

**MAGYAR
BRONCHOLÓGUS
EGYESÜLET
KONFERENCIÁJA**

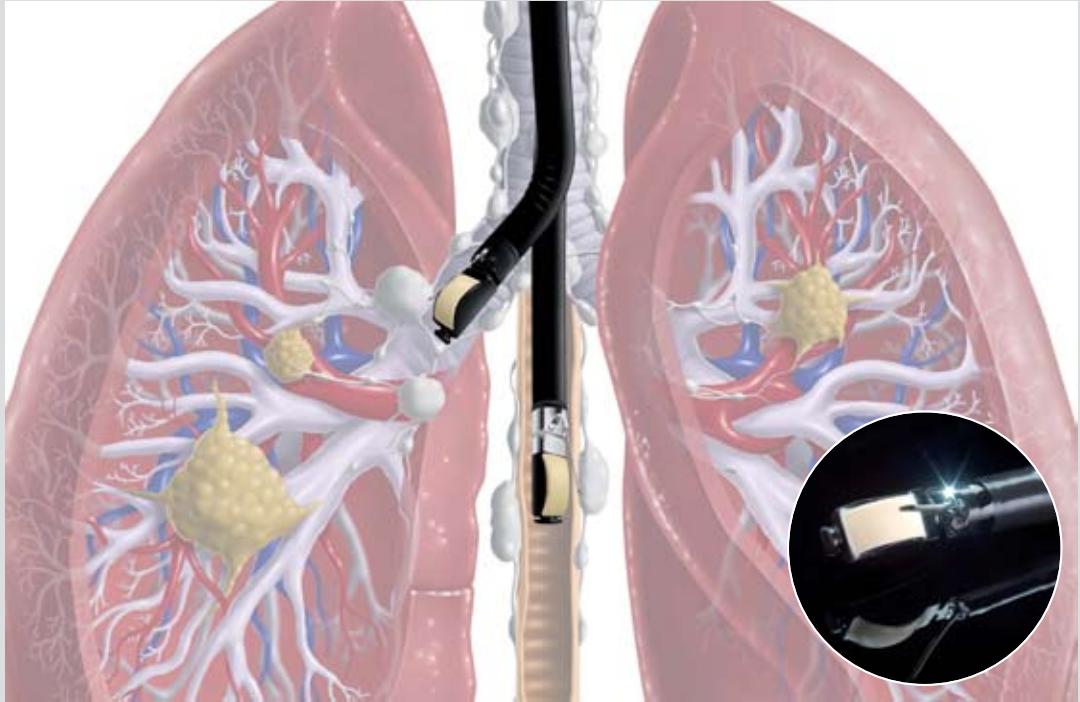
Pécs, 2009. október 9-10.



Program és előadás összefoglalók

www.congresstravel.hu/bronchologia2009

Endo-Bronchial Ultrasound



EBUS guided TBNA –

the new generation complementary to EUS-FNA



- 'Chip in the Tip' technology for high definition video imaging
- Innovative signal processing for high resolution ultrasound imaging
- Increased sector angle for maximum image display
- Optimized needle angle for precise TBNA
- Multi probe connectivity of EUS/EBUS to HI VISION ultrasound platforms

A túlélés időtartamának jelentős mértékű meghosszabbítása
a kezelés mellékhatásainak egyidejű m-erséklése mellett¹⁻⁵

ALIMTA®
pemetrexed

Megfelelő választás
a megfelelő betegnek

CÉLZOTT INDIKÁCIÓ

HATÉKONYSÁG ÉLETMINŐSÉG

Mesothelioma
Nem-laphámsejtes típusú
nem-kissejtes tüdőrák

ALIMTA Rövidített alkalmazási előírás: A gyógyszer megnevezése: ALIMTA 100 mg és 500 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumhoz. **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 100 mg és 500 mg pemetrexed (pemetrexed diátrium formájában) injekciós üvegenként. 100 mg-os kiserelés esetében az injekciós üveg tartalmát 4,2 ml az 500 mg-os kiserelés esetében pedig 20 ml 9 mg/ml (0,9%) nátrium klorid oldatos injekcióval kell feloldani, mely 25 mg/ml oldatot eredményez. A kívánt adagnak megfelelő mennyiséget kell felszívni az injekciós üvegből és 9 mg/ml (0,9%) nátrium klorid oldatos injekcióval tovább hígítani 100 ml-re. **Terápiás javallatok:** Malignus pleurális mesothelioma; Az ALIMTA ciszplatinnal kombinációban a nem rezekeálható malignus pleurális mesotheliomában szenvedő, előzetes kemoterápiában nem részesült betegek kezelésére javallt. **Nem-kissejtes tüdőcarcinoma:** Az ALIMTA ciszplatinnal kombinációban lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem-kissejtes tüdőcarcinomában szenvedő betegek első-vonalbeli kezelésére javallt, a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinomában szenvedő betegek kivételével. **Az ALIMTA monoterápiában, fenntartó kezeléséknél** olyan, lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem-kissejtes tüdőcarcinomában szenvedő betegek kezelésére javallt (a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinomában szenvedő betegek kivételével), akiknél a betegség nem progressziót követően a platina alapú kemoterápiát követően. Az első vonalbeli kezelés gemcitabinnal, paklitaxellel vagy docetaxellel kombinált kettős platina kombináció kell legyen. **Az ALIMTA monoterápiában** a lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem-kissejtes tüdőcarcinomában szenvedő betegek második vonalbeli kezelésére javallt, a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinomában szenvedő betegek kivételével. **Adagolás:** ALIMTA ciszplatinnal kombinációban 500 mg/m² testfelszín (BSA) intravénás infúzióban 10 perc alatt, minden 21 napos ciklus első napján. A ciszplatinnal javasolt adagja 75 mg/m² testfelszín, két óra alatt, kb.: 30 perccal a pemetrexed infúzió befejezését követően minden 21 napos ciklus első napján. A betegeket megfelelő antiemetikus kezelésben kell részesíteni és a szükséges folyadékbevitelről gondoskodni kell a ciszplatinnal adása előtt és/vagy után (lásd a ciszplatinnal alkalmazási előírását). ALIMTA monoterápiában: A nem-kissejtes tüdőcarcinoma miatt, előzetes kemoterápiát követően kezelt betegeknél az ALIMTA javasolt adagja 500 mg/m² BSA, iv infúzióban 10 perc alatt, minden 21 napos ciklus első napján. **Premedikáció:** kortikoszteroidot kell adni a pemetrexed adása előtt, alatti és utáni napon ekvivalens mennyiségű adagban a naponta kétszer, szájon át adott 4 mg dexamethason-nal. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A szoptatást a pemetrexed-kezelés alatt le kell állítani. Egyidejű sárgázás vakcináció. **Mellékhatások:** neutropenia, agranulocitózis, anaemia, trombocitopenia, hányinger, hányás, hasmenés, székrekedés, fáradtság, stomatitis, pharyngitis, szenzoros neuropathia, csökkent kreatinin clearance emelkedett kreatinin, bőrkülés/hámlás, hajhullás, anorexia. **ALIMTA (bruttó) fogyasztói ára:** 100 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumhoz 1 x 70 288 Ft. 500 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátum 1 x 347 872 Ft. A forgalomba hozatali engedély száma: EU/1/04/290/002. **Kérjük a gyógyszer alkalmazása előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást, amely olvasható az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) internetes honlapján (<http://www.ema.europa.eu/>) található, ill. kérésére rendelkezésére bocsátjuk! Lilly Hungaria Kft. 1075 Budapest, Madách Imre u. 13-14. Tel.: +36-1-328-5100 A dokumentum lezárásának dátuma: 2009.07.28.**

Irodalom: 1. Alimta Alkalmazási Előírás 2. Vogelzang NJ. JCO 21:2636-2644, 2003 3. Hanna, N.: JCO 22:1589-1597, 2004 4. Peterson, P.: European Journal of Cancer Supplements, Vol 5 No 4, Page 363 5. Scagliotti, GV.: JCO 26, No 21, 2008

PEM-09-09-04

Lilly

PEP/RMT MASZK

akut és krónikus tüdőbetegségben szenvedő betegek kezelésére



INDIKÁCIÓK

PEP

„**Positive Expiratory Pressure**” olyan váladék-lerakódással járó akut és krónikus tüdőbetegségek kezelésére, mint:

- cisztás fibrózis
 - krónikus bronchitis
 - asztma
- valamint
- posztoperatív atelectasia megelőzésére és kezelésére

RMT – „Respiratory Muscle Training”

= **légzőizom torna**

A rekeszizom-teljesítmény és kitarítás növelésére és ezzel együtt a dyspnoe enyhítésére

- neuromuscularis megbetegedések

- emphysema

esetében.

A PEP/RMT maszkok az OEP által támogatott gyógyászati segédeszköz lista alapján 80% TB támogatást élveznek. Közgyógyellátási igazolvány esetén térítésmentes vehetők igénybe.

Termékkód	ISO kód	Megnevezés
71005	04 03 27 03 03 001	PEP/RMT maszk készlet 0 méret (csecsemőknek)
71006	04 03 27 03 03 001	PEP/RMT maszk készlet 2 méret (gyermekeknek)
71007	04 03 27 03 03 001	PEP/RMT maszk készlet 5 méret (felnőtteknek)
71008	04 03 27 03 03 001	PEP/RMT maszk készlet 4 méret (felnőttek, kicsi arc esetén)
71040		PEP/RMT manométer (nem TB támogatott)

A terméket forgalmazza: **Dispomedic Kft.**, 1105 Budapest, Gitár u.15.

Tel.: 262-4227, 06-20-9414-688

Fax: 262-4227

e-mail: dispomedic@mail.datanet.hu



Kedves Kolléganők! Kedves Kollégák!

Örömkre szolgál, hogy 2009. október 9–10-én második alkalommal rendezhetjük meg Pécsen a Magyar Bronchológus Egyesület konferenciáját.

A konferencia egyik fő témájául a nyelőcső daganatok pulmonológiai vonatkozásait választottuk, melyek speciális bronchológiai kérdéseket vetnek fel. A második fő téma a tüdőrák új stádium beosztása. A korrekt stádiumozásban jelentős feladat jut a bronchológusoknak. A felkért előadások mellett önálló klinikai tanulmányokat és hagyományosan tanulságos kazuisztikákat várunk.

A kongresszus szervezésében ezúttal is sor kerül a bronchológus asszisztensek előadásaira. Reméljük, hogy a tudományos rendezvény a város történelmi hangulatával együtt, melyet várhatóan különlegessé tesz a közelgő EKF-ra készülődés, minden résztvevő számára maradandó élmény lesz.

A kongresszus az orvostudományi egyetem ősi magjában található aulában kerül megrendezésre, mely a városközponttól kényelmes 10 perces sétával elérhető.

