

# *Sélection 50*

*Kullmann Tamás*



A győri Petz Aladár Kórházban töltött tíz éves onkológiai gyakorlatom során ellátott páciensek történeteiből készült ez a válogatás. Az egészségügyi munka Florence Nightingale szerint, háromfajta érdeklődést kíván. Szellemi érdeklődést az eset iránt, szívbeli érdeklődést a beteg ember iránt és szakmai érdeklődést a gyakorlati munka technikája iránt. A Válogatásba elsősorban a szellemi kihívásuk alapján kerültek az esetek, de a leírások szeretnék érzékeltetni a másik két érdeklődési irányt is.

Az esetek az onkológia nagy részét, sőt a belgyógyászat jelentős területeit is lefedik. Tanúskodnak róla, hogy a belgyógyászati szemléletnek a daganatos betegek gondozásában meghatározó jelentősége van. Segít a pontos diagnózis felállításában, eligazít a kockázatos betegek terápiás döntésének meghozatalában és nélkülözhetetlen a szövődmények szakszerű ellátásában. Sőt, bátorságot és biztonságot nyújt a bevált protokollok között nem szereplő, innovatív gyógyszeres kezelések bevezetéséhez.

A belgyógyászat az elmúlt években több tényező miatt is veszített régi presztízséből. Több részterülete is önálló első szakvizsgát kapott, ezáltal a belgyógyászat általános alapozó tudást nyújtó szerepe megszűnt. A sürgősségi osztályok irányítását az intenzív terápiás szakorvosokra bízta, ezáltal a belgyógyászati sürgősségi szemlélet háttérbe szorult. Ugyanakkor a lakosság idősödésével párhuzamosan nem nyíltak geriátriai osztályok, hanem az idős betegek ellátása a belgyógyászatokra hárult. A klinikai onkológia hazai fejlődése során a nőgyógyászatból, a sebészetből vagy a sugárterápiából nőtt ki. Vannak ugyan belgyógyász onkológusok, de paradox módon a vezető szerepeket fül-orr-gégész, sebész és sugárterápiás alapvégzettségű szakorvosok töltötték be. A belgyógyászat megfakulásának legfontosabb oka valójában az ismeretanyag olyan szintű bővülése, ami egy ember számára már csaknem befogadhatatlan.

Amikor Parisban egy gondviselésszerű fordulat révén a belgyógyászatról onkológiai osztályra kerültem át, magam is meglepődve tapasztaltam, hogy milyen sok helyzetben segített korábbi képzettségem a helyes döntések megtalálásában. Magyarországra visszatérve és a szakvizsga gyakorlatokon körbejárva a tapasztalatom tovább erősödött. A helyzet az évek alatt úgy alakult, hogy hasznosnak érzett tudásomat nemigen tudom másoknak átadni. Ezért született ez az esettanulmány fűzér. Hátha rátalál egy érdeklődő olvasó, és észrevesz benne valami számára is érdekeset. A Válogatás elsősorban egészségügyi dolgozók érdeklődésére tart számot, de nem zárnam ki a lehetőségét, hogy betegek vagy hozzátartozóik is megértsenek belőle saját helyzetükre nézve fontos részeket.

Egy-egy eset leírása két oldalt tesz ki. A logikai és tördelési lehetőségeken belül az első oldalon szerepel a probléma bemutatása, a második oldalon a megoldás és annak szélesebb összefüggésbe helyezése. A kettő között töréspontot képez az orvosi gondolkodás két legfontosabb elemének, a diagnózisnak és a prognózisnak a kiemelése. Ez a felépítés lehetőséget teremt rá, hogy az eseteket feladványnak tekintsék, és az olvasók maguk is megfogalmazzák saját sejtéseiket, és ezeket összevessék az eset kimenetelével.

A gyűjtemény négy részre oszlik. Az első rész eredményes daganatgátló kezeléseket, a második rész magas kockázatú betegeknek nyújtott ellátásokat, a harmadik rész mellékhatás managementet, a negyedik rész pedig belgyógyászati differenciáldiagnosztikai kihívásokat mutat be.

Osztályunkon az áttétes prosztatata daganatos betegeknek adott upfront docetaxel volt az első olyan kezelés, amely a hazai szakmai ajánlásoktól és a finanszírozási protokolltól eltért. Közvetlenül a referencia közlemény megjelenését követően gyakorlatunk részévé tettük. Az upfront alkalmazás előtt évente átlagosan öt prosztatata daganatos beteg kapott palliatív docetaxel kezelést. Az upfront alkalmazás bevezetését követően a docetaxel kezelése éves átlaga negyvenre emelkedett. Helyet készített a hamarosan megjelenő másodvonal hormongátló és cabazitaxel kezeléseknél. Sikere révén nemcsak a prosztatata daganatos betegek életkilátása javult évekkel, hanem más területeken is keresni kezdtük az irodalomban validált eljárások bevezetését még akkor is, ha azokat a változásokat nem követő finanszírozási protokoll nem integrálta.

Az eseteket \* jelzi, ha osztályunkon újdonságnak számítottak, \*\*, ha országosan is kivételesek lehettek az alkalmazás idején. Ritka betegségeket bemutató gyűjtemény először pont tíz éve jelent meg Magyarországon, Dr. Pfliegler György belgyógyász és Dr. Garzuly Ferenc patológus igen szép kiviteli összeállításában. Később a Springmed Kiadó szakterületenkénti ritkaságokat bemutató többszerzős könyvsorozatot indított. A jelen Válogatás minden diagnózisa klinikai és szinte minden szervrendszert érint.

Daganatos betegek ellátása során háromféle célkitűzést lehet tenni. Curatív kezelésnél a cél a beteg gyógyulása, palliatív kezelésnél az élettartam növelése, komfortkezelésnél a panaszok enyhítése. Eredményesnek tekinthető a daganatgátló kezelés, ha gyógyulást vagy jelentős élettartam nyereséget nyújt, a komfortkezelés, ha a panaszokat megfelelően csillapítja.

Az esetek anonimitásának biztosítása érdekében semmilyen személyes adatra nem utalok. A kórtörténetekben nincsenek valós dátumok, hanem az első orvoshoz fordulástól, mint kezdő időponttól követhető a kórkép és a kezelések lefolyása. A legtöbb beteg ellátásáért magam feleltem, mások ellátásában csak részt vettem.

Orvosi nyelvezetemet általában idegennek tartják. A sok helyen megőrzött latinos írást, kérem, fogadják francophoniám mellékhatásaként! A fogalmazás tömörségét is gyakran éri kifogás, ám a kritikusok még soha nem tudtak jelentős hiányosságra rámutatni.

Az esetek arra is példákat szolgáltatnak, hogy a részletes anamnesis felvétel és az alapos klinikai vizsgálat még a molekuláris genetika korszakában is meghatározó maradhat a diagnózisalkotásban.

Köszönetemet fejezem ki betegeim bizalmáért. Olvasóimnak pedig kívánom, hogy mindenféle segítő foglalkozásban örömet leljék.

Kullmann Tamás  
belgyógyász, onkológus főorvos



**2023.**

## EREDMÉNYES DAGANATGÁTLÓ KEZELÉSEK

\*\*

### KIS KITERJEDÉSŰ HER2+ EMLŐ DAGANAT

Kórelőzményében hypertonia, gastro-oesophagealis reflux, munkahelyi zaj ártalommal összefüggésbe hozható kétoldali nagyothallás miatt jobb fülműtét, baloldali hallókészülék viselése, epilepsia szerepel.

0. Jobboldali emlő tumor miatt sectorectomia történt sentinel nyirokcsomó biopsiával. (Duplex CDI 22 mm ill. 12 mm, grade 3, ER-, PR-, HER2+, Ki67: 25%, SN-, környezetben high grade DCIS, R0) Hasi UH, Mrtg metastasist nem mutatott.

1-13. hó 6 ciklus paclitaxel-trastuzumab, majd az évet komplettáló fenntartó trastuzumab kezelést kapott.

8. hó 50 Gy postop irradiatiót kapott.

8. év Panaszmentes. Kontroll mammographiák második tumor megjelenését nem mutatták.

**Dg: Npl. mammae I.d.**

**Kimenetel: Gyógyulás**

A kezelést a paclitaxel-trastuzumab protokoll referencia közleménye megjelenésének évében végeztük. A 3 cm-nél kisebb, nyirokcsomó negatív HER2+ daganatokra korlátozott kezelés előnye, hogy a standard 3AC + 3THP kombinációhoz képest lényegesen könnyebben tolerálható.

Három évvel később összegyűjtöttük saját eseteinket és kiegészítettük a tripla negatív emlő daganatok platina bázisú kezelésével szerzett tapasztalatainkkal. A hazai gyakorlatban rutinszerűen nem alkalmazott protokollokról szóló cikket az Orvosi Hetilap nem tartotta közlésre érdemesnek. Munkánk ezután egy angol nyelvű folyóiratban jelent meg, és a lap nyilvántartása szerint számottevő figyelmet kapott.

A bírálatra benyújtást megelőzően zajlott az emlő daganatok kezelését tárgyaló országos konszenzus konferencia. A kemoterápiás fejezet sem a HER2+ daganatok paclitaxel-trastuzumab, sem a tripla negatív daganatok platina alapú kezelését nem említette. Hat évvel később, 2021. márciusban megjelent egy frissített kezelési útmutató, amely már mindkét protokollt ajánlotta a lehetséges választások között.

Az útmutató módosított változatának szerzői között szerepel az Orvosi Hetilaphoz benyújtott cikk bírálója. Örömmre szolgál, hogy a hatásos kezeléseket — ha néhány év késéssel is — a hazai onkológus közösség is megismerhette, saját munkánkra pedig nemzetközi érdeklődés is irányulhatott.

A single centre experience with phenotype dependent perioperative chemotherapy for primary breast cancer. J Cancer Ther. 2019.



## EMLŐ DAGANAT A HATÁROKON TÚL

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. A bal emlőben tapintott csomóból vett biopszia szövettani vizsgálata malignitást igazolt. (CDI, ER-, PR-, HER2+, Ki67: 8%) Emlő UH a bal hónaljban egy 6 mm-es nyirokcsomót ábrázolt. MHK CT metastasist nem mutatott.

2-7. hó 4+4 ciklus primer adriamycin-cyclophosphamid és docetaxel-trastuzumab kezelést kapott.

7. hó Sectrorectomiát és sentinel nyirokcsomó excisiót végeztek (invasiv emlőcarcinoma NST, grade 3, 20 mm, sebészi szélek minden irányban 10 mm, ER-, PR-, Her2+, Ki67: 30 %, OSN+/3SN, ypT1cN0).

8-9. hó A bal emlőre 50 Gy, a nyirokrégiókra 44 Gy postop. irradiatiót kapott.

8-15. hó Fenntartó trastuzumab kezelést kapott.

**Dg: Npl. mammae I.s.**

**Kimenetel: Gyógyulás**

A kezelés a nemzetközi iránymutatások szerint történt. Szakmai különlegessége nincsen. A Válogatásba azért került be, mert a hölgy Kijevből járt a kezelésekre. Részünkről némi rugalmasságot, részéről az adminisztratív akadályok leküzdését és jelentős anyagi befektetést igényelt. Azért fordult hozzánk, mert országában már akkor sem bízott a forgalmazott gyógyszerek tisztaságában. Sugárkezelésre és gondozásra már nem hozzánk járt. Csak reméljük, hogy valóban meggyógyult, és el sem tudjuk képzelni, mostanában merre járhat, és milyen kihívásokkal küzd.

## LOKÁLISAN ELŐREHALADT TRIPLA NEGATÍV EMLŐ DAGANAT

Kórelőzményében Lyme-kór szerepel.

0. Miután már több mint fél éve észlelte egy csomó növekedését a jobb mellében, mastitis carcinomatosa klinikai képével irányították szakambulanciánkra. Célzott biopsia szövettani vizsgálata illetve a hónalji nyirokcsomóból vett kenet cytologiai vizsgálata malignitást igazolt (CDI, ER-, PR-, HER2-, grade 3, C5). MHK CT távoli áttétet nem mutatott.

1-6. hó 6 ciklus primer docetaxel-carboplatin kezelést kapott.

7. hó Jobboldali mastectomia és ABD történt (komplett patológiai remissio, ON+/3N).

13. hó Fejfájás és hányinger miatt kezdeményezett koponya MRI soliter jobboldali temporo-parietalis laesiot mutatott.

13. hó A makroszkóposan metastasisnak imponáló daganatot eltávolították. A szövettani vizsgálat meningeoma anaplasticumot véleményezett.

14-16. hó 60 Gy foton irradiatot kapott a műtéti területre.

16. hó Csont scintigraphia kóros dúsítást nem mutatott.

18. hó MHK CT recidivát nem mutatott.

2-8. év Koponya MR recidivát nem mutatott. Mammographia kóros eltérést nem mutatott.

**Dg: Npl. mammae I.d.**

**Metastasis cerebialis solitarius**

**Kimenetel: Gyógyulás**

Saját tapasztalatunk szerint a tripla negatív daganatok primer docetaxel-carboplatin kezelésével az esetek 60%-ban komplett patológiai remissio érhető el. Osztályunkon évek óta primer szisztémás és palliatív kezelésként is első választásként alkalmazzuk. A jövőben várhatóan a kezelés immunstimulans adásával fog kiegészülni.

A műtéttel eltávolított cerebialis malignoma eredetét illetően a szövettani vélemény nem egyértelmű. Az elváltozás az emlő daganat áttétének is tartható. A feltevés minden esetre a kezelést nem befolyásolta.

A páciens az utolsó pillanatban fordult orvoshoz, amikor a kezelés még éppen curativ lehetett. A kezelés megkezdésekor a várható eredményt illetően biztatást, ám a késlekedés okozta esély csökkenést illetően rosszalló észrevételt is kapott. Ismerve vallásos meggyőződését a gyógyulást minden bizonnyal csodának élte meg.

## ÁTTÉTES MÉHNYAK DAGANAT I.

0. A fiatal, jelentősebb kórelőzménnyel nem rendelkező hölgnél deréktáji fájdalom illetve fokozódó nehézlégzés kapcsán kétoldali vese üregrendszeri tágulatot fenntartó, parailiacalis, paraaorticus és mediastinalis nyirokcsomó metastasist adó, valamint szövődményes pulmonalis emboliát okozó cervix tumor (cc. planocellulare) igazolódott. Kétoldali dupla J stent felhelyezés történt. Anticoagulans kezelést kezdtünk.

1-5. hó 6 ciklus carboplatin AUC 5-paclitaxel cytostaticus kezelést kapott. Kontroll CT a supra- és subphrenicus lymphadenomegaliák komplett regressióját véleményezte.

6. hó Hysterectomia, kétoldali adnexectomia és kismedencei lymphadenectomia történt. A csepleszen és a fali peritoneumon, beleken valamint a májban makroszkóposan metastasisra utaló elváltozás nem volt látható (carcinoma in situ portionis uteri).

10-14. hó Mediastinalis és retroperitonealis recidiva miatt 6 ciklus 2. vonal palliatív cisplatin-5FU kezelést kapott. Kontroll MHK CT ismét komplett radiologiai remissiot mutatott.

19. hó Kontroll MHK CT 10-15 mm-es paraaorticus és parailiacalis nyirokcsomókat ábrázolt.

23. hó Fokozódó, járási nehezítettséget okozó bal comb fájdalom miatt a kismedencei régióra 30 Gy irradiatiót kapott. Átmenetileg maior analgeticus kezelésre szorult.

24-29. hó Lymphoglandularis és hepaticus progressio miatt 6 ciklus palliatív paclitaxel-carboplatin reinductios kezelést kapott. Kontroll MHK CT partialis remissiot mutatott.

33. hó Effort dyspnoe kapcsán felismert recidiv baloldali HTX miatt mellkasi drainaget végeztek. Pleurodesisre nem került sor.

35. hó Pleuralis és hepaticus progressio miatt 4 ciklus 4. vonal reinductios cisplatin-5FU kezelést kapott. Biológiai progressio miatt a kezelést felfüggesztettük.

39. hó Osztályunkon tumoros cachexia tünetei között elhunyt.

