

„BRONKO” 2007

Kedves Kollégák,

Nagy örömünkre szolgál, hogy első alkalommal rendezhetjük meg a *Magyar Tüdőgyógyász Társaság (MTT)* két kifejezetten aktív szekciójának, a *Magyar Bronchológus Egyesületnek (MBE)* és az *Onkopulmonológiai Szekciónak (OSZ)* a közös éves összejövetelét 2007. november 22-24. között Egerben.

Mindkét szekció alapvető feladata a tüdőgyógyászat spektrumának kiszélesítése a diagnosztikus, manuális, és belgyógyászati határterületekkel.

A „BRONKO” 2007-tel a szervezők célja, hogy szekcióik hagyományait egyesítve ezeknek a határterületeknek a bevonásával megvalósítsák a lehető legszélesebb multidiszciplinaritást, valamint kitekintést nyújtsanak a hazai, magyarországi onkopulmonológiai diagnosztika és terápia megismeréséhez.

A tüdőrák diagnosztikája és gyógyítása mindkét szekció kiemelt témája. Az elmúlt évek korábban soha nem tapasztalt fejlődést hoztak a rák elleni küzdelemben. A tüdőrák, mint összetett biológiai rendszerbetegség gyógyításának döntő területe, az azonosított molekuláris kulcspontokat támadó célzott terápia kerül konferenciánk nyitó napjának fókuszába. A további napokon külön szekcióban foglalkozunk a rádiokemoterápiával és a szupportív ellátással. Azt szeretnénk, hogy az előadók az esetek szintjére bontsák le a szakmai elveket az onkopulmonológiai és bronchológiai kazuisztikákkal. Az esetbemutatók nemes vetélkedését várva a legjobb prezentációkat értékes jutalmakkal díjazzuk. A kongresszus fontos résztvevői a bronchológiai szakasszisztensek, akik idén is külön párhuzamos ülésen vitathatják meg a prezentációikat és aktuális gondjaikat.

Egyesületi hagyományainknak megfelelően köszöntjük az idén 75 éves Székely Edgár Professzort. A Magyar Bronchológus Egyesület közgyűlésén eleget teszünk a tisztújítás kötelezettségének.

A kongresszus szakmai és társasági programjainak gördülékeny lebonyolítását az MTT több programját zökkenőmentesen levezénylő Chemol Travel kongresszus szervező csapata biztosítja. Biztosak vagyunk benne, hogy ezt a hétvégét az ősz utóján kellemes környezetben, jó hangulatú baráti szakmai társaságban tölthetik el a magyar borok örömeivel fűszerezve Egerben.

Budapest, 2007. november 22.

Dr. Baktai György
MBE Elnök

Dr. Ostoros Gyula
OSZ Elnök

- 14.30 – 14.45 ELNÖKI MEGNYITÓ**
Herjavec Irén, a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Elnöke
Baktai György, a Magyar Bronchológus Egyesület Elnöke
Ostoros Gyula, az Onkopulmonológiai Szekció Elnöke
- 14.45 – 16.30 MOLEKULÁRIS ONKOLÓGIA**
Elnök: Böszörményi Nagy György, Moldvay Judit
- 14.45 – 15.00 Mintavételi technikák a célzott kezelések szolgálatában**
Strausz János, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 15.00 – 15.15 A molekuláris diagnosztika szerepe tüdőrákban**
Peták István, Semmelweis Egyetem,
I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest
- 15.15–15.25 Claudin. Új molekuláris célpont a tüdőrák diagnosztikájában és terápiájában?**
Moldvay Judit, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 15.25– 15.35 Bevacizumab kezeléssel szerzett első tapasztalataink III/B-IV stádiumú adenocarcinomában**
Borbély Tibor, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
- 15.35 – 15.45 Az „Expanded Access Program”-ba bevont NSCLC betegeinken erlotinibbel szerzett tapasztalataink**
Sárosi Veronika, Baranya Megyei Kórház Tüdőgyógyintézet, Pécs
- 15.45 – 16.00 A K-RAS mutációs státusz és az EGFR gátlók iránti érzékenység kapcsolata NSCLC-ben**
Tímár József, Országos Onkológiai Intézet, Budapest
- 16.00 – 16.30** Kerekasztal
- 16.30 – 17.00** szünet

- 17.00 – 18.30** **ROCHE SZIMPÓZIUM CÉLZOTT TERÁPIA**
Elnök: Strausz János, Tímár József
- 17.00 – 17.20** **Angiogenezis gátlás az alapkutatásban**
Döme Balázs, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 17.20 – 17.40** **Angiogenezis gátlás a klinikumban**
Ostoros Gyula, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 17.40 – 18.00** **Erlotinib. Magyarországi tapasztalatok a nemzetközi adatok tükrében**
Kovács Gábor, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 18.00 – 18.30** **Esetismertetések**
Filmvetítés
- 20.00** **FOGADÁS a Hotel Eger Park éttermében**

- 9.00 – 10.40 **ONKOPULMONOLÓGIAI, BRONCHOLÓGIAI FÓRUM**
Elnök: Pápai-Székely Zsolt, Szima Barna
- 9.00 – 9.10 **Gyakori társbetegségek és a Cisplatin (CP) nephrotoxikus hatása tüdőrákban**
Máthé Csaba, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 9.10 – 9.20 **Szokatlan klinikai és morfológiai jelenségek a tüdődaganatok hátterében**
László Terézia, PTE ÁOK Pathológiai Intézet, Pécs
- 9.20 – 9.30 **Malignus mesothelioma diagnózisa ramel tús pleura biopszia és immunhisztokémia segítségével**
Gyulai Márton, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
- 9.30 – 9.40 **Carcinoid tumorok változatos előfordulása a tüdőben**
Gálffy Gabriella, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 9.40 – 9.50 **Tapasztalataink carcinoid tumoros betegek izotópkezelésével**
Rojkó Livia, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 9.50 – 10.00 **Endobronchialis elektrokauter: egy régi módszer reneszánsza**
Grmela Gábor, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár
- 10.00 – 10.10 **Mikor nem érdemes légúti stentet behelyezni?**
Fülöp Andrea, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Budapest
- 10.10 – 10.20 **A nagy légutak vizsgálata Wegener granulomatosisban, hagyományos és virtuális bronchoscopiával**
Udud Katalin, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 10.20 – 10.30 **A PET-CT vizsgálat elősegítheti a nem kissejtes hörgőrák preoperatív bronchológiai kivizsgálását**
Koncz András, Kenézy Gyula Kórház, Debrecen
- 10.30 – 10.40 **Tüdőrákos betegeink PET-CT vizsgálatainak retrospektív elemzése**
Markóczy Zsolt, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

- 10.40 – 11.00 *szünet*
- 11.00 – 12.00 **AMGEN SZIMPÓZIUM AZ ONKOLÓGIAI BETEGEK SZUPPORTÍV ELLÁTÁSA**
Elnök: Kovács Gábor, Udvardy Miklós
- 11.00 – 11.20 **G-CSF profilaxis és terápia**
Balikó Zoltán, Baranya Megyei Kórház Tüdőgyógyintézet, Pécs
- 11.20 – 11.35 **Darbepoetin alfa kezelés a korszerű evidenciák tükrében**
Ostoros Gyula, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 11.35 – 11.45 **Az AMULET program hazai tapasztalatai**
Zsiray Miklós, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 11.45 – 12.00 **Diszkusszió**
- 12.00 – 13.30 *ebéd*
- 13.30 – 15.15 **DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS BRONCHOLÓGIAI LEHETŐSÉGEK A TÜDŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIÁBAN**
Elnök: Strausz János, Baktai György
- 13.30 – 13.45 **Székely Edgár 75 éves**
Köszöntőt mond: Baktai György, Strausz János
- 13.45 – 14.00 **Pulmonológiai bronchológiai tevékenység 2006-ban**
Strausz János, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 14.00 – 14.15 **Gyermekekori tüdőtumorkok bronchológiai diagnosztikája**
Bánfi Andrea, Svábhegyi Országos Allergológiai, Immunológiai és Pulmonológiai Egészségügyi Szolgáltató, Non-profit, Közhasznú Kft., Budapest
- 14.15 – 14.30 **Mellkassebész-bronchológus együttműködés a tüdőrák diagnosztikájában és kezelésében**
Kas József, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 14.30 – 14.45 **Tüdőrák N státusz bronchológiai diagnosztikája**
Szima Barna, Markusovszky Kórház, Szombathely

- 14.45 – 15.00 Endobronchialis palliáció**
Pápai-Székely Zsolt, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár
- 15.00 – 15.15 Kerekasztal**
- 15.15 – 15.45 szünet**
- 15.45 – 16.45 SANOFI AVENTIS SZIMPÓZIUM
RADIOKEMOTERÁPIA**
Elnök: Strausz János, Horváth Ákos
- 15.45 – 16.05 Az NSCLC elsővonalbeli kemoterápiája**
Kovács Gábor, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 16.05 – 16.25 Fokozhatók-e a Taxotere-Cisplatin konkurent
kemoradioterápia eddigi jó eredményei?**
Horváth Ákos, DEOEC Sugárterápia Tanszék, Debrecen
- 16.25 – 16.45 Tüdőrák és fokozott trombózis kockázat**
Albert István, Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza
- 16.45 – 17.15 POSZTERSZEKCIÓ**
Elnök: Szondy Klára, Lantos Ákos
- 1. Az 18F-FDG PET/CT szerepe a tüdőrákos betegek
preoperatív kivizsgálásában**
Hasci Zsolt, PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft. Debreceni Központ
- 2. PET negatív tüdőtumорок**
Molnár Zsolt, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 3. Ritkán előforduló mediastinalis tumorok**
Bártfai Zoltán, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 4. Kissejtes Tüdőcarcinoma. Túlélhető betegség?**
Molnár Ildikó, Megyei Kórház, Miskolc
- 5. A nem kissejtes tüdőrák agyi metastasisainak
sugárkezelése egy eset kapcsán**
Benkő András, Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum, Kaposvár

