



MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLET KONGRESSZUSA

2015. október 8-10.
Székesfehérvár



PROGRAMFÜZET



www.tudogyogyasz.hu

Szervező Bizottság

A Szervező Bizottság elnöke

Pápai-Székely Zsolt

A Szervező Bizottság tagjai

Bánfi Andrea	Germela Gábor
Csada Edit	Markóczy Zsolt
Gálffy Gabriella	Sárosi Veronika

A Tudományos Bizottság tagjai

Balikó Zoltán	Ostoros Gyula
Csada Edit	Pápai-Székely Zsolt
Gálffy Gabriella	Somfay Attila
Losonczy György	Szilasi Mária

Szervező Iroda

Weco Travel Kft.

Kongresszus- és Rendezvényszervező Osztály

Telefonszám: 266 7032

Fax: 266 7033

E-mail: mtt@wecotravel.hu

www.chemolcongress.hu

Elnöki Köszöntő

Tisztelt Kollégák!

Nagy örömünkre szolgál, hogy 2015-ben, épp tíz évvel a Magyar Bronchológus Egyesület első székesfehérvári kongresszusa, és egy évvel a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Nagygyűlése után ismét vendégül láthatjuk a bronchológia iránt érdeklődő, e területen dolgozó kollégákat. Ami tíz éve még újdonságnak számított, az EBUS, mára a napi rutin részévé vált a nagyforgalmú centrumokban. Sok területen sikerült előrelépni, ugyanakkor régen ismert problémáink máig megoldatlanok. A tudományos program összeállítása során törekedtünk a sokszínűségre, arra, hogy valamennyi területet érintsünk. A beérkezett kazuisztikai előadásokat is ezen elvek mentén válogattuk. Az idei kongresszus különösen jelentős lesz, hiszen most kerül sor új vezetőségre, és tisztségviselők választására. Minél nagyobb részvétel lesz a Közgyűlésen, annál hitelesebb lehet az új Vezetőség a következő négy évben. Hagyományainknak megfelelően a szünetekben, valamint a tudományos program után mód nyílik kötetlen beszélgetésekre, ügyes-bajos dolgaink megvitatására. Élénk vitákat, jó tanácskozást, sikeres kongresszust kívánunk valamennyi résztvevőnek:

Dr. Csada Edit
MBE megbízott elnöke

Dr. Pápai-Székely Zsolt
WABIP alelnöke
a helyi szervező bizottság elnöke

Fontos Tudnivalók

A kongresszus helyszíne:

Hotel Magyar Király (cím: H-8000 Székesfehérvár, Fő utca 10.)
(a plenáris előadó, szekció terem, kiállítás, kávészünetek, ebédek, vacsorák helyszíne)

Kredit pont:

Akkreditáció folyamatban

Parkolás

A Hotel Magyar Királyban és a Novotel Székesfehérvárban a szállóvendégek ingyenesen parkolhatnak, parkolási hely korlátozott számban áll a rendelkezésükre. További térítésmentes parkolási lehetőséget biztosítunk a kongresszus résztvevőinek a Szent István Szakképző Iskola területén, behajtás a Dr. Koch László utcából.

A környező utcákban a parkolásért fizetni kell!!! Székesfehérvár belvárosában a parkolás díjköteles.

Térítés ellenében parkolási lehetőséget nyújt az Alba Pláza földszinti 85 és tetőparkolója 450 autó részére (cím: H-8000 Székesfehérvár, Palotai út 25/1.), ahonnan a konferencia helyszíne 10 perc sétával elérhető.

Taxi

22/311-111

22/222-222

Regisztrációs Iroda nyitvatartási ideje

2015. október 8. (csütörtök) 09.00 – 18.00

2015. október 9. (péntek) 08.00 – 18.00

2015. október 10. (szombat) 08.00 – 12.00

Részvételi díj <i>a részvételi díjak az ÁFA-t tartalmazzák</i>	2015. szeptember 1. előtt:	2015. szeptember 1. után
MBE tagok	20 000 Ft/fő	25 000 Ft/fő
Nem MBE tagok	30 000 Ft/fő	35 000 Ft/fő
Szakdolgozó	10 000 Ft/fő	15 000 Ft/fő
Hallgatók	5 000 Ft/fő	5 000 Ft/fő
Kísérők	17 500 Ft/fő	17 500 Ft/fő

A részvételi díj tartalmazza az előadásokon valamint a kiállításon való részvételt, a kongresszusi kiadványokat, a kávészüneteket, a pénteki és szombati ebédet, a nyitó fogadást és a bankett vacsorát.

Névkitűző

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

Előadások feltöltése, technika

A prezentációkhoz magyar nyelvű Microsoft Power Point szoftverrel ellátott számítógép és projektor áll rendelkezésre. Kérjük, hogy előadását szekciójának időpontja előtt legalább két órával adja le a teremben tartózkodó technikusnak.

Szakmai kiállítás

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

A kiállítás nyitvatartási ideje:

2015. október 8. (csütörtök) 15.00 – 18.00

2015. október 9. (péntek) 08.00 – 18.00

2015. október 10. (szombat) 08.00 – 12.00

Felelősségvállalás, biztosítás

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

Közlekedés Székesfehérváron a szálláshelyek és a konferencia helyszíne között

Novotel Székesfehérvár – gyalogosan 5 perc séta

Vadászkürt Panzió – gyalogosan 10 perc séta

Társasági programok

2015. október 8. (csütörtök)

19.00 – 21.00 **Fogadás** - Hotel Magyar Király étterme

2015. október 9. (péntek)

19.00 **Bankett vacsora** - Hotel Magyar Király

Kísérők és nem regisztrált résztvevők számára az ebédekre és a két esti programra jegyek vásárolhatók az alábbi árakon:

Ebéd október 9 és 10-én (péntek, szombat)
3 600 Ft/fő/ebéd

Fogadás: 10 500 Ft/fő

Bankett: 12 500 Ft/fő

Program áttekintő

2015. október 8. (csütörtök)		
09.30 – 13.00	GAIN	Kupola terem, Trónterem, Casinó, Boros pince, Lakosztály 1., Lakosztály 2.,
13.00 – 14.00	<i>Ebédszünet</i>	
14.00 – 15.30	GAIN folytatás, kurzus zárás	
15.30 – 16.00	MBE Kongresszusi regisztráció, <i>welcome fogadás, kávészünet</i>	
16.00 – 18.00	MBE 1. Szekció	Kupola terem
18.00	MBE Vezetőségi ülés	Trónterem
19.00	<i>Vacsora</i>	
2015. október 9. (péntek)		
08.30 – 10.00	Graduális és postgraduális képzés a bronchológiában	Kupola terem
10.00 – 10.30	TEVA szimpózium	Kupola terem
10.30 – 11.00	BMS szimpózium	Kupola terem
11.00 – 11.20	<i>Kávészünet</i>	Szent István termék
11.20 – 13.00	„Igaz vagy hamis” interaktív esetmegbeszélések a bronchológiai diagnosztika és terápia terén	Kupola terem
13.00 – 14.00	<i>Ebédszünet</i>	
14.00 – 15.00	Roche szimpózium	Kupola terem
15.05 – 15.45	<i>Kávészünet</i>	Szent István termék
15.45 – 18.00	Közgyűlés, tisztújítás	Trónterem
19.00 –	<i>Vacsora</i>	
2015. október 10. (szombat)		
08.30 – 09.40	Kauzisztika szekció I.	Kupola terem
09.40 – 09.45	<i>Szünet</i>	
09.45 – 10.45	Kauzisztika szekció II.	
10.45 – 11.00	<i>Kávészünet</i>	Szent István termék
11.00 – 12.40	Nem malignus bronchológiai kórképek kezelése	Kupola terem
	Zárás	Kupola terem

LONGQUEX[®]

lipegfilgrasztim

Új távlatok a hosszúhatású G-CSF terápiaiban.