## **Dg: Áttétes méhnyak daganat**

**Kimenettel: 3 évet meghaladó túlélés**

A beteget az osztályunkra helyező sürgősségi ellátó orvos a diagnózis hiánya és a gyenge általános állapot miatt a prognózist legfeljebb néhány napra becsülte. Az állapot stabilizálása az anticoagulans bevezetés, a kétoldali húgyúti obstructio megoldás és a szövettani eredményhez jutás párhuzamos bonyolításán és az eredmény birtokában napokon belül elindított szisztémás kezelés hatásosságán alapult.

A hazai finanszírozási protokollban a méhnyak daganat kezelésére egyik alkalmazott kombináció sem szerepel. Külföldi tapasztalatoknak köszönhetően választottuk őket. Hosszú távú hatásosságuk a betegség jó platina érzékenységén múlt. Később a bevacizumab törzskönyvezése nyomán, a hozzá társított cytostaticus kombináció részeként került a hazai gyakorlatba a paclitaxel és a carboplatin cervix tumoros betegek kezelésére.

Paclitaxel tartalmú kemoterápiás kombináció metastaticus cervix tumor első vonali és reinductios palliativ kezelésében. Orv. Hetil. 2018.

## ÁTTÉTES MÉHNYAK DAGANAT II.

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. Hysterectomia és pelvis lymphadenectomia történt méhnyak daganat miatt (cc. planocellulare, grade 3, 6N+/58N). Postoperatív heti cisplatin alapú kemoradioterápiát kapott egy külföldi városban.

13. hó Has-kismedencei CT egy 13x9 mm-es paraaortikus nyirokcsomót és kis mennyiségű szabad hasúri folyadékot ábrázolt.

14-15. hó 3 ciklus palliatív cisplatin-5FU kemoterápiát kapott osztályunkon. A 4. ciklust egy külföldi városban kapta. Komplet radiológiai remissiot mutató CT eredmény birtokában a 6 ciklusig javasolt kezelést felfüggesztették.

39. hó Kontroll MHK CT 15 mm-es paraaorticus nyirokcsomó megnagyobbodást, kis mennyiségű kismedencei folyadékot, valamint a rectosigmoidealis átmenetben a bélfal megvastagodását mutatta.

39-41. hó A felajánlott cytostaticus kezelést nem fogadta el. Saját választású búzacsíra alapú szert szedett. A szintén felajánlott ellenőrző képalkotó vizsgálatot viszont igénybe vette.

42. hó Kontroll MHK CT a paraaorticus nyirokcsomó megnagyobbodás kismértékű progressióját mutatta.

42-45. hó 6 ciklus 2. vonal palliatív carboplatin-paclitaxel kezelést kapott. Az alternatív szer szedését abbahagyta.

46. hó MHK CT komplet radiológiai remissiot mutatott.

49. hó Lumbalis gerinc MR L.V. discus protrusion kívül kóros eltérést nem mutatott.

52. hó MHK CT a paraaorticus régióban 37 mm-es, valamint a májhilusban 20-30 mm-es nyirokcsomók és a májban egy 11 mm-es hypodens, metastasisra gyanús elváltozás megjelenését mutatta.

52. hó Reinductios palliatív cisplatin-5FU kezelést kezdtünk. Hányinger miatt a harmadik napon a kezelés megszakítását kérte. Otthonába bocsájtottuk. A következő kezelésre előjegyzést adtunk, de ő ezután osztályunkon többször nem jelentkezett. Feltételezésünk szerint külföldre távozott.

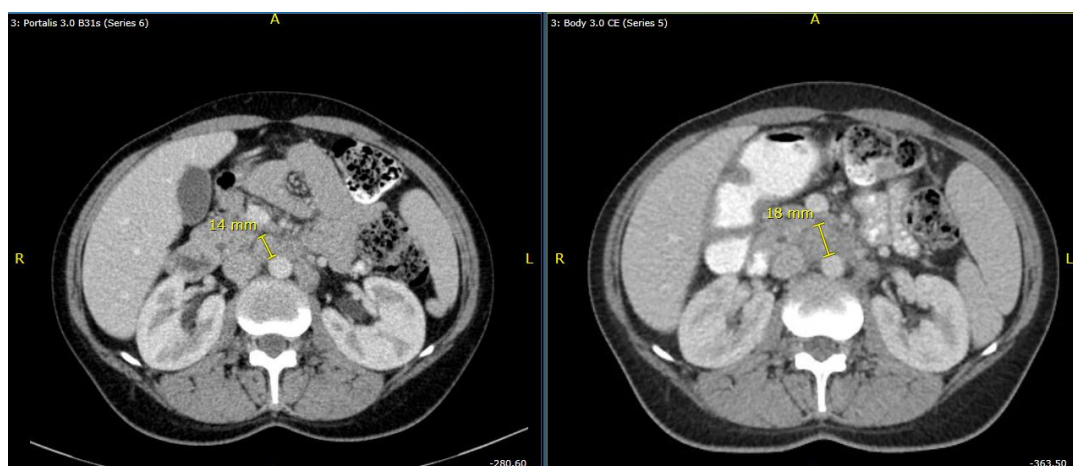
## Dg: Áttétes méhnyak daganat

**Kimenettel: A búzacsíra készítmény hatástalan volt**

Az „alternatív” és „kiegészítő” szerek alkalmazása az onkológiai betegek között széles körben elterjedt. Általában segíteni vágyó hozzátartozóik buzgó javaslatára szedik azokat. Az orvosok ugyan többnyire kételkednek a hasznukban, mégis ritkán nyerhetnek valós adatot hatásosságukról. A készítmények körüli homályt nemcsak az okozza, hogy nem vetették őket alá klinikai vizsgálatoknak, hanem az is, hogy az orvosi rendelés alapján alkalmazott daganatgátló kezelésekkel párhuzamosan használják azokat.

A cytostaticus kezelésekkel szemben bizalmatlan, a természetes gyógymódok iránt fogékony, de az eredményességet illetően igényes hölgygel kivételes helyzet megteremtésére nyílt lehetőség. Az általa választott „alternatív” készítmény önmagában történő alkalmazása lehetőséget adott arra, hogy lemérhessük hatásosságát. A próba révén saját maga is meggyőződhetett róla, hogy a szer hatástalan, az utána indított cytostaticus kezelés pedig önmagában alkalmazva is hatásos.

Az elrendezést érdekesnek tartottuk rá, hogy szélesebb közönség is megismerhesse. A két méhnyak daganatos esetet közösen szándékoztuk publikálni az Orvosi Hetilapban, de közleményünket abban a formában nem fogadták el. Ezután született az előző esetbemutató után szereplő cikk. Valakinek a búzacsíra szúrta a szemét.



Axialis CT metszetek az alternatív szer szedése előtt és után



## ÁTTÉTES PROSZTATA DAGANAT

Kórelőzményében hypertonia szerepel.

0. Emelkedett PSA miatt végzett prosztatata biopsia malignitást igazolt (adenoc., Gleason 6, PSA 40 ng/mL).

1-3. hó 70 Gy definitív kismedencei irradiatio történt.

7. év 5. hó Vizelet retentio miatt két ülésben prosztatata TUR történt. PSA: 9.4 ng/mL, LHRH analóg kezelést kezdett.

8. év 2. hó Csont scintigraphia és MHK CT metastasisra utaló elváltozást nem ábrázolt.

9. év 2. hó Romló vesefunkciók miatt re-TUR illetve kétoldali TRD behelyezés történt.

9. év 2-6. hó 6 ciklus palliatív docetaxel kezelést kapott. Induló PSA: 20.8 ng/mL, záró PSA: 0.59 ng/mL.

10. év 1. hó PSA: 8.52 ng/mL. Csont scintigraphia a Th.IV. csigolyában, a bal oldali sacroiliacalis ízület és crista iliaca vetületében és a jobb oldali femur trochanter minorban fokozott halmozást mutatott. MHK CT az ismert baloldali vese üregrendszeri tágulatot és a multiplex osteoplasticus metastasisokat változatlanul mutatta.

10. év 3-10. hó Abirateron kezelést kapott. Induló PSA: 45 ng/mL, PSA nadir: 1.1 ng/mL, záró PSA: 4.6 ng/mL.

10. év 10. hó Deréktáji fájdalom és gyorsan romló kétoldali alsóvégtagi gyengeség miatt sürgősséggel vettük fel osztályunkra. Háti gerinc MRI a Th.VI. magasságában myelon compressiot okozó lágyrész metastasist, valamint a C.VII., Th.V. és VII. csigolyákban lyticus metastasist mutatott. Sürgős dehydráló és 30 Gy palliatív sugárkezelés mellett a paraparesis progressioja megállt, de járóképességét nem nyerte vissza. Kerekesszékekkel önállóan közlekedett. Neuroendocrin szérumszámok illetve szérumszámok ELFO nem volt kóros.

11-13. év 40 ciklus 2. vonal cabazitaxel kezelést kapott (ebből közbeeső 15 ciklust más intézményben). A cytostaticus kezelés mellett neurologiai deficitje fokozatosan megszűnt, kezdetben botal, majd segédeszköz nélkül járóképesé vált.

14. év 1. hó PSA: 4.1 ng/mL.

**Dg: Áttétes prosztata daganat**

**Kimenetel: Neurologiai deficit megszűnése cytostaticus kezelés mellett**

Az eset elsőre szembetűnő érdekessége a hosszú betegség kontroll másodvonal cytostaticus kezelés mellett. Ez nem a kezelőorvosok érdeme, hanem a betegség szerencsés érzékenysége a gyógyszer iránt.

A második, kevésbé szembetűnő érdekesség a neurologiai deficit regressioja. A kedvező fordulat nem a dehydráló- vagy a sugárkezelés alatt következett be, hanem a cytostaticus kezelés adása mellett, úgy, hogy a terápia megkezdésekor már két hónapja állt fenn a súlyos paresis. A beteg a cabazitaxelt nem is a bénulás megszüntetésének ígéretével kapta, hanem azzal a nehezen elfogadható lehetőséggel, hogy az életét meghosszabbíthatja, ám a fogyatékosága várhatóan meg fog maradni. A kedvező fordulat nyilván a gyógyszer hatásosságán múlt, de a beteg bizakodását és kitartását is dicséri.

## MOZAIK PROSZTATA DAGANAT

Kórelőzményében hypertonia, TIA, bal vállról neavus eltávolítás, hypacusis szerepel.

0. Dysuriás panaszok miatt végzett prosztatata biopszia malignitást igazolt (carcinoma neuroendocrines, grade 3, synaptophysin+, Ki67: 70%). MHK CT sub- és suprarenicus nyirokcsomó illetve multiplex pulmonalis és osteoplasticus metastasisokat mutatott.

1-5. hó 6 ciklus palliatív cisplatin-etoposid kezelést kapott. (Induló markerek: NSE: 9.4 µg/L, PSA: 16 ng/mL, záró markerek: NSE: 4.2 µg/L, PSA: 23.8 ng/mL)

6. hó MHK CT ossealis és nyirokcsomó progressiot véleményezett.

7-12. hó 7 ciklus 2. vonal palliatív docetaxel kezelést kapott. (Záró markerek: NSE: 14.4 µg/L, PSA: 12.9 ng/mL) LHRH agonista kezelés indult.

12. hó MHK CT partialis regressiot mutatott.

14-18. hó 6 ciklus 3. vonal carboplatin-etoposid kezelést kapott. (Záró markerek: NSE 4.9 µg/L, PSA 0.11 ng/mL)

19. hó MHK CT a retroperitonealis és mediastinalis lymphadenomegalia valamint a pulmonalis metastasisok remissioját mutatta.

2-3. év Félévente végzett kontroll MHK CT vizsgálatok stabilitást mutattak. Markerek lassan emelkedtek. (NSE 4.2-11.6 µg/L, PSA 0.05-2.5 ng/mL)

46. hó MHK CT a perirectalis zsírszövetben növekvő lágyrész képletet ábrázolt. A korábban leírt metastaticus elváltozások nem változtak. (NSE: 11.8 µg/L, PSA: 6.3 ng/mL)

47. hó PSMA PET CT a bal vesicula seminalisban és a periprostaticus zsírszövetben írt le fokozott dúsítást. Távoli metastasist nem mutatott.

49-51. hó 74 Gy foton irradiatiót kapott a prosztatára. (Záró markerek: NSE: 14.4 µg/L, PSA: 5.2 ng/mL)

57. hó Kontroll MHK CT kétoldali parailiacalis nyirokcsomó megnagyobbodást, elszórta pulmonalis gókok megjelenését mutatta. (NSE: 14.3 µg/L, PSA: 27 ng/mL)

57. hó Másodvonal hormongátló kezelést kezdtünk, amit kérésére a kezeléssel párhuzamosan észlelt, de sem a gyógyszernek, sem a daganatnak nem tulajdonítható panaszok miatt két hónap után abbahagytunk. Ezután onkológiai gondozásra nem jelentkezett. Urológiai gondozásra további fél évig járt.

## **Dg: Mozaik prosztatata daganat**

### **Kimenetel: Ötéves túlélés**

A neuroendokrin prosztatata daganatot ritka és rossz prognózisú betegségnek tartják. Egy három éves prospektív felmérésünkben előfordulását az irodalmi adatokhoz képest ötvenszer gyakoribbnak találtuk. Néhány esetben a várakozáshoz képest több éves túlélést tapasztaltunk.

A kedvező prognózisú betegeknek kevert neuroendocrin/adenocarcinoma daganata volt. A marker kinetika alapján váltott daganatgátló kezelést lehet nekik adni, mindig az aktuálisan progrediáló szövettani komponens szerint. Előfordult, hogy nemcsak cytostaticus, hanem másodvonal hormongátló szert is adtunk. Ebben az esetben ez utóbbi ugyan nem bizonyult sikeresnek, de az alternáló terápiás lehetőséget és a hosszú túlélést jól szemlélteti.

Neuroendocrine cancer of the prostate. Pathol Oncol Res. 2019.

## HERE DAGANAT

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. Évek óta növekvő jobboldali here daganat miatt semicastratiót végeztek (Seminoma, preop. markerek:  $\beta$ -hCG: 207.2 mIU/mL, AFP: 1.5 ng/mL). MHK CT nagyméretű, az aortát és a VCI-t komprimáló subphrenicus és a VCS-t komprimáló supraphrenicus nyirokcsomó konglomeratumokat, multiplex pulmonalis, soliter L.II. ossealis metastasist írt le. Koponya CT cerebralis metastasist nem mutatott.

0-2. hó 3 ciklus BEP kezelést kapott. (Az utolsó ciklust a kialakult ACC thrombosis miatt csak 80% dózisban, a bleomycinek nélkül kapta meg. Záró markerek:  $\beta$ -hCG<2 mIU/mL, AFP: 8.1 ng/mL)

2. hó 10. nap Jobboldali hemiparesis, aphasia miatt végzett koponya MRI acut ischaemiás stroke-ot véleményezett.

2. hó 12. nap Nyaki Duplex UH a bal ACC-ban 35 mm hosszúságú, 80% stenosiszt okozó lágy plakkot mutatott.

2. hó 13. nap A paresis súlyosságának hullámozása miatt végzett kontroll neurológiai vizsgálat és nyaki Duplex UH a bal ACC ismert plakkján lebegő thrombust mutatott.

2. hó 15. nap Angiographiát követően thrombectomiát és endarterectomiát végeztek. A beavatkozást követően neurológiai deficitje gyorsan csökkent, néhány hét alatt teljesen megszűnt.

3. hó MHK CT időarányos partialis regressiót mutatott.  $\beta$ -hCG<2 mIU/mL

4. hó MHK CT csaknem komplett radiológiai remissiót mutatott.

2-5. év Hasi UH és MRTG recidivát nem mutatott.  $\beta$ -hCG<2 mIU/mL.

**Dg: Npl testis**

**Stroke**

**Kimenetel: Gyógyulás**

**Teljes funkcionális regressio**

A történetben egy fordulópont és több érzékeny döntési helyzet van. A fordulópont nyilván az egy nap eltéréssel végzett második nyaki Duplex UH vizsgálat volt, ami a második vizsgáló klinikusi érzékenységének és alaposágának köszönhetően a minden bizonnyal már korábban is jelenlévő lebegő thrombust kimutatta. Enélkül a kezelés alatt bekövetkezett stroke akár fatalis kimenetelű is lehetett volna. A maximális ellátást távollétemben kiharcoló onkológus kollégámnak és a jószemű neurológusnak nem tudok elég hálás lenni.