6. A malignus pleuralis mesothelioma kezelésének múltja és jelene

Bittner Nóra, Szent Borbála Kórház, Tatabánya

7. Zoledronat kezeléssel szerzett tapasztalataink

Gyulai Márton, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

8. A darbepoetin-alfa kezelés hatékonysága kissejtes tüdőrákos betegek kemoterápia okozta anaemiájában

Gálfy Gabriella, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika

9. A dohányos anamnézissel rendelkező nemkissejtes tüdőrákos férfibetegek másod-harmadvonalon alkalmazott erlotinib kezelés hatékonysága saját tapasztalataink alapján

Gergely-Farnos Erzsébet, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

**17.20 – 19.00 A MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLET
TISZTÚJÍTÓ KÖZGYŰLÉSE**

**20.00 BORKÓSTOLÓS VACSORA A SZÉPASSZONYOK
VÖLGYÉBEN**

Autóbusz transzferindul a szállodától 1945-kor

- 9.00 – 11.00 ONKOPULMONOLÓGIAI, BRONCHOLÓGIAI KAZUISZTIKAI FÓRUM**
Elnök: Bogos Krisztina, Ostoros Gyula
- 9.00 – 9.10 A nem-draináló hörgő**
Saortay Sándor, Állami Egészségügyi Központ, Budapest
- 9.10 – 9.20 Atypusos tüdőcarcinoid ritka klinikai lefolyása**
Bartusek Dóra, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 9.20 – 9.30 Ritka etiológiájú mediastinalis térfoglalás**
Illés Balázs, Baranya Megyei Kórház, Pécs
- 9.30 – 9.40 Tumor? Pneumonia? Rhodococcus Equine**
Szabó Péter, DEOEC, Debrecen
- 9.40 – 9.50 Idegentest aspiráció esete 12 éves betegünkénél**
Györfy Ágnes, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
- 9.50 – 10.00 Köpetcitológia: Az ördög nem alszik**
Szabó Péter, DEOEC, Debrecen
- 10.00 – 10.10 Distalisan rapidan terjedő légúti papillomatosis ritka esete**
Zaránd Rajmund, Szent János Kórház, Budapest
- 10.10 – 10.20 Tumor endobronchialis eltávolítása**
Tóth Tivadar, Városi Tüdőgondozó Intézet, Pécs
- 10.20 – 10.30 Gyulladásos bélbetegségek endobronchialis vonatkozásai**
Matesz István, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 10.30 –10.40 Rendszerbetegség bronchológiai diagnózisa**
Lovász Orsolya, Siklói Kórház Tüdőgondozó Intézet, Siklós
- 10.40– 10.50 Wegener granulomatosis TBC-vel?**
Pálföldi Regina, Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk
- 10.50 – 11.00 TRU-CUT vastagtű tüdőbiopsiával nyert „váratlan” szövettani lelet**
Lantos Ákos, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

- 8.30 – 9.40 ASSZISZTENSI SZEKCIÓ
(PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ)**
Elnök: Csada Edit, Bánfi Andrea
- 8.30 – 8.40 A bronchológiai mintavétel és a minták kezelése az asszisztensek szemszögéből**
Óri Etelka , Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 8.40– 8.50 Légúti stent behelyezése szívműtét előtt Esetismertetés**
Truncsz Györgyi, Nagy Sándorné, Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
- 8.50 – 9.00 Tübiopsziás vizsgálatok bronchológiai ambulanciánkon**
Nagy Csabáné, Balogh Piroska, Markusovszky Kórház, Bronchológiai Ambulancia, Szombathely
- 9.00 – 9.10 Az OKTPI Bronchológiai Rendelő 2006. évi munkája a számok tükrében**
Goesel Gyuláné, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 9.10 – 9.20 Gyermekebronchológiai esetbemutatók**
Havel Mária, Marton Éva, Svábhegyi Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest
- 9.20 – 9.30 Az elektrokauter asszisztensi szemmel a bronchológiában**
Nádasdi Mariann, Kákai Andrea, Megyesi Anita, Pápai-Székely Zsolt, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár
- 9.30 – 9.40 Új lehetőségek az ultrahang diagnosztikával**
Elek Imre, Anamed Kft., Budapest
- 11.00 – 11.30 szünet**
- 11.30 – 12.10 GSK – SZIMPÓZIUM KISSEJTÉS TÜDŐRÁK**
Elnök: Ostoros Gyula, Kovács Gábor
- 11.30 – 11.50 A kissejtes tüdőrák – State of Art**
Szondy Klára, Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika
- 11.50 – 12.10 A topotecan helye a kissejtes tüdőrák kezelésében**
Pápai-Székely Zsolt, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

12.15 – 12.30 **EREDMÉNYHIRDETÉS
A KONFERENCIA ZÁRÁSA**

12.30 *ebéd*

GYERMEKKORI TÜDŐTUMOROK BRONCHOLÓGIAI DIAGNOSZTIKÁJA

Bánfi Andrea, Péterffy Erzsébet, Ecseki Zsolt, Baktai György

Svábhegyi Országos Allergológiai, Immunológiai és Pulmonológiai Klinika, Nonprofit Közhasznú Kft., Bronchológiai munkacsoport, Budapest

abanfi@t-online.hu

Felnőttek körében a tüdőrák vezető helyen szerepel a daganatos halálokok listáján, ezzel szemben a gyermekek mellkasi tumorai kurióznak számítanak, és inkább benignusak, mint malignusak. Terápia rezisztens légúti tünet, stagnáló mellkas röntgen árnyék esetén a gyermektüdőgyógyászati differenciál-diagnosztikai algoritmus része a légző rendszert érintő tumorok számbavétele. Előadásunkban végighaladva a mellkasi szerveken légutak, mediastinum, parenchyma, mellkasfal - áttekintjük a legjellemzőbb gyermekkori tumorfajtákat. Bemutatjuk a kivizsgálás menetét, kiemelve a bronchológiai vonatkozásokat, a differenciál-diagnosztikai szempontból szóba jövő kórképeket. Állításainkat közel 20 éves beteganyagunk retrospektív elemzésével és képi illusztrációval szemléltetjük.

Osztályunkon 1999 és 2007 között 44 mellkasi tumort diagnosztizáltunk. Előfordulás 0,25 %. Légcső és hörgőrendszeri daganat 34, mediastinum 32, tüdőparenchyma 27, mellkasfali 7 %-ban fordult elő. A leggyakoribb tumorfajta a gégeben elhelyezkedő haemangioma volt (18,1%), ezt követi a mediastinalis neurogén tumor (13,6 %), illetve a parenchymát érintő gyulladásos pseudotumor (9 %). Előadásunkkal azt a komplex gyermekgyógyászati, gyermek-tüdőgyógyászati és gyermekbronchológiai szemléletet interpretáljuk és nyomatékosítjuk, amely nélkülözhetetlen a gyermekkori légzőszervi tumorok korrekt kivizsgálásához és megoldásához, valamint a betegek utókövetéséhez.

RITKÁN ELŐFORDULÓ MEDIASTINÁLIS TUMOROK

Bártfai Zoltán, Bohács A., Tamási L., Wollák A., Mészáros Zs*, Kovács R.B**.,

Sápi Z.

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest, *Bajcsy Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztály, **Fővárosi Szent János Kórház, Patológiai osztálya

zoltanbartfai@gmail.com

Két ritkán előforduló mediastinalis tumor esetét ismertetjük. Mediastinumra lokalizált extramedulláris plasmocytomát diagnosztizáltunk az 54 éves férfinél. Bal oldali centralis elváltozása exploratív thoracotomia során inoperabilisnak bizonyult. 4. ciklus VAD citosztatikus kezelésben, majd radiológiai progresszió miatt 36Gy összdózisú irradiációban részesült. 3 hónap múlva pleuralis propagáció volt igazolható a bal oldali recidíváló, mellkasi folyadék háttérben, mely miatt talcumos

pleurodesist végeztünk. A beteg 4 évvel a diagnózist követően, a tumor hasi propagációja miatti műtét korai postoperatív szakában hunyt el. Jobb pitvart komprimáló, haemolitikus anaemiával társuló, mediastinalis leiomyosarcoma esetét ismertetjük egy 70 éves betegünkénél. A tumor progressziójával vena-cava superior szindróma alakult ki, mely miatt decompressziós sugárkezelés történt. Fél évvel a tüneteket követően a nagyerek és jobb pitvar kompressziója miatt hypotonia, dyspnoe, szívelégtelenség tünetei alakultak ki. Postmortem 950 grammos, 13x14x12cm-es golyó alakú tumor volt látható. Ritka mediastinalis tumorok esetén leggyakrabban exploratív thoracotomia során juthatunk diagnózishoz

ATYPUSOS TÜDŐCARCINOID RITKA KLINIKAI LEFOLYÁSA

Bartusek Dóra., Gálffy G.,

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika,

ggalffy@hotmail.com

A neuroendocrin tumorok közé tartozó carcinoid tüdődaganatok előfordulása a tüdődaganatok csak 2%-a. Munkánkban 1 atípusos carcinoid tüdődaganatban szenvedő, fiatal nőbeteg esetét mutatjuk be. Lobectomia során jutottunk szövettani eredményhez, de ekkor már ellenoldali tüdőmetasztázisokat igazoltunk. A műtét után 3 héten belül mediastinális terimét diagnosztizáltunk. Kissejtes tüdőcarcinómának megfelelően Cisplatin és Etoposid kombinációjú kezelést kezdtünk, melyet a beteg klinikailag nagyon rosszul tolerált. Neutropenia és anaemia jelentkezett az erős gasztrointesztinális mellékhatások mellett. A kemoterápiával párhuzamosan adott perkután mellkas irradiáció ellenére a daganat mérete erőteljes növekedést mutatott a nyak jobb oldalán lévő nyirokcsomó metasztázissal együtt. A beteg általános állapota rohamosan hanyatlott. Az alkalmazott kolóniastimuláló faktorok ellenére vérképe nem tette lehetővé a kezelés folytatását 3 kúra után. A következő fél éven belül koponyaűri nyomásfokozódás tünetei között exitált, melyet képalkotó vizsgálattal egy 6x5 cm átmérőjű agyi metasztázis okozott.