Dr. Sárosi Veronika
a konferencia elnöke

Dr. Pápai Székely Zsolt
MBE elnöke



A MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLET KONFERENCIÁJA

A KONGRESSZUS HELYSZÍNE:

PTE KTK Halasy-Nagy József Aula (Pécs, Rákóczi u. 80.)

A KONGRESSZUS IDEJE:

2009. október 9-10.

A KONGRESSZUS HIVATALOS NYELVE:

magyar

A TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG TAGJAI:

Dr. Bánfi Andrea

Dr. Csada Edit

Dr. Horváth Örs Péter

Dr. Molnár F. Tamás

Dr. Pápai Székely Zsolt

Dr. Sárosi Veronika

Dr. Solt Jenő

Dr. Strausz János

FŐ TÉMÁK:

- Nyelőcső daganatok pulmonológiai vonatkozásai
- A tüdőrák új stádium beosztása
- Gyermekpulmonológia
- Varia

ELŐADÁSOK:

A beérkezett előadás kivonatokat a Tudományos Bizottság rangsorolta. Az előadásokhoz a következő technikai háttérrel biztosítjuk: laptop, projektor, vetítővászon, pointer és hangosítás. Kérjük az előadókat, hogy a vetítendő anyagaikat a szünetekben adják le a megadott teremben a technikusnál.



AKKREDITÁCIÓ:

A kreditpontot minden regisztrált résztvevőnek jóváírjuk, aki az OFTEX jelenléti ívet aláírta. Hallgatóknak 10 pont, előadóknak 5 pont jár. A szakdolgozói akkreditáció folyamatban van.

EBÉD:

2009. október 9. 13²⁰ – 14⁰⁰ Szendvicsebéd a helyszínen felállított sátorban
2009. október 10. 14³⁰ Svédasztalos ebéd a Hotel Pátriában

TÁRSASÁGI PROGRAM:

2009. október 9. (péntek) 18⁰⁰ Állófogadás a Hotel Pátriában
2009. október 9. (péntek) 19³⁰ Színházi előadás a Pécsi Nemzeti Színház Kamaraszínházában
A darab címe: A képzelt beteg

TRANSZFER:

A közlekedés könnyítése érdekében a rendezvény helyszíne és a Pátia Hotel között transzferbuszokat indítunk mindkét napon.

A MENETREND:

2009. október 9. 17⁰⁰ indulás a PTE KTK elől, a Vasvári Pál utcából a Hotel Pátriába
2009. október 10. 7³⁰ indulás a Hotel Pátia elől, a Kórház téri buszmegállóból a konferencia helyszínére
2009. október 10. 14¹⁵ indulás a PTE KTK elől, a Vasvári Pál utcából a Hotel Pátriába

REGISZTRÁCIÓ:

A kongresszus helyszínén a következő időpontokban:

2009. október 9. 8³⁰ – 17⁰⁰
2009. október 10. 7³⁰ – 14⁰⁰

KONGRESSZUSI IRODA:

C&T Hungary Kft.
6722 Szeged, Dáni u. 13.
Tel./fax: 62/548-485
Email: congress@congresstravel.hu



A KONGRESSZUS TÁMOGATÓI:

Allegro Kft.

Amgen Kft.

Anamed Kft.

AstraZeneca Kft.

Bayer Hungária Kft.

Bus-Oxy Kft.

Dispomedic Kft.

Elektro-Oxigén Orvosi Műszer és Elektrotechnikai Kft.

Ewopharma AG Mo. Ker. Képviselő

GlaxoSmithKline

Janssen-Cilag Kft.

Lilly Hungária Kft.

Messer Hungarogáz Kft.

Montrose Gyógyászati Kft.

MSD Magyarország Kft.

Novartis Hungária Kft.

Richter Gedeon Nyrt.

Roche Magyarország Kft.

Sandoz Hungária Kft.

Torrex Chiesi Kft.



Áttekintő program

2009. október 9. péntek

10 ⁰⁰ – 10 ²⁰	Megnyitó
10 ²⁰ – 11 ³⁰	A tüdőrák új stádium beosztása
11 ³⁰ – 11 ⁴⁵	Kávészünet
11 ⁴⁵ – 12 ²⁰	Roche szimpózium
12 ²⁰ – 13 ²⁰	Pentax szimpózium
13 ²⁰ – 14 ⁰⁰	Ebéd szünet
14 ⁰⁰ – 14 ³⁰	Irodalmi áttekintések
14 ³⁵ – 15 ⁴⁵	Oesophagus tumorok bronchológiai vonatkozásai
15 ⁴⁵ – 16 ⁰⁰	Kávészünet
16 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰	Szakdolgozói szekció
18 ⁰⁰ – 19 ⁰⁰	Állófogadás a Hotel Pátriában
19 ³⁰	Színházi előadás a Pécsi Nemzeti Színház Kamaraszínházában

2009. október 10. szombat

8 ⁰⁰ – 9 ²⁵	Kazuisztikák 1.
9 ³⁰ – 9 ⁵⁰	GSK szimpózium
9 ⁵⁰ – 10 ³⁰	Beszámolók
10 ³⁰ – 10 ⁴⁵	Kávészünet
10 ⁴⁵ – 11 ³⁵	Kazuisztikák 2.
11 ⁴⁰ – 12 ⁴⁰	Kazuisztikák 3.
12 ⁴⁰ – 13 ⁰⁰	Kávészünet
13 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰	Kazuisztikák 4.
14 ³⁰	Ebéd a Hotel Pátriában



PROGRAM

2009. október 9. Péntek

10⁰⁰ – 10²⁰

MEGNYITÓ

Pápai Székely Zsolt, a MBE elnöke

Sárosi Veronika, a Szervezőbizottság elnöke

Somfay Attila, a MTT elnöke

FŐVÉDNÖKÖK: Németh Péter (PTE ÁOK Dékán)

Ruzsa Csaba (Baranya Megyei Kórház Főigazgató)

10²⁰ – 11³⁰

TÜDŐRÁK ÚJ STÁDIUM BEOSZTÁSA

ÜLÉSELNÖKÖK: Somfay Attila, Szima Barna

10²⁰ – 10⁴⁰

Az NSCLC új TNM rendszere és hatása a klinikai praxisra

Balikó Zoltán

10⁴⁰ – 11⁰⁰

Az endoszkópos UH szerepe a tüdőrák stagingjében

Pakodi Ferenc

11⁰⁰ – 11²⁰

Az NSCLC új TNM rendszerének sebészeti következményei

Agócs László

Hozzászólások

11³⁰ – 11⁴⁵

Kávészünet

11⁴⁵ – 12²⁰

ROCHE SZIMPÓZIUM

11⁴⁵ – 12⁰⁰

Avastin 2009 megerősített hatékonyság az NSCLC első vonalbeli kezelésében

Tolnay Edina

12⁰⁰ – 12¹⁵

EGFR tirozin kináz inhibitorok hatékonysága a biomarkerek tükrében

Balikó Zoltán



12²⁰ – 13²⁰ PENTAX SZIMPÓZIUM

MODERÁTOR: Strausz János

- 12²⁰ – 12⁴⁰ **Endobronchialis ultrahang (EBUS) vezérelte transbronchialis tűbiopszia – Irodalmi áttekintés és első tapasztalataink**
Markóczi Zsolt
- 12⁴⁰ – 13⁰⁰ **A tüdőrák korai felfedezése bronchoscóppal**
Fülöp Andrea
- 13⁰⁰ – 13²⁰ **Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Bronchológia rendelő 2009**
Rojkó Lívia
- Személyes szakmai konzultáció a Pentax EBUS rendszer használatáról Prof. Dr. Straussz Jánossal és munkatársaival**
- 13²⁰ – 14⁰⁰ Ebédszünet

14⁰⁰ – 14³⁰ IRODALMI ÁTTEKINTÉSEK

- 14⁰⁰ – 14¹⁵ **Gyermekbronchológia 2008–2009 (irodalmi áttekintés)**
Baktai György
- 14¹⁵ – 14³⁰ **Felnőtt bronchológiai irodalmi áttekintő**
Pápai Székely Zsolt

14³⁵ – 15⁴⁵ OESOPHAGUS TUMOROK BRONCHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

ELNÖKÖK: Böszörményi Nagy György, Csada Edit

- 14³⁵ – 14⁵⁵ **Az oesophagus tumorok légúti érintettsége**
Strausz János
- 14⁵⁵ – 15¹⁵ **Határterületi kérdések a nyelőcső betegségeivel**
Horváth Őrs Péter
- 15¹⁵ – 15³⁵ **Nyelőcső és tüdőtumorkok okozta dysphagia és oesophagorespiratórikus fistula endoszkópos kezelése**
Solt Jenő
- Diszkusszió
- 15⁴⁵ – 16⁰⁰ Kávészünet



16⁰⁰ – 17⁰⁰**SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ**

ÜLÉSELNÖKÖK: Lantos Ákos, Kádár László

16⁰⁰ – 16¹⁰**Anesztézia bronchoszkópiához. Melyiket válasszam?**

Húri Béláné

16¹⁰ – 16²⁰**Transbronchialis nyirokcsomó aspiráció (TBNA) asszisztensi szemmel**

Krecksainé Keresztes Nagy Ágnes

16²⁰ – 16³⁰**Multidrog rezisztens tuberkulózis hat hónapos csecsemőben**

Trunecz Gyöngyi

16³⁰ – 16⁴⁰**Öntáguló fémstent behelyezése a gyakorlatban**

Paulovicsné Kiss Melinda

16⁴⁰ – 16⁵⁰**Rutin bronchoscopos érzéstelenítés során észlelhető
figyelemfelkeltő elváltozások**

Lovász Éva

18⁰⁰ – 19⁰⁰

Állófogadás a Hotel Pátriában

19³⁰Színházi előadás a Pécsi Nemzeti Színház Kamaraszínházában
A darab címe: A képzelt beteg

2009. október 10. Szombat

8⁰⁰ – 9²⁵

KAZUISZTIKÁK 1.