Hosszúhatású G-CSF, amely gyors ANC visszatérést eredményez. ⁽¹⁾

Lonquex[®] ▼

Rövidített alkalmazási előírás: Lonquex 6 mg oldatos injekció. **Minőségi és mennyiségi összetétel:** Előretöltött fecskendőként 6 mg lipegfilgrasztimot* tartalmaz 0,6 ml oldatban. **Terápiás javallatok:** A neutropenia időtartamának és a lázas neutropenia előfordulási gyakoriságának csökkentése malignus megbetegedések (a krónikus myeloid leukaemia és myelodysplásziás szindrómák kivételével) miatt citotoxikus kemoterápiával kezelt felnőtt betegeknek. **Adagolás és alkalmazás:** A Lonquex-kezelést az onkológiában vagy hematológiában tapasztalattal rendelkező orvosnak kell elkezdenie és felügyelnie. Adagolás: Egy 6 mg-os lipegfilgrasztim adag (egyetlen Lonquex előretöltött fecskendő) ajánlott minden egyes kemoterápiás ciklusban, amelyet hozzávetőlegesen 24 órával a citotoxikus kemoterápia után kell alkalmazni. **Különleges betegpopulációk: Idős betegek:** Korlátozott számú idős beteggel végzett klinikai vizsgálatok során a lipegfilgrasztim hatásossági vagy biztonságossági profilja tekintetében nem észlelték az életkorral összefüggő releváns különbséget. Ezért az adag módosítása idős betegeknek nem szükséges. **Veseelégtelenségben szenvedő betegek:** nincs az adagolásra vonatkozó javaslat. **Májkárosodásban szenvedő betegek:** de nincs az adagolásra vonatkozó javaslat. **Gyermekek:** A Lonquex biztonságosságát és hatásosságát gyermekek és serdülők esetében 17 éves korig még nem igazolták. **Nincsenek rendelkezésre álló adatok. Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy a 6.1 pontban felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** A Lonquex biztonságosságát és hatásosságát nem vizsgálták nagy dózisu kemoterápiában részesülő betegeknek. A Lonquex nem alkalmazható a citotoxikus kemoterápia adagjának az elfogadott dózistartomány fölé történő emelésére. Azok a betegek, akik túlérzékenyek a G-CSF-re, illetve annak származékaira, a lipegfilgrasztimmal szembeni túlérzékenységi reakciók kockázatának is ki vannak téve a lehetséges keresztreaktivitás miatt. A lipegfilgrasztimmal történő kezelés nem akadályozza meg a myelosuppresszív kemoterápia által kiváltott thrombocytopeniát és anaémiát, a vérlemezkeszám és a haematocrit rendszeres ellenőrzése javasolt. Leukocytosis alakulhat ki. Közvetlenül a leukocytosisnak tulajdonítható nemkívánatos eseményekről nem számoltak be. A fehérvérsejtszám emelkedése összhangban van a lipegfilgrasztim farmakodinámiai hatásaival. A lipegfilgrasztim klinikai hatásai és a leukocytosis lehetősége miatt a fehérvérsejtszámot a kezelés alatt rendszeres időközönként ellenőrizni kell. A növekedési faktoral vért terápia adott válaszként a csontvelőben bekövetkező fokozott haemopoieticus aktivitást a csontok képzőkövetkező vizsgálatainak átmeneti pozitív eredménye kíséri. A Lonquex biztonságosságát és hatásosságát nem vizsgálták krónikus myeloid leukaemiában, myelodysplásziás szindrómákban vagy másodlagos akut myeloid leukaemiában szenvedő betegeknek, ezért a gyógyszer ilyen esetekben nem alkalmazható. A G-CSF, illetve származékainak beadását követően lépémgagyobbodás gyakori, de általában tünetmentes eseteiről, illetve lépruptura ritka eseteiről számoltak be, amely utóbbiak között halálos kimenetelűek is voltak. Nagyobb lehet a kockázat azoknál a betegeknek, akiknél a

közelmúltban tüdőinfiltrátumot vagy pneumóniát diagnosztizáltak. Sarlósejtes anaemiában szenvedő betegeknek a G-CSF, illetve származékainak alkalmazása sarlósejtes krízissel járt. A kezelőorvosnak ezért óvatosan kell eljárnia, amikor sarlósejtes anaemiában szenvedő betegnek alkalmazza a Lonquex-et. Előfordulhat hypokalaemia. Ez a gyógyszer szorbitot tartalmaz. Ritkán előfordul, örökletes fruktóz intoleranciában a készítmény nem alkalmazható. **Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók:** A lipegfilgrasztim bármilyen kemoterápiás gyógyszerrel együtt történő alkalmazását még nem vizsgálták betegeknek. Állatmodellekben kimutatták, hogy a G-CSF és az 5-fluorouracil (5-FU) vagy más antimetabolitok egyidejű alkalmazása fokozza a myelosuppressziót. A Lonquex biztonságosságát és hatásosságát késői myelosuppresszióval járó kemoterápiában – például nitrozureákkal végzett kezelésben – részesülő betegeknek nem vizsgálták. A neutrophil granulocyták felszabadulását ugyancsak serkentő lítiummal való interakció lehetőségét céloztan nem vizsgálták. Termékenység, terhesség és szoptatás: A Lonquex alkalmazása elővigyázatossággal kerülendő a terhesség alatt. A Lonquex-kezelés ideje alatt a szoptatást fel kell függeszteni. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és a gépek kezeléséhez szükséges képességekre: A Lonquex nem vagy csak elhanyagolható mértékben befolyásolja a gépjárművezetéshez és a gépek kezeléséhez szükséges képességeket. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások, Nagyon gyakoriak:** csontizomrendszer fájdalmi, gyakoriak: trombocytopenia, hypokalaemia, fejfájás, bőr-reakciók, mellkasi fájdalom. A teljes felsorolás megtalálható az alkalmazási előírásban. **Tüladagolás:** Nincsenek tapasztalatok a lipegfilgrasztim tüladagolásával kapcsolatban. Tüladagolás esetén a fehérvérsejt- és vérlemezkeszámot rendszeresen ellenőrizni kell, valamint a lép méretét gondosan ellenőrizni kell. **További információk:** Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** A forgalomba hozatali engedély jogosultja: UAB „Sicor Biotech” Molėtų pl. 5., LT-08409 Vilnius, Litvánia. **A forgalomba hozatali engedély száma:** EU/1/13/856/001. **A forgalomba hozatali engedély első kiadásának dátuma:** 2013. július 25. **Az alkalmazási előírás utolsó ellenőrzésének dátuma:** 2015. 06. 15. **A dokumentum lezárásának dátuma:** 2015. 08. 31. Bővebb információ a termék ára és a támogatása tekintetében a www.oep.hu weboldalon található.

1. Bondarenko I. et al., Efficacy and Safety of Lipegfilgrastim versus Pegfilgrastim: A Randomized, Multicenter, Active-Control Phase III Trial in Patients with Breast Cancer Receiving Doxorubicin/Docetaxel Chemotherapy. BMC Cancer 2013, 13:396.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakemberek arra kérjük, hogy jeleljék bármilyen feltételezett mellékhatást.

TEVA

Gyógyszergyár

TEVA Gyógyszergyár Zrt.

4042 Debrecen, Pallagi út 13.

Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. Vision Towers Irodaház

Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288-6410, További információk: www.teva.hu

Generikus
TEVA ONKOLÓGIA

ÚJ IDŐSZÁMÍTÁS



**PATIKAI
GYÓGYSZEREK**

- **LETROZOLE TEVA** FILMTABLETTA / **ANASTROZOL-RATIOPHARM** FILMTABLETTA
- **TEMOZOLOMIDE TEVA** KEMÉNY KAPSZULA
- **ONDANSETRON PLIVA** FILMTABLETTA
- **ZOLEDRONSÁV TEVA** KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ

1996 Tamoxifen Teva

2005 Ondansetron Pliva

2010 Temozolomide Teva

2013 Zoledronsav Teva

2050

TEVA. MÚLT. JELEN. JÖVŐ.