A BEP protokoll stroke lezajlását követő késleltetett komplettálásáról lemondunk, vállalva a rizikót, hogy recidiva esetén a teljes kezelést újra kell kezdeni. A cytostaticus kezelés mellett a nagyér compressiot okozó nyirokcsomó áttétek miatt LMWH profilaxist alkalmaztunk, ami nem bizonyult elegendőnek az artériás thromboembolia kivédésére.

A páciens középkorú dohányos úr. A nyaki artériás thrombosis nem feltétlenül a daganat vagy a kezelés szövődményeként alakult ki.

## RECIDIV HERE DAGANAT

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. Baloldali here tumor miatt semicastratiot végeztek (Seminoma, rete testis infiltratioval. Preop markerek negatívak.) MHK CT 4 cm-es retroperitonealis nyirokcsomó conglomeratumot mutatott.

0-2. hó 3 ciklus BEP kezelést kapott. Záró légzésfunkciós vizsgálat kóros eltérést nem mutatott.

3. hó Kontroll MHK CT komplett radiológiai remissiót mutatott.

17. hó Hasi UH két 2.5 cm-es paraaorticus nyirokcsomót ábrázolt. MRTG kóros eltérést nem mutatott.

18. hó MHK CT a retroperitonealis tumort 7 cm legnagyobb átmérőjűnek mérte.

19-23. hó 6 ciklus 2. vonal curativ VeIP kezelést kapott.

24. hó Kontroll MHK CT komplett radiológiai remissiót mutatott.

4. év A beteg a cisplatin kezelés mellékhatásának tartható alsóvégtagi neuropathiás panaszokon kívül panaszmentes.

**Dg: Recidiv seminoma**

**Kimenetel: Gyógyulás a 2. vonal kemoterápia mellett**

A here dagantok kezelését többen országos központi feladatkörnek tekintik. A regionális ellátásnak nyilván csak akkor van létjogosultsága, ha a kezelési eredmények nem rosszabbak a nagy centrumok eredményeinél. A sikeresen végzett másodvonalas kezelés egy jó minőségi indikátornak számít. Az esetleges szövődmények gyors ellátási képességében viszont egy regionális intézet még előnyt is jelenthet. Erre mutatott példát az előző eset.

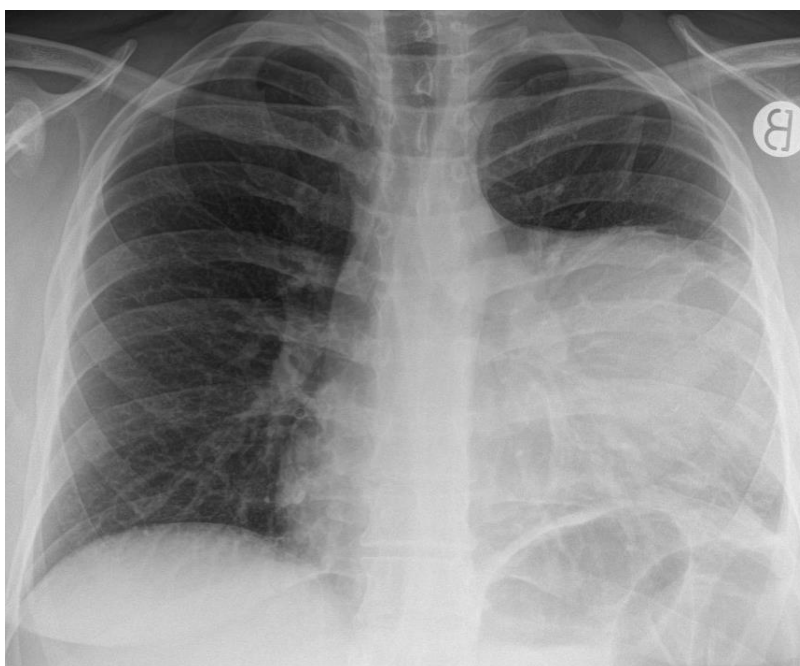


## MEDIASTINALIS CSÍRASEJTES DAGANAT

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. Hirtelen kezdődő mellkasi fájdalom miatt végzett mellkas CT 11 cm átmérőjű mediastinalis térfoglalást mutatott. Célzott biopszia szövettani vizsgálata szikzacskó tumort igazolt (AFP+, Ki67: 80%).

1-5. hó 4 ciklus BEP és 2 ciklus EP kezelést kapott (Induló AFP>1000, záró AFP 46 ng/mL, kontroll légzésfunkciós vizsgálat restrictív eltérést nem mutatott).



A mediastinalis tumor a kezelés megkezdésekor.

## **Dg: Mediastinalis csírasejtes tumor**

### **Kimenettel: Gyógyulás**

5. hó Kontroll mellkas CT partialis regressiot ábrázolt.

6. hó Bal axillaris thoracotomiából tumor exstirpatio történt (yolk sac tumor, AFP: 6 ng/mL).

7. hó Kontroll mellkas CT recidiv tumort nem ábrázolt. Jobboldali pulmonalis emboliát mutatott. Lege artis anticoagulans kezelésben részesült.

1-4. év Kontroll mellkas CT, majd Mrtg localis recidivát vagy metastasist nem mutatott. AFP emelkedést nem észleltünk.

Az extragonadalis elhelyezkedésű csírasejtes daganatok ritkák, kivizsgálásuk sokszor elhúzódik. A diagnózis kulcsa a serum tumor markerek meghatározása. A késlekedés nem szerencsés, hiszen igen gyorsan növekvő daganatokról van szó, ezért a curativitást kockáztatja.

A BEP kezelés hossza az IGCCCG prognosztikai csoport alapján 3 vagy 4 ciklus. Előfordul azonban, mint ebben az esetben is, hogy a negyedik ciklus végére nem normalizálódik a tumor marker, ami arra utal, hogy még viabilis sejtek vannak a tumor masszában. A kezelést ezért egészítettük ki további két EP ciklussal. (A bleomycin 4 cikluson túli adása túlzottan növelné a tüdő fibrosis kockázatát.) Fontos, hogy a műtét az utolsó kemoterápiát követően négy héttel történt. Korábbi ütemezés a cytopenia kockázata, későbbi ütemezés a tumor kontroll alól történő kicsúszása miatt nem szerencsés.

## VILÁGOSSEJTES VESE DAGANAT

Kórelőzményében obesitas, hypertonia, paroxysmalis pitvarfibrillatio, appendectomia, jobb könyök műtét, baloldali vesekőzúzás, baloldali hypacusis, depresszió szerepel.

0. Rutin hasi UH során észlelt baloldali vese tumor miatt laparoscopos nephrectomia történt. (Világossejtes veserák, Fuhrman grade 2) Hasi aorta aneurysmát is észleltek.

2. hó Mellkas CT távoli metastasist nem mutatott.

8. hó MHK CT a veseágyban és paraaorticusan megnagyobbodott nyirokcsomókat mutatott.

9. hó Laparoscopos nyirokcsomó eltávolítás történt. (Világossejtes veserák metastasisa mind a két nyirokcsomóban)

1. év MHK CT recidivát nem mutatott.

1. év 6. hó MHK CT két megnagyobbodott jobboldali mediastinalis nyirokcsomót ábrázolt, valamint a hasi aorta aneurysma növekedését írta le.

1. év 7. hó VATS nyirokcsomó eltávolítás történt. (Világossejtes veserák áttéte)

2. év Ismételt VATS nyirokcsomó eltávolítás történt. (Világossejtes veserák áttétei)

2. év 4. hó Thoracothomiából nyirokcsomó eltávolítás történt. (Világossejtes veserák áttéte)

3. év MHK CT a felső mediastinumban és a jobb hilusban metastaticus jellegű nyirokcsomók növekedését (33, valamint 28 és 13 mm) mutatta. A jobb felső lebenyben egy 8 mm-es nodulus megjelenését írta le. A hasi aorta aneurysmát stabilnak ítélte (5.5 cm).

3. év 1. hó-4. év 4. hó Sunitinib kezelést kapott.

3. év 3. hó Pitvari flutter miatt a sunitinib kezelést átmenetileg szüneteltettük.

3. év 6. hó MHK CT onkológiai stabilitást mutatott. Az ismert aorta aneurysma kisméretű progressióját, benne thrombus és kisméretű dissectio megjelenését ábrázolta. Érsebészeti szakvizsgálat interventiot nem tartott szükségesnek.

4. év 4. hó Pancytopenia háttérében gyógyszer toxicitást gyanítottunk. 6E VVT conc. transfusiot kapott. Labor leletei a sunitinib elhagyása mellett rendeződtek.

4. év 5. hó MHK CT a jobb tüdőben köteges rajzolatfokozódást ábrázolt, lymphangitis carcinomatosa gyanúját vetette fel.

4. év 6. hó-6. év 20 ciklus 2. vonal nivolumab kezelést kapott.

4. év 10. hó MHK CT a jobb tüdőben a lymphangitis carcinomatosa szanálódását, valamint a mediastinalis és jobb hilusi lymphadenomegalia regressióját mutatta. A hasi aorta aneurysma további kismértékű progressióját írta le.

5. év 2. hó MHK CT stabilitást mutatott. A hasi aorta aneurysma növekedését írta le.

5. év 5. hó Növekvő aorta aneurysma miatt aorto-biiliacalis stentgraft implantációt végeztek.

5. év 6. hó MHK CT onkológiai stabilitást mutatott. Az aorta aneurysmán belül jó helyzetben ábrázolta a stent graftot.

5. év 7. hó Erős hasi fájdalom miatt maior analgeticus kezelést vezetünk be. Ismételt CT sem az aneurysma komplikációját sem daganatos progressiót nem mutatott. Fájdalmait végül a stent grafttal hoztuk összefüggésbe. A hospitalisatio során egy perifériás branül okozta szepszis miatt antibiotikus kezelést kapott.

**Dg: Npl renis**  
**Aorta aneurysma**

**Kimenetel: Többéves túlélés metastasectomiák és két vonal szisztémás kezelés mellett**  
**Stentgraft implantatio**

A vese daganatok viselkedésében nagy variációk vannak. Lassan növekedő oligometastaticus esetekben a szisztémás kezelés késleltetése és (ismételt) metastasectomia növelheti a túlélést. A bemutatott esetben a daganat az angiogenesis gátló- és az immun stimulans kezelésre is jól reagált. Ez nem a kezelőorvos érdeme.

A szisztémás kezelés jó eredményéhez minden esetre hozzájárult a megfelelő mellékhatás menedzsment és a társbetegségnek számító és rupturával fenyegető hasi aorta aneurysma műtéti megoldásának kiharcolása is.

Másfél éves nivolumab kezelés mellett a daganat partialis remissióban van.

## PAPILLARIS VESE DAGANAT

Kórelőzményében tonsillectomia, hypertonia, myocardialis infarctus, baloldali a. centralis retinae thrombosis miatt féloldali látásvesztés, COPD, jobboldali vesedaganat miatt hat évvel korábban nephrectomia (papillaris carcinoma) szerepel.

0. Haskőrfogat növekedés miatt végzett MHK CT jelentős ascitest ábrázolt, multiplex peritonealis és hepaticus metastasisok gyanúját vetette fel. Primer tumort nem ábrázolt.

1. hó Egy peritoneális gócból vett célzott biopsia szövettani vizsgálata papillaris vesesejtes tumor metastasist véleményezett.

2. hó Cabozantinib kezelést kezdtünk.

5. hó MHK CT az ascites és a multiplex peritonealis metastasisok 40%-os regressióját mutatta.

9. hó MHK CT stabilitást mutatott.

11. hó Kétszer történt ascites lebocsájtás.

12. hó MHK CT peritonealis, hepaticus és ossealis progressiot mutatott.

**Dg: Npl renis**

**Kimenetel: Egy éves remissio daganatgátló kezelés mellett**

A világossejtes vese daganatra kifejlesztett és széles körben elterjedt gyógyszerek a papillaris vesesejtes daganatok növekedését nem gátolják.

Két éve érhető el hazánkban is a cabozantinib, ami papillaris daganatok növekedését is képes gátolni. Biztosítottuk a betegnek a hatásos kezelést. Az egy év után bekövetkezett progressiot követően más gyógyszerrel viszont nem próbálkoztunk. A helyzetet a beteg maga is elfogadta. A palliativ kezelésről komfortkezelésre tértünk át.

## ÁTTÉTES HÓLYAG DAGANAT

Kórelőzményében tonsillectomia, bal térd meniscectomia, kétoldali térdprotézis beültetés szerepel. 9 éve G3, pT1 hólyag tumor miatt laparotomiából hólyagfal resectio történt. Három éves utánkövetéssel recidivát nem észleltek. Az urológiai gondozás ezután megszakadt.

0. Haematuria miatt végzett cystoscopya hólyag daganatot igazolt, TUR történt (carcinoma urotheriale, grade 3, pT2). MHK CT környezeti infiltratiót, távoli áttétet nem ábrázolt.

2-6. hó 5 ciklus inductios gemcitabin-cisplatin kezelést kapott. Közben jobboldali poplitealis thrombosisa alakult ki. Lege artis anticoagulans kezelést kapott.

7. hó Cystoprostatectomiát és Bricker felhelyezést végeztek.

14. hó Kontroll MHK CT jelentős baloldali vese üregrendszeri tágulatot, valamint az aorta bal oldalán 12 mm-es paraaorticus nyirokcsomókat ábrázolt. Kreatinin 165  $\mu\text{mol/l}$ .

18. hó Kontroll MHK CT a retroperitonealis lymphadenomegalia progressióját mutatta. Más localisatióban metastasist nem írt le.

20-30. hó 11 ciklus atezolizumab kezelést kapott.

23. hó Kontroll MHK CT a retroperitonealis lymphadenomegalia partialis regressióját mutatta. A paraaorticus nyirokrégióra 36 Gy sugárkezelést kapott immuno-radioterápia keretében.

**Dg: Metastaticus hólyag daganat**

**Kimenetel: Évek óta tartó komplett radiológiai remissio**

27. hó Kontroll MHK CT komplett radiológiai remissiot mutatott.

31. hó Hasmenés és epigastriális fájdalom miatt kezdeményezett gastroscopia ventriculo-duodenalis ulcusokat mutatott. Autoimmun entero-colitis vélelmével immun checkpoint inhibitor kezelését felfüggesztettük, szteroid kezelést kezdtünk.

3-5. év Kontroll MHK CT vizsgálatok továbbra is komplett radiológiai remissiot mutattak. A szteroid kezelés mellett panaszmentessé vált, ezért azt fokozatosan leépítettük. Az immun checkpoint inhibitor kezelést nem indítottuk újra.

Áttétes hólyag daganatos betegeknél az immunstimulans kezelések bevezetése előtt sem ilyen látványos terápiás választ, sem ilyen hosszú remissiot nem tapasztaltunk. Ráadásul a remissio a kezelés leállítását követően tartósan is megmaradt. Hasonló eredményeket értünk el pembrolizumabbal is. A concomitans sugárkezelés az immunstimulans kezelés elején alacsony betegszámunk mellett is potencírozó hatásúnak tűnik, ezért alkalmazását javasoljuk.

Az első hólyag daganat eltávolítását követően az urológiai gondozás hosszabb időre történő kiterjesztése lett volna kívánatos. A második hólyag daganat primer cytostaticus kezelése 4-6 ciklus lehet, attól függően, hogy mikorra sikerül műtéti előjegyzést biztosítani. Az elsődleges szempont, hogy az utolsó infúziótól számítva négy hét múlva kerüljön sor a műtetre. Tekintettel a nagy műtét programba illesztésének nehézségére, a primer szisztémás kezelés hosszát célszerű a műtéti időponthoz igazítani.

Immunterápia a húgyhólyag daganatok kezelésében. Medical Tribune. 2018.



## SYNCHRON HÓLYAG ÉS TÜDŐ DAGANAT

Kórelőzményében 2. diabetes mellitus, vascularis eredetűnek tartott myelopathia, következményes paraplegia, hypacusis szerepel.

0. Haematuria miatt végzett cystoscopia hólyag tumort igazolt. TUR történt. (Carcinoma planocellulare keratoides, grade 3)

1. hó MHK CT mérsékelt környezeti infiltratiót okozó hólyagfal megvastagodást írt le. Ezen kívül a jobb felső tüdőlebenyben egy 32 mm átmérőjű synchron primer tüdő tumort is detectált (adenocarcinoma CK7+, TTF1+, a biopsziát követő PTX miatt mellkasi drainage történt).