ELNÖKÖK: Kas József, Grmela Gábor

8⁰⁰ – 8¹⁵

In memoriam Dr. Jáger Margit

Bordás Mária

Bronchológiai tevékenység a Semmelweis Kórházban

Szabó Miklós

8¹⁵ – 8²⁵

Bronchológia az Intenzív Terápiás osztályon

Matesz István

8²⁵ – 8³⁵

Magas rizikójú betegek bronchológiai vizsgálatának szempontjai

Dulka Edit

8³⁵ – 8⁴⁵

Tüdőgyógyász a kritikus állapotú betegellátásban: masszív hemoptoe bronchológiai megközelítése

Grmela Gábor

8⁴⁵ – 8⁵⁵

Tracheo-oesophagealis fistula – Egy traumás agysérült beteg kapcsán felmerülő nehézségek

Gyulai Márton

8⁵⁵ – 9⁰⁵

Komplikációk és eredményesség percutan tübiopsziás anyagunkban az elmúlt 3 év során

Egerszegi Sándor

9⁰⁵ – 9¹⁵

Tüdőtranszplantált betegeink kontroll bronchoscopos vizsgálatai

Muraközi Gabriella

9¹⁵ – 9²⁵

Kicsúszott fém trachea kanül okozta akut dyspnoe miatti sürgősségi próbálkozások

Lantos Ákos

9³⁰ – 9⁵⁰

GSK SZIMPÓZIUM

ELNÖK: Pápai Székely Zsolt

Topotecan szerepe a mikrocellularis carcinoma kezelésében

Sárosi Veronika



9⁵⁰ – 10³⁰ BESZÁMOLÓK

9⁵⁰ – 10¹⁰ **Beszámoló a gyermekbronchológiai rendelők működéséről**
Baktai György, Bánfi Andrea

10¹⁰ – 10³⁰ **Felnőttbronchológiai beszámoló**
Pápai Székely Zsolt, Csada Edit

10³⁰ – 10⁴⁵ Kávészünet

10⁴⁵ – 11³⁵ KAZUISZTIKÁK 2.

ELNÖKÖK: Baktai György, Bánfi Andrea

10⁴⁵ – 10⁵⁵ **Lymphadenitis tuberculosa szomáliai menekült lánynál**
Gyórfy Ágnes

10⁵⁵ – 11⁰⁵ **Bal szívfél hypoplasziás csecsemő bal főhörgő szűkületének
kezelése**
Kádar László

11⁰⁵ – 11¹⁵ **Ritka gégefejlődési rendellenesség: gége hártya (laryngeal web)**
Krikovszky Dóra

11¹⁵ – 11²⁵ **Artéria lusoria mellkasi következményei egy felnőttkori eset
kapcsán**
Böcskei Csaba

11²⁵ – 11³⁵ **Tracheo-oesophagealis fistula kilenc éves gyermekben**
Simon Noémi

11⁴⁰ – 12⁴⁰ KAZUISZTIKÁK 3.

ELNÖKÖK: Tehenes Sándor, Zsiray Miklós

11⁴⁰ – 11⁵⁰ **Ritka tünetekkel járó Wegener granulomatosis esete**
Gálffy Gabriella

11⁵⁰ – 12⁰⁰ **Endobronchialis tumort utánzó granulomatosisus folyamatok**
Tóth Tivadar



- 12⁰⁰ – 12¹⁰ **Pulmonalis epitheloid haemangioendothelioma**
Pálföldi Regina
- 12¹⁰ – 12²⁰ **Pulmonális gyulladásos miofibroblasztos tumor
(inflammatus pseudotumor)**
Tóth Veronika
- 12¹⁰ – 12²⁰ **Bal főhögőt elzáró rendkívül vérzékeny tumor**
Eszes Noémi
- 12²⁰ – 12⁴⁰ **Primer pulmonalis synovialis sarcoma bronchoscopos,
clinikopathologiai, immunhisztológiai és genetikai sajátosságai**
László Terézia

12⁴⁰ – 13⁰⁰ Kávészünet

13⁰⁰ – 14⁰⁰ KAZUISZTIKÁK 4.

ELNÖKÖK: Albert István, Sárosi Veronika

- 13⁰⁰ – 13¹⁰ **PET-CT vizsgálat az N-staging algoritmusában – saját adatok**
Zsiray Miklós
- 13¹⁰ – 13²⁰ **Prostata carcinoma non steroid antiandrogén kezelése során
jelentkező fibrotizáló alveolitis**
Lantos Ákos
- 13²⁰ – 13³⁰ **Szekunder spontán ptx és COPD okozta respiratorikus acidosis
nem várt gyógyulása**
Lantos Ákos
- 13³⁰ – 13⁴⁰ **Kissejtes carcinoma recidíva kizárása TBNA-val**
Ruzsics István
- 13⁴⁰ – 13⁵⁰ **Idegen testek, eltávolításuk és a szövődmények**
Szabó Péter
- 13⁵⁰ – 14⁰⁰ **Hogy kerül egy gyökércsapos fogkorona a hörgőbe, és onnan ki?**
Egerszegi Sándor

14³⁰ Svédasztalos ebéd a Hotel Pátriában



ANESZTÉZIA BRONCHOSZKÓPIÁHOZ. MELYIKET VÁLASSZAM?

Péter Ferencné, Huri Béláné, Kukoricza Edit, Péter Istvánné

KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ, GYERMEK- ÉS FELNŐTT BRONCHOLÓGIA, MOSDÓS

Az előadás részletezi a bronchoszkopiához alkalmazható aneszteziológiai módszereket a helyi érzéstelelnítéstől az általános anesztéziáig, a fiberoszkopia általános anesztézisai lehetőségeit és a premedikációtól aposztoperatív őrzésig felhasznált szerek (midazolam, atropin, profolon, thiopental, succinylcholin, mivacurium, fentanyl, alfentanyl, remifentanyl) palettáját és árait, előnyös és hátrányos hatásait.

A szakmai irányelvek a betegek érdekeit (szorongásmentesség, fájdalommentesség, nyugodt ébredés és az anesztézia körüli amnezia) szolgálják, az anesztézia biztonságát növelik, de természetesen megnövelik az anesztézia költségeit, az anesztézia és posztoperatív őrzés idejét, személyi igényét. A költség-hatékonyság viszont az aneszteziológiában is szerepet játszik. Az ideális anesztetikum, izomrelaxáns és fájdalomcsillapító hatása többek között gyors, rövid, mellékhatásoktól mentes, nem kumulálódik, a szervezetből gyorsan kiürül és olcsó.

Ideális szer nem létezik, így a rendelkezésre álló olcsóbb s a bronchoszkopia speciális szempontjainak kevésbé megfelelő, valamint a drága, de korszerűbb, a betegek biztonságának és az aneszteziológiai szempontoknak jobban megfelelő gyógyszerek közül kell választanunk a helyi viszonyoknak megfelelően. A szakmai szempontok szerinti előnyök és hátrányok összevetésre kerülnek az anyagi szempontokkal, Mérlegelhetjük, hogy az egyes ritka, kisgyermekkorban még nem diagnosztizált betegségeknel előforduló, olcsó gyógyszerek által okozott súlyos mellékhatások kialakulásának veszélye miatt vállalhatjuk-e az olcsóbb gyógyszerek használatát, vagy a drágább, de komolyabb mellékhatással nem rendelkező gyógyszereket választunk a bronchoszkopia anesztéziájához.

Ha lehetséges jó megoldás, azt csak team munkával találhatjuk meg.

TRANSBRONCHIALIS NYIROKCSOMÓ ASPIRÁCIÓ (TBNA) ASSZISZTENSI SZEMMEL

Krecskainé Keresztes Nagy Ágnes, Borbély Györgyné, Csada Edit

CSONGRÁD MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT MELLKASI BETEGSÉGEK SZAKKÓRHÁZA, DESZK

A TBNA olyan bronchoszkópos mintavételi eljárás, amellyel az extrabronchiálisan elhelyezkedő nyirokcsomókból veszünk mintát. A tú méretétől függően hisztológiai vagy citológiai vizsgálatra alkalmas anyagot nyerhetünk. A vizsgálatot legtöbbször a tüdőrák stádiumának meghatározására, ritkábban perifériás elváltozások diagnosztizálására alkalmazzuk. Intézetünkben 2009.01.01 – 2009.08.31 között 111 TBNA vizsgálatot végeztünk. A vizsgálatok harmadában kaptunk pozitív eredményt. A vizsgálat eredményeinek javítása érdekében a megfelelő tárgyi és személyi feltételek mellett rendkívül fontos az orvos és az asszisztens megfelelő együttműködése.



MULTIDROG REZISZTENS TUBERKULÓZIS HAT HÓNAPOS CSECSEMŐBEN

Trunecz Györgyi, Nagy Sándorné

PEST MEGYEI TUDÓGYÓGYINTÉZET, GYERMEKOSZTÁLY, TÖRÖKBÁLINT

Szerzők egy hat hónapos csecsemő esetét ismertetik, akinek perinatalis története eseménytelen, korábban komolyabb betegségben nem szenvedett. Édesapja szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) miatt áll kezelés alatt, a gyermek születésekor emellett multidrog rezisztens tuberkulózis miatt is igényelt kórházi ellátást. A gyermeket kontaktszűrés során, tünetmentesen emelték ki. Fizikális vizsgálata során eltérést nem találtunk. Mellkasröntgen felvételén a felső mediastinum kiszélesedése látszott. Tuberkulin tesztje normerg volt, a Quntiferon vizsgálat pozitív eredményt adott. Bronchoscopia során a subcarinalis nyirokcsomók bifurcatoria gyakorolt benyomatát észleltük. Az apa törzsének érzékenysége alapján adott kombinált antituberkulotikus kezelés mellett a folyamat javulását észleltük. A gyermeket hat hónapos kórházi kezelés után hármás kombinációval adtuk haza.

ÖNTÁGULÓ FÉMSTENT BEHELYEZÉSE A GYAKORLATBAN

Paulovicsné Kiss Melinda

Az emésztő rendszeri malignus szűkületek évről-évre egyre magasabb számban fordulnak elő. Nyelőcső carcinomák, ráterjedő tumoros folyamatok esetén a betegek magas százaléka inoperabilis, 5 éves túlélésük alacsony. Így érthető, hogy a páciensek palliatív ellátásában az onkológiai kezelés mellett, igen fontos a dysphagias betegek nyelőcső stent kezelése.

Esetismertetés: 58 éves férfi beteg, akit a tüdő gondozó emelt ki bal oldali planocellularis tüdő neoplasia miatt.

Fokozódó nyelési panaszok miatt került gasztroenterológiai osztályra, melynek háttérében progredáló tüdő neoplasia okozta nyelőcső dislocatio és compressio állt. A fémstent implantatit követően nyelési panaszai megszűntek.

BRONCHOLÓGIAI TEVÉKENYSÉG A SEMMELWEIS KÓRHÁZBAN IN MEMORIAM DR. JÁGER MARGIT

Szabó Miklós, Jónás József, Soplák Otilia, † Jáger Margit, Csánky Eszter

MISKOLCI SEMMELWEIS KÓRHÁZ, TUDÓGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY

2007. július 1-jétől B.A.Z. megyében alapvetően megváltozott a pulmonológiai ellátás rendje. Az aktív tüdőgyógyászati ellátás a Semmelweis Kórházba került át. A pulmonológiai osztály és a bronchológiai laboratórium alapjainak a megteremtése Dr. Jáger Margit főorvosnő érdeme, aki haláláig 2008 decemberéig áldozatos munkával vezette és fejlesztette az osztályt. Az Ő munkájának és hagyatékának a foly-



tatása a mai napig zajlik annak érdekében, hogy megfeleljünk a XXI. század aktív tüdőgyógyászati elvárásainak.