A NEM KISSEJTES TÜDŐRÁK AGYI METASTASISAINAK SUGÁRKEZELÉSE EGY ESET KAPCSÁN

Benkő András, Hadjiev J., Vallyon M., Kovács Á., Bogner C., Repa I.,

Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum, Kaposvár

benkoandras@sic.hu

A malignus tumorok 15-25 %-a ad agyi áttétet a lefolyása során. Az áttét képző tumorok közt vezető helyen a tüdő daganatai állnak. A hazai gyakorlatban az agyi áttétes beteg kezelési stratégiája még a jól felépített protokollok ellenére is sokszor esetleges: a szóba jövő számos terápiás eljárás elérhetőségétől függ. Előadásunkban egy RPA 2. osztályba (Recursive Partitioning Analysis) sorolt beteg esetén keresztül

szeretnénk bemutatni, az agyi áttétek sugárkezelésének metodikáját Intézetünkben. Betegünk öt évvel ezelőtt T3N3M0 jobb oldali adenocarcinoma miatt pulmonectomián esett át, majd nyirokcsomó statusa miatt a mediastinumára sugárterápiát kapott. Háromévnyi tünetmentesség után 2005-ben neurológiai panaszai hátterében MR vizsgálattal igazolt multiplex agyi metastasis igazolódott, amire irradiációs kezelést kapott. Azóta a beteg állapota egyensúlyban van. Esetismertetésünkkel be kívánjuk mutatni, hogy az alkalmazott 3D konfor-mális technika a beteg számára biztonságot és további esélyt jelent a hosszabb túlélésre. Esetleges későbbi, bármilyen technikával végzett dózis-kiegészítés esetén a az újabb dózisek számíthatók, a várható hatások és mellékhatások modellezhetők, így a be

A MALIHGNUS PLEURALIS MESOTHELIOMA KEZELÉSÉNEK MÚLTJA ÉS JELENE

Bittner Nóra, Angi E.,

Szent Borbála Megyei Kórház Onkológiai Osztály, Tatabánya

nora_bittner@yahoo.ca

2006 nov és 2007 máj között 6 beteget ápolunk malignus pleuralis mesothelioma diagnózissal, Valamennyien Nyergesújfalú és környékén laknak. Kezdet Cisplatin-Gemcitabin, majd a pemetrexed elérhetősége után első választásként pemetrexedet alkalmaztunk betegeinknél. Szeretnénk rámutatni a hatékonyságbeli és a oxicitásbeli különbségekre is előadásunkban.

AZ AVASTIN KEZELÉssel SZERZETT ELSŐ TAPASZTALATAINK III/B-IV. STÁDIUMÚ ADENOCARCINOMÁBAN

Borbély Tibor,

Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

drborbely@mail.datanet.hu

Célkitűzés: A III/B-IV-es stádiumú NSCLC túlélési mutatói rosszak, III/B stádiumban az 5 éves túlélés 4%, IV.stádiumban 8-10 hónap. A platina bázisú kombinált kemoterápia mellett alkalmazott Avastin kezelés hatékonyságát, mellékhatásait vizsgáltuk. Módszer:Osztályunkon 2007 januárjától a Roche gyógyszercég által gyógyszervizsgálat keretében biztosított VEGF-receptorgátló bevacicumab (Avastin) kezelést alkalmaztunk elsővonalbeli szerként platinabázisú kombinált kemoterápiával.12 beteg kapott bevacicumab terápiát Cisplatin-Taxán, illetve Cisplatin-Gemzar

kemoterápia mellett 3 hetes periódusban, 15 mg/kg adagolásban.

Eredmény: Kilenc betegnél partialis remissió alakult ki, 2 betegnél stable disease, 1 beteg az első után nem vállalta a további kezeléseket.

A progresszióig a leghosszabb eltelt idő egy betegnél 39 hét volt. Jelenleg 11 beteg van életben és 7 beteg vesz részt a kezelésben.

Következtetés: A kemoterápiás kezelés mellett első vonalban alkalmazott

bevacisumab kezelés jól tolerálható. Gyakori szövődmény a hypertonia és a haempotoe. A kezelés indikálásánál fontos szempont a gyakori súlyos szövődményekkel járó lokalizációk kihagyása.

MIKOR NEM ÉRDEMES LÉGÚTI STENTET BEHELYEZNI?

Fülöp Andrea, Strausz J., Udud K., Markóczy Zs., Matesz I., Rojkó L.

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

fulop_andi@freemail.hu

A hörgőrákos betegek palliatív ellátásában a bronchológusok egyre nagyobb szerepet játsznak. Magyarországon 2 centrumban történik hörgőprothesis implantáció. Ma már jól ismerjük ennek indikációit és contraindikációit, közvetlen és későbbi szövődményeit, valamint azt, hogy a betegeknek mekkora megterhelést jelent a beavatkozás.

Tapasztalataink alapján szeretnék összefoglalni, hogy mikor nem érdemes stentet behelyezni.

CARCINOID TUMOROK VÁLTOZATOS ELŐFORDULÁSA A TÜDŐBEN

Gálffy Gabriella, Egri G[★], Tamási L., Bartusek D., Losonczy Gy.,

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Bajcsi Zsilinszky Kórház,

Mellkasebészet [★], Budapest

ggalfy@hotmail.com

A neuroendocrin tumorok közé tartozó carcinoid tüdődaganatok előfordulása tüdődaganatok 2%-a. Munkánkban 9 változatos lefolyású carcinoid tüdődaganatos beteg esetét dolgoztuk fel. 5 nő és 4 férfi, az átlagéletkoruk 63 év volt. 8 esetben sebészi resectio, míg 1 esetben bronchoscopos mintavétel során történt a szövettani feldolgozás 5-nél atípusos, 4 esetben típusos carcinoid diagnózist igazoltunk. A 4 típusos carconoidos beteg a resectio során gyógyulttá vált, 1 beteg somatostatin pozitívitás és carcinoid tünetek miatt somatostatin- analóg kezelésben részesült a műtét után. Az atípusos carcinoidos betegek közül 2-nél csak sebészi resectio történt és nem volt somatostatin receptor pozitívitás. 3 betegnél a IV es stádiumu atípusos carconoidot igazoltunk, ezeket szisztémás kemoterápia, majd sugárterápiában részesítettük. 2 somatostatin analóg terápiát is kapott. Kezelések hatására jelenleg 8 beteg él, 7 tumormentes állapotban, 1 betegnél jelenleg is vannak távoli metastasisok, de regrediáltak a kezelés hatására. A legfiatalabb, 38 éves betegünket 6 hónap alatt elvesztettük, akinél a kombinált kemo-és sugárterápia ellenére a daganat terápia rezisztens kórlefordulású volt.

A DARBEPOETIN-ALFA KEZELÉS HATÉKONYSÁGA KISSEJTES TÜDŐRÁKOS BETEGEK KEMOTERÁPIA OKOZTA ANAEMIÁJÁBAN

Gálffy Gabriella, Bartusek D, Losonczy Gy.,
Simmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest
ggalffy@hotmail.com

A daganatos betegek kezelése során gyakori szövődmény az anaemia. 8 kissejtes carcinomás beteg 5 nő és 3 férfi, átlagos életkoruk 66 év kemoterápiás kezelés közben kialakult anaemiáját kezeltük 3 hetenként adott 500 ñg dózisu darbeoetin-alfa-val (DA). A kezelést 110 g/l hemoglobin érték alatt kezdtük el és 130 g/l értékig folytattuk. 2 betegnél kényszerültünk transzfúzió adására is az erythropoetin kezelés mellett. Mindkét betegnél, az előző kemoterápiás kezelés után hirtelen csökkent a hemoglobin értéke, így az erythropoetin kezelést 98, illetve 99 g/l értéknél kezdtük el, azonban a tovább folytatott DA kezelés emelte, ill. szinten tartotta a hemoglobin értéket. A 8 beteg közül csak 2-nél kellett halasztani a kezelést. A fent említett betegnél a kialakult anémia, a másik betegnél leukopenia és enyhe anémia miatt. Nem találtunk különbséget a szinkron és az aszinkron adagolási mód hatásfokában betegeinknél. Eredményeink szerint az erythropoetin kezelés a kissejtes tüdőrák supportív terápiájaként javítja a kezelés hatékonyságát. Jobb terápiás választ kapunk, ha az erythropoeticus kezelést korábban elkezdjük, tehát a megengedett 110 g/l hemoglobin értéknél, vagy ez érték alatt.

