



BRONKO 2012

PROGRAMFÜZET

A Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Onkopulmonológiai Szekciója
és a Magyar Bronchológus Egyesület
konferenciája



Hunguest Hotel Damona
2012. szeptember 20-22.
www.tudogyogyasz.hu



A Magyar Tüdőgyógyász Társaság Onkopulmonológiai Szekció és a Magyar Bronchológus Egyesület konferenciája

**Hunguest Hotel Damona, Zalakaros,
2012. szeptember 20 – 22.**

A Konferencia elnöke

Ostoros Gyula és Pápai-Székely Zsolt

A Szervező Bizottság elnöke

Tehenes Sándor

A Szervező Bizottság tagjai

Bogos Krisztina

Csada Edit

Sárosi Veronika

Szondy Klára

A Tudományos Bizottság tagjai

Albert István

Balikó Zoltán

Bánfi Andrea

Csekeő Attila

Döme Balázs

Gálffy Gabriella

Horváth Ákos

Kádár László

Kecskés László

Kovács Gábor

Lantos Ákos

Losonczy György

Moldvay Judit

Somfay Attila

Strausz János

Szilasi Mária

Szima Barna

Konferencia Titkárság:

CHEMOL TRAVEL (Weco Travel Kft.)

Beutazási és Kongresszusi Osztály

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

Tel/Fax: 266-7032/266-7033

E-mail: mtt@chemoltravel.hu

FONTOS TUDNIVALÓK

A konferencia helyszíne

Hunguest Hotel Damona
H-8749 Zalakaros, Gyógyfürdő tér 8.

A konferencia időpontja

2012. szeptember 20 (csütörtök) 16.00 órától
2012. szeptember 22. (szombat) 13.00 óráig

Regisztrációs iroda nyitvatartási ideje a kongresszus helyszínén

2012. szeptember 20. (csütörtök) 14:00-18:00
2012. szeptember 21. (péntek) 08:30-18:00
2012. szeptember 22. (szombat) 08:30-13:00

Akkreditálás

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

Előadások

Kérjük az előadókat, hogy az előadásokat tartalmazó fájlokat (illetve adathordozókat) preferáltan a regisztrációkor, de legkésőbb az adott szekció megkezdése előtti kávé vagy ebédszünetben adják át a technikai személyzetnek az előadóteremben

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

Társasági programok

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

Parkolás

A parkolás egész Zalakaros területén ingyenes, kivéve a Hotel Freya sorompóval lezárt saját tulajdonú parkolójában, ahol a parkolási díj a szállóvendégek részére is 500 Ft/nap.

Taxi

Zalakaroson az alábbi telefonszámon lehet taxit rendelni:
+36 30 - 7333 777

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2012. szeptember 20. (csütörtök)	
16:00-18:00	Bejelentett előadások I.
18:00-19:00	Lilly Szimpózium
20:00 - tól	Megnyitó, Vacsora
2012.szeptember 21. (péntek)	
09:00-10:30	Tüdőrák 2011. State of the Art előadások
10:30–11:00	<i>Kávészünet</i>
11:00-12:00	N2 betegség
12:00-13:00	Roche Szimpózium
13:00-14:00	<i>Ebéd</i>
14:00-15:00	A tüdőrák szupportív és palliatív ellátása
15:00-16:00	AstraZeneca Szimpózium
16:00-16:30	<i>Kávészünet</i>
16:30-18:15	Bejelentett előadások II.
19.30 -	Vacsora
2012. szeptember 22. (szombat)	
09:00-10:10	Kazuisztikai előadások I.
10:10-10:40	Aramis Pharma Kft. a Kéri Pharma csoport tagja Szimpózium
10:40-11:00	MSD Pharma Hungary Szimpózium
11:00-11:30	Poszterséta, <i>Kávészünet</i>
11:30-12.40	Kazuisztikai előadások II.
13:00	Eredményhirdetés, Zárszó

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2012. szeptember 20. (csütörtök)

14.00 - tól Érkezés, Regisztráció

16.00 – 18.00 **Bejelentett előadások**
Üléselnök: Döme Balázs, Balikó Zoltán

16.00 – 16.15 Köszöntés

16.15 – 16.30 **B-01**
Kháron még várjon - Kombinált tüdő és szívműtétek
¹Molnár F. Tamás; ²Szabados Sándor
¹ Pécsi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Pécs;
² Pécsi Tudományegyetem, Szívsebészeti Klinika, Pécs

16.30 – 16.45 **B-02**
Az elmúlt két évben onkopolmonológiai ambulanciánkon ellátott agyi metasztázisban szenvedő tüdőrákos betegeink kórlefolásával szerzett tapasztalataink.
¹Balikó Zoltán; ¹Albert Brigitta; ²Boronkay Árpád; ³Horváth Zsolt;
⁴Sárosi Veronika;
¹Pécsi Tudományegyetem KK I. Belklinika Pulmonológiai Tanszék, Onkopolmonológiai Ambulancia, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem KK Onkoterápiás Intézet, Radioterápia, Pécs; ³Pécsi Tudományegyetem KK, Idegsebészeti Klinika, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem KK I. Belklinika, Pulmonológia Tanszék, Pécs;

16.45 – 17.00 **B-03**
A tumor-agyszövet határ jellegének, a tumort infiltráló mononukleáris sejteknek és a peritumorális ödémának vizsgálata tüdőrákok agyi áttéteiben
¹Fábián Katalin; ²Gyulai Márton; ³Várallyay Péter; ⁴Furák József; ⁵Jäckel Márta; ⁶Pápay Judit; ¹Moldvay Judit;
¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, 2. osztály, Budapest; ²Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, II. osztály, Törökbálint; ³Országos Idegtudományi Intézet, Radiológiai Osztály, Budapest; ⁴SZAOTE Mellkassebészeti Tanszék, Mellkassebészeti Osztály, Szeged; ⁵MH Honvédkórház, Patológiai Osztály, Budapest; ⁶Semmelweis Egyetem I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és lágyszövet patológiai részleg, Budapest;

17.00 – 17.15

B-04

PET-CT szerepe a mellkasi besugárzás tervezésben

¹Boronkai Árpád; ¹Kalincsák Judit; ²Balikó Zoltán; ²Ruzsics István;
³Molnár Péter; ³Kajáry Kornélia; ³Szakáll Szabolcs; ⁴Al-Farhat Yousuf;
²Sárosi Veronika;

¹ Pécsi Tudományegyetem KK Onkoterápiás Intézet, Onkológia, Pécs;
²Pécsi Tudományegyetem KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Munkacsoport, Pécs; ³ Pozitron-Diagnosztika Központ, Budapest;
⁴Tolna Megyei Balassa János Kórház, Onkológia, Szekszárd;

17.15 – 17.30

B-05

Új tumorszupresszor gének pleurális mesotheliomában

^{1, 2}Hegedűs Balázs, ^{2,3}Döme Balázs

¹Semmelweis Egyetem, 2. sz Patológiai Intézet, Budapest;
²Translational Thoracic Oncology Program, Division of Thoracic Surgery, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ³Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

17.30 – 17.45

B-06

Hosszú túlélés tényezői előrehaladott nem kissejtes tüdőrákban

¹Morócz Éva; ¹Ferenczi Enikő; ¹Varga Ilona;

¹ Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II.osztály, Törökbálint

17.45 – 18.00

Szünet

18.00- 19.00

LILLY Szimpózium

Bizonyított hatékonyság és új lehetőségek az előrehaladott, nem laphámsejtes nem kissejtes tüdőrák (NSCLC) terápiájában

Elnökség: Balikó Zoltán, Kovács Gábor, Tehenes Sándor

18:00-18:20

A pemetrexed helye az előrehaladott, nem laphámsejtes NSCLC első- és másodvonalbeli kezelés stratégiájában

Ostoros Gyula

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

18:20-18:30

Fenntartó terápiák az előrehaladott, nem laphámsejtes NSCLC-ben

Szondy Klára

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

18:30-18:40

Paramount vizsgálat – kiterjesztett betegségkontroll

Gálffy Gabriella

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

18:40-18:50 **Időskorú NSCLC betegek kezelése**
Sárosi Veronika
Pécsi Tudományegyetem KK, I. Belgyógyászat, Tüdőgyógyászati Tanszék, Pécs

18:50-19:00 **Eset bemutatások**
¹Herodek Gabriella, ²Böcskei Csaba
¹PAMOK Onkológia, Győr; ²Szent Borbála Kórház, Onkopolmonológiai Osztály, Tatabánya

20.00 - tól

Megnyitó:

Köszöntő beszédek

Csidei Irén, *Zala Megyei Kórház főigazgatója*
Kovács Gábor, *Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke*
Pápai-Székely Zsolt, *Magyar Bronchológus Egyesület elnöke*
Ostoros Gyula, *Onkopolmonológiai Szekció elnöke*

Kassay díj átadása

Díjazott: Baktai György
Laudációt tartja: Bánfi Andrea

Múlt - Jelen - Jövő - 50 év a tüdőgyógyászat szolgálatában

¹Tehenes Sándor;
¹Zala megyei Kórház, Pulmonológia Osztály, Zalaegerszeg

Vacsora

2012. szeptember 21. (péntek)

09.00 – 10.30 **Tüdőrák 2011. State of the Art előadások**
Üléseelnök: Tehenes Sándor, Moldvay Judit

09.00 – 09.20 **Képzőanyag diagnosztika**
Monostori Zsuzsanna
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

09.20 – 09.40 **Bronchológia**
Pápai-Székely Zsolt
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

09.40 – 10.00 **Kemoterápia**
Ostoros Gyula
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

10.00 – 10.30 Discussio

10.30 – 11.00 *Kávészünet*

11.00 – 12.00 **N2 betegség**
Üléseelnök: Szondy Klára, Csekeő Attila

11.00 – 11.20 **Radiokemoterápia**
Lövey József
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

11.20 – 11.40 **A sebészeti kezelés indikációja és lehetőségei N2 betegségben**
Kecskés László
Vas Megyei Markusovszky Kórház, Mellkassebészeti Osztály, Szombathely

11.40 – 12.00 Discussio

12.00 – 13.00 **ROCHE szimpózium**
Üléseelnök: Kovács Gábor, Ostoros Gyula

A minőségbiztosított molekuláris diagnosztika jelentősége a klinikai gyakorlatban

Moldvay Judit
Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

Tarceva az eddigi tapasztalatok fényében

Gálffy Gabriella
Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

Tarceva helye ma az NSCLC kezelésében

Ostoros Gyula

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Avastin az NSCLC kezelésében: nemzetközi és hazai tapasztalatok

¹Bogos Krisztina, ²Sárosi Veronika

¹Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ²Pécsi Tudományegyetem KK I. Belklinika, Pulmonológia Tanszék, Pécs,

Avastin kezelés az életminőség alakulásának függvényében

Kovács Gábor

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Az NSCLC kezelési algoritmus a klinikum és a finanszírozás tükrében

Kovács Gábor-Ostoros Gyula

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

13.00 - 14.00 *Ebéd*

14.00 - 15.00 A tüdőrák szupportív és palliatív ellátása.

Üléselnök: Bogos Krisztina, Lantos Ákos

14.00 - 14.15 **Szupportív terápia citosztatikus kezelés alatt álló betegekben**

Losonczy György

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

14.15 - 14.30 **A sugárkezelés szupportációja**

Bajcsay András

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

14.30 - 14.45 **Bronchológiai palliáció**

Strausz János

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

14.45 - 15.00 Discussio

15.00 - 16.00 AstraZeneca Szimpózium

TKI- Iressa® kezelés a mindennapi gyakorlatban

Üléselnök: Bogos Krisztina

15.00 - 15.20 Diagnosztikai algoritmus az NSCLC-ben

Tóth Erika

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

15.20 - 15.35 Az AstraZeneca szerepvállalása az EGFR diagnosztikában

Farkas Andrea

AstraZeneca Kft, Budapest

-
- 15.35 - 15.45 Gefitinb kezelés hosszú távon (esetismertetés)
Moldvay Judit
Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest
- 15.45 - 15.55 Sikeres Gefitinb kezelés (esetismertetés)
Bogos Krisztina
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 15.55 - 16.00 Diskusszió
- 16.00 - 16.30 *Kávészünet*

16.30 - 18.15 **Bejelentett előadások**
Üléselnök: Szilasi Mária, Szima Barna

- 16.30 - 16.45 **B-07**
A NSCLC célzott terápiája. Afatinib Lux Lung 3 klinikai vizsgálat eredményei
Szondy Klára,
¹ *Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*
- 16.45 - 17.00 **B-08**
Malignus és nem malignus eredetű centralis légúti szűkületek és fistulák Y stenttel történő kezelése. Székesfehérvári gyakorlat.
Grmela Gábor; ¹Pápai-Székely Zsolt
¹ *Fejér Megyei Szent György Kórház, Tüdőosztály, Székesfehérvár*
- 17.00 - 17.15 **B-09**
A tüdőrák kialakulásának statisztikai valószínűsége a kockázati tényezők függvényében.
Kovács Gábor; ²Molnár László;
¹ *Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;* ² *Országos Onkológiai Intézet, Budapest*
- 17.15 - 17.30 **B-10**
Bcl-2 és MDRp expresszió szerepe nem kissejtes tüdőrákok (NSCLC) paclitaxel-bázisú kemoradioterápiájának hatékonyságában
Maráz Anikó; ²Furák József; ³Pálföldi Regina; ⁴Tizslavicz László;
¹Hideghéty Katalin;
¹ *Szegedi Tudományegyetem Onkoterápiás Klinika, A részleg, Sugárterápia, Szeged;* ² *Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Mellkassebészet, Szeged;* ³ *Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Pulmonológia, Deszk;* ⁴ *Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Patológia, Szeged;*