2007. 07. 01. és 2009. 06. 30. között összesen 1210 bronchoscopiát végeztünk, 943 (78%) diagnosztikus és 267 (22%) pedig terápiás volt.

2007. 06. 1. – 2008. 12. 31-ig 993 vizsgálat történt. 143 alkalommal került sor fogós és/vagy hörgőkefés mintavételre. Az esetek nagy részében ezeket kombináltuk, így az átlagos találati arány 74% volt. 32 alkalommal bronchoscoppal nem elérhető perifériás árnyékot észleltünk, ezekben az esetekben PTTB elvégzését kértük a Szent Ferenc Kórháztól.

2009-ben 06. 30-ig 217 bronchoscopos vizsgálatot végeztünk. A diagnosztikus vizsgálatok során az excíziót hörgőkefés mintavétellel kombináltuk, így a találati arányunk 76% volt. Az elmúlt hónapokban bevezetésre került a transzbronchiális tübiopszia, melyet már néhány alkalommal sikeresen alkalmaztunk sarcoidosis igazolására.

A kombinált szövettani, citológiai mintavétel az elmúlt 2 év során kielégítő diagnosztikai eredményt adott. A folyamatban levő fejlesztések segítségével a célzott mintavételek diagnosztikus találati aránya várhatóan növekedni fog.

BRONCHOLÓGIA AZ INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLYON

Matesz István, Zabányi Lajos

KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT SZENT BORBÁLA KÓRHÁZA, ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY, TATABÁNYA

Bevezetés: A bronchoszkóp használatának ismerete nemcsak a pulmo-onkológiai és tüdőgyógyászati munkában alapvető fontosságú, hiszen számos társszakma használ rutinszerűen fiberoszkópot. Az aneszteziológiában és az intenzív terápiában végzett bronchológiai vizsgálatok az akut betegellátás hatékonyságát növelik.

Anyag és módszer: Előadásunkban áttekintjük a Komárom-Esztergom megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórházának Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályán (KEMŐ SZBK AITO) végzett bronchológiai beavatkozások indikációs körét. Bemutatjuk, hogy egy nagy forgalmú központi Intenzív Osztályon mely körképek tisztázásában fontos a bronchológus szakértelme.

Eredmények: A KEMŐ SZBK AITO-n terápiás és diagnosztikus céllal végeztünk bronchológiai vizsgálatokat. Ezek a „klasszikus” légúti váladéklezivás mellett magukba foglalták a különféle okból fellépő intubációs nehézségeket (koponyatrauma, nyaki gerincsérülés, anatómiai variáció), a pajzsmirigyen végzett műtéti beavatkozás utáni hangszalag ellenőrzést, a postintubációs tracheastenosis felismerését, a célzott bakteriológiai mintavételeket, mellkas röntgenfelvételen nem regrediáló atelectasia vizsgálatát, idegentest eltávolítást, a percután tracheostoma végzésének bronchoscopos kontrolját, oesophagotreachialis fistula igazolását.

Következtetés: A fiberoscópiai vizsgálatokkal az aneszteziológiában és az intenzív terápiában is fontos terápiás és diagnosztikus beavatkozások végezhetők el. A légútbiztosítás, a mikrobiológiai mintavétel, a trachea és hörgőrendszer kóros folyamatainak felismerése a bronchológia és az intenzív terápia közötti szoros kapcsolatot bizonyítja.



TÜDŐGYÓGYÁSZ A KRITIKUS ÁLLAPOTÚ BETEGELLÁTÁSBAN: MASSZÍV HEMOPTOE BRONCHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSE

Grmela Gábor, Pápai Székely Zsolt

FEJÉR MEGYEI SZENT GYÖRGY KÓRHÁZ, PULMONOLÓGIA, SZÉKESFEHÉRVÁR

A hemoptysis számos betegség első tünete lehet 7–30%-os mortalitással. Habár a hemoptoe miatt felvett betegek kevesebb mint 5%-nál alakul ki nagymennyiségű vércököpés, a drámai tünetek, a potenciális halálos kimenetel miatt azonnali ellátást és kivizsgálást igényel.

Korai bronchoscópia szükségszerű több szempontból is: a vérzés helyének lokalizálása ill. ellátása miatt. Számos intrabronchialis módszer lehetséges (hideg sóoldat, adrenalin 1:20000, tranexam sav, intrabronchialis szövetragasztók, szelektív intubációk, Fogarty katéter, Watanabe spigott, Surgicel), melyek alkalmazásával időt nyerhetünk további diagnosztikus vizsgálatok (mellkas CT, angiografia, laborok, köpet direct mikroszkópos vizsgálata), ill. terápiás (bronchialis artéria embolizáció, sebészi resectió, coagulopathia korrekciója, intrabronchialis lézió ellátása) beavatkozások elvégzéséhez.

A súlyponti kórházakban a megfelelően képzett bronchológiai háttér elengedhetetlen.

Melkassebészeti centrum nincs minden súlyponti kórházban, ezért a szelektív intubációk elvégzését kérhetik a bronchológustól a sürgősségi osztályon vagy a trauma shokktalanítóban melyhez megfelelő training nélkülözhetetlen.

A hörgőrendszert kitöltő véralvadék eltávolítása gyakran flexibilis bronchoscóppal nem lehetséges megfelelő munkacsatorna hiányában.

Merev bronchoscópia megfelelő lélegeztetési és terápiás lehetőséget biztosít nagylumenű szívóval, JET ventillációval, terápiás eszközbevezetési lehetőséggel.

Összefoglalva: masszív hemoptoe ellátásához jól meghatározott algoritmus követése javasolt, valamint az intrabronchialis kezelési lehetőségek széles palettájának ismerete merev bronchoscópos gyakorlattal. Igéretesnek tűnik az intrabronchialis alkalmazott Surgicel és a segmenthörgő ideiglenes elzárása Watanabe spigottal.

Osztályunkon Surgicel-lel szereztünk pozitív tapasztalatokat.

TRACHEO-OESOPHAGEALIS FISTULA – EGY TRAUMÁS AGYSÉRÜLT BETEG KAPCSÁN FELMERÜLŐ NEHÉZSÉGEK

Gyulai Márton¹, Fajt Erzsébet¹, Lantos Ákos¹, Szegő Eszter², Péntes István², Tolnay Edina¹

PEST MEGYEI TÜDŐGYÓGYINTÉZET, TÖRÖKBÁLINT¹, SEMMELWEIS EGYETEM, ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS KLINIKA, BUDAPEST²

A 25 éves fiatal férfinál bántalmazás kapcsán epiduralis haematoma alkault ki, decompressív craniectomia vált szükségessé. Későbbiekben percutan tracheostomia kapcsán nyelőcső perforatio alakult ki. Ennek kivizsgálására került osztályunkra. Bronchoszkópia során a tracheostomával szemben 4-5 porcra kiterjedő, babérlevél alakú oesophagealis sipolyt észleltünk. A sipoly nagysága, elhelyezkedése és a beteg



rossz általános állapota miatt úgy tűnt, a műtéti megoldás nehezen kivitelezhető. Végül a III. Belklinikán a rekonstrukciót elvégezték: a trachea hátsó falát a beforgatott sternohyoideus lebennyel zárták, a nyelőcső aboralis részét zárták, a proximális szakaszát pedig a nyak bal oldalára szájadztatták. A nyelőcső rekonstrukciója későbbiekben szóba jön.

KOMPLIKÁCIÓK ÉS EREDMÉNYESÉG PERCUTAN TÚBIOPSZIÁS ANYAGUNKBAN AZ ELMÚLT 3 ÉV SORÁN

Egerszegi Sándor, Vennes Zsuzsanna, Potecz Györgyi

FŐVÁROSI ÖNKORMÁNYZAT UZSOKI UTCAI KÓRHÁZA, Tüdőgyógyászati Osztály, BUDAPEST

2007.I. – 2009.IX. között 82 betegnél összesen 102 percutan transthoracalis túbiopsziát (TTB) végeztünk röntgen képerősítő alatt. Az intrapulmonális terimék többsége 2–4 cm nagyságú, a legkisebb, verifikált kerekárnycék 10 mm-es volt.

A 102 TTB során 14 betegnél lépett fel enyhe (1–4 véres köpet), 2 betegnél súlyosabb (1 ill. 2 dl) vérköpés, de transzfúzióra egyik beteg sem szorult. 7 esetben alakult ki beavatkozást nem igénylő, spontán felszívódó parciális ptx, 2 betegnél kellett szívódrénázst alkalmazni. Egy betegnél az előzetes negatív stagingvizsgálatok és az eredményes biopszia alapján a parciális ptx-I járó TTB utáni 2. napon lobectomia történt. 1 betegnél néhány óra alatt lezajlott, és nyomtalanul elmúló TIA szerű tünetegyüttes lépett fel.

A 82, TTB-n átesett betegből 47-nél malignus tüdőtumor, 6 betegnél metasztázis igazolódott. 4 esetben tumor alapos gyanúja merült fel, gyulladás, fibrózis, tbc diagnózis 17 betegnél született.

A TTB 8 betegnél járt negatív eredménnyel, ez 9%-os aránynak felel meg.

Az ismertetett komplikációs és találati arányok alapján – a CT vezérelt biopsziák számának gyarapodása ellenére – továbbra is létjogosultnak tartjuk a rtg. átvilágítás melletti TTB végzését.

TÜDŐTRANSZPLANTÁLT BETEGEINK KONTROLL BRONCHOSCOPOS VIZSGÁLATAI

Muraközy Gabriella, Bohács Anikó, Süttő Zoltán, Müller Veronika, Czebe Krisztina

SEMMEIWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIA KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A tüdő transzplantáció a magyar betegek részére az utóbbi 10 évben vált elérhetővé. 2008. decembere óta a transzplantált betegek utógondozásában az Országos Intézet mellett klinikánk is részt vesz. Ezen immunuszuprimált betegek követésében, légúti infekcióik diagnosztizálásában, valamint az akut és krónikus kilökődési reakciók felismerésében, kezelésében kulcsfontosságú a surveillance bronchosopia.

Anyag és módszer: 2008.12. hó és 2009.09. hó között 6 újonnan transzplantált beteg került klinikánkra. A betegeknél a postoperatív 2. héten, 1. hónapban, 2. hónapban, 3. és 6. hónapban történtek vizsgálatok a protokoll szerint kontrollként. Egy ízben légzésfunkciós paraméterek romlása miatt (MEF



50 > 10%-os csökkenése) a 8. hónapban. A vizsgálatok Dormicum adása mellett történtek. Bronchus szívdékat bakteriológiai, virológiai, parazitológiai vizsgálatra, gombatenyésztés és Aspergillus Platelia antigén kimutatásra, valamint TBC vizsgálatra küldtük. Egy oldalról, minden lebenyből transzbronchiális tüdőbiopsziák történtek.