AZ OKTPI BRONCHOLÓGIAI RENDELŐ 2006. ÉVI MUNKÁJA A SZÁMOK TÜKRÉBEN

Geösel Gyuláné, Dudinszky T.,Eke D, Veszpréminé Gyöngyösi M.,
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
geosel@koranyi.hu

Napjainkban a bronchológia területén egyre nagyobb szerep jut a palliációnak, azonban a fő tevékenységünk még mindig a diagnózis megállapítása. Előadásom célja, hogy bemutassam milyen vizsgálatokat, milyen indikációval, milyen eredményességgel hajtottuk végre. Ehhez milyen személyi és tárgyi feltételek állnak rendelkezésre, a diagnózist milyen módon, milyen százalékos találati aránnyal sikerült elérni. A kapott statisztikai eredmények érdekes adatokat adtak, úgy gondolom, mi asszisztensek is tehetünk annak érdekében, hogy ezek az adatok még jobbak legyenek, munkánk minőségi mutatóin javítsunk.

A DOHÁNYOS ANAMNÉZISSSEL RENDELKEZŐ NEMKISSEJTES TÜDŐRÁKOS FÉRFIGBETEGEK MÁSOD-HARMADVONALBAN ALKALMAZOTT ERLOTINIB KEZELÉS HATÉKONYSÁGA SAJÁT TAPASZTALATAINK ALAPJÁN

Gergely-Farnos Erzsébet

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

A nemkissejtes tüdőrák /NSCLC/ esetén másodvonalban alkalmazott docetaxel /pemetrexed/erlotinib monoterápia a klinikai vizsgálatok alapján azonos hatékonyságú, a túlélési nyereség három hónap körüli. Az epidermalis növekedési faktor tirozin kináz gátló/EGFR-TK/ erlotinib a NSCLC III/B és IV-es stádiumában nemcsak másod,- hanem harmadvonalban is hatékony. Irodalmi adatok szerint az EGFR-TK vegyületek hatékonyabbak nemdohányzók, mirigyhám patológiai típus és nők esetében. Az erlotinib hatékonyságát bizonyító Br-21 vizsgálat azonban a dohányzók, a férfiak és laphámrákos betegek esetén is túlélési előnyt mutatott a placebo csoporttal szemben. A hazai finanszírozási gyakorlatban a betegek egyedi méltányosság keretében juthatnak erlotinibhez, azonban a támogatás feltétele a nemdohányzó anamnézis.

Célunk az volt, hogy az osztályunkon erlotinibbel kezelt, dohányos anamnézistű, hosszan túlélő férfibetegek eseteit ismertetve felhívjuk a figyelmet arra, hogy e betegek esetén is hatékony lehet az erlotinib terápia. Három hosszan túlélő, jelenleg is életben lévő férfibeteg adatait elemeztük. Az egyik beteg kilenc éve, a másik hét éve nem dohányzik, a harmadik betegsége kezdetekor hagyta abba a dohányzást. Az átlagos csomag /év index magas, 33 volt/28-40/. Két beteg mirigyhám, egy pedig laphámrákban szenved. Két beteg másod,- egy pedig harmadvonalban kapta az erlotinibet. Egy betegnél parciális remisszió, két betegnél betegségstabilizáció mutatkozott. Az erlotinib kezelés kezdetétől számított progressziómentes túlélés egyik betegnél 25 hónap, a másikonál 19 hónap volt, a harmadik beteg 17 hónapja szedi az erlotinibet, betegsége nem progrediál.

Összegezve: megerősítvén a Br-21 klinikai vizsgálat adatait, a dohányos anamnézissel rendelkező férfiak esetén is lehet az erlotinib kezelés igen hatékony és eredményezhet hosszú progressziómentes túlélést.

ENDOBRONCHIALIS ELEKTROKAUTER: EGY RÉGI MÓDSZER RENESZÁNSZA

Grmla Gábor, Pápai Székely Zs.,

Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár

ggrmla@t-online.hu

Benignus és malignus endobronchialis obstrukciók esetén három módszer áll rendelkezésre azonnali lumenfelszabadításra: mechanikus desobliteráció, laser applikáció, electrocauter. Évtizedeken keresztül a laser volt ilyen esetekben a gold

standard.A laser használatát azonban limitálja az ára,előképzettség szükségessége, kiterjedt lesiók esetén időigénye, az esetek zömében narkózis biztosítása, merev bronchoscópiában való jártasság. Napjainkban már az 1930-as években kipróbált endobronchialis electrocauter elterjedését figyelhetjük meg. Újra felfedezése az 1980-as évekre tehető Hooper és Jackson cikkének megjelenésével(Chest) Széleskörű , biztonságos használatát a flexibilis endoscópok, és a modern nagyfrekvenciás generátorok kifejlesztése tette lehetővé. Előnye olcsósága, változatos eszköztár: (biopsziás fogó, kés, hurok, coagulációs elektród, merev kauteres szívó), a technika gyors elsajátíthatósága, ambuláns alkalmazhatósága.. A nagyfrekvenciás diathermia alapismereteinek áttekintése után több saját esetünk bemutatásával szemléltetjük azon klinikai szituációkat ahol kiválóan alkalmazható, gyors eredmény érhető el első ránézésre kétségbeejtő helyzetekben is.

IDEGENTEST ASPIRÁCIÓ ESETE 12 ÉVES BETEGÜNKNÉL

Gyórfy Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Horváth Bernadett¹, Halász Marianna², Kádár László¹

¹Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint

²Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Gyermekosztály, Kistarcsa

gyorfy71@freemail.hu

Szerzők egy 12 éves lány fülbevalójának aspirációjáról számolnak be. Testvére asthma bronchiale miatt áll gondozás alatt. A gyermek kórtörténetében több alkalommal szerepel nehézlégzés, mely miatt hörgőtágító kezelésben részesült. Felvétele előtt két héttel szájába műanyag fülbevalót vett, hirtelen nagy levegőt vett és a fülbevalót "lenyelte", de állítása szerint nem köhögött, nem fuldoklott. Ezt követően 4-5 nap múlva köhögés, sípoló légzés jelentkezett. Háziorvosa váladékoldó kezelést javasolt. Mivel panaszai nem enyhültek gyermekpulmonológiai konzíliumra került sor, ahol mindkét oldalon a tüdők felett megnyúlt kilégzést, sípolásokat észleltek. Légzésfunkciós értékei obstructív légzésszavarra utaltak, broncholysis tesztje pozitív volt, ezért inhalatív bronchodilatator adásával egészítették ki kezelését, mely tüneteit nem enyhítette. 7 nap múlva kontroll szakvizsgálat során fizikálisan mindkét oldalon a tüdők felső területein durva, és szabad füllel is hallható zörejeket írtak le. A mellkasröntgen-átvilágítás során pozitív Holzknacht-tünetet észleltek, és aspiráció gyanújával küldték intézetünkbe. Bronchosopia során a beszűkült bal főhörgőből sarjakkal körülvevett műanyag idegentestet távolítottunk el. Kontroll bronchosopia során a bal főhörgő ovális lumenű, de normális tágasságú volt, sarjszövet már nem volt észlelhető.

MALIGNUS MESOTHELIOMA DIAGNÓZISA RAMEL TÚS PLEURA BIOPSZIA ÉS IMMUNHISZTOKÉMIA SEGÍTSÉGÉVEL

Gyulai Márton, Nagy A.*, Pápay J.**, Lantos Á., Kiss Cs., Tolnay E.,

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet Törökbálint,

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest*,

Semmelweis Egyetem I. Pathológiai Intézet, Budapest**

lantosok@t-online.hu

A malignus mesothelioma biztos diagnóza szövettani vizsgálatot igényel. Régen kis pleurabiopsziás anyagból a biztos diagnózis kimondása általában nem volt lehetséges.

Immunhistokémia vizsgálatokkal (mesothelin, calretinin, citokeratin 5,6,7,20,CEA) vastagtü biopsziás anyagból pleuroscopia ill sebési biopsia nélkül is biztos szövettani diagnózis adható. 5 év alatt 2 intézetben 11 mellkasi folyadékos betegnél sikerült Ramel túvel és immunhistokémiával malignus mesothelioma diagnózishoz jutni.

ZOLEDRONAT KEZELÉssel SZERZETT TAPASZTALATAINK

Gyulai Márton, Lantos Á., Tolnay E.,

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet Törökbálint,

gyulaimm@freemail.hu

Retrospektív vizsgálatunkban az előrehaladott, csontáttétet adó rosszindulatú tüdő- és mellhártyadaganatok esetén alkalmazott zoledronat terápiával szerzett tapasztalatainkat dolgoztuk fel. A Pest megyei Tüdőgyógyintézetben 2005. január-2007. szeptember között összesen 48 betegnél alkalmaztunk zoledronat infúziós kezelést, átlagosan 4 alkalommal. A zoledronat kezeléssel a betegek több, mint 50 %-ánál sikerült a metastatikus eredetű csontfájdalmat csökkenteni. 48 betegünk közül 3 esetben kellett a kezelést vesefunkció romlás miatt leállítanunk, ebből két esetben veseelégtelenség alakult ki., osteomyelitist, mandibulanecrosist ill. egyéb szövődményeket nem tapasztaltunk.