17.30 - 17.45

B-11

Az Avastin-nal kiegészített platina alapú kettős kombináció hatékonyságának és biztonságosságának prospektív, multicentrikus, nyílt, beavatkozással nem járó vizsgálata lokálisan előrehaladott, áttétes, vagy kiújuló nem laphámsejtes NSCLC betegekben – az AVALANCHE vizsgálat eredményei

¹Tolnay Edina; ²Sárosi Veronika; ³Juhász Erzsébet; ⁴Sztancsik Zsuzsanna; ⁵Losonczy György;

¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Törökbálint; ²Pécsi Tudományegyetem KK I.Sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs; ³Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest; ⁴Tüdőkórház, Gyula; ⁵Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;

17.45 - 18.00

B-12

Felnőttkori bronchoscopos tevékenység Magyarországon 2011-ben

Csada Edit,

Csongrád Megye Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

18.00 - 18.15

B-13

A bronchológiai tevékenységének áttekintése (1996 - 2011)

¹Kupó Erzsébet, ¹Tehenes Sándor; ¹Beke Márta, ¹Farkas Edit

¹Zala megyei Kórház, Pulmonológiai Osztály, Zalaegerszeg;

19.30 - tól

Vacsora

2012. szeptember 22. (szombat)

09.00 – 10.30 **Kazuisztikai előadások**
Üléselnök: Sárosi Veronika, Csada Edit

- 09.00 - 09.10 **K-01**
Asztmás beteg endobronchialis elváltozása
¹Böcskei Renáta; ²Pápay Judit; ³Agócs László; ³Rényi-Vámos Ferenc;
¹Losonczy György; ¹Tamási Lilla;
¹Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Tüdőgyógyászati Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest; ³Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;
- 09.10 - 09.20 **K-02**
Ritka kórkép – LAM egy eset kapcsán
¹Czaller Ibolya; ²Fillinger János; ³Rényi-Vámos Ferenc; ³Török Klára;
⁴Losonczy György; ⁴Gálffy Gabriella;
¹Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest; ²Országos Onkológiai Intézet, Molekuláris Patológiai Osztály, Budapest; ³Országos Onkológiai Intézet, Általános és Mellkassebészeti Osztály, Budapest; ⁴Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest;
- 09.20 - 09.30 **K-03**
Csecsemőkori légúti stent ritka, fatális szövődménye
¹Kádár László; ²Kiss Gabriella; ¹Gyórfy Ágnes; ¹Lówy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Subicz Ágnes; ¹Ujszászi Éva;
¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint; ²Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórháza, Intenzív Osztály, Budapest;
- 09.30 - 09.40 **K-04**
Szívtranszplantált betegek tüdőinfiltrátumai kivizsgálásának bronchológiai vonatkozásai
¹Egerszegi Sándor; ²Zupán Kristóf; ³Nikolova Radka; ⁴Prinz Gyula;
¹Uzsoki utcai Kórház, Tüdőbelgyógyászat, Budapest; ²GOKI, Felnőtt Kardiológiai Osztály, Budapest; ³ESSZSZK, Mikrobiológiai Laboratórium, Budapest; ⁴ESSZSZK, IV. sz. Infektológiai Osztály, Budapest;
- 09.40 - 09.50 **K-05**
3 éves korban felismert rekeszsérv
¹Gyórfy Ágnes; ¹Ujszászi Éva; ¹Lówy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Subicz Ágnes; ¹Kádár László; ²Kálmán Attila;
¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint; ²Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika, Budapest;

09.50 - 10.00

K-06

"Tű a szénakazalban"

¹Rózsavölgyi Zoltán; ¹Csada Edit; ¹Somfay Attila; ²Maráz Anikó;
¹Csongrád Megye Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Pulmonológia
Tanszék 2.osztály, Deszk; ²Szegedi Tudományegyetem Onkoterápiás
Klinika, Onkoterápia, Szeged;

10.00 - 10.10

K-07

Esetbemutató: idegentest vagy tumor – a staging jelentősége a kezelés megkezdése előtt

¹Gyulai Márton; ¹Lupkovics Gergely; ¹Lantos Ákos;
¹Törökbalinti Tüdőgyógyintézet, II. Tüdőosztály, Törökbalint;

10.10 - 10.40

Kéri Pharma Szimpózium

Tüdőrák citosztatikus kemoterápiája okozta csontvelő szuppresszió szupportációja

Müller Veronika

Semmelweis Egyetem Pulmonológia Klinika

10.40 - 11.00

MSD Pharma Hungary Szimpózium

Költséghatékony-e a szupportációs kezelés?"

Szondy Klára

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

11.00 - 11.30

Poszterséta, kávészünet

Elnökök: Albert István, Bánfi Andrea, Horváth Ákos

P-01

Bevacizumabbal szerzett kedvező tapasztalataink előrehaladott tüdő adenocarcinomás betegek kezelésében

¹Bartha Levente; ¹Walcz Erzsébet; ¹Borota Mirela; ¹Böcskei Csaba
¹Szent Borbála Kórház, II. és I. Tüdőosztály, Tatabánya;

P-02

A malignus pleurális mesothelioma helyzete napjainkban, Mátrai Gyógyintézet mesotheliomás esetei 2007-2011 között.

¹Horváth Magdolna; ¹Albert István; ²Csekeő Attila;
¹Mátrai Gyógyintézet, Bronchológia, Mátraháza; ²Országos Korányi
Tbc és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;

P-03

Galactomannan meghatározás szerepe bronchusmosó folyadékból a tüdő Aspergillus okozta kórképeiben

¹Illés Miklós Balázs; ¹Sinkovics András; ²Lutz Zsolt; ²Mestyán Gyula;
¹Sárosi Veronika
¹Pécsi Tudományegyetem, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika,
Pulmonológiai Tanszék, Pécs; ²Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi
Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Pécs;

-
- P-04** **A kommunikáció szerepe az onkológiai betegek ápolása során**
¹Kissné Galamb Julianna; ¹Csada Edit;
¹Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk
- P-05** **A pleura Ramel tú biopsziája értékelhetően szenzitívebb pleura tumoroknál mint az a köztudatban elterjedt**
¹Lantos Ákos; ²Pápay Judit; ³Korompay Réka; ¹Gyulai Márton;
¹Lupkovics Gergely; ¹Nagy Andrea Viktória; ³Paraczkó Ágnes; ⁴Simon Mária;
¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőgyógyászati Osztály, Törökbálint; ²Semmelweis Egyetem, I. Pathológiai Intézet, Budapest;
³Tüdőgyógyintézet Törökbálint, I. Tüdőgyógyászati Osztály, Törökbálint; ⁴Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Radiológia, Törökbálint;
- P-06** **Randomizált II fázisú vizsgálat metastatikus nem kissejtes tüdőrákban: Sunitinib plus Erlotinib vs. Placebo plus Erlotinib. Eredmények és kivételek.**
Márk Zsuzsa, Borbély Tibor;
Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint;
- P-07** **Mediasztinális és bronchogén cysták diagnosztikus és terápiás nehézségei**
¹Rojkó Lívია; ¹Szabó E; ¹Fülöp A; ¹Udud K; ¹Markóczy Zs; ¹Strausz J;
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;
- P-08** **Kemoterápia hatása az életminőségre a betegek szemszögéből**
¹Vígh Ildikó;
¹ Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgyógyászati Tanszék Deszk;
- P-09** **Túbiopsia jelentősége a látható elváltozások bronchoscopos diagnosztikájában**
¹Lupkovics Gergely; ¹Gyulai Márton; ¹Lantos Ákos;
¹ Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, II. Tüdőosztály, Törökbálint;
- P-10** **Transthoracalis vastagtű biopsziával szerzett tapasztalataink**
¹Fülöp Andrea; ¹Szabó Emese; ¹Udud Katalin; ¹Markóczy Zsolt;
²Monostori Zsuzsa; ¹Rojkó Lívია; ¹Strausz János;
¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, VI. osztály, Budapest;
²Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, CT Labor, Budapest;
-

11.30 - 11.40

K-08**Egy légből kapott szövődmény**

¹Pálföldi Regina; ²Gavallér Henriette; ³Sasi Viktor; ⁴Tiszlavicz László; ⁵Furák József; ⁶Somfay Attila;

¹Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgyógyászat, Deszk; ²Szegedi Tudományegyetem, II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged; ³Szegedi Tudományegyetem, Kardiológiai Központ Invazív Kardiológiai Részleg, Szeged; ⁴Szegedi Tudományegyetem, Patológia Intézet, Szeged; ⁵Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Mellkassebészeti Osztály, Szeged; ⁶Szegedi Tudományegyetem, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk;

11.40 - 11.50

K-09**Eredményes neoadjuváns radio-kemoterápia pleurális malignus soliter fibrosus tumorban**

¹Puskás Rita; ²Barta Péter; ³Pápai Zsuzsanna; ⁴Rényi-Vámos Ferenc; ⁵Pápay Judit; ⁵Sápi Zoltán; ²Moldvay Judit; ²Losonczy György;

¹Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Légzési Intenzív, Budapest; ²Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Pulmonológia, Budapest; ³Állami Egészségügyi Központ, Onkológia, Budapest; ⁴Országos Onkológiai Intézet, Melkasszebészet, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Patológia, Budapest;

11.50 - 12.00

K-10**Idiopathias pulmonalis haemosiderosis – 8 éves fiú esetbemutatása**

¹Demeter Botond; ¹Borsodi Klára; ²Nagy Kálmán; ³Nagy Béla; ⁴Kovács Lajos; ⁴Kovács Lajos;

¹Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, IV Csecsemő- és Gyermekosztály, Miskolc; ²Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Gyermek Onkohaematológiai és Csontvelőtranszplantá, Miskolc;

³Debreceni Egyetem OEC, Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen; ⁴Semmelweis Egyetem, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest;

12.00 - 12.10

K-11**Elhúzódó köhögés hátterében kisedkorban diagnosztizált tracheo-oesophagealis fistula**

¹Simon Noémi; ²Gyórfy Ágnes; ²Gyürüs Éva; ²Löwy Tamás; ²Subicz Ágnes; ²Ujszászi Éva; ²Kádár László;

¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermektüdő, Budapest; ²Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint;

-
- 12.10 - 12.20 **K-12**
Crohn-betegség biológiai terápiája mellett kialakult pulmonális tuberkulózis
¹Subicz Ágnes; ²Albert Erika; ¹Gyórfy Ágnes; ¹Kádár László; ²Kovács Mária; ¹Löwy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Ujszászi Éva;
¹Tüdőgyógyintézet, Törökbálint, Gyermekosztály, Törökbálint; ²Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és gyermekgyógyászati szakmacsoport, Győr;
- 12.20 - 12.30 **K-13**
Mikor biztos a diagnózis? - Ritka daganat pulmonális manifesztációja
¹Tehenes Sándor; ²Tóth Csaba; ³Bali Ottilia;
¹Zala megyei Kórház, Pulmonológiai osztály, Zalaegerszeg; ²Vas Megyei Markusovszky Kórház, Patológiai Osztály, Szombathely; ³Zala Megyei Kórház, Patológiai Osztály, Zalaegerszeg;
- 12.30 - 12.40 **K-14**
Ritka pulmonális (fejlődési) rendellenesség - esetbemutató
¹Tóth László; ²Agócs László; ³Albert István; ¹Urbán László;
¹Mátrai Gyógyintézet, Pulmonológia, Mátraháza; ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest; ³Mátrai Gyógyintézet, Bronchológia, Mátraháza;
- 13.00 **Eredményhirdetés, Zárszó**
-

ABSZTRAKTOK

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

B-02

Az elmúlt két évben onkopolmonológiai ambulanciánkon ellátott agyi metasztázisban szenvedő tüdőrákos betegeink kórlefolásával szerzett tapasztalataink.

¹Balikó Zoltán; ¹Albert Brigitta; ²Boronkay Árpád; ³Horváth Zsolt; ⁴Sárosi Veronika;

¹ Pécsi Tudományegyetem KK I. Belklinika Pulmonológiai Tanszék, Onkopolmonológiai ambulancia, Pécs; ² Pécsi Tudományegyetem KK Onkoterápiás Intézet, Radioterápia, Pécs; ³ Pécsi Tudományegyetem KK, Idegsebészeti Klinika, Pécs; ⁴ Pécsi Tudományegyetem KK I. Belklinika, Pulmonológia Tanszék, Pécs;

Célkitűzés:A 2010 május és 2012 május között az onkopolmonológiai ambulancián megjelent agyi áttétben szenvedő tüdőrákos betegek kórlefolásának retrospektív elemzése. Betegek és módszer: Az 56 beteg közül 19 esetben a tüdőrák az agyi áttét révén került felismerésre (1. csoport:elsődleges agyi áttét), 37 esetben az ismert tüdőrákos betegnél jelentkezett az agyi áttét (2.csoport:másodlagos agyi áttét). A túlélést az agyi áttét felismerésétől számítottuk.Mindkét csoportra, valamint az alkalmazott kezelés szerinti alcsoportokra Kaplan-Meier túlélési görbét szerkesztettünk, a különbséget statisztikai módszerrel határoztuk meg. Eredmények:Az 1. csoportban a 19 betegből kettő él 6 és 11 hónappal a diagnózist követően,az átlagos túlélés 11.4 hónap (1-28 hónap),a medián 11 hónap. A 2. csoportban a 37 betegből 19 beteg él az agyi áttét felismerését követő 4-120 hónappal. Az átlagos túlélés 11.3 hónap (1-57 hónap),a medián 12 hónap. A csak WBRT-vel kezelték esetében az 1. csoportban az átlagos túlélés 7.2 hónap, a medián 6 hónap volt, a 2. csoportban a csak WBRT-vel kezelték átlagos túlélése 13.5 hónap, a medián 11 hónap. Az opust vagy a stereotaxiás kezelést követő WBRT esetekben az átlagos túlélés az 1. csoportban 16.1 hó (medián 16 hó), a 2. csoportban 28.1 hó (medián 28 hónap). Az agyi áttétben szenvedő betegeink között két betegnél volt laphámrák, az áttét a tüdőrák diagnózisát követő 11 és 13 hónap múlva jelentkezett. Konklúzió: 1.adataink alapján laphámrák esetében preoperatív feltehetően nincs szükség rutin koponya MRI végzésére. 2.Az elsődleges agyi áttétek rendkívül rossz prógnózisúak,a 19 betegből 2 beteg él a vizsgálati periódus végén 6 és 11 hónappal az agyi áttét felismerését követően szemben a másodlagos agyi áttétes betegekkel, akiknél a 37 betegből 17 van életben a diagnózist követő 4-120 hónappal. 3.Véleményünk szerint az agyi áttét műtétét vagy sztereotaxiás kezelését követően minden esetben célszerű WBRT-vel komplettálni a kezelést és nem megvárni, amíg újra tünetes lesz a beteg.