TEVA Gyógyszergyár Zrt.

4042 Debrecen, Pallagi út 13.

Levelezési cím: 1134 Budapest, Váci út 29. Vision Towers.

Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288-6410

További információk: www.teva.hu

HU/ONCO/14/0009
Lezárás dátuma: 2015. 09. 01.

Részletes tudományos program

2015. október 8. (csütörtök)

- | | | |
|---------------|---|--------------|
| 09.30 – 10.00 | GAIN-Székesfehérvár regisztráció
<i>Moderátorok: Albert István, Agócs László, Gmela Gábor, Szilágyi Anna, Szima Barna, Pápai-Székely Zsolt</i> | Kupola terem |
| 10.00 – 13.00 | GAIN Előrehaladott, vagy metastatikus NSCLC interdiszciplináris megközelítése
(részvétel max. 30 fő)
Interaktív onkoteam megbeszélés
1 állomás Mediasztinalis anatómia
2 állomás Mintavétel, preparálás, értékelés
3 állomás Patológiai analízis
4 állomás Kezelés
Probléma központú esetmegbeszélések | |
| 13.00 – 14.00 | <i>Ebédszünet</i> | Étterem |
| 14.00 – 15.30 | GAIN folytatás, kurzus zárás | |
| 15.30 – 16.00 | MBE Kongresszusi regisztráció,
<i>welcome fogadás, kávészünet</i> | |
| 16.00 – 18.00 | 1. Szekció
<i>Üléselnökök: Csada Edit, Gálffy Gabriella</i>

Bronchológia ellátás szervezése nagyforgalmú centrumban
<u>Markóczy Zsolt</u>
<i>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest</i>

Németországi bronchológiai tapasztalat, irányok a jövőre nézve
<u>Szima Barna</u>
<i>Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely</i>

Pleuroscopia napjainkban
<u>Gmela Gábor</u>
<i>Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár</i> | Kupola terem |

EBUS bevezetése, tapasztalatainkAlbert István*Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza***Statisztika 2014**Csada Edit, Bánfi Andrea*Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk;**SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és**Gyermek Egészségügyi Központ, Szeged*18.00 – **MBE Vezetőségi ülés** Trónterem19.00 – *Vacsora* Étterem**2015. október 9. (péntek)**08.30 – 10.00 **Graduális és postgraduális képzés a bronchológiában** Kupola terem
Üléseelnökök: Sárosi Veronika, Somfay Attila**Bronchologiai oktatás Romániában**Simon Mária*Kolozsvári Tüdőklinika, Kolozsvár***Bronchológiai képzés és továbbképzés Németországban**Szima Barna*Markusovszky Egyetemi Oktatókórház,**Szombathely***Hazai tapasztalataink a bronchológiai képzésben**Csada Edit*Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk***Bronchológia oktatás integrálásának lehetősége a tüdőgyógyász képzésben**Somfay Attila*SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk***Bronchoscopy education projekt eredményei**Pápai-Székely Zsolt*Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató**Kórház, Székesfehérvár*10.00 – 10.30 **TEVA szimpózium** Kupola terem**A rövid és a hosszúhatású GCSF-ek helye a tüdődagyanatos betegek kezelése során**Gálffy Gabriella*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai**Klinika, Budapest*

10.30 – 11.00	<p>BMS szimpózium ÜléseInők: Losonczy György</p> <p>Az immunrendszer ellenőrző pontjainak gátlása Gálffy Gabriella Simmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest</p> <p>Immunonkológia a nem-kissejtes tüdődaganatok terápiájában Sárosi Veronika PTE KK. I. Belgyógyászati Klinika, Pécs</p>	Kupola terem
11.00 – 11.20	Kávészünet	
11.20 – 13.00	<p>„Igaz vagy hamis” interaktív esetmegbeszélések a bronchológiai diagnosztika és terápia terén ÜléseInők: Lantos Ákos, Szima Barna</p> <p>Grmela Gábor, Pápai-Székely Zsolt Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár</p>	Kupola terem
13.00 – 14.00	Ebédészünet	
14.00 – 15.00	<p>Roche szimpózium Egy régi-új betegség hatékony kezelési lehetősége real-life tapasztalatok alapján ÜléseInők: Horváth Ildikó</p> <p>Egy régi-új betegség új köntösben: IPF Sárosi Veronika Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. Sz. Belklinika Pulmonológia, Pécs</p> <p>Interdiszciplináris kerekasztal: Az IPF-es beteg felismerésének differenciál diagnosztikai kihívásai Esetbemutatás: Bohács Anikó Simmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest</p>	Kupola terem

Légzésfunkció: Somfay Attila
Szegei Tudományegyetem ÁOK,
Tüdőgyógyászati Tanszék, Szeged
Radiológia: Kerpel-Fronius Anna
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest
Immunológia: Tamási Lilla
Simmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest
Bronchológia, bronchosopia:
Pápai-Székely Zsolt
Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

IPF Terápia, a pirfenidon klinikai vizsgálatának bemutatása
Zsiray Miklós
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Rövid összefoglaló: az IPF diagnosztikájának és terápiájának finanszírozási kérdéseiről és a multidiszciplináris team szerepéről
Horváth Ildikó
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

15.05 – 15.45 Kávészünet

15.45 – 18.00 **Közgyűlés, tisztújítás** Trónterem

Beszámoló a MBE 2011-2015. tevékenységéről
Pápai-Székely Zsolt, Csada Edit
Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár; Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

19.00 – Vacsora

08.30 – 09.40 **Kauzisztika szekció I.** Kupola terem
Üléseelnökök: Albert István, Tehenes Sándor

K01 **„Rész és Egész”- néhány eset kapcsán**
 Harkó Tünde¹, Markóczy Zsolt², Pap Mária³,
 Hidvégi Edit³, Ostoros Gyula³, Kas József⁴,
 Vadász Pál⁴, Soltész Ibolya⁵
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai
 Intézet, Patológia, Budapest; ²Országos
 Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet,
 Bronchológiai Osztály, Budapest; ³Országos
 Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, VIII.
 Tüdőbelosztály, Budapest; ⁴Országos Korányi
 TBC és Pulmonológiai Intézet,
 Mellkasebészeti Osztály, Budapest;
⁵Országos Korányi TBC és Pulmonológiai
 Intézet, Patológiai Osztály, Budapest

K02 **A bronchofiberscopia segítő szerepe
 percutan tracheostoma készítésénél
 gyermek intenzív osztályon**
 Bánfi Andrea¹, Gál Péter¹
¹Szegedi Tudományegyetem Gyermekklinika
 és Gyermek Egészségügyi Központ,
 Pulmonológiai és Intenzív Osztály, Szeged

K03 **Parainfluenza pneumoniát követő
 súlyosbodó nehézlégzés lymphomás
 betegnél.**
 Bohács Anikó¹, Csacsovszky Ottó², Eszes
 Noémi¹, Lorx András³, Csomor Judit⁴, Müller
 Veronika¹, Losonczy György¹
¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika,
 Pulmonológia, Budapest; ²Egyesített Szent
 István és Szent László Kórház, Haematológiai
 és ősejt-transzplantációs Osztály, Budapest;
³Semmelweis Egyetem, AITK, Budapest;
⁴Semmelweis Egyetem, I.sz. Patológiai és
 Rákkutató Intézet, Budapest

K04 **Haemoptoe differenciál diagnosztikája
 gyermekkorban esetbemutatók
 keresztül**
 Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth
 Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon Noémi¹,
 Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹
¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet,
 Gyermekosztály, Törökbálint

K05 **Teenagerek krónikus köhögései**
 Laki István¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹,
 Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon
 Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Sipos
 Edit², Kovács Gábor³
¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint,
 Gyermekosztály, Törökbálint; ²Szent Pantaleon
 Kórház, Gyermekosztály, Dunaújváros;
³Semmelweis Egyetem, II. sz.
 Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