AZ 18F-FDG PET/CT SZEREPE A TÜDŐRÁKOS BETEGEK PREOPERATÍV KIVIZSGÁLÁSÁBAN

Hascsi Zsolt, Barta Z., Fedinecz N., Szabados L., Koncz A.*, Garai I.,

PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft., Debrecen, .

Debreceni Központ, Kenézy Gyula Kórház, Pulmonológiai Osztály, Debrecen*

zshascsi@pet.dote.hu

A 18F-FDG PET/CT a nem kissejtes tüdőrákok stádiumának meghatározásában, mind szenzitivitás, mind specificitás, tekintetében, felülmúlja a konvencionális képalkotókat.

Az F-18 FDG PET metabolikus alapon feltérképezi, a CT pontosan lokalizálja a primer folyamat kiterjedését és a lehetséges metastatikus helyeket. Kérdéses

esetekben a preoperatív mintavételt célzó minimál invazív eljárások tervezéséhez is segítséget nyújt. Esetismertetésen keresztül bemutatásra kerül, hogy a PET/CT vizsgálatok éppen a tüdő tumoros betegek kezelését alapvetően befolyásoló N és M státusz megítélésében, az operabilitás eldöntésében bizonyulnak a leghatékonyabb vizsgálati módszereknek. A műtétet megelőző stádium megállapítás ezzel a vizsgálattal pontosítható, a főleges műtétek egy része elkerülhető.

RITKA ETIOLÓGIÁJÚ MEDIASTINALIS TÉRFOGLALÁS

Illés Balázs, Illés M.B., László T*, Molnár FT*, Farkas L*, Géczi L**, Sárosi V., Balikó Z.

Baranya Megyei Kórház, Tüdőgyógyászat C osztály, Pécs,

PTE ÁOK Patológiai Intézet, Pécs* ,Országos Onkológiai Intézet, Budapest **

illes.balazs@yahoo.com

A mediastinum betegségeinek verifikálása az ide tartozó kórképek nem specifikus klinikai megjelenése, valamint az anatómiai viszonyokból fakadó nehéz diagnosztikus hozzáférhetősége miatt komoly kihívást jelent. Esetünkben ismertetett fiatal férfibeteg elhúzódó ingerköhögése kapcsán készült képalkotó vizsgálatok lymphoma gyanúját vetették fel mediastinalis, parahilaris és paraaorticus lymphadenomegalia háttérben. A bronchoscopos mintavétel nem volt informatív, malignitásra utaló jelet nem észleltünk. Mediastinoscopia során eltávolított nyirokcsomók szövettani vizsgálata seminomára jellemző képet igazolt (éretlen csírasejt daganat, germinoma). Ultrahang vizsgálattal a jobb here állományában észleltünk neoplasticus folyamatra utaló elváltozást. A jobb oldali castratioval nyert minta élő csírasejt tumort nem tartalmazott, burned out heredaganat diagnózisa igazolódott. A staging vizsgálatok az alapbetegséggel kapcsolatos retroperitonealis, mediastinalis, parahilaris és paraaorticus nyirokcsomó manifesztációt igazoltak. BEP/B protokoll szerinti kemoterápiás kezelésben részesült, a diagnózis óta eltelt három év során készült kontroll CT vizsgálatai folyamatos regressziót igazoltak.

MELLKASBÉSZ-BRONCHOLÓGUS EGYÜTTMŰKÖDÉS A TÜDŐRÁK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Kas József

Országos Korányi Tbc és Pulm. Intézet, Mellkasebészet, Budapest

kasorvos@freemail.hu

A tüdőrákos betegek szakszerű ellátásához számos orvosi szakma jó együttműködésére van szükség. A mellkasebészek számára ezek közül meghatározó az aneszteziológusokkal, a patológusokkal és a tüdőgyógyászokkal való napi kapcsolat. A tüdőgyógyászaton belül elkülönült bronchológia megkülönböztetett szerepet játszik ebben az együttműködésben. A bronchológia

elsődleges feladata a diagnosztika: a tumor igazolása, bronchialis és lymphogen terjedésének (T és N stádium) vizsgálata különféle mintavételi technikákkal. A sikeres perbronchialis tűbiopszia N2-3 stádium gyanújában szükségtelenné teheti a mediastinoscopiát. A tumor endobronchialis kiterjedésének pontos megjelölése a tüdőreszekció mértékét alapozza meg és högőplasztikai megoldásokat vehet fel. A műtőben a bronchológus az intubációban, a reszekciós vonalak pontosításában, a plasztikai megoldások ellenőrzésében, váladékleszívásban, vérzészforrás keresésében adhat segítséget. A korai posztoperatív szakban bronchológiai módszerek segíthetik a váladékleszívást, a bakteriológiai mintavételt, a hörgősipoly igazolását, kezelését. A késői szakban az anastomosisok és az endobronchialis tumorrecidivák ellenőrzése szép bronchológiai feladat.

A PET-CT VIZSGÁLAT ELŐSEGÍTHETI A NEM KISSEJTES HÖRGŐRÁK PREOPERATÍV BRONCHOLÓGIAI KIVIZSGÁLÁSÁT

Koncz András, Galuska L.*, Mándi B.**

Kenézy Gyula Kórház Pulmonológia, Debrecen, DEOEC Nukleáris Medicina Tanszék, Debrecen*

PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft, Debrecen**

akoncza@freemail.hu

A PET-CT vizsgálat szenzitivitása és specificitása alapján a nem kissejtes hörgőrák stadium meghatározásának legpontosabb képalkotó módszere. A beteg operabilitását, a lokoregionalis progresszió mértékét sok esetben az endoscopos (pl. bronchológiai) módszerrel vett biopszia fogja eldönteni. A PET-CT és az ennek kapcsán készíthető virtuális bronchosopia elősegítheti azon nyirokcsomók kiválasztását, amelyekből indokolt lehet a perbronchialis aspiratio mintavétel. Az információ birtokában mód nyílna a beavatkozás gyorsabb, informatívabb és biztonságosabb elvégzésére.

TRU-CUT VASTAGTŰ TÜDŐBIOPSIÁVAL NYERT „VÁRATLAN” SZÖVETTANI LELET

Lantos Ákos, Nagy A.*, Vajda E.*

Komáromi T.*

Gyulai M.,
Pest megyei Tüdőgyógyintézet Törökbálint,
Semelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest*

lantosok@t-online.hu

A 65 éves férfit bal oldali teljes mellkas RTG. fedettséget okozó tüdőelváltozás miatt vizsgáltuk. Az mellkasi Ct a bal tüdő diffus tumorosnak tűnő infiltráltságát ill atelectasiáját mutatta. Negatív bronchoszkopia, és több vékonytű biopszia után, ultrahanggal lokalizáltuk a bal rekeszt és lépet. A rekesz felett tenyérnyíval az elülső axillaris vinalban G12-es Travenol tüvel több mintavétel történt. A másnapra elkészült szövettani lelet szerint a minták kizárólag szivizom szövetet tartalmaztak. A beavatkozásnak nem lett szövődménye

Később thoracotomia során vett anyag szövettana malignus mesohelioma lett.

SZOKATLAN KLINIKAI ÉS MORFOLÓGIAI JELENSÉGEK A TÜDŐ DAGANATOK HÁTTERÉBEN

László Terézia, Kraviák A., Kálmán E., Hegedűs I., Sárosi V★,
PTE ÁOK Pathológiai Intézet, Pécs, BMK Tüdőgyógyintézet, Pécs★
terezia.laszlo@aok.pte.hu

A tüdő daganatok morfológiai megjelenése napjainkban egyre nagyobb heterogenitást mutat. A változatos hisztológia ellenére a radiológiai és klinikai kép az esetek döntő hányadában egyértelmű, differenciál diagnosztikai problémát ritkán jelent. A mintavétellel kiegészített képalkotó vizsgálatok a tüdő daganatok jelentős részében diagnosztikus értékűek. Az utóbbi években, saját anyagunkban nőtt a szokatlan klinikai tünetekkel járó, differenciál diagnosztikai nehézséget okozó, primer vagy szekunder tüdő daganatok előfordulása. Négy eset ismertetése kapcsán szeretnénk rávilágítani a tüdő primer és szekunder daganatai által okozott szokatlan klinikai tünetekre és a szokatlan tünetek mögött álló morfológiai megjelenésre. Bemutató esetekben a vezető és csaknem egyetlen tünet az akut légzési elégtelenség és a tüdő perfúzió drasztikus csökkenése volt. A diagnózis felállítása minden esetben a post mortem hisztológiai és immunhisztológiai vizsgálat alapján történt

RENDSZEBETEGSÉG BRONCHOLÓGIAI DIAGNÓZISA

Lovász Orsolya, Mosdósi B.★, Sárosi V★★

BM. Kórház Tüdőgyógyintézet, Cserkút, PTE ÁOK Gyermekklinika, Pécs★,
BM. Kórház Tüdőgyógyintézet, Pécs★★

lovaszo@freemail.hu

A szerzők egy 15 éves lány esetét ismertetik, akinek ritka rendszerbetegségének pontos felismeréséhez a bronchológiai mintavétel segített. A beteg gyulladáshoz laborjelek hiányában zajló, váltott antibiotikus kezelésre nem javuló pneumonia miatt került kórházba. Megfigyelése során a tüdőfolyamat mellett progresszív hepatosplenomegália és generalizált lymphadenopathia volt észlelhető. A klinikai kép háttérben az infectiós, autoimmun, haematológiai eredetet kizárták. A képalkotó vizsgálatok a tüdőben basalis fibrosist, alveolitist vélelmeztek. A részletes immunológiai kivizsgálás során CVID (common variable immunodeficiency) igazolódott. A kórkép ritka és súlyos velejárója a „sarcoid-like” tüdőelváltozás, mely diagnózisához a bronchosopia során vett szövettani minta feldolgozása vezetett. Mindezek alapján a klinikai kép immundeficiencia talaján kialakult szisztémás granulomatosus megbetegedésnek felel meg