B-04

PET-CT szerepe a mellkasi besugárzástervezésben

¹Boronkai Árpád; ¹Kalincsak Judit; ²Balikó Zoltán; ²Ruzsics István; ³Molnár Péter;

³Kajáry Kornélia; ³Szakáll Szabolcs; ⁴Al-Farhat Yousuf; ²Sárosi Veronika;

¹ Pécsi Tudományegyetem KK Onkoterápiás Intézet, Onkológia, Pécs; ² Pécsi Tudományegyetem KK I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Munkacsoport, Pécs; ³ Pozitron-Diagnosztika Központ, Budapest; ⁴ Tolna Megyei Balassa János Kórház, Onkológia, Szekszárd;

A nem kissejtes tüdőrákok neoadjuváns, adjuváns és definitív kezelésében a radio(kemo)terápia többnyire egyértelmű evidenciával alátámasztott, esetenként ajánlás szintjén megfogalmazott indikációk szerint alkalmazandó a hazai és nemzetközi szakmai irányelveknek megfelelően. A sugárterápia technikai hátterének fejlődésével, a sugárbiológia jobb megismerésével és a radiokemoterápia előnyeinek kihasználásával a tüdődaganatok kezelésében is biztató tendencia tapasztalható. A pontos stádiummeghatározás, a precíz besugárzástervezés egyaránt lényeges elemei a legoptimálisabb terápia megválasztásának. A rutinszerűen alkalmazott komplex staging vizsgálatok a stádium meghatározásában, a kontrasztanyaggal végzett mellkasi CT fúziójával natív felvételsorozaton kivitelezett konformális besugárzástervezés pedig a céltér fogat megjelölésében eredményezhetnek bizonytalanságot. Mindkét szempontot figyelembe véve – a nemzetközi szakirodalmat is követve – a PET-CT vizsgálat mind diagnosztikai, mind pedig terápiás tervezési szempontból komoly segítséget nyújthat. A PTE Klinikai Központ Onkoterápiás Intézete, az I.sz. Belklinika Pulmonológiai Munkacsoportja, a Tolna Megyei Balassa János Kórház Onkológiai Osztálya és a Pozitron-Diagnostika Központ együttműködésében a PET-CT kínálta fenti előnyöket igyekeztünk eddigi gyakorlatunkba integrálni. 2010 május – 2012 augusztus között 93 betegünkönél végeztünk staging vizsgálatot pre- és posztoperatív, vagy definitív radio(kemo)terápia addig kérdéses indikációja megítélése céljából. 80 betegnél (100%) végeztünk 3D tervezett konformális mellkasi fotonbesugárzást, melyből 53 esetben (66%) a konvencionális CT alapú tervezést, 27 esetben (34%) PET-CT alapú besugárzástervezést alkalmaztunk. PET-CT vizsgálatot 40 betegnél indítottuk el a besugárzás kivitelezéséhez alkalmazott mellkasi maszkkal rögzítve a páciens, azonban ebből 13 esetben (32%) a vizsgálat eredménye alapján a besugárzás indokolatlanná vált. A kezelt betegek kormegoszlása 35-86 év, stádiummegoszlása I-III/B, besugárzási dózistartomány radiokemoterápia esetén 45-66/1.8-2 Gy, radioterápia esetén 60-74/2 Gy volt az indikáció és a rizikószervek dózistoleranciáinak függvényében. Eredményeink a tumorválasz és a mellékhatásráta tekintetében, különösen pedig a pontos staging-en alapuló optimális terápiás modalitás(ok) megválasztásának vonatkozásában megerősítik a PET-CT jelentőségét a nem kissejtes tüdőrákok esetén.

B-12

Felnőttkori bronchoscopos tevékenység Magyarországon 2011-ben

¹Csada Edit;

¹ *Csongrád Megye Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk;*

2008 óta rendszeresen beszámoltunk a Magyarországon végzett bronchoscopos tevékenységről a Magyar Bronchológus Egyesület által évenként rendezett kongresszusokon. A korábbi hagyományoknak megfelelően munkánk mennyiségi és minőségi monitorozására ebben az évben is küldünk kérdőívet a bronchológiai munkahelyekre. 2012.08.28-ig 23 munkahelyről kaptunk vissza adatokat. Ezen adatokat feldolgozva képet kaptunk a különböző laborok műszerezettségéről, az elvégzett diagnosztikus és terápiás beavatkozásokról.

B-03

A tumor-agyszövet határ jellegének, a tumort infiltráló mononukleáris sejteknek és a peritumorális ödémának vizsgálata tüdőrákok agyi áttéteiben

¹Fábián Katalin; ²Gyulai Márton; ³Várallyay Péter; ⁴Furák József; ⁵Jäckel Márta; ⁶Pápay Judit; ¹Moldvay Judit;

¹ *Semmelweis Egyetem AOK Pulmonológiai Klinika, 2. osztály, Budapest;* ² *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, II. osztály, Törökbálint;* ³ *Országos Idegtudományi Intézet, Radiológiai Osztály, Budapest;* ⁴ *SZAOTE Mellkasebészeti Tanszék, Mellkasebészeti Osztály, Szeged;* ⁵ *MH Honvédkórház, Patológiai Osztály, Budapest;* ⁶ *Semmelweis Egyetem I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és lágyrész patológiai részleg, Budapest;*

Tüdőrákok esetén agyi áttéttel gyakran kell számolni, megjelenése rossz prognózist jelent. Kevésbé ismert ugyanakkor az agyi áttétek és az ép agyszövet, a tumort infiltráló mononukleáris sejtek, valamint a peritumorális ödéma kapcsolata. Retrospektív vizsgálatunkban 217 beteg klinikai adatait és az operált agyi áttétekből származó hematoxylin-eosin festett szövettani metszeteit tanulmányoztuk. Az ép-tumor határ típusának meghatározására 3 kategóriát állítottunk fel: éles határu, papilláris terjedésű, illetve sejtenként infiltráló. A strómában megfigyelt mononukleáris sejtek elemzésére szemikvantitatív módszerrel meghatározott 0-3 közötti score értéket alkalmaztunk. Vizsgáltuk a perivascularis tumorsejt elhelyezkedést is. Az agyi áttét körül kialakult ödéma mértékét agyi CT és MRI alapján határoztuk meg. A betegek (116 férfi, 101 nő) átlagéletkora 60,3 év volt. A szövettani típusok eloszlása az alábbi volt: 132 adenocarcinoma (ADC), 34 laphámrák (SCC), 24 kissejtes tüdőrák (SCLC) és 27 anaplasticus carcinoma. Az agyi áttét 129 esetben szoliternek, míg 45 esetben multiplexnek bizonyult. Az agyi áttét körül 13 esetben nem alakult ki vizenyő, míg 35 alkalommal mérsékelt (≤ 10 mm) és 111 esetben jelentős (> 10 mm) méretű volt. Az agyi metasztázis átlagos mérete $28,3 \pm 5,7$ mm volt. A peritumorális ödéma mértéke pozitív korrelációt mutatott az agyi áttét méretével ($r=0,305$, $p=0,055$). 91 áttétnél figyeltünk meg sejtenként infiltráló, invazív terjedést, 32 betegnél a tumor papillárisan nyomult az agyba, míg 36 esetben éles szegéllyel toltta az ép agyszövetet. Az ép-tumor határ tekintetében nem volt különbség az egyes szövettani típusok, valamint a peritumorális ödéma között. A strómát infiltráló mononukleáris sejtek azonban szignifikánsan gyakrabban jelentek meg ADC-ben, mint a többi típusban (SCLC: $p=0,007$, SCC: $p=0,049$, anaplasticus carcinoma: $p=0,050$). A strómális mononukleáris sejtek mennyisége szignifikánsan magasabb volt azon áttétekben, melyek éles határral rendelkeztek ($p \leq 0,001$). A strómális sejtek mennyisége nem mutatott különbséget a peritumorális ödéma tekintetében. Perivascularis daganatsejt lokalizáció szignifikánsan gyakrabban fordult elő SCLC-ben és SCC-ben, mint ADC-ben ($p=0,014$, $p=0,012$). Vizsgálataink ráirányítják a figyelmet az agyi áttétek eltérő mikroszkopikus metasztázis mintázatára. A strómális mononukleáris sejtek pontos karakterizálása elősegítheti a daganatos invázió mechanizmusának és a tumor ellenes immunválasz szerepének jobb megismerését.

B-08

Malignus és nem malignus eredetű centralis légúti szűkületek , és fistulák Y stenttel történő kezelése. Székesfehérvári gyakorlat.

¹Germela Gábor; ¹Pápai-Székely Zsolt

¹ *Fejér Megyei Szent György Kórház, Tüdőosztály, Székesfehérvár;*

Centralis légúti szűkületet számos malignus és nem malignus folyamat okozhat. Pontos hazai adatok nincsenek. Specialis terület a bifurcatios carinát megközelítő betegségek kezelése, mely megfelelő eszközöket, szakembert, gyakorlatot, multimodális megközelítést igényel. A téma jelentősége nagy: A tüdődaganatos betegek megközelítőleg 20-30% -nál légúti obstrukcióval összefüggő komplikációk alakulnak ki (atelectázia, pneumonia, súlyos dyspnoe,), és kb. 40%-ban a halálzásért locoregionalis progresszió tehető felelőssé. Az invazív gépi lélegeztetések száma is folyamatosan nő, így a következményes postintubációs stenózisok száma a modern tubusok ellenére is nő, és egyes esetekben(carinát megközelítő hosszú komplex szűkületek) csak Y stent alkalmazható. A carina régiót megközelítő, vagy hosszú trachea szakaszt involváló fitulák is csak Y stenttel fedhetők biztonsággal. A székesfehérvári centrum különböző stent típusokat és két behelyezési technikát alkalmaz nagy biztonsággal. Közel 10 éves tapasztalatainkat összegezzük.

B-05

Új tumorszupresszor gének pleurális mesotheliomában

^{1, 2}Hegedűs Balázs, ^{2,3}Döme Balázs

¹ *Semmelweis Egyetem, 2. sz Patológiai Intézet, Budapest;* ² *Translational Thoracic Oncology Program, Division of Thoracic Surgery, Medical University of Vienna, Vienna, Austria;* ³ *Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest*

A daganatos betegségek kezelésében új lehetőségeket nyitottak a molekulárisan célzott terápiák. Ezen terápiák alkalmazásához azonban elengedhetetlen az egyes daganatok molekuláris hátterének személyre szabott ismerete. A korszerű genom-szintű molekuláris vizsgálati eljárások lehetőséget nyújtanak ennek pontos feltérképezésére. Mivel a pleurális mesothelioma esetében csak igen kevés onkogén es tumorszupresszor gén ismert, vizsgálataink során mesotheliomás betegekből létrehozott tumorsejt vonalak teljes genom szintű génexpressziós és összehasonlító genomikai hibridizációs vizsgálatát végeztük el. Ezen adatok elemzésével két, a mesotheliomában korábban nem leírt tumorszupresszor gént azonosítottunk.

B-09

A tüdőrák kialakulásának statisztikai valószínűsége a kockázati tényezők függvényében.

¹Kovács Gábor; ²Molnár László;

¹ *Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;* ² *Országos Onkológiai Intézet, Budapest;*

Háttér: A tüdőrák leghatásosabb gyógymódja a korai stádiumban végzett radikális reszekciós műtét. Ennek feltétele a korai stádiumban történő felfedezés. A kontrollcsoportos, követéses vizsgálatok alapján tudjuk, hogy evidencia értékű az LDCT módszerrel történő tüdőrák szűrés, amely nagyobb arányban teszi lehetővé az

operálható, korai stádiumban történő kórismét. Célkitűzés: Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az átlagos lakossághoz lépest hányszoros lehet a tüdőrák kockázata az 50 évesnél idősebb, 40 PYI-nél erősebb dohányos anamnézisé COPD-s páciensek körében a teljes lakossághoz képest. Megfelelő célcsoportot képez e ez a kockázati csoport egy költség-hatékony tüdőrák szűrési modellhez. Módszer: Prospektív, adatlap kitöltéses, követéses vizsgálatot szerveztünk a Budapesten 2009-ben diagnosztizált tüdőrákos betegek bevonásával. A kiválasztott és ismert kockázati tényezők egyes és többszörös megjelenését statisztikai számítással, a Bayes tétel alkalmazásával vizsgáltuk. Eredmények: 929 tüdőrákos beteg adatait dolgoztuk fel. Megállapítottuk, hogy a dohányzás magában 2-szeresére, az erős dohányzás (PYI>40) 4-szeresére, az 50 évesnél magasabb életkor magában 2,4-szeresére, a COPD önmagában 4,4-szeresére emeli a tüdőrák kockázatát az átlagos lakossághoz képest. Az egyes rizikó faktorok együttes hatását vizsgálva az erős dohányzás mellett 50 éves kor felett 6,3-szorosára, az erős dohányzás és a COPD együttesen 8-szorosára emeli a kockázatot. Az erős dohányzás, a COPD és az 50 éves kor feletti életkor együttes fennállása esetén azonban a kockázat 13,5-szörös az átlagos lakossághoz képest. Következtetés: A megjelölt kockázati faktorok hármassal együttállása, a tüdőrák kialakulásának 13,5-szörös kockázata megfelelő kockázati csoportot jelenthet egy célzott rizikócsoportos tüdőrák szűrési modell megvalósításához.