K06 **Légúti szűkület többszörös fejlődési
 rendellenességben**
 Subicz Ágnes¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹,
 Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon
 Noémi¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹
¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint,
 Gyermekosztály, Törökbálint

K07 **Képkalkotók csapdájában**
 Szilágyi Tiborné Kacsó Anita Harmat¹, Smuk
 Gábor², Kalincsák Judit³, Mangel László³,
 Sárosi Veronika¹
¹Pécsi Tudományegyetem I. Belgyógyászati
 Klinika, Pulmonológia, Pécs; ²Pécsi
 Tudományegyetem Patológiai Intézet, Pécs;
³Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás
 Intézet, Pécs

09.40–09.45 Szünet

09.45–10.45 **Kauzisztika szekció II.**
Üléseelnökök: Albert István, Tehenes Sándor

K08 **Tranziens globális amnesia észlelése
 peribonchialis nyirokcsomó punkció után**
 Lantos Ákos¹, Fajt Erzsébet¹, Nagy Andrea¹,
 Gyulai Márton¹, Kéri István¹
¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint II. osztály,
 Törökbálint

- K09 **Endobronchialis tuberculosis tüdőtranszplantált betegben**
 Őri Eszter¹, Csiszér Eszter¹, Perlényi Nóra¹, Balázs György², Pápay Judit³, Süttő Zoltán¹, Losonczy György¹
¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest ³Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest
- K10 **Ritka szövettani diagnózis pleuroscopia segítségével**
 Varga Judit Kata¹, Grmela Gábor¹, Pápai-Székely Zsolt¹
¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológiai Osztály, Budapest
- K11 **Nissen-féle antireflux plasticatól a tumoros abscessus kezeléséig...**
 Zsoldos Gábor¹, Grmela Gábor¹, Pápai-Székely Zsolt¹
¹Székesfehérvári Szent György Kórház, Székesfehérvár
- K12 **Kis röntgenárnyék-nagy vérzés**
 Török Zsófia Laura¹, Illés Miklós Balázs¹, Batai István², Benkő István³, László Terézia⁴, Sárosi Veronika¹
¹Pécsi Tudományegyetem KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem KK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs; ³Pécsi Tudományegyetem KK, Sebészeti Klinika, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem KK, Patológiai Intézet, Pécs

- K13 **Mit keresek itt?!**
 Jancsikin Lyubomir¹, Ugocsai Katalin¹, Lóczy Gerda², Kertész Áron³
¹Mellkasi Betegségek Szakkórháza Deszk, II. Tüdőosztály, Deszk; ²Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház, Sürgősségi Osztály, Hódmezővásárhely; ³Makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház, Intenzív Osztály, Makó
- 10.45–11.00 Kávészünet
- 11.00–12.40 **Nem malignus bronchológiai kórképek kezelése** Kupola terem
Üléseelnökök: Grmela Gábor, Markóczy Zsolt
PIS
 Grmela Gábor
 Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár
Emphysema – valve
 Szima Barna
 Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely
Emphysema/PIS – Sebészet
 Agócs László
 Országos Onkológiai Intézet, Budapest
Bronchial thermoplasty
 Pápai-Székely Zsolt
 Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár
 Zárás

Absztraktok

K02

A bronchofiberscopia segítő szerepe percutan tracheostoma készítésénél gyermek intenzív osztályon

Bánfi Andrea¹, Gál Péter¹

¹Szegedi Tudományegyetem Gyermekklinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Pulmonológiai és Intenzív Osztály, Szeged

1985-ben Ciaglia írta le először az első betegágy mellett kivitelezhető percutan dilatációs tracheostomia (PDT) készítésének módszerét, melyet a 90-es évek közepétől gyermekeknél is alkalmaznak az intenzív osztályos gyakorlatban. A PDT legfőbb indikációját a tartós translaryngealis intubációval kapcsolatos szövődmények elkerülése képezi. PDT végzése bronchoscopos asszisztálás mellett kell, hogy történjen. Előadásunkban bemutatjuk a gyermekkorban végzett PDT módszerét, indikációit, kontraindikációit, előnyeit és hátrányait, kiemeljük a bronchofiberscopia asszisztáló szerepét (direkt vizualizáció, dokumentáció) PDT készítésénél. A módszert klinikánk intenzív osztályán tartósan intubált, lélegeztetett 9 éves leány esetének bemutatásával illusztráljuk, akinek perinatalis központi idegrendszeri károsodás (ICP) alapbetegsége miatt vált szükségessé intenzív osztályos elhelyezés, tartós lélegeztetés. A PDT kivitelezése során tubuson keresztül lege artis bronchosfiberscopia történt, majd a tubus visszahúzását követően bronchosfiberscopos ellenőrzés mellett került sor a percutan tracheostomás kanül behelyezésére. A videobronchoscopppal végzett folyamatos asszisztálás lehetőséget nyújtott a PDT-át készítő operatőrnek, hogy monitoron kövesse a beavatkozás egyes lépéseit. A tracheostomás kanül behelyezését követően bronchoscopppal ellenőriztük a trachea kanül helyzetét, az esetleges szövődmények (vérzés, sérülés) lehetőségét ki lehetett zárni. A beavatkozás lépéseiről video dokumentáció készült. Összefoglalva, a betegágy melletti, intenzív osztályon végzett bronchofiberscopia egyik indikációját PDT készítésének asszisztálása jelenti. A bronchofiberscop segítségével pontosan felmérhetők az endotrachealis, endobronchialis viszonyok, meghatározható a tracheostoma készítésének pontos helye, a procedúra során lehetőség van a folyamatos vizualizációra, a trachea kanül behelyezését követően végzett revízió pedig biztosítja az esetleges szövődmények azonnali elhárítását.

K03

Parainfluenza pneumóniát követő súlyosbodó nehézlégzés lymphomás betegnél.

Bohács Anikó¹, Csacsovsky Ottó², Eszes Noémi¹, Lorx András³, Csomor Judit⁴, Müller Veronika¹, Losonczy György¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Pulmonológia, Budapest,

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Haematológiai és ősejt-transzplantációs Osztály, Budapest; ³Semmelweis Egyetem, AITK, Budapest;

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

A diffúz nagy B-sejtes lymphomás beteg másodvonalbeli, 1.ciklus kemoterápiáját követően lázas neutropenia lépett fel, mely hátterében parainfluenza infekció igazolódott. Ribavirin, intravénás immunglobulin terápia majd makrolid és sulfamethoxazole-trimethoprim antibiotikus kezelés ellenére a beteg nehézlégzése progrediált. 6 L/min oxigénigénnyel tachydyspnoeasan vettük át nem invazív légzéstartámogató osztályunkra. Bronchológiai kivizsgálását mutatjuk be esetbemutatásunkban.

K04

Haemoptoe differenciál diagnosztikája gyermekkorban esetbemutatásokon keresztül

Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹

¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint

A tüdő és a légutak vérzése gyermekkorban ritka, de akár az életet veszélyeztető állapot. A vérzés a tüdő kettős vérellátása révén eredhet a nagy nyomású bronchialis artériás rendszerből vagy az alacsony nyomású pulmonalis keringésből, lehet fokális vagy diffúz. Etiológiáját tekintve állhat mögötte banális vírusinfekció, pulmonális, kardiovaszkuláris ok, de akár az egész szervezetet érintő szisztémás megbetegedés is. A haemoptoe gyermekori, felnőttektől eltérő differenciál diagnosztikáját szerzők néhány érdekes eset bemutatása kapcsán ismertetik.

K13

Mit keressék itt?!