2. hó PET CT az ismert hólyag és jobb felsőlebenyi tüdő elváltozáson kívül más malignitásra gyanús elváltozást nem ábrázolt.

2-6. hó 6 ciklus indukciós gemcitabin-cisplatin kemoterápiát kapott.

6. hó MHK CT távoli áttétet nem mutatott. A pulmonalis laesiot stabilnak ábrázolta.

7. hó Laparoscopos radikális cystectomiát és uretero-ileo-cutaneostomiát végeztek. (urothelialis carcinoma, grade 3, elszarusodó laphám carcinoma góccokkal, pT2, 0N+/30N, R0).

10. hó Kontroll MHK CT a pulmonalis tumor méretbeli stabilitását mutatta. A máj jobb lebenyében új megjelenésűnek minősített laesiokat írt le.

A máj elváltozások tisztázására kért radiológiai másodvélemény alapján a két korábbi CT illetve a PET CT vizsgálat képanyagán változatlanul látható volt a máj 7/8 szegmentumában egy 1 cm-es cystára utaló nem halmozó körülírt hypodens képlet és a jobb lebenyben centrálisan egy 16 mm-es bizonytalanul körülhatárolt érdemi halmozást nem mutató hypodens képlet. A PET CT vizsgálattal a gócban kóros dúsítás nem mutatkozott. A máj kontroll ultrahang vizsgálatán a jobb lebenyben centralisan egy 16 mm-es, körülírt echodús képlet volt látható, amely haemangiomának megfelelt. A jobb lebeny rekeszi felszíne alatt lévő cystára utaló góc nem volt látótérbe hozható. Összegezve a kérdéses dignitású máj gócot méretbeli változatlansága és a negatív PET CT eredmény alapján benignus természetűnek, legvalószínűbben haemangiomának tartottuk.

10. hó Jobb felső lebenyi tüdő daganat miatt VATS lobectomiát végeztek, hatmezős lymphadenectomiával (adenocarcinoma, grade 1, ypT1N0, 0N+/24N, R0).

1-4. év MHK CT localis recidivát, távoli metastasist nem mutatott.

**Dg: Npl. vesicae urinariae et npl. pulmonis I.d.**

**Kimenetel: Gyógyulás mindkét daganatból. Jelentős életminőség javulás.**

A myelopathiás beteg hólyag daganata feltételezhetően összefügg a rendszeres önkátéterezéssel és a szövődményes húgyúti fertőzésekkel. Onkológiai kezelését paraplegiája miatt könnyen elutasíthatták volna. A primer szisztémás kezelés mindkét daganatra aktív volt. A kezelés során megőrzött általános állapot a műtétek kedvező toleranciájára vonatkozóan is reménykeltő volt. Mindkét daganat eltávolítását követően a Bricker stomának köszönhetően életminősége még javult is a műtéteket megelőző helyzethez képest.

Az összetett kezelés végigvitelében férje segítsége meghatározó volt.

## KISSEJTESNEK TARTOTT TÜDŐDAGANAT

Kórelőzményében hypertonia, gyomorfekély miatt Billroth II. resectio, Dupuytren kontraktura, jobboldali csípő TEP implantatio szerepel.

0. Mellkas CT a jobb felső lebenyben egy 32 mm-es lágyrészárnyékot és azonos oldali hilusi és mediastinalis lymphadneomegaliát mutatott.

1. hó PET CT a jobb felső lebenyi 35 mm-es elváltozást intenzív halmozással mutatta (SUVmax: 8.4 g/ml). Ezen kívül a bal hilusban is ábrázolt egy fokozottan halmozó területet (SUVmax: 4.4 g/ml), amit azonban nem tartott metastaticus természetűnek. A jobb hilusban és a mediastinumban megnagyobbodott vagy halmozó nyirokcsomót nem írt le. Távoli metastasisra jellemző farmakon dúsulást sem mutatott.

2. hó Rebiopsia szövettani vizsgálata malignitást igazolt. (kissejtes carcinoma, TTF1+, ChgA+)

4. hó A kezelés megkezdésének késlekedése miatt irányították kórházunkba. Restaging MHK CT a jobb felső lebenyi elváltozást 34 mm-nek mutatta. Nyirokcsomó megnagyobbodást, áttétet nem írt le.

**Dg: Npl pulmonis I.d.**

**Kimenetel: Komplet remissio**

4-6. hó 4 ciklus cisplatin-etoposid cytostaticus kezelést kapott.

6. hó MHK CT jó partialis regressiot mutatott, a jobb felső lebenyi elváltozást 8 mm-nek mérte. Nyirokcsomó megnagyobbodást, áttétet nem írt le.

7. hó Jobb felsőlebenyi VATS lobectomia történt (patológiai komplett remissio).

16. hó Kontroll MHK CT recidivát nem mutatott.

Visszatekintve nehezen hihető a tüdő biopsiából mondott kissejtes tüdődaganat diagnózis. Ez a típusú daganat ugyanis gyorsabb növekedést szokott mutatni, bár a cytostaticus kezelésre adott jó válasz mellette szólhat. Az első kezelő csoportnak nyilván a mediastinalis nyirokcsomó érintettség értelmezése jelentett gondot a kezelési terv felállításában. Ellenoldali mediastinalis nyirokcsomó érintettség esetén palliatív, kizárólag azonos oldali nyirokcsomó érintettség esetén curatív kezelés jött volna szóba. Tekintettel azonban a homolateralis nyirokcsomók farmakon halmozásának hiányára, az ellenoldalon mérsékelten halmozó nyirokcsomót gyulladásos és nem daganatos természetűnek lehetett tartani. Ez a feltevés, és a sürgősen megkezdett cytostaticus kezelés volt az ellátás sikerének a kulcsa.

A gondozásra a lakhelyéhez közelebb eső és a kivizsgálást végző kórházba irányítottuk vissza.

## LOKOREGIONALISAN KITERJEDT GYOMOR DAGANAT

Kórelőzményében hypertonia, appendectomia, hydrokelectomia, inferior myocardialis infarctus miatt RCA és LAD PCI szerepel.

0. Emésztési panaszok miatt végzett MHK CT gyomor daganatot ábrázolt. Távoli metastasist nem írt le. Gastroscopia prepyloricus tumort igazolt (shigillocellularis carcinoma).

1-2. hó 4 ciklus preoperativ FLOT kezelést kapott.

3. hó Billroth II gyomor resectiot végeztek (shigillocellularis carcinoma, pT4N2, R0)

4. hó 2 ciklus postoperativ FLOT kezelést kapott. A kezelést gyenge tolerancia miatt felfüggesztettük.

10. hó MHK CT localis recidivát, metastasist nem ábrázolt.

11. hó Hasfali reconstructiot, és jobboldali lágyéksérv plasztikát végeztek.

1-5. év MHK CT localis recidivát, metastasist nem ábrázolt.

**Dg: Gyomor daganat**

**Kimenetel: Gyógyulás**

A kezelést a FLOT protokoll referencia közleménye megjelenésének évében végeztük. A kezelés a magyar finanszírozási protokollban nem szerepel. Tekintettel arra, hogy minden komponensének lejárt már a szabadalma, céges promócióra sem lehet számítani.

Pedig tapasztalataink szerint ez a perioperatív kezelés lényegesen javította a gyomordaganatos betegek prognózisát. Korábban ebből a betegségből gyógyulást alig láttunk. A FLOT protokoll bevezetése óta nem számít ritkaságnak, ha valaki meggyógyul loco-regionalisan kiterjedt gyomor daganatából.

## HER2+ ÁTTÉTES GYOMOR DAGANAT

Kórelőzményében cholecystectomy, hypertonia, hyperthyreosis szerepel.

0. Fogyás, hasi panaszok háttérében felfedezett gyomortumor miatt egy másik kórházban subtotalis gyomorresectiot végeztek (adenoc. pT4apN3a). 2 ciklus postoperatív ECF protokoll szerinti kezelést kapott, amelyet romló vesefunkció miatt felfüggesztettek.

6. hó MHK CT egy paraaorticus nyirokcsomó és multiplex hepaticus metastasisokat ábrázolt.

6. hó Kórházunkban 2 ciklus palliatív FLOT kezelést kapott.

7-19. hó HER2+ IHC eredmény megérkezése alapján 6 ciklus carboplatin-5FU-trastuzumab, majd 11 ciklus fenntartó trastuzumab kezelést kapott. MHK CT komplett radiológiai remissiót mutatott.

24. hó MHK CT jelentős környezeti infiltrációt okozó localis recidivát és multiplex hepaticus metastasisokat ábrázolt.

25-30. hó 6 ciklus 5FU-trastuzumab reinductiót kapott.

31. hó Bár kontroll MHK CT regressiót mutatott, a recidiv gyomor daganatból származtatott okkult vérzést és transfúziót igénylő anaemiát klinikai progressionak tartottuk. Növekedési faktor gátló kezelését befejeztük.

32. hó 30 Gy sugárkezelést kapott a gyomorra vérzéscsillapító céllal.

36. hó Tumoros cachexia tünetei között elhunyt

## **Dg: HER2+ gyomor daganat**

### **Kimenetel: Két évvel meghosszabbodott túlélés**

A klinikai onkológiában jelenleg a szerv specifikus terápiaválasztásról a driver genetikai eltérés alapú terápiaválasztásra való fokozatos áttérés idejét éljük. A genetikai eltérések aránylag ritkák, viszont előfordulásuk esetén jelentős klinikai előnyt nyújthatnak, amennyiben a kezelést hozzájuk szabjuk.

Ebben az esetben a driver eltérés, a HER2 amplificatio tesztelése az első kórházban elmaradt. A beteg a kórházcserével jól járt.

A másik véglet, amikor egy betegnél több tucat vagy akár több száz genetikai eltérést is tesztelnek valamilyen array módszerrel, aránylag magas áron. Ráadásul ezekből a széleskörű vizsgálatokból gyakran haszontalan terápiás javaslatok születnek.

Meglátásom szerint szervenként kialakított diagnosztikus panelek használata volna a megfelelő középút, ami egyrészt kiküszöbölné egy vizsgálat elmaradásának lehetőségét, másrészt kivédné a túlköltséget. A panelek természetesen karban tarthatók volnának a kutatási eredményeknek köszönhetően bővülő terápiás lehetőségeknek megfelelően.



## ÁTTÉTES VASTAGBÉL DAGANAT

Kórelőzményében tonsillectomia, rheumás láz, aorta és mitralis insufficiencia miatt mindkét pozícióban mechanikus műbillentyű beültetés, krónikus pitvarfibrillatio szerepel.

0. Véres széklet miatt végzett colonosopia az anustól 15 cm-re rectosigmoidealis tumort észlelt (adenocarcinoma, grade 3, RAS vad). Hasi UH a máj 5. segmentumában metastasis gyanúját vetette fel, amit MHK CT nem erősített meg.

1. hó Rectosigmoidealis tumor miatt laparoscopos recto-sigmoidealis resectiot végeztek (adenocarcinoma, grade 2, pT4a, 1N+/9N, Dukes C2)

3. hó Kontroll MHK CT a máj 5. segmentumában észlelt elváltozás növekedését mutatta, 2 cm-ről 2.5 cm-re. PET CT az elváltozás hyperfixatioját mutatta. Más helyen metastasisra gyanús eltérést nem írt le.

4-5. hó 3 ciklus preoperativ FOLFOX kezelést kapott.

5. hó MHK CT a soliter máj metastasis regressioját mutatta.

6. hó Jobboldali hepatolobectomiát végeztek (colorectalis típusú adenocarcinoma metastasis, R0).

7. hó Transthoracalis echocardiographia alapján a perioperativ időszakban hosszasan alkalmazott LMWH kezelés mellett nem alakult ki műbillentyű thrombosis.

7-11. hó 12 ciklus adjuvans FOLFOX kezelést kapott.

12. hó MHK CT komplett radiológiai remissiot mutatott. Coecumig végzett colonosopia kóros elváltozást nem észlelt.

18. hó MHK CT localis recidivát és távoli metastatisit nem ábrázolt.

21. hó Egy hónapja fokozódó passage zavar miatt végzett MHK CT kismedencei térfoglaló lágyrészképletet, valamint kétoldali vese üregrendszeri pangást ábrázolt. A kismedencei teriméből vett biopsziás minta szövettani vizsgálata colorectalis carcinoma metastasisit véleményezett. Jobboldali TRD behelyezés történt.

22. hó Subileus klinikai képe miatt sürgősséggel FOLFIRI kezelést kezdtünk.

24. hó Bár a 6 ciklus FOLFIRI mellett passage-a rendeződött, kontroll MHK CT a kismedencei terime növekedését és kisméretű multiplex pulmonalis metastasisok megjelenését mutatta. Tumor markerei emelkedtek. Erbitux-FOLFIRI kezelést kezdtünk. Az Erbitux adása mellett keringésmegingással járó allergiás reakció zajlott.

25-28. hó 6 ciklus Vectibix-FOLFIRI kezelést kapott.

29. hó Kontroll MHK CT a kismedencei recidiva és a pulmonális metastasisok progressióját mutatta. Palliatív daganatgátló kezelését befejeztük.

30. hó Obstructiv pyelonephritis miatt baloldali TRD-t helyeztek fel.

31. hó Mechanikus ileus és vékonybél perforatio miatt suturát és kétnyílású anus transversus felhelyezést végeztek.

37. hó Tumoros cachexia tünetei között osztályunkon elhunyt.

### **Dg: Npl rectosigmoidealis, metastasis hepatis solitarius**

#### **Kimenettel: Hároméves, átlagos túlélés átlagnál komplikáltabb társbetegségek mellett**

Az ileus műtétről osztályunkra visszatérve szinte közömbösen csak annyit mondott, hogy „doktor úr már harmadszor mentette meg az életem”. Apró figyelmesség egy betegről, aki tisztában volt vele, hogy betegsége végzetes lesz. A komfortkezelés alatt bekövetkezett ileus műtéti megoldása minden esetre megalapozottnak bizonyult, hiszen további hat hónap túlélést biztosított.

Meglátásom szerint az onkológusnak nemcsak az a feladata, hogy daganatgátló kezeléseket biztosítson betegeinek, hanem az is, hogy a kezeléseik közben akár a daganat növekedéséből, akár a gyógyszerek mellékhatásaitól, akár más betegségek kialakulásától származó szövődményekeken is átsegítse betegeit. Persze ezeknek a komplikációknak az elhárítására kérhet minden esetben szakorvosi konzíliumokat, de ez lényegesen körülményesebb, tapasztalatom szerint nem mindig célravezető, és a beteg bizalmát kevésbé erősíti.

Az a beteg, aki úgy érzi, háromszor segítette át valaki különböző nehéz szakaszokon, mindent el fog fogadni az orvosától.

(Megjegyzés: Bár a bevacizumabot konszenzusos döntéssel a pitvarfibrillatio és a műbillentyűk miatt beállított anticoagulans kezelésre való tekintettel nem alkalmaztuk, magam nem tartottam volna abszolút ellenjavalltnak.)

## PRIMER PERITONEALIS CARCINOMA

Kórelőzményében hypertonia, appendectomia, tonsillectomia, kétoldali arcüreg műtét, jobb orbita traumás törése, myoma miatt hysterectomia szerepel. 20 éve jobboldali emlő daganat miatt sectorectomia és ABD történt (CLI, 10 mm, ER+, PR+, Ki67: 5%, 0N+/8N, multiplex in situ lobularis cc.), 50 Gy postoperatív irradiációban részesült és öt évig adjuvans hormongátló kezelést kapott. 10 éve ileus kapcsán felfedezett sigma tumor miatt sigma resectiot végeztek (adenoc., 2 cm, Ki67: 70%, 0N+/0N), 12 ciklus adjuvans de Gramont kezelést kapott.

0. Rutin hasi UH a kismedencében jobb oldalon egy 7 cm átmérőjű, részben cystosus képletet ábrázolt.

1. hó Kismedence MR jobb oldalon egy 9 cm átmérőjű, részben cystosus képletet és parailiacalis lymphadenomegaliát ábrázolt. PET CT a leletet megerősítette. A parailiacalis nyirokcsomókban hyperfixatiót nem ábrázolt.

3. hó Célzott biopsia szövettani vizsgálata malignitást igazolt (adenoc. CDX2+, CEA: 25 ng/mL, CA 19-9: 59 U/mL, CA 125: 94 U/mL).