B-10

Bcl-2 és MDRp expresszió szerepe nem kissejtes tüdőrákok (NSCLC) paclitaxel-bázisú kemoradioterápiájának hatékonyságában

¹Maráz Anikó; ²Furák József; ³Pálföldi Regina; ⁴Tiszlavicz László; ¹Hideghéty Katalin;

¹ Szegedi Tudományegyetem Onkoterápiás Klinika, A részleg, Sugárterápia, Szeged;

² Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Mellkassebészet, Szeged; ³ Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Pulmonológia, Deszk; ⁴ Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Patológia, Szeged;

Bevezetés: Vizsgálatunk célja a bcl-2 és MDRp expresszió, valamint a nem kissejtes tüdőrákok kemoradioterápiájának eredményessége közötti összefüggés elemzése volt. Betegek, módszer: Harminckét NSCLC beteg paclitaxel-bázisú neoadjuváns vagy definitív kemoradioterápiáját végeztük. A tüdőtumor szövettani mintájából immunohisztokémiai módszerrel, prospektív módon meghatározott bcl-2 és MDRp expressziójának szerepét elemeztük a tumorválasz, a klinikai adatok és a túlélés tekintetében. Eredmények: Részleges remisszió és stabil betegség 19 (59%) és 10 (31%) esetben alakult ki. Szignifikáns különbség mutatkozott a progresszió-mentes túlélésben (PFS) a kezelésre válaszolók és nem válaszolók között (13.7 vs. 6.0 hónap, $p=0.028$), valamint a tumor volumenének (GTV) 50% feletti és alatti csökkenése esetén (GTV>50, 13.7 vs. 6.0 hónap, $p=0.009$). A bcl-2 és MDRp overexpressziója 6-6 (21.4%) esetben volt észlelhető. Mindkét marker együttes overexpressziója kedvezőtlen tumorválasszal (GTV csökkenés szempontjából: $p=0.005$; RECIST: $p=0.023$) és rövidebb PFS-sel korrelált (mindkét marker magas-, alacsony-, kevert expressziójakor PFS: 3.1, 13.4, 4.1 hónap, $p<0.001$). Konklúzió: A bcl-2 és MDRp együttes overexpressziója potenciálisan prediktív lehet a paclitaxel-bázisú kemoradioterápia hatástalanságának előjelzésére. Későbbiekben az eredmények nagyobb betegszámú populáción történő validálása szükséges.

B-01

Kháron még várjon - Kombinált tüdő és szívműtétek

¹Molnár F. Tamás; ²Szabados Sándor

¹ Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Sebészeti Klinika, Pécs; ² Pécsi Tudományegyetem, Szívsebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés Az oncológiai dogma szerint a szervhatárt durván átlépő tüdőrák curatív szándékú sebészi megoldásra alkalmatlan. Különösen áll ez a szívre, melyet részint a resectio technikai korlátai, másrészt az extracorporalis bypass (ECB) okozta szóródási veszély indokol. Mivel ebben a stadiumban a várható túlélés 2-6 hónap, minden ennél jobb eredmény reménye aktivitásra ösztökélő. 1997 óta végzünk alkalmasszerűen egy ülésben szív és tüdőműtétet, az oncológiai indikáció azonban újkeletű. Betegek és műtétek: a.) laphámrákban szenvedő 64 éves nőnél végeztünk sikeres neoadjuvans kezelés után jobb oldali bilobectomiát, partialis bal és jobbpitvar resectiot (pericardium folttal pótolva a falat) és a felső véna neoimplantációját. b.) 55 éves férfi centralis jobb oldali tüdőrákját, mely az arteria pulmonalist a truncus pulmonalisból való kilépésig szűrte be operáltuk, miután ugyanazon ülésben bal felső lebenyi óriásbulláját resecaltuk. c.) 12 éve comb-amputációval kezelt sarcoma tüdőmetastasisa miatt végeztünk bal pitvar resectióval kiegészített jobb oldali pneumonectomiát. d.) 48 éves nő aortát involváló mediastinalis neuroendocrin tumora történ miatt exstirpatio ECB-ben. Eredmények: Valamennyi műtét perioperatív mortalitás (30 nap) és érdemi morbiditás nélkül zajlott le. A három szív-tüdőműtött kilenc, hat és három hónappal a műtét után jól van, ketten dolgoznak (!) további oncológiai kezelésük zajlik. A mediastinalis tumor két éves kontrollja negatív eredményű volt. Conclusio: Anecdoticus esetbemutatásainkkal hangsúlyozottan a komplex oncológiai kezelés keretében mérlegelhető sebészi lehetőségekről kívántunk képet adni. Ezek kivételes esetek, amikor alternatíva hiányában a kánon szerinti modalitások nem adnak túlélési esélyt az egyébként alacsony műtéti kockázatú betegnél. Bizonyítjuk, hogy nincs olyan elvileg lehetséges mellkassebészeti megoldást, melyet a hazai környezetben ne lehetne elvégezni, kellő akarat mellett. A multidisciplinaris műtéti döntés rendkívüli óvatosságot igényel, mert fenyeget a túlzásba vitt sebészi agreszivitás. A bemutatottakhoz hasonló határhelyzetek legalább sebészi megítélést érdemelnek: Kháron talán tényleg várhat még a ladikjával...

B-06

Hosszú túlélés tényezői előrehaladott nem kissejtes tüdőrákban

¹Morócz Éva; ¹Ferenczi Enikő; ¹Varga Ilona;

¹ Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. osztály, Budapest;

Az előrehaladott stadiumban felfedezett nem kissejtes tüdőrákos betegek életkilátásai alapján a diagnózis felállítását követő 2 évet túlélőket hosszú túlélőknek tekinthetjük. A több vonalas szisztémás kemoterápiák és biológiai kezelések mellett egyes betegeknél sugaras palliáció ill. sebészi intervenció is alkalmazható. A 2007 június és 2010 május között előrehaladott stadiumban diagnosztizált betegeinknél vizsgáljuk a hosszú túléléssel társuló beteg, tumor és terápiafüggő tényezőket. Ezek feltárása segíthet az eredményesebb terápiai stratégiák kialakításában.

B-14

Tüdőrák citosztatikus kemoterápiája okozta csontvelőszuppresszió szupportációja

¹Müller Veronika;

¹ *Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

A tüdőrák kezelése során alkalmazott citosztatikus kemoterápia mellett számos, a beteg életminőségét és az onkoterápia sikerességét rontó mellékhatással kell számolni. A csontvelőszuppressziót okozó mellékhatások jórészt sikeresen megelőzhetőek vagy kezelhetőek. Megfelelően tervezett kezeléssel a szövődmények rizikója nagymértékben csökkenthető és megfelelő dózis fenntartható és így nagyobb terápiás sikert érhetünk el. Az előadásban a myeloszuppresszív mellékhatásokat megelőzésének, vagy, amennyiben már kialakultak, kezelésének alapjai kerülnek összefoglalásra.

B-11

Az Avastin-nal kiegészített platina alapú kettős kombináció hatékonyságának és biztonságosságának prospektív, multicentrikus, nyílt, beavatkozással nem járó vizsgálata lokálisan előrehaladott, áttétes, vagy kiújuló nem laphámsejtes NSCLC betegekben – az AVALANCHE vizsgálat eredményei

¹Tolnay Edina; ²Sárosi Veronika; ³Juhász Erzsébet; ⁴Sztancsik Zsuzsanna; ⁵Losonczy

György;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;* ² *Pécsi Tudományegyetem KK I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs;* ³ *Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest;* ⁴ *Tüdőkórház, Gyula;* ⁵ *Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

Háttér: Az Avastin (bevacizumab) VEGF aktivitását gátló rekombináns, humanizált, monoklonális antitest. Az Avastin-nal kiegészített platina-alapú kettős kombináció hatékonyságát és biztonságosságát NSCLC-ben számos nagy, nemzetközi klinikai vizsgálat igazolta. Az Avastin sikeres alkalmazásának feltétele a megfelelő betegszelekció. Célkitűzés: Az Avastin hatékonyságának és biztonságosságának vizsgálata a hazai finanszírozási viszonyainak megfelelően, magyar betegek körében, a rutin klinikai gyakorlatban. Módszer: Az Avastin-nal kiegészített elsővonalbeli platina tartalmú kemoterápia multicentrikus obszervációs vizsgálata lokálisan előrehaladott, áttétes, vagy kiújuló nem laphámsejtes NSCLC betegekben. A vizsgálat elsődleges végpontja a progressziómentes túlélés, másodlagos végpontok: teljes túlélés, tumorválasz, biztonságosság. Eredmények: 28 magyar centrumban 300 beteg került bevonásra 2008. július és 2011. április között. A vizsgálat 2011. december 31-én zárult. A betegek átlagéletkora 58,3 év volt, közel azonos arányban voltak be férfi és nőbetegeket. A betegek jó általános állapotúak voltak (ECOG PS 0: 50,8%; PS 1: 49,2%). A betegség klinikai stádium szerint III/B: 18,4%; IV: 81,6%. A betegek közel 20%-nál centrális tumor lokalizációt írtak le. A betegek mintegy 50%-ának volt társbetegsége. A betegségkontroll aránya jelenlegi feldolgozottság mellett meghaladja a 70%-ot. Új, eddig nem ismert mellékhatást nem jelentettek. A végleges hatékonysági és biztonságossági eredmények a kongresszuson kerülnek bemutatásra. Megbeszélés: Az AVALANCHE vizsgálat előzetes eredményei alátámasztják az Avastin hatékonyságát és biztonságos alkalmazhatóságát a klinikai vizsgálatokon túl a mindennapi gyakorlatban is,

amennyiben a hazai finanszírozási előírásnak megfelelő betegpopuláció részesül kezelésben.

B-07

A NSCLC célzott terápiája. Afatinib Lux Lung 3 klinikai vizsgálat eredményei

¹Szondy Klára;

¹ *Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

M-01

Múlt - Jelen - Jövő - 50 év a tüdőgyógyászat szolgálatában

¹Tehenes Sándor;

¹ *Zala megyei Kórház, Pulmonológia, Zalaegerszeg;*

50 éves a zalaegerszegi Tüdőgyógyászati Osztály. A szerző történeti áttekintést ad Zala megye tüdőgyógyászati hálózatáról és a fél évszázados múltra visszatekintő tüdőgyógyászati osztály működéséről és az elért eredményekről. Beszámol az elérhető közelségbe került kórház rekonstrukció pulmonológiai vonatkozásairól. Az előadás köszönet mindazoknak, akik hozzájárultak a Zala megyei tüdőgyógyászat sikeres működéséhez.

B-13

A bronchológiai tevékenységének áttekintése (1996 - 2011)

¹ Kupó Erzsébet, ¹Tehenes Sándor; ¹Beke Márta, ¹Farkas Edit

¹ *Zala megyei Kórház, Pulmonológiai Osztály, Zalaegerszeg;*

A vizsgálat időszakban 8696 bronchoscopos vizsgálatot végeztünk. Előadásunkban a jelzett periódusban feldolgoztuk a bronchoscoposan vizsgált eseteket az indikáció, a röntgen megjelenés, a talált lokalizáció, elváltozás tükrében. A beavatkozások találati arányát értékeltük évenkénti bontásban. Bemutatjuk laboratóriumunkat jelenlegi működésében és beszélünk terveinkről.

KAZUISZTIKA

K-01

Asztmás beteg endobronchialis elváltozása

¹Böcskei Renáta; ²Pápay Judit; ³Agócs László; ³Rényi-Vámos Ferenc; ¹Losonczy György;

¹Tamási Lilla;

¹ *Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Tüdőgyógyászati Klinika, Budapest;*

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

³ *Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;*

40 éves, 3 éve ismertén asztmás, allergiás rinitiszes nőbeteg 2 héten belül háromszor jelentkező friss piros véres köpet, valamint légzéssel összefüggő mellkasi fájdalom miatt került felvételre. Mellkas PA felvételén a jobb rekesz felett köteges rajzolatfokozódás és inhomogén infiltráció volt észlelhető. Laborértékei közül emelkedett procalcitonin (PCT),

valamint enyhén emelkedett D-dimer volt kiemelhető. Légzésfunkció kp. obstructiót igazolt. Embólia gyanú miatt akut mellkasi angio-CT történt, amely az embóliát kizárta. Bronchosopia során a bifurcatios carinatól 4 cm-re az intermediust teljesen elzáró kerek, kifejezetten vérzékeny, rózsaszín, fényes felszínű terime volt látható. Az elváltozás érintésére jelentősen vérzett. Szövetteni vizsgálat típusos carcinoidot igazolt. Az immunhisztokémiai vizsgálat, chromogranin-A (CGA) pozitivitást, a vérből történt CGA szintén magas értéket mutatott. Carcinoid szindóma tünetei a betegnek nem voltak. Az angio-CT-ből utólagosan rekonstruált virtuális bronchosopia, a jobb oldalon 17mm átmérőjű a bronchus intermediust elzáró centrális térfoglalást igazolt, az elváltozás mögött normális viszonyokat talált. Az időközben adott antibiotikus terápia mellett a PCT normalizálódott. Onkoteam és mellkas sebészeti konzílium műtétet indikált (középsőlebeny lobectomia, az intermedius eltávolítása hörgőplasztikával). A fiatal háromgyermekes intrabronchialis tumorban szenvedő beteg műtete, azóta megtörtént. Az esetet tanulságai alapján tartottuk bemutatásra érdemesnek.