Jancsik Lyubomir¹, Ugocsa Katalin¹, Lóczi Gerda², Kertész Áron³

¹Mellkasi Betegségek Szakkórháza Deszk, II. Tüdőosztály, Deszk;

²Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház, Sürgősségi Osztály, Hódmezővásárhely;

³Makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház, Intenzív Osztály, Makó

Az 54 éves epilepsziás, eszméletlen beteghez kiérkezett mentősök légút biztosításához nasopharingeális tubust használtak, mely lecsúszott, de idegentest fogóval sikerült megfogniuk. A másik tubussal nem voltak szerencsésük, az "eltűnt" lecsúszant a tracheába. Ezt követően a beteget intubálták, minek következtében az "eltűnt" tubust sikerült a jobb főhógróbe pozicionálniuk. A beteget Hódmezővásárhelyi Kórház SBO-ra vitték, majd Makó Kórház Intenzív Osztályára került. Itt történt általunk a nasopharingeális tubus eltávolítása. Tekintettel, hogy ekkora idegentesttel ez idáig még nem találkoztunk, mint érdekességet, az esetet bemutatásra érdemesnek találtuk.

K05

Teenagerek krónikus köhögései

Laki István¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹, Sipos Edit², Kovács Gábor³

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Gyermekosztály, Törökbálint; ²Szent Pantaleon Kórház, Gyermekosztály, Dunaújváros; ³Semmelweis Egyetem, II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

A krónikus száraz köhögés fontos jele a mellkasi betegségnek és kivizsgálást igényel. Egy hónapja tartó száraz köhögés miatt felvett 11 éves kisleány mellkas rtg felvétele a jobb felső mediasztinum kiszélesedését mutatta. A CT vizsgálat a j. első-felső mediasztinumot a j. felső lebenyhörgő magasságában karélyozottan kiszélesítő árnyéktöbletet mutatott. Bronchológiai vizsgálata során a bifurcatios carinából a j. főhörgőt beszűkítő karfiolszerű szövetnövedék előboltosulását észleltük, a bal főhörgő kezdetén észlelt teljes szűkület miatt az optikával sem volt intubálható. Az onko-haematológia kivizsgálás során Non-Hodgkin, anaplasztikus, nagysejtes lymphoma igazolódott. A kemoterápiát követően teljes remisszióban van, tünet és gócmertes. Másik betegünket 16 évesen, mintegy másfél hónapja tartó, főként reggelente jelentkező száraz köhögés miatt vizsgálták. Mellkas rtg felvétel készült, melyen a mediasztinum kiszélesedése mellett mindkét tüdőben góccárnyékok látszóttak. Tbc gyanú miatt küldték vizsgálatra. A Mantoux és a Quantiferon teszt negatív volt, a garatszivadék és a gyomorbennék direkt Koch vizsgálata is negatív volt. Az ezt követően elvégzett MR vizsgálat, majd a thoracoscopos tüdőbiopszia alapján klasszikus Hodgkin lymphoma igazolódott. A jól tolerált kemoterápiát követően már Ő is remisszióban van. Eseteink jól példázzák, hogy bizonyos malignómák légúti tünettől jelentkezhetnek. A jó prognózis érdekében törekednünk kell a minél korábbi diagnózisra.

K08

Tranziens globális amnesia észlelése perbronchialis nyirokcsomó punkció után

Lantos Ákos¹, Fajt Erzsébet¹, Nagy Andrea¹, Gyulai Márton¹, Kéri István¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint II. osztály, Törökbálint

A 65 éves nőnél BHL sy, és a CT-n látott nagyobb subcarinalis nyirokcsomók miatt reggel 8 órakor ambuláns bronchosopia történt. A bronchoscopos kép negatív volt. A CT szerint a trachea bifurcatiós carina jobb oldalolán 4 punkció történt. A vizsgálat befejeztével a beteg felülve azonnal kérdezte, hol van, hogy és mért került került ide, majd a válaszokra nem emlékezve újra kérdezett. Mozgása, beszéde normálisnak tűnt. Az egy órával későbbi neurologiai vizsgálat góctünetet nem talált, a kórképet globális amnesiának tartotta, és vertebrális keringészavar lehetősége miatt keringésjavító infúziót és obszervációt javasolt. A következő 4 órában a beteg amnesiája nem javult a repetitív kérdéseire kapott válaszokra nem emlékezett, feszültté vált így neurológiai osztályra helyeztük át, ahol negatív agyi CT történt, majd a tünetek kezdete után 10 órával panaszmentesen otthonában bocsátották. A beteg később elmondta, hogy a vizsgálat előtti 20 perctől kezdve nem emlékszik a következő 10 órára. A jelenséget tranziens globális amnéziának (TGI) tartható, mely ritka benignus spontán előforduló kórkép. Migrénben gyakoribb és kazuisztikák szerint fizikai és pszichés megeröltetés, angiográfia, endoszkópia, provokálhat TGI-t.

K09

Endobronchialis tuberculosis tüdőtranszplantált betegben

Őri Eszter¹, Csiszér Eszter¹, Perlényi Nóra¹, Balázs György², Pápay Judit³, Süttő Zoltán¹, Losonczy György¹

¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest ³Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

Háttér Az endobronchialis tuberculosis (EBTB) a nem-specifikus légúti tünetek miatt sokszor jelent diagnosztikus nehézséget. A betegség lefolyása változó, gyakran alakul ki bronchostenosis. Patomechanizmusában felmerül egy közeli parenchymas góc közvetlen kóroki szerepe, haematogen disseminatio, nyirokcsomó betörése a bronchusba, valamint a fertőző köpet, illetve a nyirokrendszer útján történő terjedés. Leggyakrabban a jobb főhörgő érintett. A diagnosztikában döntő szerepe van a bronchoalveolaris lavage (BAL) vizsgálatának és a bronchoszkópos biopsziának. Az antituberculosus kezelést kiegészítő szteroid terápia stenosis megelőző szerepe vitatott. Szervtranszplantáltak esetében a tuberculosis gyakori tünete az ismeretlen eredetű láz és az allograft-dysfunkció. Esetismertetés A cisztás fibrózis miatt tüdőtranszplantáción átesett betegnél a transzplantációt követően 11 hónappal kislégúti funkciócsökkenés jelent meg. Mellkas CT-n a jobb alsó lebenyi hörgőben diszkrét intraluminalis képlet ábrázolódott. Bronchosopia során a jobb alsó lebenyhörgőben borsnyi, polypoid képlet volt megfigyelhető, melynek szövettani vizsgálata saválló pozitív nekrotizáló granulomatózus léziót mutatott. A tbc diagnózist megerősítette a BAL-ból végzett PCR és tenyésztés. A transbronchialis biopszia emellett A2 rejectiót jelzett. Gátlószeres kezelés és szteroid lökésterápia indult. Kontrollok során a légzésfunkció javulása mutatkozott. Következtetés Transzplantált betegeknek a tuberculosis diagnózisának korai felállítása és a mielőbbi, célzott terápia kedvezően befolyásolja a betegség lefolyását. Kezelésük során nehézséget jelent a rifampicin és az immunszuppresszív gyógyszerek közti interakció.

K06

Légúti szűkület többszörös fejlődési rendellenességben

Subicz Ágnes¹, Györfy Ágnes¹, Gyürüs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Löwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Gyermekosztály, Törökbálint

A légúti szűkület a bronchosopia leggyakoribb indikációja gyermekkorban, melynek hátterében az esetek jelentős részében a légcső és/vagy a hörgők szűkületet okozó fejlődési rendellenessége áll, mely ritkán többszörös fejlődési rendellenesség része is lehet. Szerzők két multiplex fejlődési rendellenesség miatt gondozott kisded esetét ismertetik. Az első esetben a 3 hónapos, ismert VATER asszociációs (vertebralis anomalia, anus atresia, tracheo-oesophagealis fistula, ectopia reni l.d.) csecsemő légcsőszűkület gyanúja miatt bronchosopia céljából került osztályunkra. A tracheo-oesophagealis fistula zárása két napos korában a Szegedi Gyermekklinikán megtörtént, ezt követően is nehezen etethető maradt, stridoros légzést, síráskor cyanosist észleltek.