TÜDŐRÁKOS BETEGEINK PET CT VIZSGÁLATAINAK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE

Markóczy Zsolt, Zsiray M., Strausz J., Borbély K*, Lengyel Zs**,
Fekésházi Á.***

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Országos Onkológiai Intézet*,
Pozitron Diagnosztikai KFT**,

PET CT Orvosi Diagnosztikai KFT***, Budapest

mazso@mail.tvnet.hu

A szerzők 205 beteg adatait elemzik. A PET CT a tüdőrák diagnosztikájában és stádiumba sorolásában fokozatosan beépült a napi gyakorlatba. Az intézetünkben az elmúlt években PET CT vizsgálatra küldött betegek adatait dolgoztuk fel. Soliter, vagy multiplex parenchymás elváltozások dignitásának eldöntését vártuk a vizsgálatok 60%-ban. A mellkasi nyirokcsomók feltérképezése 14 %-ban, extrathoracalis metastatizatio keresése 8%-ban, primer tumor keresés 9%-ban volt a vizsgálat indikációja. Neoadjuváns kezelést követő restaging illetve recidiva kimutatása 9%-ban volt a célunk. Tapasztalataink egyre gyűlnek, úgy gondoljuk, hogy a módszer diagnosztikus algoritmusokba való beillesztése és az invazív diagnosztikához való viszonya konszenzuson kell, hogy alapuljon.

GYULLADÁSOS BÉLBETEGESÉGEK ENDOBRONCHIALIS VONATKOZÁSAI

Matesz István, Markóczy Zs., Molnár Zs., Fülöp A., Rojkó L., Udud K.,
Strausz J.,

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

istvanmatesz@freemail.hu

A colitis ulcerosa és a Chron-betegség a gastrointestinalis rendszert érintő, a bél különböző szakaszainak gyulladásával járó kórképek, amelyek ritkán a légzőszervrendszerben is elváltozást okoznak. A kórkép felismerése nehéz, mert a pulmonális manifesztációk sokszor nem specifikusak és megjelenésük nem feltétlenül jár együtt a bélbetegség fellángolásával. Leggyakrabban az endo-bronchialis nyálkahártya necrotizáló gyulladása, hörgőtágulat, granulomatosus interstitialis tüdőbetegség és chronicus bronchitist igazolható. Előadásunkban egy eset kapcsán bemutatjuk a gyulladással járó bélbetegségekkel társult légzőrendszeri elváltozások diagnosztikai nehézségeit, kezelésének lehetőségeit.

GYAKORI TÁRSBETEGESÉGEK ÉS A CISPLATIN (CP) NEPHROTOXIKUS HATÁSA TÜDŐRÁKBAN

Máthé Csaba, Bohács A., Magyar P., Losonczy Gy.,

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

mcs2000@freemail.hu

Célkitűzések: A CP a mai napig az egyik leghatásosabb kemoterapeutikum tüdőrákban. Egy kezelés során 80-120 mg/m² a szokásos dózis. Nephrotoxikus mellékhatása leginkább úgy előzhető meg, hogy a szer infúziója *előtt* 2-12 órával 100-200 ml/óra (24 - 4.8 liter/24 óra) *sódiurézist* biztosítunk (Gyógyszer Kompendium 2005, 334. oldal, OGYI Hivatalos Kiadványa). A napi gyakorlatban nem mérjük a Na⁺- és vízürítést, viszont CP kezelés után gyakran tapasztalunk szövödményes azotaemiát. A jelen vizsgálatban arra kerestünk választ, hogy 2006-ban, a Klinikán CP alapú kemoterápiában részesített, eredendően nem azotaemiás betegek (n=196) között milyen arányban alakult ki átmeneti, vagy tartós azotaemia.

Módszerek: A betegeket 3 csoportba osztottuk a vesekárosodás kialakulásának feltételezhető kockázata szerint: társbetegség nélküliek (I-es csoport, n=73), hypertoniában és ischaemias szívbetegségben (ISZB) szenvedők (II-es csoport, n=100) és diabetes mellitusban, valamint ISZB-ben szenvedők (III-as csoport, n=23). Minimum 2, maximum 5 kezelés történt és meghatároztuk az első kezelés előtti, valamint a kezeléseket alatti maximális, illetve a kezeléseket befejezése utáni minimális (tartósan fennmaradó) szérumban kreatinin és urea koncentrációt. Az eredményeket az átlaggal és a standard hibával szemléltetjük. A statisztikai összehasonlítást ANOVA-val és post-hoc Newman-Keuls teszttel történt.

Eredmények: Az I-es csoportban a CP kezelés alatti legmagasabb kreatinin koncentráció 100.8±4.4 μmol/l volt szemben a II-es csoportban mért 130±6.2 μmol/l-rel és a III-as csoportban mért 148±19.8 μmol/l-es értékekkel (p<0.01 I vs II és I vs III). A kezeléseket befejezése utáni minimális kreatinin koncentráció csak a III-as csoportban maradt kóros: 132±19.3 μmol/l (p<0.001 vs I). A szérumban ureaszint a kreatinin koncentrációval párhuzamosan alakult, vagyis a II-es és a III-as csoportokban átmeneti, vagy tartós koncentráció fokozódás jelentkezett. A három betegcsoport egyébként hasonló CP összdózist kapott (I: 379 mg, II: 3609 mg, III: 393 mg, ns).

Következtetés: A Klinika 2006-os, CP terápiás gyakorlatában (mely tudomásunk szerint egyezik az ország más központjaiban folytatott gyakorlattal) a betegek nagyobb hányadát alkotó érbeteg, illetve cukorbeteg + érbeteg populációban átmeneti, vagy tartós vesekárosodás lépett fel. Ennek alapján megfontolandó, hogy (ha egyébként egyéb okból nem kontraindikált) már a kezeléseket előtti 24 órában kell azt a hidratációt alkalmazni, amit jelenleg a kezeléseket alatt adunk. Fiziológiai viszonyok között a sóinfúzió nem vált ki fokozott sódiurézist 1-2 órán belül. Egy liter Salsol után vesevédő hatású fokozott sódiurézis különösen nem várható a leromlott állapotú, étvágytalan, dehidrált, diabeteses és gyakran diuretikus kezelésben részesülő tüdőcarcinomás betegekben.

CLAUDIN. ÚJ MOLEKULÁRIS CÉLPONT A TÜDŐRÁK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN?

Moldvay Judit, Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest
drmoldvay@hotmail.com

A tight junction fehérjék közé tartozó claudinok fontos szerepet játszanak a sejtek adhéziójában, proliferációjában és a glanduláris differenciációban. Kevésbé ismert ugyanakkor a claudin expresszió humán normál bronchus hámban és tüdőrákban. Saját vizsgálataink alapján elmondható, hogy a tüdőrák egyes szövettani altípusai között szignifikáns claudin expressziós különbségek figyelhetők meg, főként a kissejtes tüdőrák és a nem-kissejtes tüdőrák, illetve a kissejtes tüdőrák és a carcinoid között. Ezek az eltérések a szövettanilag különböző tüdőrákok carcinogenesis-beli különbözőségeire utalhatnak, és differenciáldiagnosztikai jelentőséggel bírhatnak. Emellett az egyes daganatokban megfigyelhető jelentős claudin overexpresszió terápiás lehetőségeket rejt magában.

KISSEJTES TÜDŐCARCINOMA. TÚLÉLHETŐ BETEGSÉG?

Molnár Ildikó, Mórocz I.,*

Borsod-A-Z Megyei Kórház Sugárterápiás és Klinikai Onkológiai Intézet,
Semmelweis KH Patológiai Osztály *, Miskolc,
molnar.ildiko2@chello.hu

Az 53 éves EF szűréssel kiemelt ffi betegnél 2003.01. hóban j csuci elváltozás háttérben perthoracalis tűbiopsiával intermedier kissejtes cc. igazolódott. Staging vizsgálatokat követően mediastinoscopia, majd j. felsőlebens resectio történt, mivel a tumor a mellkasfalat is infiltrálta, a III-borda rövid szakaszát is resecalni kellett. Szövettan is mikrocell. cc-t véleményezett. Endoxan, Farmorubicin, Vepesid kombinációban 3 ciklusban kemoterápiát kapott, majd a kezelést súlyos májenzim emelkedések miatt fel kellett függeszteni. Ezt követően szoros gondozás alatt állt. 2006.05. hóban Mellkas CT vizsgálat a j csucsban lokális recidivát igazolt, emiatt foton irradiatios th-ban részesült a j felsőlebens, supraclav. régióra 50-50 Gy összdózisban. A kezelés befejezése után kontroll Mellkas CT vizsgálat történt, melyen a recidiv tumor elvékonyodása, valamint lezajlóban lévő postirradiatios pneumonitis volt megfigyelhető. Ez utóbbi helyén fibrosis maradt, de sem lokális tumor recidiva, sem távoli metastasis nem mutatható ki. A beteg jó ált állapotú, rendszeresen jár gondozásra.