K-02

Ritka kórkép – LAM egy eset kapcsán

¹Czaller Ibolya; ²Fillinger János; ³Rényi-

Vámos Ferenc; ³Török Klára; ⁴Losonczy György; ⁴Gálffy Gabriella;

¹ *Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest;* ² *Országos Onkológiai Intézet, Molekuláris Patológiai Osztály, Budapest;*

³ *Országos Onkológiai Intézet, Általános és Mellkassebészeti Osztály, Budapest;*

⁴ *Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Általános Pulmonológiai Osztály, Budapest;*

A LAM (lymphangioliomyomatosis) nagyon ritka, ismeretlen eredetű, általában reprodukív korú nőket érintő, alacsony metasztatikus hajlammal bíró, cysticus tüdődestrukcióval, végül progresszív légzési elégtelenséggel járó megbetegedés. LAM sejtek kialakulása leginkább a tüdőt, de a hasi és retroperitoneális nyirokcsomókat is érintheti. 31 éves nőbetegünk esetét ismertetjük, akinél 2 évvel ezelőtt felfedezett policisztás ovárium szindróma okozta amenorrhoea miatt antiandrogén (progeszteron komponensű) kezelést indikáltak. Az eddig tünet és panaszmentes, nem dohányzó beteg spontán pneumothoraxszal jelentkezett Klinikánkon. Szánálását követően végzett laborvizsgálat alfa-1-antitripszin hiányt kizárta. Az utólag készített mellkas CT bullosus jellegű képletek jelenlétét igazolta a tüdőben. Transzbronchiális biopszia enyhe focalis fibrosit, intersticiális gyulladást talált. Szűrő jellegű hasi ultrahang a bal vesében zsírtartalmú térfoglaló képletet látott. A betegnél laparoszkópos daganat resectio történt, mely angiomyolipómának bizonyult. Ezt követően került sor video-asszisztált-thoracoscopiából a bal alsó lebenyi mintavételre, melyet jobb oldali spontán PTX kísért. Ezt már csak mellkas csövezéssel lehetett szánálni, több mint egy hét alatt. Szövetten HMB-45 pozitív LAM diagnózisát igazolta. Kiegészítésként hormonreceptor meghatározást kértünk. A beteg légzésfunkciós paraméterei vegyes jellegű, domináloan obstruktív ventilációs károsodásra utalt. Vércső paraméterei kielégítőek. Javasolt tehát spontán PTX-et követően a beteget mellkas CT-re is előjegyezni. Fiatal, reprodukív korú nőbetegek esetében jelentkező PTX, cysticusan átépült tüdő, hasi térfoglalás esetén, erre a ritka betegségre is gondolni kell.

K-10

Idiopathias pulmonalis haemosiderosis – 8 éves fiú esetbemutatása

¹Demeter Botond; ¹Borsodi Klára; ²Nagy Kálmán; ³Nagy Béla; ⁴Kovács Lajos; ⁴Kovács Lajos;

¹ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, IV Csecsemő- és Gyermekosztály, Miskolc;

² Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Gyermek Onkohaematológiai és Csontvelőtranszplantát, Miskolc; ³ Debreceni Egyetem OEC, Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen; ⁴ Semmelweis Egyetem, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest;

A szerzők a pulmonalis haemosiderosis kapcsán felvetődő kérdéseket szeretnék bemutatni egy 8 éves fiú esete kapcsán. K. B. 2004. 08. 30.-án született zavartalan terhességből. 3 napos korában icterus miatt vércserében részesült. 3 éves koráig 4 alkalommal kezelték a Kazincbarcikai Gyermekosztályon gyors anaemizálódással kísért, radiológiailag pneumóniának diagnosztizált légúti infekciók miatt. 2007. decemberben infekciós tünetek nélkül jelentkező tachydyspnoe, anaemia miatt került intézetünkbe. A klinikai kép alapján felvetődött a pulmonalis haemosiderosis lehetősége, részletes kivizsgálás során primer alapbetegség nem volt igazolható. 2008. januárban a Debreceni Gyermekklinikára irányítottuk bronchoscopya céljából. A bronchoalveolaris lavage során nagyszámú haemosiderin tartalmú macrophag volt látható, ami a diagnózist alátámasztotta és kiváltó tényező hiányában idiopathias pulmonalis haemosiderosisként tartottunk. Mellkasi CT képen típusos fibroticus jelek voltak láthatók. Tekintettel arra, hogy az alkalmazott szisztémás szteroid mellett ismételt relapsusok jelentkeztek, immunsuppresszív kezelést indítottunk. Tartós kezelés mellett 2010.-ig öt alkalommal lépett fel recidíva, ezt követően tartósan remisszióba került, jelenleg is tünetmentes, kezelést nem kap. Nyomon követése rendszeres haemoglobin szint, valamint légzésfunkciós vizsgálattal történik. Enyhe restriktív légzésfunkciós beszűkülés látható. Az irodalmi adatok alapján a diagnózis felállításának időpontjától az átlagos túlélés 2,5- 3 év. A betegség lefolyása során a relapsusok tünetmentes időszakok váltják egymást. Az eset kapcsán felvetődik a kérdés, mikor várható a következő epizód? Továbbá lehet-e befolyásolni tüdőfibrozis progresszióját? Az eset kapcsán ezekre a kérdésekre keressük a választ.

K-04

Szívtranszplantált betegek tüdőinfiltrátumai kivizsgálásának bronchológiai vonatkozásai

¹Egerszegi Sándor; ²Zupán Kristóf; ³Nikolova Radka; ⁴Prinz Gyula;

¹ Uzsoki utcai Kórház, Tüdőbelsőgyógyászat, Budapest; ² GOKI, Felnőtt Kardiológiai Osztály, Budapest; ³ ESSZSZK, Mikrobiológiai Laboratórium, Budapest; ⁴ ESSZSZK, IV. sz. Infektológiai Osztály, Budapest;

A szívtranszplantáción átesett betegek immunsuppresszív kezelésben részesülnek, mely kimunkált elvek alapján standardizált. A betegek a transzplantációt követő 3-6 hónapban co-trimoxazol, és valgancyclovir profilaxisban részesülnek CMV, Toxoplasma gondii és Pneumocystis fertőzések megelőzésére. A szívtranszplantált betegek halálozását jelentősen befolyásoló egyik legfontosabb tényező a fertőzések fellépte. Kiemelkedő jelentőségűek a pulmonális infekciók. A fertőzések szempontjából a kilökődéses epizódok alapvető fontosságúak, amikor - egyebek mellett - szteroid lökésterápiában részesülnek. A tapasztalatok szerint az invazív nocardiosis, mely minden esetben a tüdőt is érintette,

a plusz immunszuppresszió, a szteroid lökés kezelést követően lépett fel. Az alsólégúti infekciókért számos kórokozó felelhet, számolni kell aspergillozissal és más fonalas gombákkal, nocardiosissal, de nem zárható ki TBC vagy atípusos mycobacteriosis sem. A tüdőinfiltrátumok megjelenése esetén a hagyományos rtg.-t követően HRCT készítése, és ez után minél előbb bronchoszkópos úton célzott mintavétel, lavage végzése javasolt. A mintából hagyományos tenyésztésen kívül gombatenyésztést, Aspergillus galactomannan kimutatást, mycobacterium direkt vizsgálatot és tenyésztést kell végezni. 4 szívtranszplantált beteg különböző etiológiájú tüdőinfiltrátumának kivizsgálását, ezen belül a bronchoszkópia szerepét kívánjuk bemutatni.

K-05

3 éves korban felismert rekeszsérv

¹Gyórfy Ágnes; ¹Ujszászi Éva; ¹Löwy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Subicz Ágnes; ¹Kádár László; ²Kálmán Attila;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint*; ² *Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika, Budapest*;

Az előadásban szereplő gyermek először 2,5 éves korban bronchospazmussal kísért pneumonia miatt állt kezelés alatt, melynek radiológiai eltérése bal oldalon a szívárnyékon belül és a rekesz felett látható göcos, infiltratív árnyék volt. Laborparaméterei közül a CRP mérsékelt emelkedést mutatott (14 mg/l). Kombinált antibiotikus, parenteralis szteroid, és inhalatív hörgőtágító kezelés mellett bronchospazmusa elhúzódóan oldódott, kontroll mellkasröntgen a korábban leírt árnyék stagnálását igazolta, mely miatt bronchosopia történt. Ennek során a radiológiai eltérést magyarázó hörgőobstrukció nem volt kimutatható. Pulmonológiai gondozás során a gyermeknél továbbra is észlelhető volt a bal rekesz feletti árnyék, miközben légúti tünetei megszűntek. Ismételt kivizsgálására 2 hónap elteltével került sor, melynek során a mellkasröntgenen feltűnt, hogy a bal rekeszt elmosó, korábban homogén elválózás inhomogénné vált, levegőárnyékokat tartalmazott. A bronchoskopos kép lényegében változatlan volt. Bal oldali rekeszsérv lehetősége merült fel. Kontrasztanyag nyeletés során 20 perc elteltével a bal mellkasfélben jelent meg a kontrasztanyag. Hasi ultrahang szintén a rekeszsérv lehetőségét igazolta, mely miatt további ellátásra gyermeksebészhez került. Miután egyértelműen alátámasztható volt a bal rekeszsérv diagnózisa, a gyermeket megműtötték. Szerzők ismertetik a rekeszsérv fajtáit, tüneteit, diagnosztikáját.

K-03

Csecsemőkori légúti stent ritka, fatális szövődménye

¹Kádár László; ²Kiss Gabriella; ¹Gyórfy Ágnes; ¹Löwy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Subicz Ágnes; ¹Ujszászi Éva;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint*; ² *Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórháza, Intenzív Osztály, Budapest*;

A 3 hónapos csecsemőt 3 hetes korban RSV bronchiolitis miatt lélegeztették. Sikertelen extubálási kísérletek miatt tracheostomát képeztek, emellett súlyos obstruktív epizódok ismétlődtek. Mellkas CT vizsgálat során kettős aortaív igazolódott, ennek sebészi ellátása 2 hónapos korban a bal oldali aortaív átvágásával és lekötésével megtörtént. Ezt

követően is akut légzési elégtelenséget okozó obstruktív epizódok jelentkeztek. Bronchosopia során a kettős aortaívre jellemző légcsőszűkülettől distalisan a paries membranaceus bedomborodását észleltük. Mellkas CT ennek okát nem tisztázta. 3 hónapos korban a légcsőszűkületet stent behelyezéssel oldottuk meg, a gyermek respirátor függősége megszűnt. A stent behelyezését követő 5. napon gastrointestinalis vérzés tünetei miatt sebészeti osztályra helyeztük át. Hasi ultrahang vizsgálata a gyomorban coagulumnak imponáló képletet írt le. Oesophosopia során a nyelőcsőben észleltek pulzáló vérzést, a vérzésforrást azonosítani, a vérzést ellátni nem tudták. Sebészi feltárást követően a nyelőcső megnyitásakor uralhatatlan vérzés lépett fel, melynek következtében a gyermek exitált. A műtéti terület elhagyásakor a nyelőcső és az aorta között 4 mm átmérőjű sipolynyílást fedeztek fel a korábbi aortalekötés magasságában.

K-07

Esetbemutató: idegentest vagy tumor – a staging jelentősége a kezelés megkezdése előtt

¹Gyulai Márton; ¹Lupkovics Gergely; ¹Ákos Lantos;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, II. Tüdőosztály, Törökbálint,*

A 60 éves férfit mellkas CT-vel igazolt bal felső lebenyi térfoglalás, a jobb mellékvesében látható metastasis gyanús képlet, mediastinalis lymphadenomegalia ill. jobboldali infiltratum, lymphangitis carcinomatosa gyanú kivizsgálása miatt utalták osztályunkra. Bronchoszkópia során a bal oldali hörgőrendszerben kóros eltérést nem láttunk, a jobb alsó lebenyhörgőt fehér felszínű idegentest zárta el, melyet fogóval eltávolítottunk. Alatta kp. fokú sarjképződés, kp. mennyiségű purulens váladék, szabad hörgőszájadékok voltak láthatók. Antibiotikumkezelés mellett a jobb alsó lebenyi infiltratum felszívódott. Az eltávolított 1x1 cm-es, szögletes idegentest az anamnézis alapján valószínű csirkecsont lehetett, melyet a beteg négy hónappal korábban aspirált. A bal felső lebenyi elválásból perthoracalis tűbiopsziát végeztünk, a cytológiai vizsgálat malignitást igazolt. A jobb mellékvesében lévő terime kis mérete és elhelyezkedése miatt aspirációs cytológiára alkalmatlan volt. Radiológiai konzílium véleménye alapján kontroll CT-t kértünk a mellékvesék pontosabb megítélése céljából, mely a metastasis gyanút nem erősítette meg. Jobb oldali paratrachealis lymphadenomegalia miatt mediastinoscopia történt, malignitás nem igazolódott. Így a beteg folyamata a IV. klinikai stádium helyett resecabilisnek bizonyult, végül az OKTPI Mellkasebészeti Osztályán bal felső lobectomiát végeztek, szövettan folyamatban. Esetünk bemutatása kapcsán szeretnénk a kezelés előtti kivizsgálás alaposságának fontosságát hangsúlyozni.