Bronchoscopea során a légcső alsó harmadának 90%-os, laza tartású szűkületét találtuk, tartós nyákoldó kezelést javasoltunk. Kontroll bronchoscopeára 14 hónapos korában került sor az anus vestibularis tervezett műtétje előtt, a korábban észlelt légcsőszűkületet változatlanul láttuk. A második esetben 7 hónapos, szintén komplex fejlődési rendellenesség (vertebralis anomalia, anus atresia, ductus arteriosus persistens Botalli, dystopia reni I.s.) miatt gondozott csecsemőt vizsgáltunk stridor, terhelésre és infekció kapcsán fokozódó tachy-dyspnoe, táplálási nehezítettség miatt. Bronchoscopea, majd mellkas CTA vizsgálat a jobb felső lebenyt ellátó - eredésében és lefutásában is jelentősen szűk - trachealis hörgőt, a trachealis hörgőszájadék és a bifurcatios carina között a trachea, valamint a bifurcatio után a(z) anatómiailag a bronchus intermediusnak megfelelő jobb főhögő jelentős szűkületét igazolta, retenciós váladékkal. Folyamatos váladékmobilizáló, gyulladáscsökkentő kezelés mellett nehézlégzései ritkultak, hangos hörgő légzést már csak infekció kapcsán észlelnek. Szerzők az előadásban a VATER asszociáció ismertetése mellett kitérnek a súlyos légcsőszűkületes csecsemők, kisdetek konzervatív kezelésére és gondozására, esetleges műtéti beavatkozás esetén az intratrachealis narkózisvezetés problémáira.

K07

Képkötők csapdjában

Szilágyi Tiborné Kacsó Anita Harmat¹, Smuk Gábor², Kalincsák Judit³, Mangel László³, Sárosi Veronika¹

¹Pécsi Tudományegyetem I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Pécs; ³Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás Intézet, Pécs

Az esetismertetés a tüdőrák diagnosztikájának, mielőbbi kezelésének nehézségeit kívánja bemutatni egy nem mindennapi esettel. 64 éves, régóta dohányos nőbetegnél a köszvény és hypertonia ismert volt, súlyos arteriosclerosis miatt 2015 januárjában femoralis amputációra volt szükség. 2015 áprilisában élete első, grand mal epilepsziás roszulléte miatt sürgősségi osztályra szállítják. Kontrasztanyag koponya-CT supra-és infratentorialisan számos kerekded, cysticus, széli részekben intenzív kontrasztanyag-halmozást mutató, max. egy cm-es, ödémával nem övezett képletet mutat. . Koponya-MR a nagyagy és kisagy féltekékben miliaris cystás elváltozásokat jelez. Neuroradiológus kissejtes tüdőrák áttétein kívül gombás, tbc-s eredetű, neurocysticercosist vet még fel, utóbbiak ellen szólnak a negatív gyulladáscsökkentő paraméterek és a diffúziós felvételek. EEG-n bal félteke hangos kontinua diffúz lassulást látszott, bal oldalon epilepsziára típusos potenciál. Infektológiai konzílium a HIV-status, toxoplasma-, echinococcus-szerológia szükségességét látta, ezek negatívak. Quantiferon-negatív. Hasi és kismedencei UH, CT is negatív. Mellkas-CT-n jobb oldali pulmonalis embolia mellett mindkét tüdőfélben több subpleuralis, térfoglalásra nem típusos morfológiájú képletet mutatott, és jobb hilusi, mediastinalis lymphadenomegalia látszott. A jobb 4-es és a 7-es pozíciójú nyirokcsomóból TBNA történt, mely adenocarcinómát igazolt.

Onkoteam döntése whole brain besugárzás volt. Megkezdése előtt az Onkoterápiás Intézet vezetője az agyi elváltozások mibenlétét mégis megkérdőjelezte, és agybiopsziás mintavételhez kötötte a terápia elkezdését. 2015 májusában, egy hónappal a panaszok kezdete után a nyitott agybiopszia metastaticus K-RAS mutáns tüdő-adenocarcinoma áttétet igazolt. Az eset állapotú beteg végül már nem volt alkalmas aktív onkológiai kezelésre, mire a diagnosztikai útvesszőkön átesett.

K12

Kis röntgenárnyék-nagy vérzés

Török Zsófia Laura¹, Illés Miklós Balázs¹, Bátai István², Benkő István³, László Terézia⁴, Sárosi Veronika¹

¹Pécsi Tudományegyetem KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem KK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs; ³Pécsi Tudományegyetem KK, Sebészeti Klinika, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem KK, Patológiai Intézet, Pécs

Az 57 éves férfibetegnél a sürgősségi ambulancián vérhányás gyanúja miatt történt gastroscopia a gyomorban savhaematinos gyomortartalom mellett vérzésforrást nem igazolt. Mellkasröntgenen jobb felső lebenyi kis perifériás térfoglaló folyamat gyanúja merült fel. A beteg felvételekor véres köpetürítést nem észleltünk, ám az obszerváció 5. órájában hirtelen masszív haemoptoe jelentkezett. Urgens bronchoscopeos ellátása során csak annyi volt eldönthető, hogy a vér jobb oldalról származik. A bal főhögő szelektív intubálása után stabilizált betegnél elvégzett mellkas CT vizsgálat sem eredményezett diagnózist. Fentiek miatt műtét történt, az eltávolított jobb felső lebenyben pedig pT3N2 adenocarcinoma igazolódott, kifejezett érinvázió jeleivel.

K10

Ritka szövettani diagnózis pleuroscopia segítségével

Varga Judit Kata¹, Grmela Gábor¹, Pápai-Székely Zsolt¹

¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológiai Osztály, Budapest

63 éves férfi beteg gyengeség, nehézlégzés miatt sürgősséggel került pulmonológiai osztályunkra. Felvételkor készült mellkas röntgenen bal oldali kiterjedt mellkasi folyadék, és kétoldali multiplex pulmonális góccárnyékok ábrázolódtak. Acut bal oldali mellkasi drainage-t végeztünk. Pleurális fluidum exsudatumnak bizonyult, bakterológiai, mycobakterológiai vizsgálata egyértelmű kóros eltérést nem igazolt. Cytológiai vizsgálat malignitást nem mutatott. Mellkas CT-n bal oldali mellüregi folyadék, és kétoldali, multiplex, 6-30 mm-es, pulmonális, és pleurális, hyperdens góccok voltak láthatók. Bronchoscopeos vizsgálat során endobronchiális eltérés nem ábrázolódtott. Jobb alsó lebenyi pulmonalis metastázisok képerősítő alatti, transbronchiális aspirációs cytológiája nem volt diagnosztikus. Primer tumor keresés céljából hasi ultrahang, gastroscopia, urológiai vizsgálat történt, melyek elsődleges elváltozást nem igazoltak. Hystológiai mintavétel céljából pleuroscopia mellett döntöttünk, melynek során egyes pulmonális, és pleurális góccok is látótérbe kerültek, többszörös, célzott mintavétel történt. Szövettani vizsgálat elsődleges

A konferencia támogatói

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

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

Roche Magyarország Kft.
Bristol Myers Squibb Kft.
Teva Gyógyszergyár Zrt

KIÁLLÍTÓK

Anamed Kft.
AstraZeneca Kft.
Bus-Oxy Kft.
Elektro-Oxigén Kft.
Hun-Med Kft.
Lilly Hungary Kft.
Medinst Plus Kft
Medirex Zrt.
Messer Hungarogáz Kft.
Pfizer Kft.
Richter Gedeon NyRt.