PET NEGATÍV TÜDŐTUMOROK

Molnár Zsolt, Fülöp A., Matesz I., Markóczy Zs., Strausz J., Rojko L., Udud K., Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest,
gyandi1@freemail.hu

A PET CT pulmonológiai diagnosztikában való felhasználása napjainkban előtérbe került. A vizsgálat magas szenzitivitású, mégis álpozitív vagy álnegatív eredményeket kaphatunk ha a folyamat háttérében infekció áll, ha a vizsgálat közvetlenül a kemoterápia alkalmazása után történik, illetve ha a tumor kis méretű vagy alacsony proliferációjú. Az előadásban esetismertetés kapcsán bemutatjuk a negatív PET CT lelet kapcsán fellépő differenciál diagnosztikai nehézségeket.

WEGENER GRANULOMATOSIS TBC-VEL?

Pálföldi Regina, Csada E., Tiszlavicz L., Csanádi J., Somfay A.,
SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk,
regi12@axelero.hu

A 38 éves férfi váltott antibiotikumra nem javuló lázas állapot, improduktív köhögés miatt került osztályukra. A radiológiai vizsgálatok kétoldali szabálytalan árnyéktöbbséget ábrázoltak, helyenként cavitatioval. Bronchoscopos vizsgálatot végeztünk, az excisios minta feldolgozása endobronchialis TBC-t igazolt, 4-es kombinációban antituberculosus kezelést indítottunk. Ezt követően derült fény a cANCA pozitivitásra. Néhány nap alatt orrdugulás, orrvérzés, haematuria, dermato-miositis jelentkezett. Ekkor a klinikai kép, a cANCA pozitívitás alapján a betegség háttérében felmerült Wegener granulomatosis lehetősége is, mely miatt immunszuppresszív kezelés vált volna szükségessé. Viszont a korábban kimutatott saválló baktériumok jelenléte miatt a kezelés megfontolandó volt. Majd hirtelen bal oldali hemiplégia, facialis paresis és ptosis alakult ki, mely miatt idegsebészeti opus történt, ökölnyi haematómát távolítottak el a jobb oldali frontotemporalis területről. Az ismételt célzott excisio szövettani feldolgozása során saválló pálcák már nem voltak láthatók. Bár vasculitis sem igazolódott, betegségét Wegener granulomatosisnak tartottuk, mely miatt immunszuppresszív kezelés indult

TAPASZTALATAINK CARCINOID TUMOROS BETEGEK IZOTÓPKEZELÉSÉVEL

Rojkó Livia, Hertel K., Strausz J.,
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest,
rojko.livia@t-online.hu

A carcinoid tumorok az összes tüdődaganat 1-2 %-át teszik ki, incidenciájuk fokozatosan emelkedik. Prognózisukat szövettani típusuk határozza meg, amelyek spektruma a lassan növekvő alacsony malignitású típusos carcinoidtól a kissejtes tüdőrákig terjed. A daganat neuroendokrin sejtekből áll, ezért változatos pulmonális és szisztémás tüneteket produkálhat, amelyek a keringésbe jutott vazoaktív anyagoknak köszönhetőek. A vazoaktív és egyéb hormonszerű anyagok kimutatásának fontos szerepe van a betegség diagnosztikájában, illetve a betegség

aktivitásának monitorozásában /5-hidroxiindolecetsav, chromoginin-A/. A carcinoid tumorok kezelése többnyire sebészi, amennyiben metasztatikus forma alakul ki prognózisuk rosszabb. Az áttétképződés leggyakoribb helye a máj és a csontok. A metasztázisok elhelyezkedésének kimutatásához izotópvizsgálatok végezhetőek, amelyek a kezelés hatékonyságát is előrejelzik. A daganatsejtek felszínén található somatostatin receptorok miatt a kezelés legfontosabb vegyületei a hosszú hatású szomatostatin analógok /pl.octreotide/. Újabban különféle rádioaktív izotópokkal /Indium, Yttrium/ jelzett szomatostatin analógokkal erőteljesebb tumorszövet pusztulást, az áttétképződés lassulását, valamint a carcinoid szindróma tüneteinek csökkenését lehetett elérni. Előadásunkban két metasztatikus carcinoid tumoros betegünk anyagát foglaljuk össze, akik a Magyarországon még nem elérhető Yttrium-Dotatoc kezelést kaptak és értékeljük az esetek kapcsán szerzett tapasztalatainkat.

A NEM-DRAINÁLÓ HÖRGŐ

Saortay Sándor, Pellek S., Görög J.,
Állami Egészségügyi Központ (Honvéd Kórház) Szív- és Mellkassebészeti
Osztály, Budapest,
sandor.saortay@tudogyogyasz.hu

A szerzők egy 46 éves férfi esetét mutatják be. Fölvételére sürgősséggel került sor 4 méter magasból esett le. Agyzúzórást, koponyatörést, jobb oldali sorozatbordatörést, légmellkast és jobb oldali tüdőkontúziót szenvedett el. Az idegsebészeti decompressio műtét után a jobb mellkasfél drainálása ellenére a tüdőben vérzéses, majd gyulladásozó folyamatok léptek fel. Célzott drainage után a jobb alsó tüdőlebenyi tályog toxikus tüneteket okozó képe megszűnt, de a tályogüreg változatlanul fennállt. A transpulmonalis drain öblítése a hörgőrendszerrel való közlekedés jelét mutatta, mégis, a spontán tályogürülés nem következett be. Antibiotikus védelemben jobb alsó lobectomiát végeztek. Esetünkkel arra hívjuk föl a figyelmet, hogy a sürgősségi-traumatológiai ellátásban a bronchoscopy szerepe nagy lehet.

AZ EXPANDED ACCESS PROGRAMBA BEVONT NEMKISSEJTES TÜDŐRÁKOS BETEGEINKEN ERLÖTINIBBEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Sárosi Veronika, Sinkovics A., Albert B, Balikó Z.
Baranya Megyei Kórház Tüdőgyógyászat C osztály, Pécs
sarosi.veronika@freemail.hu

Bevezetés

2005 április és 2006 április között az Expanded Access Programba (EAP) 51 beteget vontunk be. A jelen retrospektív elemzés célja az volt, hogy a betegek nemével, a

dohányzási szokásával és a daganat hisztológiai/cytológiai típusával összefüggésben felmérjük az erlotinib hatékonyságát.

Betegek

A betegek között 31 férfi és 20 nő volt, 42 beteg dohányzott. Az erlotinibet első vonalban 2 esetben, másodvonalon 26 betegnél, harmad vonalban 23 esetben alkalmaztuk. A daganat szövettani és/vagy cytológiai vizsgálata szerint 26 adenocarcinoma, 1 adenosquamosus carcinoma, 9 bronchioloalveoláris carcinoma (BAC), 14 laphámrák és 1 anaplasztikus carcinoma volt. Négy esetben történt EGFR receptor meghatározás, 3 esetben mutáció irányú vizsgálatra is sor került. A többi beteg EGFR receptor és genetikai vizsgálata jelenleg folyamatban van.

Eredmények

Az összesített válaszadás (overall response rate=ORR) 17% volt, egy esetben komplett remissziót (CR) (1.9%), 8 esetben parciális remissziót (PR) (15%) értünk el. Stabil állapotot (stable disease=SD) 32 esetben (62%) észleltünk, ezek alapján az u.n. klinikai előny (clinical benefit) (CR+PR+SD) 80% volt. A progresszióig eltelt idő medián értéke (time to progression=TTP) 16 hét volt. PR esetében a TTP 60 hét, SD esetében 28 hét volt. A dohányosok között a kezelés hatására 4 esetben PR, 26 esetben SD következett be. A 9 soha nem dohányzott betegünk között 1 CR-t, 3 PR-t és 3 SD-t észleltünk, a TTP 32 hét volt. Ebben az alcsoportban szerepelt az a 6 nőbeteg, akik soha nem dohányoztak és a daganat típusuk adenocarcinoma volt; náluk az OR 66%, a kezelés klinikai előnye 83% volt (1 CR, 2 PR és 2 SD, egy beteg a beavatkozás után rövid idővel elhunyt). Négy beteg jelenleg is gyógyszeres kezelésben részesül (kettő 68 hete, egy beteg 65 hete és egy beteg 95 hete kap gyógyszert, a négy betegből három dohányos). 15 esetben kellett különböző súlyosságú bőrtünet miatt a gyógyszer adagját csökkenteni.

Következtetés

Vizsgálataink szerint NSCLC-ben szenvedő betegeink között a másod ill. harmad vonalban adott erlotinib hatásossága még laphámrákos és dohányos esetekben is értékelhető volt. A korábbi vizsgálatokkal egybehangzóan a legnagyobb előny a nem dohányzó adenocarcinomás nőbetegeknél volt.

PULMONOLÓGIAI BRONCHOLÓGIAI TEVÉKENYSÉG 2006-BAN

Strausz János

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

strausz@koranyi.hu

Kérdőíves felmérés során a felnőtt és gyerek pulmonológiai hálózat bronchoscopos tevékenységét mutatjuk be.

KÖPETCITOLÓGIA: AZ ÖRDÖG NEM ALSZIK.