K-08

Egy légből kapott szövődmény

¹Pálföldi Regina; ²Gavallér Henriette; ³Sasi Viktor; ⁴Tiszlavicz László; ⁵Furák József;

⁶Somfay Attila;

¹ *Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgyógyászat, Deszk;* ² *Szegedi Tudományegyetem, II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged;* ³ *Szegedi Tudományegyetem, Kardiológiai Központ Invazív Kardiológiai Részleg, Szeged;* ⁴ *Szegedi Tudományegyetem, Patológia Intézet, Szeged;* ⁵ *Szegedi*

Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Mellkassebészeti Osztály, Szeged; ⁶ *Szegedi Tudományegyetem, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk;*

A 61 éves panaszmentes férfibeteget EF szűrés során emelték ki, a bal felső tüdőleányban ábrázolódott egy 3x4 cm-es jól körülhatárolt lágyrészárnyék. Szöveti verifikáció céljából mellkas CT vezérelt mintavételre került során, melynek kapcsán hirtelen erős mellkasi fájdalom, verejtékezés, cyanosis jelentkezett légzési elégtelenséggel. A mellkasi biopsia extrém ritka szövődménye miatt a beteg tartósan intenzív osztályos kezelésre szorult.

K-09

Eredményes neoadjuváns radio-kemoterápia pleuralis malignus soliter fibrosus tumorban

¹Puskás Rita; ²Barta Péter; ³Pápai Zsuzsanna; ⁴Rényi-Vámos Ferenc; ⁵Pápay Judit; ⁵Sápi Zoltán; ²Moldvay Judit; ²Losonczy György;

¹ *Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Légzési Intenzív, Budapest;* ² *Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Pulmonológia, Budapest;* ³ *Állami Egészségügyi Központ, Onkológia, Budapest;* ⁴ *Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;* ⁵ *Semmelweis Egyetem I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Patológia, Budapest;*

Az 51 éves férfibeteg dyspnoe, köhögés, háti fájdalom miatt fordult orvoshoz. Mellkas CT vizsgálattal a jobb oldali mellüregben, a mediastinummal összefüggésben egy 16x17x9 cm átmérőjű térfoglalás igazolódott, mely a jobb tüdő közel teljes atelectasiáját okozta, a dorsalis mellkasfallal összekapaszkodott és a középvonali képleteket diszlokálta. Az elváltozásból core-biopszia történt, a daganat szövettani vizsgálattal malignus soliter fibrosus tumornak bizonyult. Staging képalkotó vizsgálatok távoli metastasis nem jeleztek. A tumor irresecabilis volta miatt összesen 12 Gy dekompressziós irradiációt követően a beteg 4 ciklus epirubicin-ifosfamid kemoterápiás kezelésben részesült, melynek hatására – a kifejezett klinikai javulással párhuzamosan – igen jelentős radiológiai regresszió jött létre. Ezt követően jobb oldali pulmonectomia történt, a szövettani feldolgozás pedig a daganat R0 reszekcióját támasztotta alá. A szakirodalomban ezen daganatféleséggel kapcsolatban ez idáig nem közöltek ilyen sikeres sebészi resectiót neoadjuváns radio-kemoterápiát követően.

K-06

"Tű a szénakazalban"

¹Rózsavölgyi Zoltán; ¹Csada Edit; ¹Somfay Attila; ²Maráz Anikó;

¹ *Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Pulmonológia Tanszék 2. osztály, Deszk;* ² *Szegedi Tudományegyetem Onkoterápiás Klinika, Onkoterápia, Szeged;*

2009 áprilisában kérték az akkor 71 éves férfi kivizsgálását, mellkas CT vizsgálattal a jobb főhörgő és a jobb atréria pulmonalis között igazolt novum 23 mm-es solid terimével. Kórelőzményében ismert volt hypertoniája, alsó végtagi verőér szűkülete, továbbá 1968-ban végzett bal alsó lobectomia (tüdőcysta) ill. 1996-ban jobb alsó lebenyi segmentectomia (postop. hist.: pT1N0Mx, kp. diff. laphám c.). Ezt követően 5 évig félévente, majd 5 év után évente történtek „staging” vizsgálatok, melyekkel metastasis illetve recidíva nem igazolódott. 2009. áprilisi kivizsgálását, beleértve mindenekelőtt a bronchoscopiát, típusos anginás panaszai illetve nyaki UH-al igazolt 95%-os arteria

carotis interna stenosis miatt kontraindikáltnak véltük és mihamarabbi érsebészeti illetve kardiológiai kivizsgálását javasoltuk. A pulmonalis lézió pontosabb megítélésére PET-CT vizsgálatra küldtük. 2009 júniusában érsebészek carotis stentelést javasoltak (ami 2009. novemberben került elvégzésre), mindemellett szívkatéterezése volt, ahol szignifikáns 2 ér betegsége igazolódott. CABG műtét elvileg szóba jöhetett volna, hisz az ACI stenosis műtéte mellett a mellkas CT jelezte elváltozásból szövettani mintavételre is mód adódhatott volna egyaránt, azonban ismert pulmonológiai státusza alapján a beavatkozást túl magas rizikójúnak tartva végül LAD-PCI történt jó eredménnyel. Az időközben elkészült PET-CT a jobb hilussal is összefüggő, kétgócú elváltozásban malignitás alapos gyanúját vetette fel. Onkoteam így műtéttechnikailag pulmonectomia mellett foglalt volna állást, azonban tekintettel a beteg előzményére (kétoldali tüdőműtét) és az alacsony diffúziós kapacitásra műtétet végső soron nem javasolt. 2009. szeptembertől ezt követően több alkalommal (3x) végeztünk bronchoscopiát, többszörös TBNA kísérlet történt, azonban a mintavétel egy alkalommal sem volt kórjelző. 2009. novemberben carotis stentelés történt. 2010. januári onkoteam kuratív irradiatio lehetőségét kilátásba helyezte, azonban a coronaria státusz miatt a rizikó nagy, így 2 hónap múlva kontroll mellkas CT-t javasoltunk. Az áprilisi mellkas CT a korábbi 2009-es felvételekhez mérten érdemi változást nem mutatott. 2010. májusban 4. alkalommal végeztünk bronchoscopiát, malignitást változatlanul nem tudtunk igazolni, így további szoros megfigyelését javasoltuk. Augusztusban, akkor már többször észlelt véres köpetürítés miatt immáron 5. alkalommal történt bronchoscopea és excisio, mely adenocarcinómát igazolt, így ezt követő onkoteam PET-CT tervezéssel sugárkezelést javasolt. PET-CT a primer tüdőtumor mellett mediastinalis nyirokcsomómegnagyobbodást és csontmetasztázist is igazolt. 2010. 09.15-én mindezeken túl recoronarográfia és CX rePCI történt. 2010. novemberben mellkasi irradiatioja megkezdődött, amit decemberben tudtunk komplettálni...

K-11

Elhúzódó köhögés háttérében kisdedkorban diagnosztizált tracheo-oesophagealis fistula

¹Simon Noémi; ²Gyórfy Ágnes; ²Gyürüs Éva; ²Lówy Tamás; ²Subicz Ágnes; ²Ujszászi Éva; ²Kádár László;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermektüdő, Budapest;* ² *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Gyermekosztály, Törökbálint;*

Előadásunkban egy másfél éves kisded esetét ismertetjük, akit születése óta fennálló, folyadék ivásakor jelentkező köhögés miatt vizsgáltunk. Anamnézisében visszatérő köhögések, obstructiv bronchitisek, gyakori antibiotikum szedés és hörgőtágító használat szerepel, egy alkalommal elhúzódóan fennálló felső lebezy árnyék miatt kezelték. Korábban tervezett hörgőtükrözésére intercurrent fertőzések, lázas betegségek miatt 16 hónapos korban került sor. Bronchoscopea során a trachea felső és középső harmadának határán a pars membranacea bal oldalán lélegeztetésre nyíló fistulát láttunk, melyből köhögés során bőséges váladék ürült. A tracheo-oesophagealis fistula igazolása után egy héttel a kisdedet az I. számú Gyermekklinikán megműtötték, azóta panaszmentes. Az eset kapcsán ismertetésre kerülnek a tracheo-oesophagealis fistula típusai, tünetei és lehetséges műtéti megoldásai.

K-12

Crohn-betegség biológiai terápiája mellett kialakult pulmonális tuberkulózis

¹Subicz Ágnes; ²Albert Erika; ¹Gyórfy Ágnes; ¹Kádár László; ²Kovács Márta; ¹Löwy Tamás; ¹Simon Noémi; ¹Ujszászi Éva;

¹ *Tüdőgyógyintézet, Törökbálint, Gyermekosztály, Törökbálint*, ² *Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és gyermekgyógyászati szakmacsoport, Győr*;

Súlyos fokú, hagyományos kezelésre nem reagáló Crohn-betegség esetén infliximab (Remicade) kezelés javallt, mely az USA (1998) és az Európai Unió (1999) után 2003-tól hazánkban is elérhető. Az infliximab monoklonális anti-tumornekrózis faktor alfa (TNF α) antitest, mely a gyulladásos reakcióban kulcsszerepet játszó TNF α gátlásával hatékonyan csökkenti a betegség aktivitását. Mivel a TNF α -nak jelentős szerepe van az intracelluláris fertőzések legyőzésében, infliximabbal kezelt betegek fogékonyabbak egyes bakteriális, invazív gomba- és vírusfertőzések iránt; legfőbb kockázat a latens tuberkulózis aktiválódása. Szerzők 17 éves, Crohn-betegség miatt gondozott fiú esetét ismertetik, akinél 2011 decemberében biológiai terápiát kezdtek. Megelőzően végzett tuberkulin-próba BCG-allergiának felelt meg, mellkas röntgenvizsgálata negatív volt, anamnézisében tuberkulotikus betegség, kontaktus nem szerepelt. 2012. februárban láz, köhögés miatt készült mellkas felvételen bal oldalon a csúcshoz közel 2-2.5 cm nagyságú körülírt árnyék ábrázolódt. Clarithromycin kezelés mellett tünetmentessé vált, tuberkulin-próba konverziót nem mutatott, mycobacteriológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak - mindezeket a mellkas CT felvételekkel egybevetve gyógyuló pneumóniát vélelmeztek, és a biológiai terápiát folytatták. Osztályunkra májusban került felételre ismételt légúti panaszok, radiológiai progresszió, pozitív Quantiferon-teszt miatt. Bronchoscopos vizsgálat során a felsőlebens-hörgő bemenete mellett hörgöbeterésre utaló felrakódást láttunk, bronchusváladék mikroszkópos vizsgálata saválló pálcákat mutatott, a tenyésztés eredménye: Mycobacterium tuberculosis. A megkezdett standard gátlószeres kezelést két hét után rifampicin, ethambutol, pyrazinamid kombinációban folytattuk molekuláris módszerrel igazolt isonicid rezisztencia miatt. A gyermek panaszmentessé vált, radiológiai regressziót láttunk. Az elmúlt években számos közlemény számolt be súlyos Mycobacterium tuberculosis fertőzés megjelenéséről TNF α -gátló kezelés kapcsán. Az előadásban az első magyarországi gyermekkori esetet ismertetjük. A TNF α szuppressziója elfedheti a fertőzés tüneteit. A súlyos fertőzések atípusos klinikai megnyilvánulásainak korai felismerése, a diagnosztikus vizsgálatok megfelelő értékelése rendkívül fontos a diagnózis gyors felállítása, a kezelés minél hamarabb történő elindítása szempontjából. Esetünk bemutatásával a biológiai terápiák során jelentkező kihívásokra szeretnénk felhívni a figyelmet.

K-13

Mikor biztos a diagnózis? - Ritka daganat pulmonális manifesztációja.

¹Tehenes Sándor; ²Tóth Csaba; ³Bali Ottilia;

¹ *Zala megyei Kórház, Pulmonológiai osztály, Zalaegerszeg*, ² *Vas Megyei Markusovszky Kórház, Patológiai Osztály, Szombathely*, ³ *Zala Megyei Kórház, Patológiai Osztály, Zalaegerszeg*;

A szerzők egy 25 éves fiatal nő beteg esetét mutatják be, akinek két oldali multifokális tüdő elváltozásai tüdőszűrősen kerültek felismerésre. A tüdőgyógyászati kivizsgálás első

szakaszában a megbetegedést szövettani lelet alapján sarcoidozisként kezelték, amelyre lényeges regresszió nem következett be. A már felismeréskor észlelt többszörös májelváltozások kivizsgálása több szakaszban történt, többszöri májbiopszia epitheloid haemangioendotheliomat igazolt. Két évvel a pulmonalis elváltozások felismerése után mellkassebészeti mintavétel történt, amely a ritka tumor pulmonális áttétjét megerősítette. A szerzők röviden áttekintik ezen ritka betegség klinikumát és a lehetséges terápiás lehetőségeket.