Hosszabb túlélés,* megtartott életminőség mellett,
az első vonalas indukciót** közvetlenül követő
- ALIMTA folyamatos fenntartó terápiával^{1,2}

A lokálisan
előrehaladott vagy
metasztázáló
nem-laphám sejt
típusú NSCLC (PS 0-1)
betegségben szenvedő
betegek folyamatos
fenntartó terápiája***

- ALIMTA-val^{1,2}

ALIMTA[®]
pemetrexed

ALIMTA Bővebbített Alkalmazási Előírás: A gyógyszer megnevezése: ALIMTA 100mg és 500mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumok. **Minimális és maximális adagok:** 100mg és 500mg pemetrexed (pemetrexed diatrium formájában) injekciós üvegekben. 100mg-os kizérlelés esetében az injekciós üveg tartalmát 4,2ml, az 500mg-os kizérlelés esetében pedig 20ml 9mg/ml (0,9%) tartósítószer mentes nátrium klóriddal oldatos injekcióval kell feloldani, mely 25mg/ml oldatot eredményez. A kívánt adagokat megfelelő mennyiséget kell feloldani az injekciós üvegből és 9mg/ml (0,9%) nátrium klóriddal oldatos injekcióval tovább hígítani 100ml-re. **Terápiás javallatok:** Maligus székéltér metasztázisai. Az ALIMTA ciszplatinnal kombinációban a nem rezekeált maligus pleurális mesotheliómában szenvedő, előzetes kemoterápiában nem részesült betegek kezelésére javallt. **Nem kizárólagos indikációk:** Az ALIMTA ciszplatinnal kombinációban lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem kisajéges tüdőcarcinómában szenvedő betegek előzetes kezelési javallt, a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinómában szenvedő betegek kivételével. Az ALIMTA monoterápiában a lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem kisajéges tüdőcarcinómában szenvedő betegek második vonalbeli kezelésére javallt, a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinómában szenvedő betegek kivételével. Az ALIMTA monoterápiában, fenntartó terápiaként olyan, lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem kisajéges tüdőcarcinómában szenvedő betegek kezelésére javallt (a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinómában szenvedő betegek kivételével), akiknél a betegség nem progresszív közvetlenül a platina alapú kemoterápiát követően. Az ALIMTA monoterápiában a lokálisan előrehaladott vagy metasztatizáló nem kisajéges tüdőcarcinómában szenvedő betegek második vonalbeli kezelésére javallt, a szövettanilag döntően laphámsejtes carcinómában szenvedő betegek kivételével. **Adagolás:** ALIMTA ciszplatinnal kombinációban 500mg/m² testfelületen (BSA) intravénás infúzióban 10 perc alatt, minden 21 napos ciklus első napján. A ciszplatint javallt adagú 75mg/m² BSA, 100ml oldat, kb. 30 perccel a pemetrexed infúzió befejezését követően minden 21 napos ciklus első napján. A betegnek megfelelő antiemetikus kezelésben kell részesíteni és a szükséges folyadékbevitelt gondoskodni kell a ciszplatint adása előtt és/vagy után (lásd a ciszplatint alkalmazás előírását). ALIMTA monoterápiában: a nem-kisajéges tüdőcarcinómák miatt, előzetes kemoterápiát követően kezelt betegeknek az ALIMTA javallt adagú 500 mg/m² BSA, 10 perc alatt, minden 21 napos ciklus első napján. **Ellenjavallatok:** A bőrcarcinómák incidenciájának és súlyosságának csökkentése érdekében kortikoszteroidot kell adni a pemetrexed adása előtt, alatt és után napot. A kortikoszteroid adójának ekvivalenciáját kell lennie a naponta kétszer, szétválasztva az adót 4 mg dexametazonnal. **Ellenjavallatok:** A pemetrexed kezelésben részesülő betegeknek minden adag előtt ellenőrizni kell a teljes vértépet, beleértve a minőségi laborvizsgálatot és a trombocytaszámot. Minden egyes kemoterápiát követően ellenőrizni kell a vese és májfunkció ellenőrzését. **Ellenjavallatok:** A Kiszélezési hatályaival vagy bármely segédanyagával szembeni érzékenységre, szoptatás, egyidejű sugárzó vakcináció (hatalis genetikai vakcinációs betegség veszélye miatt). **Különleges figyelmeztetések:** A pemetrexed-kezelést megelőző 3-4. fokú hematológiai és nem-hematológiai toxicitás (a neutropenia, lázas neutropenia és 3-4. fokú neutropeniával járó fertőzések) csökkentése érdekében a pemetrexeddel kezelt valamennyi betegnek profilaktikus intravénás infúzióval (lásd a 3-4. fokú neutropeniával járó fertőzések csökkentésére vonatkozó utasításokat) minden adag előtt ellenőrizni kell a teljes vértépet, beleértve a minőségi laborvizsgálatot és a trombocytaszámot. Minden egyes kemoterápiát követően ellenőrizni kell a vese és májfunkció ellenőrzését. Mivel a trombociták köcskázata minden taganatos betegnek fokozott, az antikoaguláns kezelés alkalmazása gyorok. Az zivadási szűrés egyenként nagyon változó a betegség ideje alatt, továbbá fokozott lehetősége az orális antikoagulánsok és a diuretikumok kamaterápiák között, ezért gyakrabban kell ellenőrizni az INR-t (International Normalised Ratio), ha úgy döntnek, hogy a beteg orális antikoagulánsokat vesz. A pemetrexed gátlóhatása a csontvelő működését, ami neutropenia, trombocytopenia és anaemia (vagy pancytopenia) formájában nyilvánulhat meg. Bőrreakciók jelentkezhetnek előzetes adagok a betegnek, akiket nem kezeltek előzetesen kortikoszteroidokkal. A pemetrexed kezelését kapcsolatosan jelentkező akut ves-