Eredmények: Az elvégzett 18 vizsgálat során 2 ízben Influenza A vírusfertőzés, 1 ízben Aspergillus Platelia Antigen pozitivitás, 1 ízben Pseudomonas Aeruginosa fertőzés (cysticus fibrozis miatt gondozott beteg), 1 betegnél Enterococcus faecalis, majd E. Coli infekció igazolódott. Az influenza A vírusfertőzésen átesett betegnél a fertőzés után MEF50 csökkenés lépett fel, mely miatt bronchosopia történt tervezett időn kívül. A szövettani vizsgálat akut kilökődési reakciót igazolt, mely miatt sikeres szteroid kezelés történt.

Következtetés: Fenti eredményeink megerősítik a transzplantált betegeknek a tünetmentes állapotban is az előírt időpontokban végzett kontroll bronchosopiák szükségességét és hasznosságát.

KICSÚSZOTT FÉM TRACHEA KANÜL OKOZTA AKUT DYSPNOE MIATTI SÜRGŐSSÉGI PRÓBÁLKOZÁSOK

Lantos Ákos, Korompay Réka, Szabó Mónika, Várdy V. Katalin

Tolnay Edina

Az 56 éves – röntgenkép alapján tbc gyanúval felvett – betegnél az antituberculotikus kezelés során egy hónap után alakult ki stridoros légzés, ill. a traheában lument szűkítő subglottikus szövetburjánzás, mely miatt a betegnél tracheostomia és biopsia történt. 8 mm fém kanült helyeztek a tracheába, de ezt 2 hét után ismételt elzáródások miatt gégszeten cserélni kellett, ekkor egy 7 mm-es kanült kapott. Egy nappal ezután a kanült ismét koagulum zárta el, és az agított beteg a kanül hüvelyt kitépte a tracheából. Néhány perc múlva az eredetileg is szűk stoma szinte teljesen elzáródott, a beteg erősen dyspnoés volt. Ekkor semmilyen műszer nem állt rendelkezésre. A kitépelt 7 mm-es fémkanült a trachea a nyaki nyíláson a trachea lumenében vezetni sikerült, de a trachea tengelyébe letolni nem. A beteg ismét kapott levegőt. A kanül talpa a nyak bőrétől 4 cm-re a levegőben állt. Átmenetileg a kanült a nyakon gézpárnákkal és géz csíkkal rögzítettük.

Mivel legközelebbi gégszeti osztály kb. 15 km-re volt a szállításhoz más megoldást kellett. 7,5 mm-es standard cuffos műanyag trachea tubust vezetünk a fém kanül helyén Lidocain spray adása után a tracheába kb. 8 cm mélyen és a bőr felett 4 cm-re a tubust ollóval levágtuk, gézzel és ragtapasszal a szokásos módon rögzítettük. A gégszeten a betegbe aznap 7-es, másnap 8 mm-es fém kanült helyeztek. A szövettani vizsgálat egy hónappal a mintavétel után még nem fejeződött be



LYMPHADENITIS TUBERCULOSA SZOMÁLIAI MENEKÜLT LÁNYNÁL

Győrfy Ágnes, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Kádár László

PEST MEGYEI Tüdőgyógyintézet, TÖRÖKBÁLINT

Szerzők egy 17 éves lány esetét ismertetik, akinek kórtörténetében a külső nemi szervek csonkítása szerepel. Dyspnoe miatt történt ambuláns vizsgálata során kóros eltérést nem találtak. Két hónap elteltével fogyás, izzadás, fokozódó dyspnoe, stridor, láz tüneteivel került felvételre. Fizikális vizsgálattal bal tüdő felett gyengült légzést, mellkas röntgenen bal oldalon a lingula és az alsó lebeny területén inhomogén árnyékot észleltek. Kombinált antibiotikus terápia mellett minimális regressziót láttak. Hypererg tuberculin teszt és pozitív Quantiferon próba alapján tuberculosis gyanúja merült fel. Bronchoscopya során a bal főhörgőben benyomatot észleltek, a bal S6 szájadékot hörgőfurunculus zárta el. Standart antituberculositikus kezelés mellett gyors regressziót mutatott.

BAL SZÍVFÉL HYPOPLASIÁS CSECSEMŐ BAL FŐHÖRGŐ SZŰKÜLETÉNEK KEZELÉSE

Kádár László¹, Ladányi Anikó², Horváth Bernadett¹, Győrfy Ágnes¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹

PEST MEGYEI Tüdőgyógyintézet GYERMEKOSZTÁLY¹, TÖRÖKBÁLINT

GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOLÓGIAI INTÉZET GYERMEKSZÍV KÖZPONT², BUDAPEST

Szerzők egy 34. gesztációs hétre 2710 gramm súllyal született csecsemő esetét ismertetik, akinél – nagy valószínűséggel a 4. kromoszóma q karjának deléciója következtében – komplex fejlődési rendellenesség, hypoplasiás bal szívfél szindróma, légyszájpad-hasadék jött létre. Az öt napos korban végzett korrekciós Norwood-műtét során az aorta descendentst nagymértékben felhúzták, így bal főhörgő kompresszió jött létre, mely krónikus légzési elégtelenséghez vezetett. A szűkületet Palmaz PG1250PPS stenttel áthidalva a gyermek respirátor dependenciája megszűnt. A szisztémás keringést biztosító conduit elzáródásának megakadályozására a gyermek kombinált antithrombotikus kezelést kapott. Későbbi kontrollok során a stent összenyomódására derült fény, a bal főhörgő azonban átjárható maradt. A stent behelyezést követő harmadik hónap végén a gyermeknél légúti vérzést észleltek, melynek hátterében a stent mingrációjának gyanúja merült fel. Resuscitációt követő bronchoscopya során a stent mindössze 10%-ban tartotta nyitva a bal főhörgőt, vérzést azonban nem okozott, nem mozdult el. A jobb tüdőben azonban diffúz vérzés volt látható. A gyermek a vizsgálatot követően intenzív osztályra került, ahol exitált.



RITKA GÉGEFEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉG: GÉGE HÁRTYA (LARYNGEAL WEB)

Krikovszky Dóra¹, Vatai Barbara¹, Répássy Gábor², Kovács Lajos¹

SEMMEIWEIS EGYETEM I. GYERMEKGYÓGYÁSZAI KLINIKA, BUDAPEST¹, SEMMEIWEIS EGYETEM FÜL-ORR-GÉGÉSZETI ÉS FEJ- NYAKSEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST²

Egy kilenc hónapos fűcsecsemő esetét ismertetjük, akinél a születése óta fennálló rekedtség és stridor háttérben egy ritka gégefejlődési rendellenesség, a gégét szűkítő hártya (laryngeal web) és – az ezzel gyakran társuló – subglotticus stenosis igazolódott. Gégészeti konzílium alapján laryngoscopus feltárásból megtörtént a hártya átmetszése. Ezt követően a gyermek stridora megszűnt, hangja erőteljesebbé vált, a subglotticus stenosis egyelőre intervenciót nem igényelt.

A gégét szűkítő hártyas elváltozás igen ritka fejlődési rendellenesség, feltehetően a magzati élet 4-10. hete között bekövetkező inzultust követő hibás fejlődés következménye. Elhelyezkedésétől és kiterjedésétől (az obstrukció mértékétől) függően változatos tünetei lehetnek, amik az esetek 75%-ban már születéskor észlelhetőek. A terápia célja a légutak biztosítása és a normális pszichoszociális fejlődéshez szükséges hangképzés helyreállítása. Tekintettel a változatos súlyosságú tünetekre, terápiás szempontból minden eset egyedi elbírálást igényel.

Fontos megemlíteni, hogy a gége web gyakran társul a 22q11.2 kromoszóma szakasz deléciójával (velocardiofacialis szindróma), így az arc, a szív, a thymus, és a mellékpajzsmirigy is érintett lehet, ezért ezen gégefejlődési rendellenesség észlelése esetén genetikai vizsgálat elvégzése indokolt.

ARTÉRIA LUSORIA MELLKASI KÖVETKEZMÉNYEI EGY FELNŐTTKORI ESET KAPCSÁN

Böcskei Csaba¹, Horváth Mária², Matesz István¹, Entz László³, Vadász Pál⁴, Viczián Magdolna¹, Borota Mirela¹, Fillinger János⁵

KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ, TATABÁNYA, TUDÓOSZTÁLY¹, TUDÓGONDOZÓ, TATA², SEMMEIWEIS EGYETEM ÉRSEBÉSZETI KLINIKA BUDAPEST³, ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET (OKTPI) MELLKASSEBÉSZET⁴, OKTPI PATHOLÓGIAI OSZTÁLY⁵

Bevezetés: Aberráns jobb artéria(a) subclavia (a.lusoria), ritka, veleszületett fejlődési rendellenesség a lakosság 0,2–1,7%-át érinti, és az aortaív leggyakoribb embrionális rendellenessége. Legtöbb esetben aszimptomatikus. Klinikai tünetek, csak meghatározott anatómiai rendellenességek, érgyűrű fennállása esetén jelentkeznek.

Anyag, módszer és eredmények: Ernyőszűrésen 1998-ban került kiemelésre a 61 éves panaszmentes férfi, a jobb tüdőcsúcs mediális részén észlelt, körülírt diónyi elváltozás miatt. Átvilágítás alapján aneurisma lehetősége vetődött fel. Mellkas CT utáni MRA atípusosan eredő jobb oldali a. subclaviat és carotis communis tágulatot jelzett. Angiográfia megerősítette az a. lusoria diagnózisát. A panaszmentes betegnél a követés során progressziót észleltünk. CT kontroll az aneurisma növekedését igazolta, valamint a bal oldali a. subclavián is leírt kis aneurismát. A tüdőben kóros parenchymás elváltozás nem volt. A mediasztinumban, hílusban, más kóros képlet nem igazolódott. A jobb a. subclavia caroticus transpozíciója megtörtént. A műtét után 2 hónappal lázas állapot jelentkezett, mellkas CT kontroll történt. Recidív láz



kapcsán a jobb csúcsi, felső mediasztinális légyszív árnyékban belül levegőzárvány jelent meg nívóval.

Megbeszélés és következtetés: Áttekintjük az a. lusoria lehetséges pulmonológiai, belgyógyászati tüneteit, ezek kivizsgálásának lehetőségeit esetünk kapcsán. Tárgyaljuk a műtéti megoldás szükségességének okait, a műtét utáni differenciáldiagnosztikai kérdéseket. Esetünk tanulsága alapján felhívjuk a figyelmet a műtét után, igen ritkán kialakuló esetleges szövődmény lehetőségére, hangsúlyozzuk a háziorvos, a tüdőgondozó, a tüdőgyógyászati, bronchológiai szakambulancia, az érsebész és a mellkasebész szoros együttműködésének fontosságát.