K-14

Ritka pulmonális (fejlődési) rendellenesség - esetbemutató

¹Tóth László; ²Agócs László; ³Albert István; ¹Urbán László;

¹ Mátrai Gyógyintézet, Pulmonológia, Mátraháza; ² Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest; ³ Mátrai Gyógyintézet, Bronchológia, Mátraháza;

A pulmonális szekvesztráció egy ritka (fejlődési) rendellenesség, kb. 0,15-6,4%-a az összes tüdőhöz köthető fejlődési anomáliának. Először 1946-ban írták le, mint olyan tüdőszövetet vagy cystát, melynek nincs kapcsolata a bronchusfalával és vérellátását az aortából vagy annak valamelyik ágából kapja. Az irodalomban az egyik hypothesis szerint ez egy járulékos rügyből jön létre a normális tüdőtasakok kialakulása mellett az embriónális fejlődés során. Ezzel szemben egy másik teória azt sugallja, hogy obliteratív bronchiolitis talaján jön létre, mely alapjául egy vagy több necrotizáló pneumonia szolgál. Anatómiailag két formáját különböztetjük meg: intralobaris és extralobaris forma. Az intralobaris forma jellemzője, hogy ugyanaz a pleura borítja, mint a normális tüdőszövetet, még az extralobaris formát saját pleurája választja el a normális tüdőszövettől. Az intralobaris forma jelentősen gyakoribb és legtöbbször a bal alsó lebenyt érinti. Vénás elvezetését legtöbbször a pulmonális vénák adják (95%), azonban az artériás ellátását legtöbbször a leszálló aortából (74%) vagy az aorta abdominálisból (19%) kapja, de ritkán kaphat vérellátást az intercostalis, belső mellkasi, pericardiophrenikus, vagy akár a splenikus artériákból is, továbbá az esetek 14,8%-ban többszörös elváltozásról vagy többes érellátásról referál az ide tartozó irodalom. Ennek főleg a szekvesztráció gyógyításában résztvevő mellkassebész csapat szempontjából van nagyobb jelentősége, az általam bemutatott eset során azonban helyes diagnózis felállításában is alapvető szerepet játszott, melyet végül a mellkassebész mondott ki. Előadásom során egy fiatal 28 éves nőbeteg (édesanya) esetén szeretném bemutatni a ritka betegség felismeréséhez vezető utat és a pulmonális szekvesztrációt.

POSZTEREK

P-01

Bevacizumabbal szerzett kedvező tapasztalataink előrehaladott tüdő adenocarcinomás betegeink kezelésében

¹Bartha Levente; ¹Walcz Erzsébet; ¹Borota Mirela; ¹Böcskei Csaba;

¹ *Szent Borbála Kórház, II. és I. Tüdőosztály, Tatabánya;*

Bevezetés: a rosszindulatú tüdődaganat igazolása igen gyakran annak előrehaladott IIIB, IV stádiumában történik, és ez valamennyi szövettani típusra igaz. A nem kissejtes tüdődaganatok közül az adenocarcinomás betegek kezelésében az ekkor alkalmazható hagyományos kemoterápiás kezeléssel elért eredmények világszerte szerények. Ismert adat, hogy a IV stádiumú tüdőrákos betegek 5 éves túlélése 1% körüli. Igaz ez az állítás annak ellenére, hogy a cisplatin bevezetése óta eltelt évtizedekben újabb és újabb kemoterápiás szerek, hatékonyabbnak remélt gyógyszerkombinációk kerültek a mindennapos terápiás fegyvertárba. Jelentős változást remélünk a tüdő adenocarcinoma kezelésében az új, biológiai terápiás kezelések bevezetésétől, melyek a klinikai vizsgálatok adatai szerint jelentősen javítják a progressziómentes és a teljes túlélést is. Eredmények: saját gyakorlatunkban a bevacizumabot, az első, tüdő adenocarcinoma kezelésére törzskönyvezett angiogenezist gátló készítményt 2010 óta használjuk a hazai finanszírozású szabályoknak megfelelően. A szert platina alapú doublet kemoterápiával kombinációban, illetve azt követően monoterápiában alkalmazzuk. Betegeinknél rendszeresen történnek képalkotó és laboratóriumi vizsgálatok. Az adenocarcinomás betegeinknél az EGFR és K-RAS mutáció vizsgálata is megtörténik. Előadásunkban ismertetjük azon eseteinket, amelyek igazolják, hogy a VEGF-gátló bevacizumab bevezetésével javítható a betegek progressziómentes és teljes túlélése. A gyógyszert gyakorlatunkban a betegek jól tolerálják, súlyos mellékhatással nem találkozunk. Következtetés: az elérhető biológiai terápia, jelen esetben a bevacizumab alkalmazása lehetőséget ad számunkra, hogy korszerűen, hatékonyabban segíthessünk betegeinken.

P-02

A malignus pleurális mesothelioma helyzete napjainkban, Mátrai Gyógyintézet mesotheliomás esetei 2007-2011 között.

¹Horváth Magdolna; ¹Albert István; ²Csekeő Attila;

¹ *Mátrai Gyógyintézet, Bronchológia, Mátraháza;* ² *Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest;*

A mesothelioma malignum a serosa rosszindulatú betegsége, többnyire a pleurát érinti. Ritka megbetegedés. Magyarországon 2004-ben 92 megbetegedés volt, ami 3-4x gyakoribb, mint a nemzetközi átlag. A Mátrai Gyógyintézetben 2007-2011. között összesen 24 betegnél diagnosztizáltak a halálos kórt. A nemzetközi adatok alapján elsősorban a férfiakat érintő betegségről van szó, bár az Intézetünkben igazolt 24 betegből 12 nő, 12 férfi volt, mely 50-50%-os aránynak felel meg. A diagnózis felállítása 20 betegnél sebészeti pleurobiopsia, 3 betegnél mellkaspunktatum cytológiai vizsgálata és 1 betegnél mellkas CT vizsgálat segítségével történt (az idős kor és általános állapot miatt további vizsgálatokra már nem volt lehetőség). Kemoterápiás kezelésben 15 beteg részesült (pemetrexed-CDDP), melyek közül 1 betegünk többszöri re-indukciós

kemoterápiás kezelést kapott(jelenleg is él), illetve 1 beteg szintén többszöri reindukciós kemoterápiás és emellett irradiációs kezelésben is részesült (első esetismertetésünkben mutatjuk be), túlélése 36 hónap volt.A második esetismertetésünkben egy fiatal 42 éves férfi betegünket mutatunk be, aki pleuropulmonectomián esett át, majd kemoterápiás kezelésben is részesült, túlélése 17 hónap volt. Az átlagos túlélés évről évre változó volt, a 6 hónaptól a 14 hónapig. A férfiak és a nők túlélését összehasonlítva, a férfiak jobb túlélést mutattak. Mesotheliomás betegek egy nagy részénél már felfedezéskor nem lehetett alkalmazni aktív onkoterápiás kezeléseket(súlyos anaemia, cachexia, idős kor), mely az átlag túlélést is nagyban befolyásolta, lerövidítette.Jó általános állapotban lévő betegnél a műtét lehetőségére is gondoljunk, ha a tumor staging ezt lehetővé teszi. Egyre fiatalabb korosztályt érint a malignus mesothelioma, a legfiatalabb betegünk 37 éves nő beteg. A környezeti direkt és indirekt azbeszt expozíció jelentősége igen nagy, melyet eredményeink alátámasztottak a lakóhely szerinti áttekintés során, a betegeink 90%-a Eredőbánya és Lőrinci településen lakik, vagyok lakott, illetve ezek közelében(eternit). Szeretnénk előadásunkkal felhívni a figyelmet erre a ritka megbetegedésre, mivel országunk ebben is élen áll és egyre fiatalabb korosztályt érint,a kezelési lehetőségekben pedig igazi előrehaladás nincs, gyógyítani nem tudjuk és sokszor agresszívabb lefolyású mint a tüdőrák.

P-03

Galactomannan meghatározás szerepe bronchusmosó folyadékból a tüdő Aspergillus okozta kórképeiben

¹Illés Miklós Balázs; ¹Sinkovics András; ²Lutz Zsolt; ²Mestyán Gyula; ¹Sárosi Veronika;
¹ Pécsi Tudományegyetem, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs; ² Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Pécs;

Aspergillus spórák inhalációja a gazdaszervezet immunstátuszának függvényében különböző kórképek kialakulását idézheti elő. A tüdők üregképződéssel járó betegségei esetén Aspergilloma, enyhe immundeficienciában és krónikus légzőszervi kórképekben semi-invazív, Chronicus Necrotizáló Pulmonalis Aspergillosis, jelentősen csökkent funkciójú immunrendszer esetén a súlyos és gyakran fatális kimenetelű Invazív Pulmonalis Aspergillosis alakulhat ki, míg a hyperszenzitivitáson alapuló Allergiás Bronchopulmonalis Aspergillosis főképp asthmás betegeket érint. Az adekvát terápia vezetéséhez elengedhetetlen a korai diagnózis, amely a tenyésztéses és szövettani vizsgálatok mellett egy a gomba sejtfalát alkotó glycoprotein antigén, a galactomannan kimutatásán alapul szérumból és bronchusmosó folyadékból. Intézetünkben 2012. évben ezidáig 40 beteg esetében tartottunk indokoltnak galactomannan meghatározást. Retrospektív vizsgálatunkkal ezen eredmények klinikai hasznának és az előforduló fals pozitív és negatív reakciókból fakadó esetleges hátrányainak összesítésével próbáltuk meghatározni a galactomannan teszt optimális helyét a diagnosztikában.

P-04

A kommunikáció szerepe az onkológiai betegek ápolása során

¹Kissné Galamb Julianna; ²Dr. Csada Edit;

¹ Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tanszék 3. emelet, Deszk; ² Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tanszék 2. emelet, Deszk;

A daganatos betegség fizikailag és lelkileg egyaránt megviseli a betegeket. Betegségük által sokkal érzékenyebbek, törékenyebbek, a velük való kommunikáció fokozottabb odafigyelést igényel az egészségügyi dolgozók részéről. Az egészségügyi ellátás során több sok olyan szituáció van, mikor nagyon fontos a helyes kommunikáció: betegfelvétel alkalmával, a diagnózissal való szembesüléskor, vizsgálati előkészítések kapcsán (bronchoscopy), az ápolási folyamatok alkalmával, kezelés mellékhatásainak megélésekor, a jövőtől való félelem kapcsán, illetve testi hanyatlásuk megélésekor stb. A beteggel folytatott kommunikációnak a tisztelet, az empátia, az őszinteség, a szabatosság egyaránt fontos része kell, hogy legyen. A verbális és nonverbális kommunikáció során összhangra kell törekedni, különben a beteg bizalmát elveszítjük. A betegeink fokozottan fogékonyabbak a negatív szuggesziókra, ilyenkor mindent szó szerint vesznek, mindent magukra vonatkoztatnak, kiemelt jelentőséget tulajdonítanak annak a személynek, akitől kiszolgáltattott helyzetükben a segítséget várják. Ilyenkor könnyen alakulhatnak ki kommunikációs zavarok, az általunk közölt információ más jelentéssel bírhat a betegek számára. A félreértések elkerülésére a helyzetet kibeszéléssel, visszakérdezéssel tisztázhatjuk. A hosszú onkológiai kezelések mind szellemileg, mind testileg, mind lelkileg nagyon megviselik a betegeket. Ha elnyertük a bizalmukat, megosztják velünk érzéseiket, kétségeiket, örömeiket, fájdalmukat, törekednünk kell a feltétel nélküli elfogadásra, hagynunk kell, hogy saját igényeik szerint éljék meg és fejezzék ki érzéseiket (közléssorompók kerülése). A betegekkel való kommunikáció átszövi a mindennapjainkat. Mint ember, mint ápoló, és mint segítő egyaránt elsődleges feladatunk a kiszolgáltattott ember ápolása, segítése, fájdalmának enyhítése. Mindezt egy tudatosabb, megfontoltabb kommunikációval, sokkal sikeresebben végezhetjük.

P-05

A pleura Ramel tús biopsziája értékelhetően szenzitívebb pleura tumoroknál mint az a köztudatban elterjedt

¹Lantos Ákos; ²Pápay Judit; ³Korompay Réka; ¹Gyulai Márton; ¹Lupkovics Gergely; ¹Nagy Andrea Viktória; ³Paraczký Ágnes; ⁴Simon Mária;

¹ Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőgyógyászati Osztály, Törökbálint; ²Semmelweis Egyetem, I. Pathológiai Intézet, Budapest; ³ Tüdőgyógyintézet Törökbálint, I. Tüdőgyógyászati Osztály, Törökbálint; ⁴ Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Radiológia, Törökbálint;

A pleura diagnosztikával foglalkozó irodalom évek óta elveti a biopsziás tűvel történő mintavételt, helyette a pleuroszkópiát javasolja, mivel a sokat idézett Luddenkeper tanulmány szerint a pleura tumornál a tűbiopszia szenzitivitása 44 %, míg a pleuroszkópiánál 95%. A pleura tűbiopszia a folyadék citológiából származó 62%-os tumor pozitivitást csak 74 %-ra emelte 208 pleura tumoros betegnél. Az elmúlt 7 évben 48 negatív folyadék citológiájú pleura tumoros betegnél végeztünk Ramel tús pleura

biopsziát, mely 23 esetben lett pozitív, vagyis a pleura biopsziák csaknem 50 %-ban adtak diagnózist negatív folyadék citológiájú pleura tumoroknál. Mivel a pleura tűbiopszia olcsó, egyszerű 10-20 perces, veszélytelen, ambulánsan is végezhető beavatkozás, helye van a jóval nagyobb apparátust, több időt, személyzetet és kockázatot jelentő pleuroszópiára előtt, mely a tűbiopszia negativitása esetén természetesen elvégezhető. Jó eredményeinket a gyakorlaton túl, az egy alkalommal történt nagyobb számú (10-12) mintavétel, esetenkénti ultrahang vezérlésmagyarázhatja. A tűbiopszia érzékenysége előzetes CT ill. ultrahang vizsgálattal fokozható

P-09

Tűbiopszia jelentősége a látható elváltozások bronchoscopos diagnosztikájában

¹Lupkovics Gergely; ¹Gyulai Márton; ¹Lantos Ákos;

¹ *Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, II. Tüdőosztály, Törökbálint;*

A bronchoscopos vizsgálatok során látható elváltozásokból többféle mintavételi eljárással juthatunk citológiai, hisztológiai feldolgozás számára értékelhető anyaghoz. A leginkább preferált módszer az excisio, mellyel a nyert anyagból lenyomat-citológiai és hisztológiai vizsgálat is elvégezhető. Azonban a fiberoscopos excisio a látható elváltozásokból nem mindig jár sikerrel. Ennek oka lehet, hogy az elváltozás felszínén a nyálkahártya ép, vagy csak metaplasias/dysplasias sejtekkel borított, illetve csak necrosis látható a szemmel nagyméretű, jó minőségű anyagnak ítélt mintában. Egy lehetőség ennek kiküszöbölésére, illetve a mélyebb, még nagyobb anyagot tartalmazó mintavételre a merev eszközös beavatkozás, mely igen tárgy-, személy-, és időigényes, valamint behatárolt az általa elérhető hörgőszakaszok területe. Ennél egyszerűbb és költségkímélőbb a fiberoscopos mintavétel során a látható elváltozás tűbiopsziája, aspirációs cytológiai mintavétel céljából. Ez a beavatkozás a vérzékeny malformatiok esetén is kisebb kockázatot jelent. Több betegünk esetén ez a módszer segített diagnózishoz, azonban a rutindiagnosztikában való alkalmazása a látható elváltozások igazolásában a bronchoscop nagy sérülési veszélye és magas ára miatt nem javasolható.