4-10. hó 14 ciklus primer FOLFIRI kezelést kapott. Kontroll MHK CT a tumoros képlet legnagyobb átmérőjét 6.5 cm-nek mérte.

11. hó Tumor extirpációt, kétoldali adnexectomiát és a rectum falról a tumoros kitapadások excízióját végezték (vastagbél típusú adenoc, CK7-, CK20+).

12-16. hó 6 ciklus adjuvans FOLFOX kezelést kapott (CEA: 2 ng/mL, CA 19-9: 11.4 U/mL, CA 125: 12.8 U/mL)

23. hó MHK CT localis recidivát, távoli metastasist nem mutatott. Kismedence MR a cervix csomók jobb oldalán egy 7 mm átmérőjű területen mérsékelt diffúziógátlást észlelt. Az elváltozás dignitásának megítélését nem tette lehetővé.

**Dg: Primer peritonealis carcinoma**

**Kimenetel: Komplet radiológiai remissio**

27. hó MHK CT a korábban pontszerű tüdő gócok minimális növekedését, jobb oldalon két új pleuralis plakk megjelenését, a peritonealis kötegezetség fokozódását, a hasi zsírszövetben látott nodularis eltérések szám- és méretbeli progressióját mutatta.

27-30. hó 6 ciklus FOLFIRI-Bevacizumab kezelést kapott. Tumor markerei csökkenő tendenciát mutattak

A kórlefolyás, a szövettani eredmény és a tumor marker kinetika alapján az elváltozást vastagbél fenotípusú primer peritonealis carcinomának tartjuk. A betegnek ez a harmadik malignus betegsége. Jelentős terápiás rezervvel rendelkezik, bár a palliativ cytostaticus kezelés toleranciája nem könnyű.

## NYIROKCSOMÓ ÁTTÉTET ADÓ MERKEL-SEJTES CARCINOMA

Kórelőzményében jobb kéz két ujjpercének traumás amputációja, hypertonia, chronicus pitvarfibrillatio, köszvény szerepel.

0. Jobboldali inguinalis hajlatban gyorsan növekvő csomó észlelése miatt kezdődött kivizsgálása. (Három hónappal korábban végzett jobboldali inguinalis herniotomia során kóros képletet nem észleltek.) MHK CT jobboldali inguinalis, valamint parailiacalis lymphadenomegaliát ábrázolt. Sebészi biopsia szövettani vizsgálata Merkel-sejtes carcinomát véleményezett (CD56+, CK20+, Chromogranin A+).

2. hó Kontroll MHK CT az inguinalis (83 mm) és retroperitonealis (24 mm) nyirokcsomó conglomeratumok növekedését mutatta. 6 ciklus cisplatin-etoposid kezelést kapott.

8. hó Kontroll MHK CT partialis remissiot mutatott. (Az inguinalis régióban a korábban egybeolvadt nyirokcsomók elkülönültek. A legnagyobb 50 mm-es lett. Retroperitonealis nyirokcsomó megnagyobbodás nem mutatkozott.) Jobboldali inguinalis lymphadenectomia történt. (6 nyirokcsomóban metasztatikus neuroendocrin carcinoma, Chromogranin A+, Ki67>30%, az immunfenotípus megfelelt Merkel-sejtes carcinomának.)

12. hó Kontroll MHK CT a jobb arteria femoralis communis előtt, valamint a jobb arteria iliaca externa mellett egy-egy 28 mm-es recidivát ábrázolt. A jobb inguinalis és a parailiacalis régióban lévő recidív tumorokat eltávolították. (neuroendocrin tumorok, Chromogranin A+, Ki67: 60%, az immunfenotípus megfelelt Merkel-sejtes carcinomának.)

14. hó Jobboldali lábdagadás miatt kezdeményezett MHK CT a kismedence jobb oldalán ismét recidív tumort mutatott (65 mm).

## **Dg: Metastaticus Merkel-sejtes carcinoma**

### **Kimenetel: Gyógyulás**

14-15. hó 2 ciklus carboplatin-etoposid reinductiot, majd az inguinalis régióra 50 Gy irradiatiót kapott.

18. hó Kontroll MHK CT komplett radiológiai remissiót mutatott.

1-5. év Kontroll MHK CT recidivát nem mutatott.

A sugárkezelés befejezésétől számított öt év elteltével gyógyultnak nyilvánítottuk. További onkológiai gondozást nem tartottunk szükségesnek.

Az inguinalis localisatiojú Merkel-sejtes tumornak a parailiacalis nyirokcsomóra terjedése távoli áttétnek számít. A daganat a kissejtes neuroendocrin tumorok viselkedésének megfelelően gyorsan növekszik, és átmenetileg jól reagál cytostaticus kezelésre. Elsőként választandó kezelése a platina-etoposid kombináció. Teljes daganatmentesség elérése azonban csak lokális kezeléstől (műtét, illetve sugárterápia) remélhető. Ebben az esetben két műtét utáni relapsust követően sugárkezelés mellett alakult ki teljes és tartós remissio. A kezelés curativ értékének az is a feltétele volt, hogy más helyeken metastaticus szóródás nem alakult ki.

A páciens a tünetek jelentkezéséhez képest gyors orvoshoz fordulásnak köszönheti gyógyulását. Az első jelentkezéstől a kezelés megkezdéséig eltelt két hónap még így sem optimális. Általánosságban is jó volna egy hónapra szorítani az első észleléstől a kezelés megkezdéséig eltelt időt. A gyorsan növekvő daganatok esetében a szövettani eredmény sürgős beszerzése és a kezelés még korábbi megkezdése is indokolt lehet.

## MELLÉKPAJZSMIRIGY DAGANAT

Kórelőzményében benignus elváltozás miatt végzett jobb oldali emlőműtét, jobb oldali adnexectomia, polypectomia sigmae (adenoma tubulovillosum mérsékelt dysplasiával), jobboldali fronto-temporalis meningeoma eltávolítás, obesitas, 2. diabetes mellitus, krónikus veseelégtelenség szerepel.

Hét éve hypercalcaemia kivizsgálása keretében sestamibi SPECT vizsgálattal felfedezett baloldali mellékpajzsmirigy daganat miatt baloldali pajzsmirigy lobectomiát végeztek a mellékpajzsmirigyek eltávolításával (parathyreoid carcinoma, 32 mm, PTH+, TG-, TTF1-, MIB-1: 10%, R1, PTH: 1420 pg/mL). Onkológiai gondozásba került.

Hat éve flush jellegű panaszok jelentkeztek. Emelkedett chromogranin érték alapján octreotid kezelést kezdtek. A következő hat évben lényegében folyamatos octreotid kezelés alatt állt, amit olykor kedvező chromogranin érték birtokában három-három hónapra megszakítottak. Az octreotid kezelés alatti időszakokban egyértelmű tüneti javulást nem tapasztalt. Kezelőorvosa megítélése szerint azonban a kezelés subjektív javulást és a chromogranin szint normalizálódását eredményezte. (A Chromogranin A értékek a következőképpen alakultak: 3. év - 166.9 ng/mL, 4. év - 156.7 ng/mL, 66.8 ng/mL, 5. év - 255.8 ng/mL, 6. év - 35.4 ng/mL, 7. év - 65.9 ng/mL). PTH meghatározás a postoperatív időszak óta egyetlen egyszer mutatott a normál érték kétszeresét meghaladó eredményt, ezen kívül a követés első öt éve alatt mindig normál tartományban volt. Az utolsó két évben PTH meghatározás nem történt.

## **Dg: Szervre lokalizált parathyreoid carcinoma**

**Kimenetel: Az octreotid kezelés felfüggesztése mellett recidiva nem jelentkezett**

0. Hat évi kezelés után érkezett hozzám az ambulancián. A páciens kikérdezését és a leletek áttekintését követően megállapításaim a következők voltak:

1. Retrospectiven szervre lokalizált mellékpajzsmirigy carcinoma véleményezhető.
2. MEN1 szindróma a korábban végzett negatív octreoscan alapján kizárható. MEN2A és 2B szindróma hypertonia hiányában szintén kizárható. A betegség észlelésekor 50 év feletti kora a herediter szindrómák valószínűségének szintén ellentmondott.
3. Tekintettel a negatív friss nyaki lágyrész és mellkas CT leletre és az alacsony chromogranin eredményre az octreotid kezelés felfüggeszthető és a páciens gyógyultnak nyilvánítható. PTH meghatározás technikai okokból nem történt. TSH és calcium normál tartományban voltak. További onkológiai gondozása nem szükséges.

A konzultáció óta eltelt két évben recidiva nem jelentkezett. Más osztályról kezdeményezett mellékpajzsmirigy scintigraphia kóros halmozást nem mutatott.

Az onkológusok többé-kevésbé hozzászoknak, hogy rossz híreket közöljenek betegeikkel. A jó hír közlése időnként elmarad. Pedig a követésre vonatkozó szabályok betartása és gondos megfontolás alapján befejezett onkológiai gondozás a betegek számára a gyógyulás felszabadító érzését nyújtja.



## GLIOBLASTOMA

Kórelőzményében appendectomia, traumás boka- illetve koponyatörés miatti műtét, jobb térd meniscectomia, lumbalis discectomia szerepel.

0. Epilepsziás görcs miatt kezdett kivizsgálás baloldali parietalis elhelyezkedésű tumort igazolt. A daganat elhelyezkedése miatt műtéti megoldás nem jött szóba. Biopszia glioblastoma multiformét igazolt.

2-4. hó STUPP protokoll szerinti kezelést kapott.

5-29. hó Két éven át fenntartó temozolomid kezelést kapott. Koponya MRI komplett radiológiai remissiot, majd három éven át stabilitást mutatott.

5. év Kontroll koponya MR a bal oldali parieto-occipitális elváltozás stabilitása mellett subinsularisan egy 1 cm átmérőjű, a kontrasztot gócosan halmozó képlet megjelenését írta le. Két hónappal később végzett kontroll koponya MR a baloldali subinsularis laesio progressioját mutatta. Localis recidiva miatt 3 hónapig temozolomid reinductio történt.

65-68. hó Kontroll koponya MR a baloldali subinsularis elváltozás progressioját mutatta. 4 ciklus 2. vonal bevacizumab kezelést kapott.

69. hó Kontroll koponya MR a baloldali subinsularis elváltozás növekedését mutatta. További daganatgátló kezelési lehetőség hiányában a palliatív kezelésről komfortkezelésre tértünk át.

6. év Koponyaúri nyomásfokozódás jelei, ismétlődő epilepsziás görcsök és láz miatt sürgősséggel vettük fel osztályunkra. Koponya CT az ismert térfoglalás további progressioját mutatta. Agitált állapot miatt a komfort biztosítása céljából tartós sedatiót indítottunk. Emellett sem hányás, sem görcsök, sem láz nem ismétlődött. COVID járvány miatt a család jelenlétét biztosítani nem tudtuk. Osztályunkon tumoros cachexia tünetei között elhunyt.

## **Dg: Glioblastoma multiforme**

### **Kimenetel: Tartós remissiot követő 6 éves túlélés**

Inoperabilis glioblastoma szokatlanul hosszú remissióját észleltük. A per os cytostaticus kezelés fenntartásáról az Országos Idegsebészeti Intézettől kértünk útmutatást. Javaslatuk szerint a fenntartó temozolomid kezelés két év után abbahagyható. Amennyiben a recidiva két éven belül bekövetkezik, akkor temozolomid reinductionnak nincs értelme. Amennyiben a recidiva két éven túl jelentkezik, temozolomid reinductio megkísérelhető. Esetünkben a két évet meghaladó remissio után észlelt recidivát sem a temozolomid sem a bevacizumab nem tudta gátolni.

A tartós sedatio a komfortkezelés egy speciális, ritkán alkalmazott módszere. Legtöbbször más módon uralhatatlan agitáltság esetén használjuk. Testalkattól függően 0.5-2 mg/h midazolam folyamatos vénás infúziójával érhető el. A megfelelő dózist egyrészt a nyugodtság kialakulásának, másrészt a bradypnoe elkerülésének monitorozásával állíthatjuk be. A hozzátartozókat a mesterséges sedatio tényéről fel kell világosítani.

A COVID járvány idején a látogatást törvényi erővel korlátozták. Osztályunkon, amennyire lehetséges volt, legalább életvégi helyzetekben igyekeztünk biztosítani a hozzátartozók jelenlétét.

## MULTIPLEX AGYI ÁTTÉTEK

Kórelőzményében tonsillectomia, appendectomia, cholecystectomy, obesitas, hypertonia, depressio szerepel.

0. Kisebb trauma kapcsán jobb oldali mellkasfali cutan carcinosist okozó emlődaganatot fedezett fel. A biopszia szövettani vizsgálata pleiomorph, grade 3, tripla negatív adenocarcinomát igazolt. MHK CT kétoldali axillaris és supraclavicularis nyirokcsomó metastasisokat mutatott. A májban kóros eltérés nem ábrázolódott. A tüdőben lymphangitis carcinomatosára utaló eltéréseket írt le. Koponya CT 8 db 10-12 mm-es metastasist ábrázolt, amelyek mindkét hemispheriumot érintették.

1. hó 6 ciklus docetaxel-carboplatin kezelést kapott. A kezelés eredményessége kivételesen jó, de a tolerancia nehéz volt. A kemoterápia mellett a primer tumor szinte teljesen visszahúzódott, a cerebralis metastasisok komplett radiológiai remissióba kerültek. Ugyanakkor általános gyengeség és járási nehezítettség jelentkezett, gyakori elesésekkel, amelyet perifériás és sympaticus neuropathiával, orthostaticus hypotensioval magyaráztunk. Az interciklusokban a területileg illetékes kórház rehabilitációs osztályán kezelték, majd két hónapot otthonában töltött egyedül.

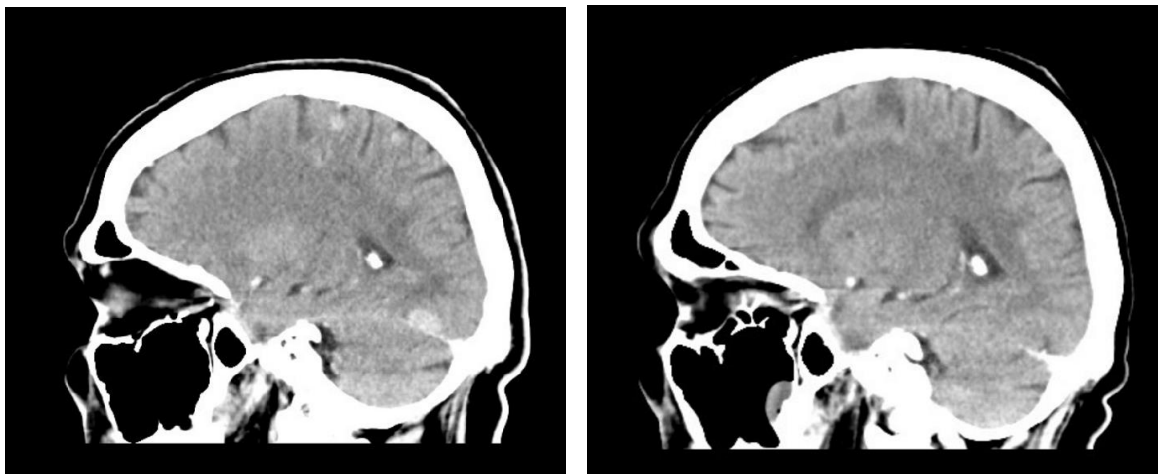
10. hó Kontroll koponya CT-n leírt cerebralis relapsus miatt teljes koponya besugárzást végeztünk 30 Gy dózisban.

13-20. hó Többgócú mastitis carcinomatosa képében jelentkező lokális recidiva miatt 7 ciklus 2. vonal paclitaxel kezelést kapott.

21. hó Átmeneti regressiot követően további progressiot észleltünk. Mellkasfali besugárzást végeztünk 30 Gy dózisban. Általános állapotára való tekintettel aktív onkológiai kezelését befejeztük. A komfort kezelés biztosítására otthonába bocsájtottuk, illetve a területileg illetékes kórházra bíztuk.

**Dg: Npl mammae I.d., metastasis cerebialis multiplex**

**Kimenetel: Komplet radiológiai remissio, közel kétéves túlélés**



Sagitalis koponya CT felvételek a cytostaticus kezelés előtt és után, irradiatio nélkül.

