¹Sárközi Anna, ¹Vass József, ¹Szilasi Mária

¹*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

Esetbemutatásom egy 64 éves férfi kórtörténetét foglalja össze. Ennek során próbálom azt feltárni, hogy milyen következményei vannak a kezelésre, ha valaki heti háromszor jár dialízisre s a vesetranszplantáció előtti szűrővizsgálat során szembesül a tüődaganattal. Milyen dilemmákkal szembesül a beteg kezelésében részvevő team, s a beteg maga is. S többször feltehető a kezelőorvosnak az a kérdés: Biztosan ez-e a jó döntés?

[K2-07]

Bronchorrhoea kezelése pulmonalis adenocarcinomában: nagy kihívás!

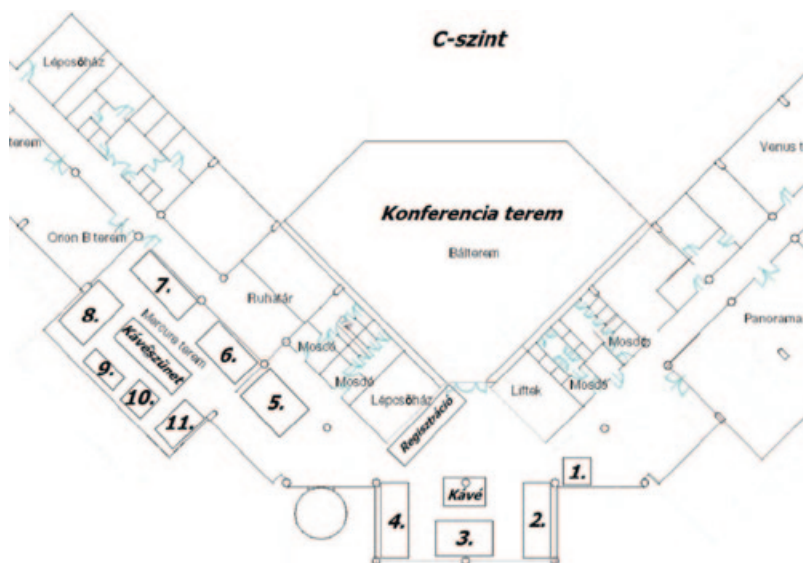
¹Vincze Krisztina; ¹Bikov András; ¹Böcskei Renáta; ¹Bohács Anikó; ¹Müller

Veronika

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest*

Az 59 éves férfi anamnézisében inzulin dependens diabetes mellitus, hátsó fali szívinfarktus miatti bypass műtét, stent beültetés szerepel. Klinikánkon 2010-ben kb. 1-2 dl mennyiségű színtelen habos köpetürítés, mellkasi PA felvételén kiterjedt jobb oldali fedettség, pneumonia gyanú miatt kezdtük el vizsgálni. Transbronchialis biopszia adenocarcinómát igazolt. Onkoteam javaslatára ciszplatin-pemetrexed kezelést indítottunk 1. vonalban, melyből 4 ciklus kemoterápiát megkapott. Ezt követően fenntartó immun vakcinációban részesült. Majd többszöri progresszió miatt erlotinib, gemcitabine, vinorelbin, etoposid kezelést kapott. 2013. tavaszán jelentős mennyiségű (>1000 ml) köpetürítés jelentkezett, mely célzott kezelés ellenére perzisztált. Esetünk kapcsán pulmonalis adenocarcinomában észlelhető bronchorrhoea újszerű kezelési lehetőségét szeretnénk bemutatni.

KIÁLLÍTÁSI ALAPRAJZ



Nr.	Cégnév
1	G.L. Pharma M.K.K.K.
2	Lilly Hungária Kft.
3	AstraZeneca Kft.
4	ROCHE Hungária Kft.
5	Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe
6	Kéri Pharma csoport
7	Berlin-Chemie / A. Menarini
8	Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.
9	GlaxoSmithKline Kft.
10	Medifood Hungary Kft
11	Culevit Kft.

A KONFERENCIA TÁMOGATÓI

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

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

AstraZeneca Kft.
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe
Lilly Hungária Kft.
ROCHE Hungária Kft.

KIÁLLTÓK

AstraZeneca Kft.
Berlin-Chemie / A. Menarini
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe
Culevit Kft.
G.L. Pharma M.K.K.K.
GlaxoSmithKline Kft.
Kéri Pharma csoport
Lilly Hungária Kft.
Medifood Hungary Kft
Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.
ROCHE Hungária Kft.