P-10

Transthoracalis vastagtű biopsziával szerzett tapasztalataink

¹Fülöp Andrea; ¹Szabó Emese; ¹Udud Katalin; ¹Markóczy Zsolt; ²Monostori Zsuzsa;

¹Rojkó Livia; ¹Strausz János;

¹ *Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, VI. osztály, Budapest;* ² *Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, CT Labor, Budapest;*

A mellkasi tumorok diagnosztizálásához, tipizálásához törekednünk kell arra, hogy megfelelő mintához jussunk. Amennyiben a daganat elhelyezkedése és a beteg állapota engedi, nem elégedhetünk meg a citológiai mintavétellel. Bizonyos daganat-típusok (pl. lymphomák) esetében a hisztológiai minta elengedhetetlen a korrekt diagnózis felállításához, a prognózis megítéléséhez illetve a legoptimálisabb kezelés kiválasztásához. Ezen daganatoknál az esetek jelentős részében általános anesztéziát is igénylő invazív sebészeti beavatkozás, sebészeti mintavétel történik. Az előadás során néhány esetünk bemutatásán keresztül arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a perthoracalis vastagtű biopszia – CT, C-kar vagy ultrahang által vezérelve – kiválthatja a sebészeti mintavételt, ezzel kevésbé invazív módon, lokális érzéstelenítésben jutunk

megfelelő szövettani mintához. Ezen beavatkozásokkal a radiológiai és hisztológiai diagnózis között eltelt időt csökkenthetjük, a beteget pedig megkíméljük egy diagnosztikus sebészeti beavatkozástól.

P-06

Randomizált II fázisú vizsgálat metastatikus nem kissejtes tüdőrákban: Sunitinib plus Erlotinib vs. Placebo plus Erlotinib. Eredmények és kivételek.

Márk Zsuzsa, Borbély Tibor;

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint;

A vizsgálat célja: annak megválaszolása, hogy az orálsan adható vascular endothelial growth factor receptor (VEGFRs) Sunitinib malate (SUTENT®) kombinálása az endothelial growth factor receptor (EGFR) inhibitor erlotinibbel (Tarceva®) jobb progressziómentes túlélést (PFS) mutat-e mint a Tarceva önmagában. Betegek és módszer: szövettanilag igazolt IIIB (malignus folyadékkal) vagy IV stádiumú NSCLC betegek kerültek be a vizsgálatba, akik megelőzően egy vagy két, platina alapú chemoterapiás regiment kaptak, performance statusuk (ECOG PS) 0 vagy 1. Nemzetközi, multicentrikus vizsgálat. Eredmények: 132 beteg lett randomizálva. A vizsgálat elsődleges végpontja, a median PFS 12.3 hét volt a sunitinib plus erlotinib karon és 8.5 hét az erlotinib karon. Laphámsejtes ráknál ez 16.0 ill. 8.3 hét, míg a nem laphámsejtes betegekénél 12.3 illetve 8.5 hét. A teljes túlélés (OS) medián értéke 8.2 hónap volt a sunitinib plus erlotinib karon és 7.6 hónap a csak Tarcevát kapó kar betegeinél. Parciális tumor válasz a kombinált szert kapók 3%-ánál, az erlotinibet kapók 3%-ánál volt kimutatható. Nem volt különbség a progressziómentes túlélésben az EGRF status és a KRAS status vonatkozásában. Egy sunitinib plus erlotinib kezelést kapó planocellularis carcinomás férfibeteg a kezelést 42 hónapja kapja és változatlanul parciális regresszó észlelhető. Következtetés: Sunitinib 37.5 mg/nap plus erlotinib 150 mg/nap nem javította statisztikailag signifikánsan a progressziómentes túlélést a placebo plus erlotinib karhoz képest. A kezelés mindkét csoportban jól tolerálható volt. Saját betegünkénél Grade III-as bőrreakciót észleltünk egy herpes zoster fertőzés kapcsán.

P-07

Mediasztinális és bronchogén cysták diagnosztikus és terápiás nehézségei

¹Rojkó Livia; ²Szabó E; ²Fülöp A; ²Udud K; ²Markóczy Zs; ²Strausz J;

¹ Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;

A tüdő az embrionális előbélből fejlődik ki a magzati élet 26. napjától. A sejtek további differenciálódása során számos alkalommal lefűződhetnek cystosus képletek, amelyek szabályos hámborítással rendelkeznek, döntő többségük a mediasztinumban, kisebb hányaduk intrapulmonálisan helyezkedik el. Az elváltozások bár jóindulatúak, változatos klinikai tüneteket produkálhatnak, úgymint a köhögés, mellkasi dyscomphort. Változatos radiológiai megjelenésük alapján utánozhatnak tumort, szívközeli elhelyezkedésük esetén összefügghetnek a pericardiummal, az aorta ascendenssel. Elkülönítésükben a mellkasi CT szerepe elsőrendű, speciális esetekben az MRI, malignitás esetén a PET CT segíthet. Kezelésükben endoszkópos módszerek is szóbajönnek, definitív megoldást sebészi eltávolításuk jelent. Előadásunkban néhány érdekes eset kapcsán áttekintjük a

jóindulatú mediasztinális és intrapulmonális képletek diagnosztikus nehézségeit, valamint a terápiás megoldások lehetőségeit.

P-08

Kemoterápia hatása az életminőségre a betegek szemszögéből

¹Vígh Ildikó;

¹ *Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Tüdőgyógyászati Tanszék 2. emelet, Deszk;*

Bevezetés: 2005-ben felmérés készült Intézményünkben a kemoterápiával kezelt betegek körében, melyben a kérdések az életminőség különböző aspektusaira terjedt ki. A vizsgálatot 2012-ben megismételtük. Módszer-és mintavétel: Kérdőíves módszerrel történt, a kérdőív tartalmazott a numerikus skála mellett zárt-és nyitott kérdéseket. A célcsoport kemoterápiával kezelt egyének voltak. Eredmények: A két felmérés alapján összehasonlításra kerülnek az eredmények, vajon a betegek a kezelés okozta mellékhatások tekintetében hogyan értékelik életminőségüket, napi tevékenységüket, társadalmi kapcsolataikat. Hol tapasztalható legnagyobb változás? A kérdőívek összehasonlításának eredményei jelenleg is folyamatban vannak.

JEGYZETEK

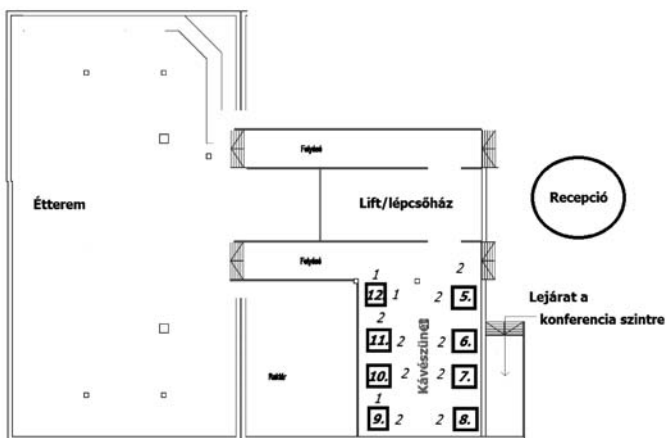
JEGYZETEK

KIÁLLÍTÓI ALAPRAJZ

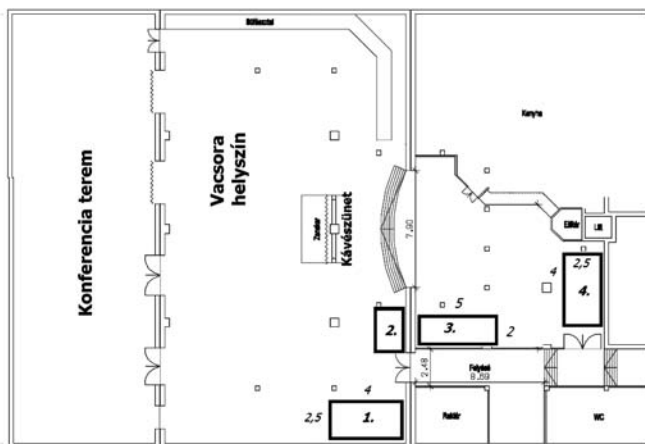
Nr.	Cégnév
1.	Roche Hungary Kft.
2.	Kéri Pharma csoport
3.	Lilly Hungária Kft.
4.	AstraZeneca Kft.
5.	Immunal Kft.
6.	Medifood Hungary Kft.

Nr.	Cégnév
7.	Novatis Hungária Kft.
8.	Elektro-Oxigén Kft.
9.	Messer Hungarogáz Kft.
10.	HUN-MED Kft.
11.	ENDO PLUS Service Kft.
12.	HealthPort Plus Kft.

Földszint



Konferencia szint (-1. emelet)



A KONFERENCIA TÁMOGATÓI

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

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

AstraZeneca Kft.
Lilly Hungária Kft.
Roche Hungary Kft.

TOVÁBBI TÁMOGATÓK

Kéri Pharma csoport
MSD Pharma Hungary Kft.
Boehringer Ingelheim RCV Gmbh & Co KG Magyarországi Fióktelepe

KIÁLLTÓK

AstraZeneca Kft.
Elektro-Oxigén Kft.
ENDO PLUS Service Kft.
HealthPort Plus Kft.
HUN-MED Kft.
Immunal Kft.
Kéri Pharma csoport
Lilly Hungária Kft.
Medifood Hungary Kft.
Messer Hungarogáz Kft.
Novatis Hungária Kft.
Roche Hungary Kft.

EGFR M+

**Az Iressa az elsőként törzskönyvezett
célzott monoterápia nem kis-sejtes tüdőrákos
betegek első vonalbeli kezelésében
EGFR TK* aktiváló mutáció esetén****



Iressa 250 mg filmtabletta

Hatóanyag: 250 mg gefitinib tablettként. **Javallat:** Az Iressa olyan, lokálisan előrehaladott vagy metasztázisus, nem kissejtes tüdőrákban (non small cell lung cancer, NSCLC) szenvedő felnőtt betegek kezelésére javallt, aktív női nemű az EGFR TK (epidermális növekedési faktor receptor tirozinkináz) aktiváló mutáció. **Adagolás:** Naponta egyszer egy 250 mg-os tablettát. **Ellenjavallat:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Szoptatás. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Nagyon gyakori: anorexia, hasmenés, hányás, hányinger, stomatitis, az alanin aminosztransferáz szintjének emelkedése, bőrreakciók, pustulával járó bőrkülés, esetenként viszketéssel, bőrszárazsággal, erythémás alapon; asthénia. Gyakori: conjunctivitis, blepharitis és szemszárazság, haemorrhagia, mint például orrvérzés vagy haematoma, intersticiális tüdőbetegség, ki-száradás, hasmenés, hányinger, hányás vagy anorexia következtében; szájszárazság; az aszpartil aminosztransferáz szint emelkedése, a teljes bilirubin-szint emelkedése, körmelváltozások, alopecia, a vér kreatinin szintjének tüneteket nem okozó emelkedése, proteinuria, pyrexia. **Ösztályozás:** Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! (2012. április 20.) EU/1/09/526/001, EU/1/09/526/002. A gyógyszerrel részletes információ az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) internetes honlapján (<http://www.ema.europa.eu/>) található. *Tételes elszámolás alá eső készítmény (91993.(IV.2.) NM rendelet, 1A.sz. melléklet). Ár: 625 937 Ft. TB támogatás: 100%. Terheltési díj: 0 Ft. Az időközi változások a <http://www.oep.hu> honlapon (Szakmai kezdőlap/gyógyszer) érhetőek el.

*epidermális növekedési faktor receptor tirozin-kináz

** A forgalomba hozatali engedély első kiadásának dátuma a teljes alkalmazási előírásokban találhatóak: Iressa 250 mg filmtabletta alkalmazási előírás (2012. ápr. 20. EU/1/09/526/001, EU/1/09/526/002), Tarceva 150 mg filmtabletta alkalmazási előírás (2011. aug. 24. EU/1/05/311/003)

FE800 11/10/2011
Lásd az alábbi oldalon 17.

AstraZeneca
Összeköt az Egészség

AstraZeneca Kft.
1113 Budapest, Bocskai út 134-146.
Tel: +36-1-883-6500, Fax: +36-1-883-3336
www.astrazeneca.com

IRESSA™
gefitinib