Az agyi áttétek kezelésében a szisztémás gyógyszeres lehetőség ritkán merül fel, és akkor is másodlagosnak számít. Ebben az esetben a tünetmentességre való tekintettel nem végeztünk első lépésben sugárkezelést, és a kontroll CT-n tapasztaltuk a kedvező hatásosságot.

Emlőtumor intracranialis metastasisainak eredményes szisztémás palliatív kemoterápiás kezelése. Orv. Hetil. 2016.

## MENINGITIS CARCINOMATOSA

Kórelőzményében obesitas, hypertonia, cholecystectomy szerepel.

0. Jobboldali emlő tumor miatt sectorectomia és ABD történt (CLI, 25 mm, ER+, PR+, HER2-, Ki67: 30%, 2N+/8N). Postoperatív irradiatit és aromatáz gátló hormonkezelést kapott, a felajánlott adjuvans cytostaticus kezelést nem fogadta el.

2. év Fejfájás, szédülés, dysarthria, facialis paresis lépett fel, ágynak esett. Koponya CT és MRI a jobboldali gyrus precentralis területén kontraszthalmozó meningealis felrakódásokat mutatott. Lumbal punctio során vett liquor vizsgálata emelkedett fehérje és sejtszámot, cytologiai vizsgálat meningitis carcinomatosaát igazolt. 30 Gy WBRT-t végeztünk. A sugárkezelés mellett panaszai nem változtak.

**Dg: Meningitis carcinomatosa**

**Kimenetel: Góctünetek regressioja, önállóvá válás, bő egyéves túlélés.**

2. év 1-4. hó Intrathecalis methotrexate kemoterápiát kapott. Beszéde tisztává vált, facialis paresise megszűnt, ágyban fekvőből önállóvá vált.

2. év 5-10. hó Jobb hónalji nyirokcsomó conglomeratum megjelenése miatt 6 ciklus palliatív ifosfamid-etoposid kemoterápiát kapott.

2. év 11. hó MHK CT zsigeri metastasist nem mutatott. Multiplex ossealis metastasisokat írt le, a jobb os ileiben patológiás töréssel.

2. év 12. hó A jobb os ilei érintett területére 30 Gy palliatív sugárkezelést kapott.

3. év 1. hó Koponyaűri nyomásfokozódás tünetei között osztályunkon elhunyt.

A meningitis carcinomatosa egy ritkán felismert és rossz prognózisú metastaticus szövődmény. Pedig, amint az ismertetett eset is mutatja, amennyiben a primer tumor emlő daganat, akkor érdemi túlélési előnyre és megfelelő életminőség biztosítására is lehet számítani intrathecalis methotrexate kezeléssel.

Jó általános állapotú, intracranialis metastasisokat adó emlő tumoros beteg szisztémás kezelésére az ifoszfamid-etoposid kombinációt szoktuk alkalmazni a vér-agy gát jó penetrációja alapján.

Meningitis carcinomatosa kezelése intrathecalis methotrexate kemoterápiával. Orv. Hetil. 2012.

## GRANULOSARCOMA

Kórelőzményében compressios tüneteket okozó thymus eltávolítás, tonsillectomia, cholecystectomy, precancerosus méhnyaki cytologiai eredmény miatt hysterectomy és kétoldali adnexectomy, bal felkar traumás törése, chronicus myeloid leukaemia miatt 18 évvel korábban allogén csontvelő átültetés, enyhe fokú krónikus GVHD szerepel.

0. Fokozódó deréktáji fájdalmak miatt végzett lumbosacralis MR a sacrum felső részén térfoglalást igazolt. MHK CT távoli áttétet nem mutatott. Intraoperatív mintavétel szövettani vizsgálata granulósarcomát (22Ph) véleményezett. Átmeneti maior analgeticus kezelést követően 30 Gy sugárkezelést kapott.

4. hó Imatinib kezelést indítottunk.

14. hó PET CT viabilis malignus folyamatra utaló kóros FDG halmozást nem észlelt.

20. hó Rossz tolerancia miatt az imatinib dózis csökkentését kérte, majd a gyógyszer szedését önkényesen végleg abbahagyta.

26. hó Homloki és orrgyök területi fájdalom és látászavar miatt kezdeményezett koponya CT a jobb frontalis lebeny basisán, a középvonalban mindkét oldalon, az ethmoid sejtekbe is betejedő, oedemával övezett térfoglaló folyamatot mutatott meningealis infiltratioval. Liquor cytologiai vizsgálat meningealis lymphocytosist igazolt. Koponya besugárzást nem végeztünk. 2. vonal nilotinib kezelést kezdtünk.

29. hó Fül-orr-gégészeti vizsgálat komplett klinikai regressziót észlelt.

44. hó Koponyaűri nyomásfokozódás tünetei miatt végzett lumbal punctio meningealis leukaemosist igazolt. 30 Gy WBRT-t és 4 ciklus intrathecalis cytarabin kezelést kapott. A kombinált kezelés mellett általános állapota csupán mérsékelt fokú javulást mutatott. Egy hónappal később tumoros cachexia tünetei között elhunyt.

**Dg: Granulosarcomatosis**

**Kimenetel: Komplet remissiot követő közel négyéves túlélés**

A granulosarcoma a chronicus myeloid leukaemia ritkán előforduló localis recidivájának felel meg. A diagnózis azonosítása a patológus érdeme.

Az imatinib elhagyásának idején még nem rendelkezünk többedvonalas bcr-abl tyrosin-kinase gátlókkal. A recidiva idején már elérhető volt a nilotinib. Mindkét gyógyszert bő egy évig szedte. Az elsőt mellékhatások miatt, a másodikat a véragy-gáton történő korlátozott átjutáshoz köthető hatásvesztés miatt hagyta abba.



## DAGANATGÁTLÓ KEZELÉS MAGAS KOCKÁZATÚ BETEGEKNÉL

\*

### CSONTVELŐ INVÁZIÓT ÉS MÁJFUNKCIÓ KÁROSODÁST OKOZÓ EMLŐ DAGANAT

Kórelőzményében pitvari septum defectus zárása szerepel.

0. A mindkét emlőt kitöltő daganatokból vett biopsiás minták szövettani vizsgálata és a kétoldali hónalji megnagyobbodott nyirokcsomókból vett aspirációs minták cytologiai vizsgálata malignitást igazolt (CLI, ER+, PR+, HER2+, Ki67: 30%, C5)

1. hét Labor leletek osteomedullaris invázióra és hepaticus dysfunctiora utaltak. Releváns labor eredmények: WBC: 15 G/l, HGB: 70 g/l, PLT: 36 G/l, bilirubin: 28 µmol/l, GOT: 324 U/l, GPT: 243 U/l, GGT: 623 U/l, ALP: 818 U/l.

2. hét PET CT multiplex ossealis, sub- és suprarenicus nyirokcsomó, hepaticus, peritonealis és jobboldali pleurális metastasisokra utaló hyperfixatiót mutatott.

**Dg: Npl mammae I.u.**

**Osteomedullaris invázió, hepaticus dysfunctio**

**Kimenetel: Mellékhatásmentes palliatív cytostaticus és HER2 gátló kezelés**

**A csontvelő- és májműködés regenerálódása**

3. hét Palliatív paclitaxel-trastuzumab-pertuzumab kezelést kezdtünk. A paclitaxelt heti séma szerint kapta. Anaemia miatt ismételt transfusiot, az ossealis metastasisok miatt a hypocalcaemiára való tekintettel calcium pótlás mellett bisphosphonat kezelést kapott.

6. hét Fizikális vizsgálattal regressio volt észlelhető. Labor leletei jelentős javulást mutattak: WBC: 4.8 G/l, HGB: 113 g/l, PLT: 74 G/l, bilirubin: 14 µmol/l, GOT: 55 U/l, GPT: 91 U/l, GGT: 379 U/l, ALP: 751 U/l.

2. hó A 3. ciklustól a labor leletek normalizálódására való tekintettel háromhetes paclitaxel sémára váltottunk.

3-8. hó MHK CT jó partialis regressiot mutatott.

1-15. hó 21 ciklus paclitaxel-trastuzumab-pertuzumab kezelést kapott. Neuropathia vagy más toxicitás nem alakult ki.

16. hó MHK CT egy néhány mm-es hepaticus metastasison és a scleroticusan átalakult csontszerkezeti képen kívül komplett radiológiai remissiot írt le.

16-22. hó 9 ciklus fenntartó trastuzumab-pertuzumab kezelést kapott.

A klinikai vizsgálatokban a károsodott csontvelő- és májfunkció kizárési kritériumnak számít. Az ilyen előrehaladt állapotban felfedezett betegek nem biztosan kapnak daganatgátló kezelést. A 100 G/l alatti thrombopenia a cytostaticus kezelésnek önmagában ellenjavallatot képez.

Osteomedullaris invázió esetén azonban a thrombopenia miatt fenyegető apoplexia illetve retina vérzés megelőzése céljából a daganatgátló kezelés megkezdése még sürgető is. HER2+ daganatnál feltételezhetően a HER2 blokkolók önmagukban is elegendők lettek volna a vérkép és a májenzim értékek korrigálásához. A paclitaxellel történt kiegészítésük a normál értékek elérését minden esetre meggyorsította. Hormonérzékeny daganatoknál hasonló helyzetben mono-paclitaxel kezelés eredményesen alkalmazható, a hormon szintézis- illetve receptor gátlók hatásának kialakulása ugyanis túl lassú. A CDK4/6 gátlókkal történő kombinációról még nem áll rendelkezésre elegendő tapasztalat. Tripla negatív daganatok esetén pedig nyilvánvalóan csak cytostaticus kezelés adásának lehetősége merül fel.

## ANURIÁT OKOZÓ KÉTOLDALI BELLINI TUMOR

Kórelőzményében jelentős betegség nem szerepel.

0. Macroscopos haematuria háttérében igazolódott pulmonalis metastasisokat adó kétoldali vese tumor miatt jobboldali nephrectomia történt (Bellini tumor). Haematuria átmenetileg megszűnt, majd visszatért és napokon belül anuriássá vált.

**Dg: Bellini tumor**

**Anuria**



A bal vesét szinte teljes egészében infiltráló daganat.

**Kimenetel: Egy éves túlélés**

**A vesefunkció rendeződése nephrotoxicus cytostaticum adása mellett**

1-5. hó Dialysis védelemben 6 ciklus palliatív gemcitabin-cisplatin kemoterápiát kapott. Diuresise újra megindult, vesefunkciója jelentősen javult. A kemoterápia befejezésekor a dialysist felfüggesztettük.

12. hó Lokális és pulmonalis progressio miatt gemcitabin-cisplatin reinductiot kezdtünk. A kezelés mellett haematuriája megszűnt, parietalis fájdalmai átmenetileg csökkentek. A 3. ciklust bal alsóvégtagi mélyvénás thrombosis miatt halasztottuk, majd rohamosan hanyatló általános állapotára való tekintettel a cytostaticus kezelést nem folytattuk. A beteg preferenciáit és a család egyetértését figyelembe véve komfort kezelését házi hospice ellátás keretében otthonában szerveztük meg.

A Bellini tumor ritka, rossz prognózisú vese daganat. Előfordulása esetén sokszor kétoldali és korán áttéteket képez. Anuria mellett kevés onkológus javasolna daganatgátló kezelést. Paradox módon a vesepótló kezelés kényszere éppen lehetőséget teremt vesekárosító cytostaticum adására, hiszen a veseműködés tovább már úgysem romolhat.

A komplex helyzet ismertetését követően a fiatal beteg a művese és daganatgátló kezelés párhuzamos megkezdését kérte. A veseműködés rendeződése a gyűjtőcsatornák daganatsejtektől történő megtisztulásával, átjárhatóságuk helyreállításával magyarázható. A jelenségben reménykedtünk, de a dialysis felfüggesztésének lehetősége saját elképzelésünket is felülmúlta.

A beteg ezután fél évig kezelés nélkül önálló volt és családjáról gondoskodott. A relapsus uralására nem volt lehetőségünk. Abban az időben immun stimulansokkal nem rendelkezünk.

Féloldali vese gyűjtőcsatornás daganatának eredményes palliatív kemoterápiás kezelése anuria mellett. Orv. Hetil. 2016.

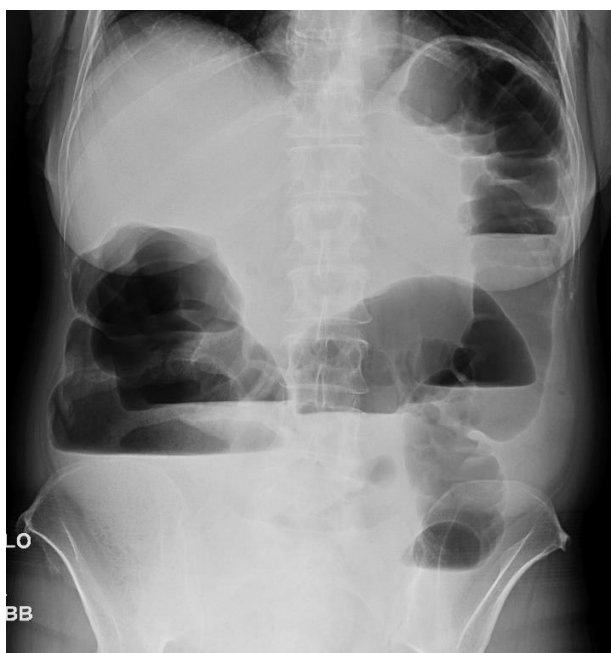
## SUBILEUST OKOZÓ ÁTTÉTES VÉGBÉL DAGANAT

Kórelőzményében appendectomia és strumectomia szerepel.

Q. Hasi görcsök miatt végzett has-kismedencei CT multiplex hepaticus metastasisokat adó rectum tumort ábrázolt. Célzott máj biopszia szövettani vizsgálata colorectalis eredetű daganat áttétet igazolt (adenocarcinoma, CK7-, CK20+, RAS mutans).

**Dg: Npl rectosigmoidealis, metastasis hepatis multiplex.**

**Subileus.**



Passage zavar radiológiai képe

**Kimenetel: Másfél éves túlélés.**

**Passage zavar rendeződése cytostaticus kezelés mellett.**

0-11. hó 20 ciklus palliatív FOLFIRI-bevacizumab kezelést kapott. Passage zavara két hét alatt rendeződött.

2. hó A tumor környezetében bekövetkezett perforatio miatt Hartmann szerinti vastagbél resectio történt. A perforatiót nem a bevacizumab mellékhatásának tekintettük, hanem a tumor regressio okozta bélfolytonosság megszakadásnak. Az angiogenesis gátló adását folytattuk.

12-18. hó Hepaticus progressio miatt 12 ciklus 2. vonal palliatív FOLFOX-bevacizumab kezelést kapott.

18. hó MHK-CT progressiót véleményezett. Daganatgátló kezelését befejeztük.

21. hó Májelégtelenség tünetei között osztályunkon elhunyt.

A kezelés során kétszer is eltértünk az ajánlásoktól. Először a passage zavar mellett megkezdett gyógyszeres kezeléssel. Másodszor a bevacizumab folytatásával a perforatiót követően.

A komplett ileusnak megfelelő röntgen kép ellenére a kezelés megkezdésekor klinikailag csak subileust észleltünk. A gyógyszeres kezelés megkezdésétől a műtét elkerülésének lehetőségét reméltük. A kockázatokról a beteget tájékoztattuk, és ezek ismeretében választotta a cytostaticus kezelést.

A perforatio miatt végzett műtét leírásában egyértelműen szerepel, hogy a perforatios nyílás közvetlenül a daganat és az ép bél találkozásánál volt. Ilyen típusú perforatio vastagbél daganat kezelésekor bevacizumab adása nélkül is előfordul. A zsugorodó daganat mellett a peristaltica miatt időnként amúgy is feszülő szövetek elengedhetnek. Mivel a perforatiót nem az angiogenesis gátló mellékhatásaként értékeltük, ezért nem is tekintettük a kezelés ellenjavallatának. A későbbiekben újabb perforatio nem is következett be.

Jogosan merülhet fel a kérdés, hogy mi értelme volt a kockázatos kezdésnek, ha a műtétet végül úgysem sikerült elkerülni? Magam úgy gondolom, hogy alakulhatott volna szerencsésebben is a helyzet, és az incurabilis áttétes végbél daganat ellenére a beteg nem lett volna eleve stoma viselésére ítélve, amint ezt más esetekben sokszor sikerül is elérni.