TRACHEO-OESOPHAGEALIS FISTULA KILENC ÉVES GYERMEKBN

Simon Noémi, Györfy Ágnes, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Kádár László

PEST MEGYEI TÜDŐGYÓGYINTÉZET, TÖRÖKBÁLINT

Szerzők egy kilenc éves mentálisan retardált fiú esetét ismertetik, akinél recidiváló pneumóniák miatt tracheo-oesophagealis fistula recidíva gyanúja merült fel. Öt napos korában tracheo-oesophagealis fistula zárása megtörtént. Etetési nehezítettség, hörgő légzés miatt három hónapos korban bronchoscopiát végeztünk, melynek során a fistulanyílást zártuk találtunk, a légszívön 60%-os szűkületet észleltünk. Egy éves korától visszatérő tüdőgyulladások és obstruktív bronchitisek jelentkeztek, folyadékfogyasztás gyakran köhögést váltott ki. Asztma diagnózissal állt kezelés alatt, tünetei nem csökkentek. Kilenc éves korban került sor kontroll bronchoscopos vizsgálatára, melynek során a korábban zártuk talált fistulanyílást nyitottuk észleltünk, belőle váladék ürült. A fistulanyílás katéterrel szondázható volt. A nyelvöcsövet metilinkékkel feltöltve a légszívben színezék nem jelent meg. A Semmelweis Egyetem I. számú Gyermekklinikáján a fistulazárást thoracotomiából oldották meg.

RITKA TÜNETEKEL JÁRÓ WEGENER GRANULOMATOSIS ESETE

Gálffy Gabriella¹, Bartusek Dóra¹, Kis Adrian¹, Deák György², Losonczy György¹, Pápay Judit³, Király László⁴, Rókus László⁴

SEMMEIWEIS EGYETEM PULMONOLÓGIAI KLINIKA¹, I BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA², I. PATOLÓGIAI INTÉZET³, ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT⁴

68 éves nőbetegünket mediastinális és hilaris lymphadenomegalia, jobb középső lebeny atelectasia és a többi lebeny gyulladásos elváltozása, kétoldali kiterjedt fájdalmas parotis duzzanat, mastoiditis, sinusitis maxillaris, bal oldali súlyos kombinált, valamint jobb oldali percepciós hallászavar, fogys, gyengeség miatt vizsgáltuk. Laborleleteiben emelkedett gyulladásos paramétereket és anémiát igazoltunk. Bronchoscopos vizsgálat során mindkét felső lebeny oedemasan szűkített volt, a jobb középső lebeny extrém szűk és oedemas volt, nem volt áttekinthető, szövetfoszlányok és bő purulens váladék ürült belőle, szövettani eredménye akut és krónikus gyulladást mutatott részben necrotikus területekkel, malignitást nem igazolt. Kórokozót többszöri



mintaküldés során sem sikerült igazolni. Széles spektrumú kombinált antibiotikus kezelés ellenére lázas állapota perzisztált, CRP értékei nem csökkentek. A kezelés mellett vesefunkciós paramétereiben folyamatos emelkedést, súlyos mikrociter anémiát észleltünk. Ez utóbbi vaspótlásra refrakternek bizonyult, ezért két alkalommal vörösvértest transzfúziót kellett alkalmaznunk, hogy a tervezett további invazív vizsgálatok elvégezhetőek legyenek. Az extrém duzzadt kétoldali parotisból aspirációt végeztünk, melynek cytologiai eredménye malignitást nem igazolt. A közben elvégzett immunszerológiai teszt eredménye extrém emelkedett c-ANCA pozitívítást igazolt, ami Wegener granulomatosis diagnózisát vetette fel.

Ez alapján a szövettani minta ismételt konzíliuma történt, a gyulladásos jelek és a necrotikus komponens alapján, habár necrotizáló vasculitis nem volt igazolható a mintában a klinikum alapján a Wegener granulomatosisat alátámasztotta. Nagy adag parenterális, majd orális steroid kezelés mellett a kiterjedt röntgen árnyék jelentősen javult, a kétoldali parotis duzzanat megszűnt. A vesefunkciós paraméterek beszükülése miatt a kezelést havi cyclophosphammiddal kiegészítettük.

Esetünkben nem típusos kétoldali fájdalmas parotis és kiterjedt jobb tüdőbeli infiltrátum háttérben igazolódott a Wegener granulomatosis.

ENDOBONCHIALIS TUMORT UTÁNZÓ GRANULOMATOSUS FOLYAMATOK

Tóth Tivadar¹, Sárosi Veronika², Enyezdí Judit³, Zibotics Hilda², Grexa Erzsébet⁴

VÁROSI TUDÓGONDOZÓ, PÉCS¹, BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ TUDÓGYÓGYÁSZAT, PÉCS², BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ PATHOLÓGIA, PÉCS³, BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ RADIOLÓGIAI OSZTÁLY, PÉCS⁴

A szerzők két esetet ismertetnek, ahol mindkét esetben a klinikai kép, mellkas CT endobronchialis, centralis tumor alapos gyanúját vetette fel.

Mindkét esetben a bronchoscopos kép is elsősorban endobronchialis tumornak felelt meg.

A szövettani vizsgálat egyik esetben endobronchialis tuberculosist igazolt Ziel Nelsen pozitívítással a hörgőváladékból.

Második esetben differenciált diagnosztikai problémák fokozott granulomatosis megbetegedés Boeck sarcoidosis mellett felmerült itt is az endobronchialis tuberculosist alapos gyanúja. A második esetben a klinikai kép és az előzmények alapján a Boeck sarcoidosis valószínűbb.

Szerzők a két esettel fel szeretnék hívni a figyelmet a granulomatosis folyamatok endobronchialis megjelenésére.



PULMONALIS EPITHELOID HAEMANGIOENDOTHELIOMA

Pálföldi Regina¹, Rózsavölgyi Zoltán¹, Csada Edit¹, Tiszlavicz László², Somfay Attila¹
SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, DESZK¹, SZTE Patológia Intézet²

A 49 éves nőbeteget először 2002. augusztusában észleltük intézetünkben panaszmentes állapotban. EF szűrésen emelték ki, a mellkas CT kétoldali disseminált kerekárnyékokat ábrázolt, melyek elsősorban metastasis, illetve autoimmun betegség gyanúját keltették. Endobronchialisán kórosat nem láttunk, TBB mintavétel nem bizonyult diagnosztikusnak, ezért Klassen mintavétel történt mellkasbészeten, mely sclerotizáló haemangiómát igazolt malignitási jelek nélkül. Szoros obszerváció mellett foglaltunk állást, de a beteg eltűnt látókörünkől. 2009. júliusában effort dyspnoe és fogyás miatt jelentkezett. A mellkas CT-n a korábban is észlelt disseminált kerekárnyékok mellett novumként jobb hilusi lágyrészárnnyék és mediastinalis lymphadenomegalia látszott. A jobb felső lebenyhörgő körkörösén beszűkült volt, az innen vett mintavétel szövettani feldolgozása pulmonalis epitheloid haemangioendoteliumát igazolt. Hasi UH és mellkas CT felvetette a bal oldali mellékvese térfoglaló elváltozás lehetőségét, az ezirányú vizsgálatok, illetve a részletes immunhisztokémiai vizsgálatok folyamatban vannak, ezek birtokában döntünk a terápiairól.

PULMONÁLIS GYULLADÁSOS MIOFIBROBLASZTOS TUMOR (INFLAMMATIKUS PSEUDOTUMOR)

Tóth Veronika¹, Fillingner János², Walcz Erzsébet¹, Bartha Levente¹, Vadász Pál³, Varga Attila⁴,
Böcskei Csaba¹

KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI ÖNKORMÁNYZAT SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ, Tüdőosztály¹, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (OKTPI) Patológiai Osztály², OKTPI Mellkasbészeti Osztály³, Tüdőgondozó, Tatabánya⁴

Bevezetés: A tüdő néhány, kvázi malignus daganata leggyakrabban az élet első húsz évében, ritkán felnőtt korban jelentkeznek. A gyulladós miofibroblasztos tumor (gyulladós pszeudotumor, plazmasejtes granulóma) a leggyakoribb a benignus daganatok közül (benignus daganat 25–40%-a). Leggyakoribb a tüdőkből, de észlelhető extrapulmonálisan is. Általában perifériás, éles szélű, szoliter árnyék, enyhe jobb oldali predilekcióval. Növekedése során ráterjedhet a környező képletekre (nyelőcső, mellkasfal, mediastinum) agresszív tumor gyanúját keltve. Kialakulásában vírus (EBV) szerepét feltételezik.

Anyag, módszer és eredmények: Ernyőszűrésen kiemelt, 29 éves nőnél a jobb felső mediastinumba vetülő, új, 2 cm-es, körülírt, árnyék, mellkas CT során kis felritkulást mutató, lobulált tüdőtumornak tűnt, a jobb S1-S3 határán, paramediastinálisan, a vena cava superiorinak nekifeküdve. Hörgőtükörözés negatív volt., C-íves RTG képerősítő alatt vett hörgőkefe citológia malignitást és saválló pozitívítást nem igazolt. Transztorakális tűbiopszia citológiai lelete: epitheloid sejtek, gennysejtek, néhány eozinofil granulocita, a kenet saválló negatív. Köpet Ziehl-Neelsen negatív, 2 hónapos kombinált antituberkulotikus kezelés után, kontroll mellkas CT stacioner állapotot mutatott, Koch tenyésztések negatívak lettek. Mellkasbészeti rezekció és ezt követő jobb felső lobektómia történt. Intraoperatív fagyasztás benignus kötőszó-



veti tumort valószínűsített. Sebészileg T1, N0. A posztoperatív szövettan gyulladáshoz miofibroblasztos tumort igazolt.

Megbeszélés: A gyulladáshoz miofibroblasztos tumor esetében a sebészi excízió többnyire elegendő. Recidiva előfordulásának gyakorisága 5%, mely a nem teljesen az ében történt kimetszéseknél jelentkezik. A folyamat ilyenkor lehet invazív is. Esetünkben a műtéti preparátum szövettani lelete, valamint a mintán elvégzett negatív eredményű p53 immunhisztokémiai reakció alapján a rendszeres pulmonológiai obszerváció elegendő.