Szabó Péter, Szilasi M.,

DE OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

drszabopeter@freemail.hu

Esetbemutató: 46 éves férfibeteg, tüdőszűrőre emelték ki tömegesebb jobb hilus miatt. A kivizsgálás során eltérést nem találtak, azonban a köpetcitológia pozitív lett: laphámkarcinómát igazolt. Ismételt kivizsgálás egy másik intézetben hasonló eredményt

hozott, semmilyen eltérés nem volt, csak a köpetcitológia volt pozitív. A beteg klinikánkon jelentkezett ismételt vizsgálatokra, az első bronchologiai betekintés negatív volt, a köpetcitológia viszont sejtatípiát írt le. PET-CT-vel egészítettük ki a vizsgálatokat, mely negatív lett. Ismételt endoscopia során a hangszalagon találtunk eltérést

TUMOR? PNEUMONIA? RHODOCOCCLUS EQUINE

Szabó Péter¹, Asztalos L.², Szabó L.², Takács I.³, Sz. Kiss. S.³, Dezső B.⁴, Szabó J.⁵, Szilasi M.⁶

DE OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen¹, DE OEC I. Sebészeti Klinika Vesetranszplantáció, Debrecen², DE OEC II. Sebészeti Klinika Mellkasebészet, Debrecen³, DE OEC Patológiai Intézet, Debrecen⁴, DE OEC Mikrobiológiai Intézet Bakteriológia⁵, DE OEC Tüdőgyógyászati Klinika⁶

drszabopeter@freemail.hu

63 éves nőbeteg, anamnézisében 1991-ben cadaver vese allotranszplantáció, 2005-ben második vesetranszplantáció. Bal oldali centralis parenchymás árnyék miatt indult tüdőgyógyászati kivizsgálása. Mellkasi CT neoplasiát valószínűsített. Endoscoposan macroscoposan szintén malignus folyamat lehetősége merült fel. A többszörös biopszia nem igazolta a malignitást. PET-CT is történt, mely szerint bal oldalon centralisan a malignitás felmerül. Mellkasebészeti beavatkozás során macroscoposan szintén a malignus folyamatot tartották valószínűnek, de a végleges szövettan sem igazolta a malignus folyamatot, végül haemokultúrából Rhodococcus equine tenyésztett ki, mely a tumort utánzó chronicus centralis pneumoniáért felelős

TUMOR ENDOBRONCHIALIS ELTÁVOLÍTÁSA

Tóth Tivadar¹, Hegedűs G.², Simon I.¹, Lovász O.³, Sárosi V.⁴, Baliko Z.⁴, Kecskés T.¹ Egyesített Eü. Intézmények Tüdőgondozó Pécs¹

Baranyai Megyei Kórház Pathológia²

Siklós Kórház Tüdőgondozó³ Baranyai Megyei Kórház Tüdőgyógyintézet⁴

ttivadar@enternet.hu

Tüdőgondozó jobb alsó lebenyi lassan regrediáló pneumónia miatt kéri az 55 éves

férfi beteg bronchológiai kivizsgálását. Megismételt fiberbronchoskopos vizsgálat jobb alsó lebeny szájadékát teljesen elzáró necrotikus idegenszövetet mutatott ki, cytologiai vizsgálat laphámsejtes mataplasiát véleményezett, laphám carcinoma gyanúja is felmerült. Hystologiai negatív volt. Harmadik bronchoskopia során a borsónyi endobronchialis terime endoscoposan eltávolíthatóvá vált. Szövetteni vizsgálat laphámsejtes papillomát igazolt. Humán papilloma vírus etiológiai szerepe is felmerült, vírusidentifikálás folyamatban.

LÉGÚTI STENT BEHELYEZÉSE SZÍVMŰTÉT ELŐTT ESETISMERTETÉS

Trunecz Györgyi, Nagy Sándorné

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet - Csecsemő - és Gyermekpulmonológiai Osztály, Törökbálint

gyerek.gyorgyi@freemail.hu

Szerzők T. G. 4 hónapos csecsemő esetét ismertetik, akinél már a magzati ultrahangvizsgálat szívhiba lehetőségét vetette fel. A gyermek a 34. gesztációs hétre császármetszéssel született. Az első életnapon diagnosztizáltak kritikus aorta stenosisát, mely miatt transzkatéteres ballondilatáció történt, azonban nagyfokú mitralis billentyű elégtelenség miatt keringési elégtelensége tartóssá vált, két hét kivételével folyamatos gépi lélegeztetést igényelt. Három hónapos korban érte el a három kg-os súlyt, mely a mitralis műbillentyű beültetésének feltétele. A szív-műtétet azonban rossz tüdőállapota, visszatérő bronchospasmusai és atelectasiái miatt nem tudták elvégezni. Bronchoskopia során bal főhörgő és jobb alsó lebenyhörgő szűkület igazolódott. 2007.09.25-én a bal főhörgőt stenttel tágítottuk. A behelyezés másnapján bal tüdő atelectasiát észleltek, bronchoskopia ennek okát nem tisztázta, az atelectasia oldódott. A stent behelyezést követően két nappal a szív-műtétet sikeresen elvégezték. Szerzők az eset kapcsán összefoglalják az ambulánsan, más intézetben végzett merevcöves és bronchofiberscopos vizsgálatokkal és a stent behelyezéssel kapcsolatos asszisztensi teendőket.

A NAGY LÉGUTAK VIZSGÁLATA WEGENER GRANULOMATOSISBAN, HAGYOMÁNYOS ÉS VIRTUÁLIS BRONCHOSCOPIÁVAL

Udud Katalin, Markóczy Zs., Fülöp A., Rojko L., Matesz I., Molnár Zs., Monostori Zs., Strausz J.

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

katiudud@freemail.hu

A Wegener granulomatosis egy necrotizáló vasculitis, ami elsősorban a felső és alsó légutakat és a vesét érinti. A léguti és pulmonalis elváltozások közül a léguti gyulladás, stenosis, granulomatosis pulmonalis göcök, alveolaris infiltratio, üreg-

képződés jellemző. A betegség diagnózisához a szövettani mintavétel elengedhetetlen. Az esetek egy részében ezt bronchoscopos mintavétellel érjük el. Az betegek 10-20 százalékánál fordul elő léguti stenosis, melyet endoscopos módszerekkel kezelhetünk. Intézetünkben 1999.07.01-2007.06.30 között 42 beteg-nél volt Wegener granulomatosis a feltételezett diagnózis. Ezek közül 18 esetben (7/11 ffi/ nő) igazolódott be a betegség. A szövettani mintavétel mellett a léguti elváltozások kezelését és követését is végeztük. A bronchoscopos vizsgálat mellett a spirál CT és legutóbb a virtualis bronchoscopy is segített a kóros elváltozások feltárásában és követésében. A Wegener granulomatosis diagnózisának feállítása után, a virtuális bronchoscopy pontos képet nyújt a léguti szűkületek számáról és méretéről. A szűkület mögötti területet is képes vizsgálni, és követhető vele a betegség lefolyása.

DISTALISAN RAPIDAN TERJEDŐ LÉGÚTI PAPILOMATOSIS RITKA ESETE (KAZUISZTIKA)

Zaránd Rajmund, Lellei I., Garay Zs., Kádár L.★,

Szent János Kórház, Gyermekosztály, Gyermek fül-orr-gégészeti Részleg, Budapest
Tüdőgyógyintézet, Törökbálint★

zrajmund@freemail.hu

Szerzők ismertetik az általuk kezelt (fiatal csecsemőkorban felfedezett) gégepapillomatosisból kiinduló, letális kimenetelű légúti papillomatosis esetét. Felhívják a figyelmet az irodalomban is ritkán közölt eset komplex kezelésének interdiszciplináris és infrastrukturális bonyolultságára (aneszteziológia, intenzív osztály, gégészet, bronchológia, dióda lézer).

FONTOS TUDNIVALÓK

Regisztrációs Iroda nyitvatartási ideje:

Csütörtök (november 22.)	10.00 – 19.00
Péntek (november 23.)	08.30 – 19.00
Szombat (november 24.)	08.30 – 12.30

Technika:

A prezentációhoz magyar nyelvű Microsoft PowerPoint 2007 szoftverrel ellátott számítógép és projektor áll rendelkezésre. Kérjük, hogy előadását szekciójának időpontja előtt legalább egy órával adja le.

Szakmai kiállítás:

A konferencia teljes időtartama alatt az onkopulmonológia és bronchológia területéhez kapcsolódó gyártó- és forgalmazó cégek, képviseltek állítanak ki.

Kiállítás nyitvatartási ideje: 2007 november 22. (csütörtök) 14.30 - tól
2007 november 24. (szombat) 12.30 - ig

Poszterszekció:

Kérjük az előadókat, hogy a poszterszekció időtartamában poszterük mellett tartózkodjanak.

Névkitűző:

Kérjük, hogy névkitűzőjét a kongresszus teljes időtartama alatt viselje, mivel az előadótermekben való belépés ill. a részvételi díjban szereplő szolgáltatások, kávészünetek, ebédek és a két esti társasági esemény csak ennek felmutatása mellett vehető igénybe.

Társasági események:

november 22. (csütörtök), 20.00 Fogadás a Hotel Eger Park szálló éttermében
november 23. (péntek), 20.00 Borkóstolós vacsora a Szépasszonyvölgyben

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI:

Amgen Kft.

GlaxoSmithKline Kft.

Roche- Magyarország Kft.

Sanofi-Aventis Zrt.

KIÁLLÍTÓK:

Anamed Kft.

Biropharma Kft.

Bus-Oxy Kft.

CAL+MED Hungary Kft.

Elektro-Oxigén Orvosi Műszerés Elektrotechnikai Kft.

Hungimpex Kft.

Janssen-Cilag Kft.

Lilly Hungária Kft.

Medinst Plussz Kft.

Messer Hungarogáz Kft.

MSD Magyarország Kft.

Nestlé Hungária Kft.

Novartis Hungária Kft.

Oncopharma Kft.

SpringMed Kft.