égtelenség, gastrointestinális toxicitás következtében kialakult súlyos dehidráció, ritkán előforduló súlyos cardiovascularis események (myocardialis infarctus, stroke), ritkán előforduló súlyos fertőzések (pneumonia) eseteket jelentettek olyan betegekben, akik a pemetrexed-kezelést megelőzően, azaz egyidejűleg vagy azt követően részeseit sugárkezelésben. **Radionéces (radionéces) (a korábbi radionéces által okozott bőrcarcinómák) számlálhat be olyan betegekben, akik feltehetően vagy évekkel korábban sugárkezelést kaptak. Mivel a pemetrexed-kezelés visszafordíthatatlan természetű lehet, javasolt, hogy a fertőző kezelés elkezdése előtt végezzen spermatokriára vonatkozó tanácsadást. A pemetrexed lehetséges peritális károsító hatása miatt férfiaknak a kezelés előtt és azt követően további 6 hónapig fogamzásgátló módszereket alkalmazni vagy önmeghatározott javasolt. Az egyéb anti-metabolitokhoz hasonlóan a pemetrexed visszafordítható súlyos szűrésű rendellenességeket okoz, ha lehetséges által alkalmazni. Fogamzóképes nőknek hatékony fogamzásgátlást kell alkalmazniuk a pemetrexed-kezelés alatt. A szoptatást a pemetrexed-kezelés alatt abba kell hagyni. **Mellékhatások:** A leggyakrabban jelentett pemetrexeddel kapcsolatos nemkívánatos hatások a következők: csontvelő szuppresszió, anaemia, neutropenia, leukopenia és trombocytopenia formájában nyilvánul meg, és a gastrointestinális toxicitás, melynek előfordulási formái az anorexia, hányinger, hányás, hasmenés, szárazbél, pharyngitis, mucositis, stomatitis, izemszárazság. Az egyéb nemkívánatos hatások közé tartozik a vesetoxicitás (kardami és kreatinin-szint emelkedése, kreatinin clearance csökkenése), a transzamináz emelkedése (ALT (SGPT), AST (SGOT)), alopecia, fáradtság, dehidráció, bőrkárosítás/hámlás, láz, infektív sepsis, szexuális neuropátia, conjunctivitis. A ritkán látott események közé tartozik a Stevens-Johnson szindróma és a toxikus epidermális necrolysis, myocardialis infarctus, transzverz ischaemias attack, hepatitis, colitis (beleértve vöröset és bélsérteket), intersticiális pneumonitis, osteophagyia/irradiációs osteopagist. **Anaphylaxiás sokk** ritka esetben jelentett. **Gyógyszerköcskázathatások:** Erythra vagy közepesen súlyos veseelégtelenségben (kreatinin clearance 45-75 ml/perc) szenvedő betegekben a pemetrexed egyidejű alkalmazása kevlendő NSAD-okkal (pl. heparin) vagy nagyobb adagú szulfonilamidokkal a pemetrexed alkalmazása előtt 2 nappal, a kezelés napján és azt követően 2 nappal fel kell függeszteni. Amennyiben NSAD-ok egyidejű alkalmazása szükséges, a betegnek szorosan ellenőrizni kell a toxicitást, különösen a myelosuppressziót és a gastrointestinális toxicitást. Együttes alkalmazás nem javasolt, előtérrel vezetnek (kivéve a sugárzást, melynek egyidejű alkalmazása ellenjavallt), szisztémás, esetleg helyi bőrtárgy veszélye. A kockázat magyabban azoból, akik az állapotuk gyengélkedésben immunosuppresszió állapotban vannak, ha az okok alkalmazása javasolt, amennyiben lehetséges (polioimmun). **ATC-kód:** L01BA04. **Kiadhatóság:** (Sz) szakorvosok/közvetlen diagnózist követő járóbeteg-ellátásban alkalmazható gyógyszer. **Készlet:** 1x injekciós üvegekben. **ALIMTA (benyújtott) legyártás:** 100mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumok 1 x 10 (39 Ft, 500mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátum 1x40 (57 Ft, 1x 100mg, az egészségügyi szakértés tanácsadókhoz történő finanszírozás megkezdésétől 9/1993 (XV) NM rendelet 1/A sz. melléklete alapján a létesítéskorban termékek körbe tartozik, ezen termékek az OEP jelenleg nem közösen birtokos az egészségügyi jogszabályok alapján. **Ellenőrzés:** A terápia első határállapotig engedélyezett. **Ellenőrzés:** 1. Alimta Alkalmazási Előírás, 2012. november 12. 2. Paz-Arcs, et al. (2013): Paramount. Final Overall Survival Results of the Phase III Study of Maintenance Pemetrexed Versus Placebo Immediately After Induction Treatment With Pemetrexed Plus Cisplatin for Advanced Non-Squamous Non-Small Cell Lung Cancer. In Journal of Clinical Oncology 31 (23), pp. 2895-2902. **Lezárs dátuma:** 2014. november 24.**

HULLADÉK

*A Paramount vizsgálatban kontroll karral összehasonlítva (4 ciklus Alimta 500 mg/m² + ciszplatint 75 mg/m² testfelületen, majd ezt követően BSC a betegség progressziójáig). BSC = Best Supportive Care ** PARAMOUNT vizsgálatban az indukciós kezelés 4 ciklus ALIMTA (500 mg/m² testfelületen) + ciszplatint (75 mg/m² testfelületen) adását jelenti, ami alatt a betegség nem progresszív ** Folyamatos fenntartó terápia az indukciós ALIMTA + ciszplatint kemoterápiát (ami alatt a betegség nem progresszív) követően Alimta monoterápiára a betegség progressziójáig.

Referenciák: 1. Alimta Alkalmazási Előírás, 2012. november 12. 2. Paz-Arcs, et al. (2013): Paramount. Final Overall Survival Results of the Phase III Study of Maintenance Pemetrexed Versus Placebo Immediately After Induction Treatment With Pemetrexed Plus Cisplatin for Advanced Non-Squamous Non-Small Cell Lung Cancer. In Journal of Clinical Oncology 31 (23), pp. 2895-2902. **Lezárs dátuma:** 2014. november 24.

Lilly

Még ma tegyen IPF betegei állapot- romlása ellen!



Az Esbriet ▼ felnőttek nyhe és közepsúlyos idiopáthiás tüdőfibrózisának (IPF) kezelésére szolgáló készítmény.¹

▼ Nyhe és közepsúlyos IPF betegek kezelésére¹

▲ Szignifikánsan alacsonyabb mortalitás és progresszió^{2,3}

▶ Jól tolerálható mellékhatás profil³

Az Esbriet® ▼ rövidített alkalmazási előírása

Hatóanyag: Az Esbriet kemény kapszula 267 mg pirfenidon hatóanyagot tartalmaz. **Terápiás javallatok:** Az Esbriet felnőtteknél nyhe és közepsúlyos idiopáthiás pulmonalis fibrózis (IPF) kezelésére javallott. **Adagolás és alkalmazás módja:** Felnőttek: Az Esbriet-kezelést az IPF diagnosztizálásában és kezelésében jártas szakorvosnak kell elkezdenie és felügyelnie. A kezelés megkezdésekor az adagot egy 14 napos időszak során a következőképpen kell a napi kilenc kapszulából álló ajánlott napi adagig emelni: 1–7. napon naponta háromszor egy kapszula (801 mg/nap), 8–14. napon naponta háromszor két kapszula (1602 mg/nap), a 15. naptól kezdve naponta háromszor három kapszula (2403 mg/nap). Az IPF-ben szenvedő betegeknél az Esbriet ajánlott napi adagja naponta háromszor három 267 mg-os kapszula, étellel bevéve – az összesen napi 2403 mg-ot jelent. Napi 2403 mg-ot meghaladó adag semmilyen beteg esetén sem ajánlott. Azoknál a betegeknél, akiknél az Esbriet-kezelés 14. egymást követő napig vagy ennél hosszabb ideig szünetelt, úgy kell újrakézdeni a kezelést, hogy a kezdet 2 hetes dózisbeállítását el kell végezni az ajánlott napi adag eléréséig. A kezelés 14. egymást követő napnál rövidebb ideig tartó megszakítása esetén a kezelés dózisbeállítását

nélkül a korábbi ajánlott napi adaggal folytatható. Az adagolás módosulhat különleges betegpopulációkban és a biztonságos alkalmazás egyéb szempontjai alapján gastrointestinális események, fényérzékenységi reakció vagy kiütés, májfunkció romlás esetén. Az Esbriet-et egészben, vízzel kell lenyelni, és a hányinger és a szédülés lehetőségének csökkentése érdekében étellel együtt kell bevenni. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység, pirfenidon alkalmazása során fellépő angioedema a körrelőzményben, fluvoxamin egyidejű alkalmazása, súlyos májkárosodás vagy végstádiumú májbetegség, súlyos vese-károsodás (kreatinin-clearance <30 ml/perc) vagy dialízist igénylő végstádiumú vesebetegség. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Leggyakrabban jelentett mellékhatások: hányinger, kiütés, hasmenés, fáradtság, emésztési zavar, anorexia, fejfájás, fényérzékenységi reakció. ▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleljenek bármilyen feltételezett mellékhatást. **Különleges tárolási előírások:** Legfeljebb 30°C-on tárolandó. **Kiadhatóság:** Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszerek Sz alcsoportjának alapján. **TB támogatás:**

Nem támogatott gyógyszer. **Fogyasztói ár:** NA **Forgalomba hozatali engedély száma:** EU/1/11/667/002 **Felírás előtt kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást (EMA: 2015.02.15.)!** A gyógyszerrel részletes információ az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) internetes honlapján (<http://www.ema.europa.eu>) található.

Irodalom:

1. Esbriet®, Alkalmazási előírás (2015.02.15.)
2. Noble PW, et al. Lancet 2011;377:1760-1769.
3. King TE Jr, et al. NEJM 2014;370:2083-2092.

További információ:

Roche (Magyarország) Kft., 2040 Budaörs, Edison u. 1.
Tel: 23-446-800, Fax: 23-446-860
E-mail: hungary.medinfo@roche.com, www.roche.hu



Esbriet®
pirfenidone

Start here. Start now.