BAL FŐHÖRGŐT ELZÁRÓ RENDKÍVÜL VÉRZÉKENY TUMOR

Eszes Noémi¹, Tamási Lilla¹, Furák Antal², Csekeő Attila³, Csomor Judit⁴, Varga Gergő⁵,
Losonczy György¹, Müller Veronika¹

SEMMEIWEIS EGYETEM PULMONOLÓGIAI KLINIKA¹, VASÚTEGÉSZSÉGÜGYI NONPROFIT KIEMELTEN KÖZHASZNÚ KFT.²,
ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET³, SEMMEIWEIS EGYETEM I. SZ. PATOLÓGIAI ÉS KISÉRLETI RÁKKUTATÓ
INTÉZET⁴, SEMMEIWEIS EGYETEM III. BELKLINIKA⁵

A Castleman-betegség ritka lymphoproliferatív kórkép. A többségében előforduló lokális forma általában benignus, leggyakrabban a mediastinalis régióban jelentkező elváltozás, mely sebészi beavatkozással gyógyítható. A multicentrikus forma lefolyása gyakran malignus, az esetek nagy részében idővel lymphoma vagy egyéb malignus lymphoproliferatív megbetegedés alakul ki.

51 éves nőbetegünket hamoptoe miatt vizsgáltuk. Mellkasi CT-n a bal tüdő teljes atelectasiáját okozó intrabronchialis terime, hilaris és mediastinalis lymphadenomegalia igazolódott. Glottisgörcs miatt csak intubálva, altatásban kivitelezhető bronchosopia során a bal főhörgőt teljesen elzáró, rendkívül vérékeny idegenszövet volt látható. Az elváltozásból vett minta szövettani vizsgálata diagnózishoz nem vezetett, ezért bal oldali pulmonectomia történt. A szövettani vizsgálat Castleman-betegség talaján kialakult bronchialis és peribronchialis nyirokcsomó plasmocytomát igazolt. Az eddig elvégzett haematológiai vizsgálatok szisztémás érintettséget eddig nem igazoltak.

A ritka Castleman-betegséghez társuló lymphomáról több esetben is beszámoltak, a betegség talaján kialakult plasmocytomáról azonban csak 1–2 esettanulmány áll rendelkezésünkre. A kórkép szoliter formájához társuló extramedullaris plasmocytomáról pedig mindössze egy példát találtunk a nemzetközi irodalomban.



PRIMER PULMONALIS SYNOVIALIS SARCOMA BRONCHOSCOPOS, CLINIKOPATHOLOGIAI, IMMUNHISTOLÓGIAI ÉS GENETIKAI SAJÁTOSSÁGAI

László Terézia¹, Lovász Orsolya², Enyezdly Judit³, Benkő István⁴, Molnár F. Tamás¹

PTE PATHOLOGIAI INTÉZET¹, BMK PULMONOLOGIA OSZTÁLY², BMK PATHOLOGIAI OSZTÁLY³, PTE MELLKAS SEBÉSZETI OSZTÁLY⁴

A Pulmonalis Synovialis sarcoma (PSS) egy ritka légyszöveti daganat, mely változatos klinikai tünetekkel és bronchológiai megjelenéssel jár. Az esetek jelentős részében a diagnózishoz molekuláris genetikai vizsgálatokra van szükség.

Két eset kapcsán szeretnénk bemutatni ezen ritka daganat bronchológiai, cytológiai jellegzetességeit valamint immunhisztokémiai jellemzőit és a diagnosztikus állásfoglaláshoz nélkülözhetetlen molekuláris genetikai sajátosságát.

Saját vizsgálati anyagunk alapján egy 67 éves nőnél és egy 16 éves férfinál verificált PSS klinikai, bronchológiai jellemzőit szeretnénk ismertetni a diagnosztikus nehézségek megoldását jelentő fluorescens in situ hibridizációs vizsgálat bemutatásával.

A heterogén megjelenésű epithelialis tüdő daganatok közt egyre gyakrabban találkozunk diagnosztikus problémát jelentő és szinte kizárólag molekuláris biológiai módszerek igénybevételével megoldható daganatokkal.

PET-CT VIZSGÁLAT AZ N-STAGING ALGORITMUSÁBAN – SAJÁT ADATOK

Zsiray Miklós¹, Markóczy Zsolt¹, Lengyel Zsolt², Szakáll Szabolcs², Fekesházy Attila³, Borbély Katalin⁴

ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST¹; POZITRON DIAGNOSZTIKA KFT., BUDAPEST²; PET-CT KFT., OITI, BUDAPEST³; ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST⁴

Tüdőrákban a nyirokcsomó-érintettség tisztázása tradicionálisan CT-vel, bronchoscopiával, majd mediastinoscopiával történik. A PET-CT képalkotás szerepe pontosításra szorul. Ismertek a módszer korlátai, a szövettani-citológiai diagnózist a PET nyilván nem helyettesíti.

A 2006 és 2009 áprilisa közt a legkülönbélebb pulmonológiai indikációkban elvégzett 666 PET-CT vizsgálatból 74 esetben követte az N-stádium leképezését sebészi staging. Ennek alapján a PET-CT nyirokcsomó metastatisatióra irányuló sensitivitása 81%, specificitása 87% volt.

A szerzők elemzik az invazív és non invazív diagnosztikus metodikák helyét, ill. kitérnek a neoadjuváns kezelések nyomán szükséges restaging kérdésére.



PROSTATA CARCINOMA NON STEROID ANTIANDROGÉN KEZELÉSE SORÁN JELENTKEZŐ FIBROTIZÁLÓ ALVEOLITIS. KAZUISZTIKA

Gyulai Márton, Lantos Ákos, Korompay Réka, Nagy Andrea, Tolnay Edina

PESTMEGYEI TÜDŐGYÓGYINTÉZET TÖRÖKBÁLINT, II. OSZTÁLY

A 76 éves betegnél 2 éve ismert prostata karcinoma miatt LH-RH analóg majd első pulmonológiai felvételét megelőzően 2 hónappal non steroid antiandrogén – nilutamid kezelést kezdtek. Nehézlégzést okozó diffúz fibrotizáló tüdőelváltozás miatt vettük fel. Jó spirometriás paraméterek mellett a diffusio kapacitása erősen csökkent. Légzési elégtelensége miatt bronchosopia során biopsia nem-, csak BAL történt, ez eozinofil sejtes gyulladást mutatott. Gyógyszer indukálta alveolitis lehetősége is felmerült. Irodalmi adatok szerint a 2 hónapja szedett nilutamid 1–2%-ban okoz tüdőkomplikációt.

A gyógyszert elhagyva steroid kezelés mellett a radiológiai kép jelentősen, a diffusió kevésbé javult. A beteg néhány hét múlva ismét szedni kezdte az nilutamidot mely alveolitis recidívát okozott. A gyógyszer végleges elhagyása és 6 hetes steroid kezelés után állapota tartósan javult. A közmiserten tüdőfibrozist okozó gyógyszerek (amiodaron, bleomycin, methotrexát, nitrofurantoin) mellett az antiandrogén nilutamid is lehet fibrotizáló tüdőelváltozás oka.

SZEKUNDER SPONTÁN PTX ÉS COPD OKOZTA RESPIRATORIKUS ACIDOSIS NEM VÁRT GYÓGYULÁSA. KAZUISZTIKA

Korompay Réka, Lantos Ákos, Kiss Csongor, Tolnay Edina

PESTMEGYEI TÜDŐGYÓGYINTÉZET TÖRÖKBÁLINT, II. OSZT.

Az 55 éves beteg anamnesisében 65 PY dohányzás szerepel. Pár napja 40 kg súly emelése után mellkasi fájdalom, nehézlégzés jelentkezett. 75–80% körüli Sat O₂-vel ill. jobb csúcsi 4 ujjnyi ptx-szel vettük fel, ennek drenálása 10 CH-s csővel történt.

Másnap Sat O₂ 80–85%, (2 l/perc oxigén) PO₂ 50 Hgmm, PCO₂ 70 Hgmm, Ph: 7,29 volt. Mellkas rtg képén tüdeje kitágult, de jobb oldalon subcután emphysema látszott, a drén folyamatosan szívott levegőt. Gyógyszeres COPD terápia mellett vérgáza 3 napig nem javult. Az 5. napon Sat O₂ 90% lett, PCO₂ 50 Hgmm-re csökkent. A vékony drén folyamatosan vezetett. A dréncserét nem mertük megkockáztatni, ezért az 5. napon ugyanazon a csövön talkum instillációjával történt a drén lefogása nélkül. Talkum okozta fájdalomra midazolam+ petidint kapott. Néhány óra után vérgáza ismét javult, a légáteresztés másnapra megszűnt. 3 nap múlva a drént eltávolítottuk, COPD-nek megfelelő terápiával 10 nap után távozott. A betegnek 3 napig volt 7,29 körüli pH-val járó globális légzési elégtelensége melyet komplikáció nélkül átvészelt.



KISSEJTES CARCINOMA RECIDÍVA KIZÁRÁSA TBNA-VAL

Ruzsics István¹, Enyezdí Judit², Juhász Erzsébet³, Sárosi Veronika¹

BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ, Tüdőgyógyászat¹; BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ, PATHOLÓGIA²; PÉCSI DIAGNOSZTIKAI KÖZPONT³

2004 júniusban diagnosztizáltunk bal felső lebenyi limited kissejtes tüdőtumort betegünknel. (T2N3M0) 6 ciklus kemoterápiával kombinált (PE protokoll) mellkasi sugárkezelést kapott jelentős regresszióval. Preventív koponya irraditot megkapta.

Utánkövetés során észleltük megnagyobbodott subcarinalis és jobb felső lebenycarcinánál lévő nyirokcsomóit. Egyéb staging vizsgálata, NSE értéke negatív volt.

Bronchoscopea során TBNA történt, subcarinalis nyirokcsomóból vett minta elemzése granulomatozus folyamatot vetett föl.

Kontroll mellkas CT-n mérsékelten tovább progrediált a jobb hilusi nyirokcsomója, ezért ismételt mintavétel történt ebből a nyirokcsomóból, szintén granulomatozus folyamatot támasztottak alá.

IDEGEN TESTEK, ELTÁVOLÍTÁSUK ÉS A SZÖVŐDMÉNYEK

Szabó Péter, Brugós László, Szilasi Mária

DE OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

Bevezetés: A légúti idegentestek eltávolításának javasolt módszere a merevsöves hörgőtükrözés. A tervezett vizsgálat előtt flexibilis eszközzel érdemes a hörgőrendszert áttekinteni. Gyakran előfordul, hogy már a kevésbé invazív fiberoscopea során is sikerül az idegentestet eltávolítani.

Anyag és módszer: Három esetet mutatunk be, ahol a merevsöves vizsgálatot terveztük, de előzetes flexibilis eszközzel eltávolítottuk az idegentestet. Az első esetben egy idős nőbeteg évekkorában aspirált csont darabot, ennek eltávolítása szövődímentesen megtörtént. A másik esetben egy 16 éves fiatal nőbeteg térkép tűt aspirált, amelynek szintén sikerült az eltávolítása de pneumomediastinum alakult ki szövődímentként. A harmadik esetben a beteg kiköhögte az aspirált 100-as szöget a fiberoscopea közben.