A betegség kimenetelét a kezelés minden esetre nem rontotta. A RAS mutans daganatok átlagos túlélési idejét mutatta. Peritonealis szóródás klinikai jeleit nem észleltük.

## ATLANTOOCIPITALIS INSTABILITÁST OKOZÓ MYELOMA

Kórelőzményében tonsillectomia, kétszeri lumbalis discectomia, allergiás rhinitis, tetracyclin allergia szerepel. Hét évvel korábban egy másik kórházban IgA kappa monoclonalis gammopathiát detectáltak. A kezdetben határozatlan jelentőségűnek (MGUS) klasszifikált elváltozás egy éve smouldering myeloma multiplexnek minősült 30% csontvelői plasmocyta infiltratioval és 8.5 g IgA szinttel. Kezelésben nem részesült.

O. Fokozódó nyaki fájdalmak miatt kezdeményezett nyaki gerinc MRI a C.II. csigolya lyticus elváltozását írta le. Az idegsebészeti osztályon halo rögzítést helyeztek fel. Az érintett területre 30 Gy palliatív sugárkezelést, valamint bisphosphonat infúziót kapott. A haematologiai kezelés megkezdéséig osztályunkon ápoltuk. Korábban megkezdett maior analgeticus kezelését folytattuk. Optimális fájdalomcsillapító hatás technikai korlátok (PCA pumpa, rövid hatású morfin tabletták hiánya) és az alapbetegség (NSAID kontraindikációja) miatt nem volt elérhető. Ennek ellenére nyugalmi fájdalom elfogadhatóan csökkent, jelentősebb fájdalom csak mozgásra jelentkezett. MRI vizsgálat a halo térránytalansága miatt nem volt végezhető. Kontroll CT a nyaki gerincen elmozdulást vagy canalis spinalisba terjedést nem mutatott. A C.II. csigolya ventralis ívét azonban szinte teljesen desorganizálódottnak ábrázolta.

**Dg: IgA kappa myeloma**

**Atlanto-occipitalis instabilitás**

## **Kimenetel: Nyolc éves túlélés**

### **Neurologiai deficit kialakulásának elkerülése**

2-8. hó A haematologiai osztályon 6 ciklus PAD kezelést kapott.

4. hó Tekintettel arra, hogy a C.II. csigolyában a csontosodás a cytostaticus kezelés mellett sem indult meg, az antlanto-occipitalis instabilitás megmaradt. C.I-IV. occipito-cervicalis vertebrodesist végeztek.

1.5. év Autológ perifériás őssejt transzplantatitot végeztek.

7. év Bal emlő ulcerálódó plasmocytómája miatt 40 Gy palliatív sugárkezelést kapott.

8. év Szövődményes pneumonia következtében elhunyt.

A kockázatos helyzet szövődménymentes megoldása az idegsebészek, a sugárterapeuták és a hematológusok érdeme, magam csak szemlélője voltam az eseményeknek.

Ezen a ponton viszont megjegyzem, hogy nem lehet célkitűzés lehetőleg minél több betegnek cytostaticus kezelést adni. A bemutatott esetek nem egy nagy csoportból származó szerencsés kimenetelű történetek. A helyes célkitűzés a következő két szempont párhuzamos figyelembe vétele: Egyrészt megadni a kezelés lehetőségét, ha a kockázatok uralhatósága reálisnak tűnik; másrészt elkerülni, hogy a beteg a halála előtt három hónapon belül új terápiás vonalat, illetve egy hónapon belül daganatgátló kezelést kapjon. A rövid ideig adott kezelések ugyanis (utólag) biztosan hatástalannak minősíthetők. A beteget mellékhatásokkal, a közös költségvetést pedig nem egyszer jelentős kiadással terhelik.



## EMLŐ DAGANAT KEZELÉSE COVID POZITIVITÁS MELLETT

Kórelőzményében cholecystectomy, herniotomia umbilicalis szerepel.

0. A bal emlőben tapintott csomóból vett bopszia szövettani vizsgálata és a hónalji nyirokcsomóból vett kenet cytologiai vizsgálata malignitást igazolt (CDI NST, grade 2, ER+, PR+, HER2-, Ki67: 70%, C5). MHK CT baloldali hónalji nyirokcsomó megnagyobbodást mutatott. Távoli áttétet nem ábrázolt.

0-4. hó 4 ciklus primer adriamycin-cyclophosphamid és 1 ciklus docetaxel kezelést kapott.

4. hó Mérsékelt légúti infectios tünetek kapcsán COVID-19 PCR pozitívnak bizonyult.

**Dg: Npl. mammae I.s.**

**COVID-19**

## **Kimenetel: Tartós remissio**

### **Szövődménymentes gyógyulás**

4. hó Elhúzódó PCR pozitívítás miatt cytostaticus kezelését felfüggesztettük. Hormongátló kezelésre tértünk át.

5. hó Baloldali mastectomia és ABD történt. (Residualis mucinosus carcinoma, grade 2, 30 mm, ER+, PR+, HER2-, Ki67: 20%, R0, 2N+/4N, extracapsularis terjedés jeleivel.)

6-8. hó 4 ciklus adjuvans docetaxel kezelést kapott.

9-10. hó 50 Gy postop. irradiatiót kapott. Adjuvans hormongátló szedését kezdte.

12-30. hó Bal kar lymphoedemán kívül panaszmentes.

A magas proliferációs aktivitású, regionalisan kiterjedt emlő daganat diagnózisa a pandemia alatt hónapokat késett. Osztályunkra érkezéskor a curabilitás határán volt. Ezért is érintett érzékenyen, amikor az onkológiai szakambulancián diagnosztizált, minimális tünetekkel zajló, de elhúzódó SARS-CoV2-PCR pozitívítás miatt az optimális kezelési sémán változtatni kényszerültünk. Ebben a helyzetben voltak készsleges támogatóink, elsősorban a szakfanderben operáló sebész team. Mások más szempontokat hangoztattak. A megkeresett országos onkológiai centrumok a segítségnyújtást nem vállalták. Így lett a páciens az ország első COVID pozitívan cytostaticus kezelést kapó betege. Az ismételt pozitív tesztek nyomán hozott járványügyi intézkedések a családra is komoly terheket róttak.

Tartós SARS-CoV-2-PCR pozitívításhoz társuló lokoregionálisan előrehaladott emlődaganat komplex onkológiai kezelése. Orv. Hetil. 2021.

# SZÖVŐDMÉNYEK ÉS TÁRSBETEGSÉGEK FELISMERÉSE ÉS ELLÁTÁSA

\*\*

## SZEPTIKUS SHOCK I.

Kórelőzményében lényeges megbetegedés nem szerepel.

0. Egy éve fokozódó hasi fájdalmak, fogyás, véres széklet miatt végzett hasi CT rectosigmoidealis tumort ábrázolt, valamint hepaticus és peritonealis metastasisok gyanúját vetette fel. Rectoscopya rectosigmoidealis tumort igazolt (adenocarcinoma, grade 1).

1. hó Dixon resectiot végeztek (adenocarcinoma grade 2, 2N+/16N, Dukes C1, R0, RAS vad, a peritonealis teriméből vett minta szövettani vizsgálata malignitást nem igazolt).

2-8. hó 8 ciklus adjuvans XELOX kezelést kapott.

9. hó PET CT a jobb os pubis vetületében fokozott dúsítást mutatott, de a CT kép csontszerkezeti elváltozást nem ábrázolt. Kismedencei MR a jobb os pubisban metastasisist véleményezett. A jobb os pubis területére 50 Gy definitív sugárkezelést kapott.

21. hó Emelkedő tumor marker miatt végzett PET CT multiplex pulmonalis metastasisokat mutatott. A prostatában fokozott halmozást írt le.

26. hó Diagnosztikus TUR-t végeztek (adenocarcinoma, PSA 0.1 ng/mL).

31. hó A rectosigmoidealis tumor localis recidivájának és prostatára terjedésnek a vélelmével 30 Gy palliatív sugárkezelést kapott a kismedencére.

33. hó MHK CT pulmonalis, hepaticus és jobb suprarenalis progressiot írt le.

34-41. hó 15 ciklus palliatív FOLFIRI-Erbitux kezelést kapott.

41. hó Két napja tartó hányás, hasmenés, fokozódó gyengeség miatt vettük fel osztályunkra hypoton állapotban. A klinikai és labor kép neutropeniához társuló szeptikus shocknak megfelelt (RR: 90/60 Hgmm, P: 120/min, eGFR 8 ml/min, CRP 275 mg/l, WBC 1.1 G/l).

## **Dg: Szeptikus shock**

### **Rectosigmoidealis adenocarcinoma**

#### **Kimenetel: Gyógyulás**

##### **Egy éves túlélés palliatív kemoterápia mellett**

Volumenpótlás, empiricus széles spektrumú antibiotikus és vasopressor kezelés mellett keringése stabilizálódott, vesefunkciós értékei javultak, gyulladásos szindrómája megszűnt.

45-51. hó További 11 ciklus reindukált FOLFIRI-Erbitux kezelést kapott.

52. hó Általános állapot hanyatlás miatt terápia szünetet tartottunk, amit követően a beteg további gondozásra nem jelentkezett.

Manapság – nemcsak Magyarországon – a szepszis az onkológiai, a belgyógyászati és a sürgősségi osztályokon a leggyakrabban elnézett végzetes állapot. A diagnózist nehezíti, hogy nincs betegség specifikus gyorseszteszt, a panaszok olykor csak gyengeségből állnak, a labor kép pedig igen változatos lehet.

A szeptikus shock intenzív osztályos ellátást igénylő, még ott is magas mortalitású szövődmény. Az áttétes daganatos betegeket hazánkban az intenzív osztályok nem szokták fogadni. Pedig amennyiben a páciens megfelelő terápia rezervvel rendelkezik, akkor több hónapos, akár több éves túlélésre is lehet számítani. Az európai gyakorlat szerint a három hónap fölött becsült túlélés esetén mindenféle invazív kezelés szóba jöhet.

A szepszis kockázatát onkológiai betegeknél a cytostaticus kezelések mellett kialakult neutropenia lehetősége fokozza. Ebben az esetben az infectio feltehetően bél eredetű és translocatios mechanizmusú volt.

## KISMEDENCEI TÁLYOG

Kórelőzményében pulmonalis tbc, mellkasi trauma, jobb láb lőtt sérülése, pánik syndroma szerepel.

0. hó Haematokezia miatt végzett colonosopia felső harmadi rectum tumort igazolt (adenocarcinoma, grade 2). Staging MHK CT falmegvastagodást és lumen szűkületet, valamint környező zsírszöveti infiltrációt és locoregionalis lymphadenomegaliát adó rectum tumort ábrázolt. A máj 6. segmentumában metastasisra gyanús elváltozást írt le.

5. hó Preoperativ 45 Gy capecitabin érzékenyítéssel végzett chemoradioterápiát követően laparoscopos recto-sigmoidealisectiot végeztek. (Adenocarcinoma, grade 2, MSS, ypT3, ypN1c, ON+/8N, R0, Dukes B2)

6. hó A staging pontosítására kért PET CT a máj 6. segmentumában korábban leírt solitaer elváltozás fokozott halmozását mutatta. Ezen kívül a rectalis varratsortól dorsalis abscessusnak megfelelő képet ábrázolt, ami anastomosis insufficientia gyanúját vetette fel.

7. hó A PET CT eredménnyel kért sebészeti konzílium hasi UH és natív hasi RTG vizsgálatot kért. Hasi UH a májban az ismert solitaer metastasist mutatta. A kismedencében folyadékgyülemet nem észlelt, a varratsufficientia kérdéséről nyilatkozni nem tudott. A natív hasi RTG a kismedencében 60 mm széles nivót mutatott, amit a leletező orvos tályognak feleltetett meg. Sebészeti konzílium a RTG eredményt ignorálta. A láztalanság és az aránylag mérsékelt gyulladáshoz szindróma (CRP: 55 mg/l, WBC: normális) alapján a beteg alhasi panaszainak megoldására a PET CT eredmény ellenére sem tartott szükségesnek sebészeti beavatkozást. Onkológiai kezelés megkezdését szorgalmazta.



Presacralis abscessus levegő zárványokkal

## Dg: Abscessus pelvis

### **Kimenetel: Tehermentesítő stoma felhelyezést követően sanalódás.**

7. hó Két héttel később az onkológiai szakambulancián jelentkezett nem szűnő panaszokkal. MHK CT készült, ami a műtéti régióban varrat insufficiencia jeleit és praesacralisan letokolódott, a rectummal közlekedő tályog üreget ábrázolt. A tályog a jobb vesicula seminalis és a prostata útján a hólyaggal is kommunikált.

7. hó Tehermentesítő sigmoidostomiát helyeztek fel.

12. hó A kontroll MHK CT a solitaer hepaticus metastasis progressióját és a kismedencei tályog sanalódását mutatta.

13-15. hó 5 ciklus conversio XELIRI-Bevacizumab kezelést kapott

17. hó Máj metastasectomiát végeztek.

21. hó Descendente-sigmoidostomiát és hasfali reconstructiot végeztek.

A konzílium alkalmával kikérdezve a páciens, ő továbbra is panaszkolt a műtét óta tartó gyengeséget, éjszakai izzadást, alhasi fájdalmat és dysuriát. Fizikális vizsgálatkor a puha, betapintható has diffúzan nyomásérzékeny volt és köhögésre rebound tünetet adott. Lényegretörő konzíliumi lelet született. „A betegnek kismedencei tályogja van. A diplomáciai meggyőzés erősítése kedvéért has-kismedencei CT-t szervezünk. A vizsgálat után osztályunkon jelentkezzen! Sebészetre történő visszairányítását tervezzük.”

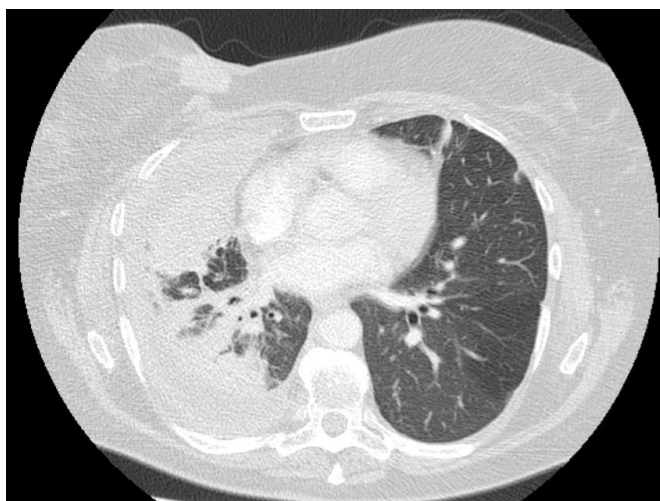
## RECIDIV PNEUMONIA

Kórelőzményében hypertonia, periproctalis abscessus feltárás, penicillin allergia szerepel.

0. Három éve növekvő jobboldali emlő daganatból származó biopsia szövettani vizsgálata malignitást igazolt (CDI, grade 2, ER+, PR+, HER2-, Ki67: 12%). Mellkas CT multiplex pulmonalis metastasist, jobb oldalon a középső és alsó lebenyt érintő atelectasiát és hydrothoraxot ábrázolt.

1-4. hó 5 ciklus mono paclitaxel kezelést kapott. A kezelés mellett az emlő daganat jelentősen megkisebbedett. Visszatérő hydrothorax miatt 3x történt thoracocentesis, 1x mellkasebészi drainage. A pleurodesist a jobb középső és alsó lebenyek atelectasiája miatt ellenjavaltnak tartották.

5. hó Egy hete tartó lázas állapot, nehézlégzés miatt vettük fel osztályunkra. Panaszait a hörgő compressio talaján kialakult atelectasia felülfertőződésével kialakult pneumoniával magyaráztuk. Empiricus antibioticus kezelés mellett láztalanná vált, erőnléte jelentősen javult, nehézlégzése megszűnt, a MRTG képen a tüdő fedettsége jelentősen csökkent. Empirikus antibiotikus védelemben a kemoterápia folytatása mellett döntöttünk, megkapta a 6. ciklus paclitaxel kezelést.