Eredmények: mindhárom esetben sikeres idegentest eltávolítás történt fiberoscoppal, két esetben szövődímentesen, egy esetben pneumomediastinum alakult ki a tű eltávolítása közben.

Következtetés: Minden tervezett merevsöves vizsgálat előtt történjen bronchofiberoscopea. Tapasztalataink szerint sok esetben szövődímentesen el lehet távolítani a legváltozatosabb idegentesteket fiberoscoppal. Amennyiben a flexibilis eszközös módszer során vagy előtte nem látszik biztonságosan kivitelezhetőnek az eltávolítás vagy túl sokáig tart a beavatkozás, a merevsöves vizsgálatot el kell végezni.



HOGY KERÜL EGY GYÖKÉRCSAPOS FOGKORONA A HÖRGŐBE, ÉS ONNAN KI?

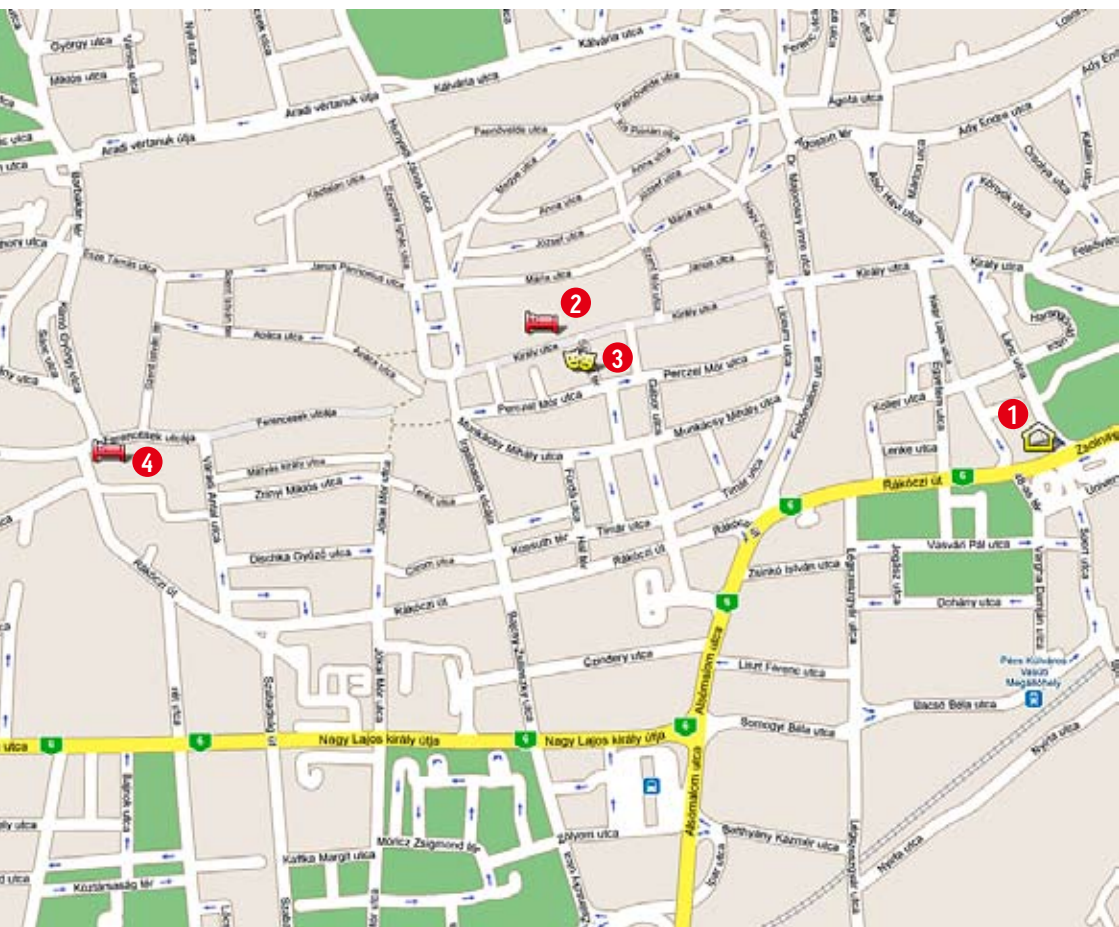
Egerszegi Sándor, Tóth Helga

FŐVÁROSI ÖNKORMÁNYZAT UZSOKI UTCAI KÓRHÁZA, TÜDŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, BRONCHOLÓGIA, BUDAPEST

Egy 42 éves nőnél fogkorona próbája során a gyökércsapos korona „eltűnt” a szájüregben. A fogorvos Kolléga – bízva a probléma per vias naturales megoldódásában – elbocsájtotta a beteget, aki ingerköhögés miatt 6 nap múlva jelentkezett ambulanciánkon. A pontos, részletes anamnézisérvétel alapján felmerült az aspiráció gyanúja. Az elvégzett mellkas rtg. felvételeken az idegentest jól látható a bal alsólebenytörzsben. A bronchofiberoszkópos vizsgálat során azt láttuk, hogy a fogkorona gyökércsapja a bal S6 szájadékkába ékelődött be. Excisórral sikerült a gyökércsapot megfogni és a fogkoronát a fiberoszkóppal együtt kiemelni.

Az ismertetett, bronchofiberoszkóppal sikeresen eltávolított fogkorona az első ilyen fogászati idegentest volt bronchológiánkon, ezért tartjuk érdemesnek bemutatását.





1 PTE KTK
Halasy-Nagy József Aula –
a konferencia helyszíne

2 Palatinus Hotel

3 Színház
Az esti program helyszíne

4 Pátria Hotel
A fogadás helyszíne



schülke →



Cím: 1045 Budapest, Berliini utca 47–49.

Telefon: 06-1-350-21-07 • Fax: 06-1-329-18-54

e-mail: info@allegro.hu • Honlap cím: www.allegro.hu

**GEMZAR**[®]
(gemcitabine)

5

INDIKÁCIÓ



- nem kissejtes tüdőrák
- emlőrák
- hasnyálmirigyrák
- húgyhólyagrák
- petefészekrák

Gemzar rövidített alkalmazási előírás: A gyógyszerkészítmény megnevezése: Gemzar 200 mg és 1 g por injekcióhoz. **Minőségi és mennyiségi összetétel:** 200 mg, ill. 1 g gemcitabin (gemcitabini hidroklorid formájában) injekciós üvegenként. **Terápiás javallatok:** Lokálisan kiterjedt vagy metasztázisos nem-kissejtes tüdőrákcinóma (monoterápiában vagy ciszplatinnal kombinálva), lokálisan kiterjedt vagy metasztázisos hasnyálmirigy adenokarcinóma, húgyhólyag karcinóma (monoterápiában vagy ciszplatinnal kombinálva). Gemcitabin alkalmazása javallt paklitaxellel kombinálva olyan inoperábilis, lokálisan recidiváló vagy metasztázisos emlő karcinóma esetében, mely kiújult az adjuváns ill. neoadjuváns (antraciklint tartalmazó) kemoterápiát követően. Gemcitabin alkalmazása javallt karboplatinnal kombinálva olyan recidiváló epitheliális ovarium karcinóma kezelésére, mely megelőző platinum-alapú kezelést követően legalább 6 hónap múlva kiújult. **Adagolás:** Kizárólag intravénásan alkalmazható. **Nem-kissejtes tüdőrákcinóma:** Felnőtteknek monoterápiaként az ajánlott adag 1000 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, három egymás utáni héten, majd egyhetes szünet után a ciklus megismételhető. Ciszplatinnal kombinálva 3 vagy 4 hetes ciklusban alkalmazható. A 3 hetes ciklusban a gemcitabin ajánlott adagja 1250 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, két egymás utáni héten, majd egyhetes szünetet követően. A 4 hetes ciklusban a gemcitabin ajánlott adagja 1000 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, három egymás utáni héten, majd egyhetes szünetet követően. **Hasnyálmirigy karcinóma:** Felnőtteknek az ajánlott adag 1000 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, legfeljebb hét egymás utáni héten át, majd egyhetes szünet után négy hetes ciklusokban kell alkalmazni (három héten át heti egyszeri infúzió, majd egyhetes szünet). **Húgyhólyag karcinóma:** Monoterápiaként az ajánlott adag 1250 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, három egymás utáni héten, majd egyhetes szünet után a ciklus megismételhető. Ciszplatinnal kombinálva a gemcitabin ajánlott adagja 1000 mg/m², 30 perces iv. infúzióban, hetente egyszer, három egymás utáni héten. **Emlő karcinóma:** Paklitaxellel kombinálva 3 hetes ciklusokban alkalmazható. A paklitaxel 3 órás infúzióban, a 21 napos ciklus első napján, majd ugyanaznap és a ciklus 8. napján 1250 mg/m² gemcitabin 30 perces iv. infúzióban. **Ovarium karcinóma:** Karboplatinnal kombinálva a gemcitabin ajánlott adagja 1000 mg/m² a 21 napos ciklus 1. és 8. napján, 30 perces iv. infúzióban. **Ellenjavallatok:** A gyógyszerrel szembeni túlérzékenység, terhesség, szoptatás. **Mellékhatások:** Anaemia, leukopenia, thrombocytopenia vagy thrombocythaemia, hányinger, hányás, enyhe proteinuria és haematuria, általában enyhe bőrkülés, viszketés, általában enyhe és átmeneti bronchospasmus, dyspnoe, gyakrabban influenzára emlékeztető tünetegyüttes, ödéma, enyhe alopecia, aluszékonyság, hasmenés vagy székrekedés, orális toxicitás, stomatitis. **Gemzar (bruttó) fogyasztói ára:** 1 g por injekcióhoz 1x 36 258 Ft, 200 mg por injekcióhoz 1x 8217 Ft. Egészségbiztosítási Közlöny V. Évfolyam Különszám, 2006. június 29. **A forgalomba hozatali engedély száma:** OGYI-T-4952/01 (Gemzar 200 mg por injekcióhoz) OGYI-T-4953/01 (Gemzar 1 g por injekcióhoz)

Kérjük a gyógyszer alkalmazása előtt olvass el a teljes alkalmazási előírást, amely olvasható a www.lilly.hu honlapon, ill. kérésére rendelkezésére bocsátjuk! Lilly Hungária Kft. 1075 Budapest, Madách Imre u. 13-14. Tel.: +36-1-328-5100 A dokumentum lezárásának dátuma: 2009.03.27.



C & T Hungary Kft.

6722 Szeged, Dáni u. 13. • Tel./fax: 62/548-485

Email: congress@congresstravel.hu • Web: www.congresstravel.hu