A középső és alsó lebenyi atelectasia és HTX kiterjedtségét mutató axialis CT kép.

## **Dg: Multimetastaticus emlő daganat**

### **Pneumonia**

**Kimenetel: 4.5 éves túlélés**

### **Gyógyulás**

5-9. hó Szinte folyamatos ceftibuten és kis dózisú szteroid védelemben részesült. Az antibiotikum néhány napos leállítása esetén két alkalommal is recidiv pneumonia alakult ki. Az antibioticus kezelés mellett mono paclitaxel kezelést folytattuk, összesen 10 ciklust kapott.

9. hó Kontroll MHK CT a nyirokcsomó és pulmonalis áttétek, valamint a jobboldali atelectasiás területek vonatkozásában is partialis regressiot mutatott. Letrozole kezelésre tértünk át.

21. hó Ismétlődő biliaris pancreatitis miatt ERCP, Dormia kosaras kőeltávolítás történt.

4. év 30 Gy sugárkezelést kapott a fájdalmas, metastaticusan átépült baloldali sacroiliacalis régióra.

4.5 év Másodvonal hormongátló kezelés mellett végzett kontroll MHK CT ossealis progressiot mutatott. Otthonában tumoros cachexia tünetei között elhunyt.

Előfordul, hogy daganatos természetű elváltozások egy csöves szerv elzárása révén fertőzőes gócot tartanak fenn. Hatásos cytostaticus kezelés alkalmazása egyrészt az elzárt terület megnyitása révén a góc felszámolását segíti, másrészt a neutropenia kockázatával a fertőzés továbbterjedésének rizikóját is hordozza. A daganatgátló kezeléssel párhuzamosan alkalmazott antibioticus kezelésre annyi ideig van szükség, ameddig a lezárt területek mind teljesen meg nem nyílnak. Ez akár hónapokig is tarthat, mint ebben az esetben. CDK4/6 gátlók birtokában ez a helyzet kevesebb kockázattal is megoldható már.



## REFRACTER TUBERCULOSIS

Körelőzményében traumás jobb femur darabos törés miatti rögzítés szerepel.

0. hó Haematuria miatt végzett cystoscopia hólyag tumort igazolt, TUR történt (urothelialis carcinoma laphám irányú differenciációval, G3, pT2a).

1. hó MHK CT a jobb tüdőcsúcsban egy szabálytalan alakú, 4 x 2.5 cm nagyságú, a pleurához szélesen kitapadt és azzal több vaskos köteggel is kapcsolódó képletet írt le.

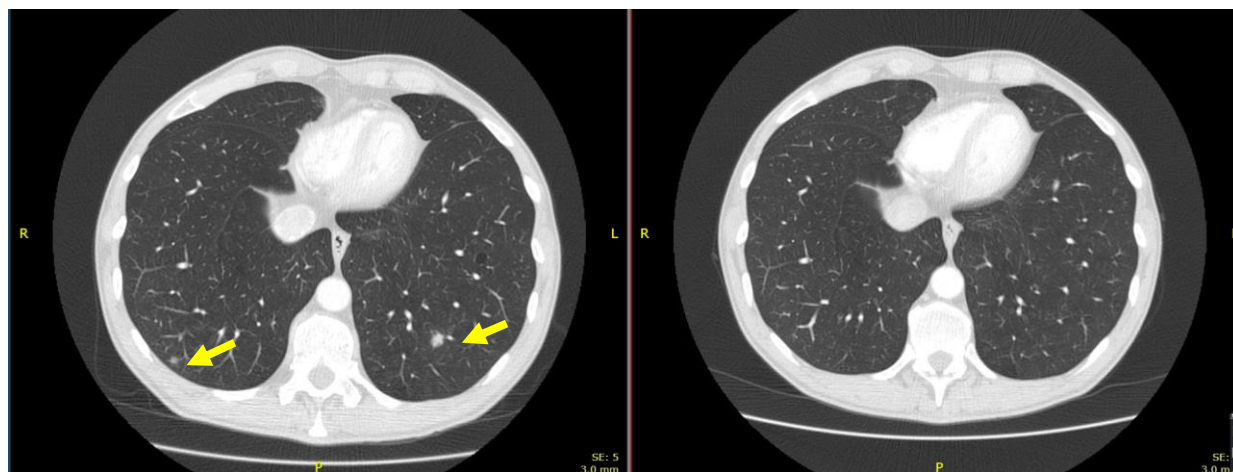
2. hó Urológiai oncoteam a hólyag daganat kezelése előtt a jobb tüdőcsúcsi elváltozás tisztázására, szövettani mintavétel elbírálására pulmonológiai szakvizsgálatot javasolt. Szinkron második malignitás esetén a staging alapján curatív célú kezelést lehetségesnek tartott.

4. hó A jobb tüdőcsúcsban elhelyezkedő perifériás elváltozásból core biopsia szövettani vizsgálata elsajtosodó centrumú granulomát mutatott. Malignitást nem igazolt.

5. hó Kontroll mellkas CT a jobb tüdőcsúcsi, szövettanilag elsajtosodó granulomának véleményezett lágyrészképlet stabilitását mutatta. Quantiferon teszt negatív volt.

6-12. hó Antituberkulotikus kezelést kapott kezdetben négyes, majd kettes kombinációban.

14. hó MHK CT a jobb tüdőcsúcsban követett lágyrészképlet illetve a hólyagfali megvastagodás stabilitását mutatta. Mindkét tüdőben elszórtan néhány mm-es góck megjelenését írta le. A látott képet primer hólyag tumornak és multiplex pulmonalis metastasisnak tartotta. Az interpretációval egy radiológiai másodvélemény is egyetértett. Pulmonológiai oncoteam a negatív quantiferon teszt alapján a tuberculosis vélelmét megalapozatlannak tartotta.



Multiplex nodulusok gátlószer adása előtt és egy hónappal később

**Dg: Npl. vesicae urinariae  
Tuberculosis**

**Kimenetel: Metastaticus propagatio  
Négyes gátlószer kezelés mellett stabilitás**

14. hó Cystoscopus kontroll macroscoposan malignitást véleményezett (urothelialis carcinoma elszarusodó laphám irányú differentiatioval, G3, pT2).

Mycobacteriologiai tenyésztésre (három köpet-, gyomornedv- illetve vizelet) mintákat vettünk, majd négyes gátlószeres kezelést kezdtünk. A tenyésztések később negatív eredményt adtak.

15. hó MHK CT a disseminált tüdő gócok eltűnését mutatta.

18. hó MHK CT a jobb tüdőcsúcsban követett lágyrészképlet regressioját mutatta (4.7 cm). A húgyhólyagban 57 mm nagyságú, jobboldali húgyúti tágulatot okozó lágyrészképletet ábrázolt. A sacrum állományában 2 db 1 cm körüli, illetve a jobb oldali os pubisban 2.5 cm nagyságú finoman inhomogen scleroticus laesiokat írt le.

19. hó Localis recidiva miatt maximalis re-TUR történt. (urothelialis carcinoma laphám irányú differentiatioval. G3, pT2, granulomatosus betegségre utaló eltérés nincs, PDL-1 CPS<1%.)

20. hó A fájdalmas csont elváltozásokra 6 Gy sugárkezelést kapott.

22-24. hó Más intézetben onkológiai másodvéleményt kért. A metastaticus hólyag daganat miatt 3 ciklus palliatív cisplatin-gemcitabin kezelést kapott. Az antituberculosus kezelést elhagyta.

24. hó A cytostaticus kezelés mellett állapota nem javult, ám ismét köhögni kezdett. Képpalkotó vizsgálat nem történt. Otthonában elhunyt.

A miliaris tüdő gócok megjelenése és antituberculosus kezelés melletti eltűnése egyrészt a tbc diagnózist egyéb tesztek negativitása ellenére is megkérdőjelezhetetlenné teszi, másrészt a pulmonalis metastasis vélelmet cáfolja. Ráadásul, tekintettel arra, hogy kedvező radiológiai eredményt csak a négyes gátlószer kombináció mellett láttunk, a resistens tuberculosis feltételezést is megerősíti.

Amennyiben a beteg gátlószeres védelem nélkül szteroid illetve immunosuppressiv kezelést kapott volna, miliaris tbc vagy meningitis tuberculosa kialakulásának extrem magas kockázata lett volna. Ezért óvakodtam daganatgátló kezelést alkalmazni. Reméltem, hogy a tbc kontrollálása még a daganat metastaticus progressioja előtt lehetővé válik. A betegségek kimenetele kedvezőtlenebbül alakult.

## KATÉTER SZEPSZIS

Kórelőzményében hypertonia szerepel.

0. Hetek óta tartó hasi puffadás miatt kezdeményezett MHK CT rectum tumor gyanúját vetette fel. Parailiacalis és paraaorticus lymphadenomegaliát írt le.

2. hét Colonoscopia rectum tumort igazolt (differenciálatlan carcinoma, RAS vad).

1. hó PET CT az intenzíven halmozó rectosigmoidealis tumor mellett az ismert megnagyobbodott nyirokcsomók növekedését mutatta. A méh fundusánál ábrázolódó növekvő méretű, intenzíven halmozó képletet ovarium metastasisnak, a flexura lienalis régiójában a szintén halmozó nodulust peritonealis metastasisnak véleményezte.

1. hó FOLFOX-panitumumab kezelést kezdtek.

4. hó Kontroll MHK CT partialis regressiot mutatott.

5. hó Vastagbél ileus miatt sigmoidostomát helyeztek fel.

7. hó Kontroll MHK CT partialis regressiot mutatott.

9. hó A sigmoidostoma mellett megjelenő csomókat sebészeti konzílium tumoros propagationnak véleményezte. Klinikai progressio alapján FOLFIRI-bevacizumab kezelésre váltottak.

10. hó Általános állapot hanyatlás miatt hospitalisatio történt. Emelkedett gyulladáshoz kapcsolódó parameterei és beszűkült vesefunkció miatt volumenpótlást és széles spectrumú antibiotikus kezelést kezdtek. A kezelés mellett gyulladáshoz kapcsolódó parameterei tovább emelkedtek, a harmadik napon comatosussá vált és elhunyt. A zárójelentés halálát tumoros cachexiával hozta összefüggésbe.

**Dg: Katéter szepszis****Kimenettel: Fatalis**

A dokumentációt a kezelőorvos kérésére átnézve feltűnt, hogy a CRP kinetika kezdetben csökkenést, aztán hirtelen extrem emelkedést mutatott anélkül, hogy antibioticum váltás történt volna. A nővér átadóból derült ki, hogy az első két napon a sürgősségi osztályon szúrt branüllön át kapta a kezelést. Emellett a szemtanúk elmondása alapján állapota is javult. Amikor két nappal később a branüll használhatatlanná vált, az infúziókat a portra kötötték át. A katéterből sem korábban sem akkor bakteriologiai mintavétel nem történt. A fulminans lefolyás alapján igen nagy valószínűséggel feltételezhető, hogy a port volt a panaszokat okozó szepszis góca. A katéteren át folytatva még a hatásos antibioticum is tovább generálta a szepszist.

Évekkel korábban egy konferencián egy vidéki kórház lelkes beszámolóját hallgattam a portokkal szerzett tapasztalataikról. Megkérdeztem, hogyan szokták elkülöníteni a katéter szepszist a más kiindulású szepszisektől. Az előadó azt válaszolta, náluk még nem fordult elő katéter szepszis. Nem kérdezősködtem tovább. Aki dolgozott olyan helyen, ahol minden onkológiai gyógyszeres kezelés porton történik, és fel is vannak készülve a szövődmények észlelésére és elhárítására, az tudja, hogy katéter szepszis akár hetente is előfordulhat. Akinek viszont nincs ilyen tapasztalata, az jobb, ha nem forszírozza a portok rendszeresítését.

## SZEPTIKUS SHOCK II.

Kórelőzményében cholecystectomy, appendectomy, hypertonia, ulcus duodeni, BPH szerepel.

0. Fájdalmatlanul kialakult icterus kapcsán Klatskin tumor igazolódott. Explorativ laparotomia során irresecabilis viszonyokat észleltek. Epeúti fém stentet helyeztek be.

2. hó Cholangiosepsis, septicus shock miatt kezeltük. A jobb hypochondriumban kialakult subcutan tályogot megnyitották, helyén biliocutan fistula alakult ki. Empirikus antibiotikus kezelés mellett lázталanná vált, fistulája spontan záródott.

3. hó A beteggel történt egyeztetés értelmében palliatív kemoterápiát nem kezdtünk.

10. hó A korábbi biliocutan fistula orificiumának megfelelő cutan metastasist távolítottak el.

12. hó Fokozódó hasi fájdalom, hányás miatt végzett hasi CT hepaticus metastasisokat, peritonealis carcinomatosis és következményes gyomorürülési zavart ábrázolt. Komfort kezelést biztosítottunk. Tumoros cachexia tünetei között osztályunkon elhunyt.

**Dg: Cholangiosepsis**

**Cholangiocarcinoma**

**Kimenetel: Gyógyulás**

**Egy éves túlélés palliatív kezelés nélkül**

Azért térek vissza a sepszisre, mert valóban ez a leggyakoribb elnézett szövődmény az onkológiai, belgyógyászati és sürgősségi osztályokon. A sepszis góca ebben az esetben egyértelmű volt. A drainálás és antibioticus kezelés mellett könnyen gyógyult.

A történet kontrasztja a daganatgátló kezelés elmaradása. Abban az időben cholangiocarcinomára nem létezett validált daganatgátló kezelés, de azok, amiket azóta elfogadtak sem nyújtanak jelentős túlélési előnyt. A páciens megértette a helyzetet és tartózkodott a kezeléstől.

Ebben a helyzetben a kéthetes antibioticus kezelés is értelmezhető palliatív onkológiai kezelésként. Ára és mellékhatás spektruma lényegesen kedvezőbb, mint egy cytostaticus kezelésnek, ami nem nyújtott volna jobb túlélési eredményt.

Non-neutropenic sepsis in cancer patients: the luminal obstruction syndrome. J Cancer Ther. 2019.

## ANAPHYLAXIÁS SHOCK

0. Haskőrfogat növekedés miatt kezdeményezett kismedence MR egy feltehetően a bal ovariumból kiinduló 22 cm-es és a jobb ovarium területén egy 7 cm-es cystosus térfoglalást mutatott.

1. hó Hysterectomiát, kétoldali adnexectomiát és cseplesz resectiot végeztek. (Primer, kétoldali ovarialis mucinosus adenocarcinoma tokáttöréssel. Tumorsejtek az ascitesben. Reaktív mesothel sejteket tartalmazó cseplesz részlet. pT1c, FIGO: IC.)

2. hó Postoperatív paclitaxel-carboplatin kezelés indult.

3. hó A 2. ciklus paclitaxel infúzió megkezdését követően 10 perccel grand mal rohamra zajlott. A kemoterápiát felfüggesztették. Onkológiai javaslatra 1a Rivotrilt kapott. Intenzív terápiás konzílium hypoton, bradycard, kontaktusképtelen állapotban találta. 1a adrenalin, 1a atropin, 1a klórpiramin és 80 mg methylprednisolon adását rendelte el. A bolus injekciók megadása után a beteg haemodinamikailag stabil állapotba került, tudata feltisztult. Az ambulans kúra részlegről az onkológiai osztályra helyezték megfigyelés céljából. Érkezéskor ismét hypoton, kontaktusképtelen állapotban vették át a nővérek. A klinikai kép anaphylaxiás shocknak megfelelt. Folyamatos iv. adrenalin adása mellett tartós haemodinamikai stabilitás alakult ki, tudata rendeződött. Monitorizálásra a központi intenzív osztályra irányítottuk, ahol a vasopressort néhány óra elteltével tudták leépíteni.

**Dg: Anaphylaxiás shock**

**Ovarium carcinoma**

**Kimenetel: Tartós inotrop adása mellett állapota rendeződött**

**Komplett radiológiai remissio**

4-6. hó Adjuvans kemoterápiás kezelését mono carboplatin protokoll szerint fejezte be.

2. év Komplett klinikai és radiológiai remissio.



## AORTA STENOSIS

Kórelőzményében tonsillectomia, 2. diabetes mellitus (szövődmény: angiopathia, polyneuropathia), hypertonia, ISZB, ACBG-műtét, aorta stenosis (systolés nyomásgradiens 30 Hgmm), jobb oldali érzészavarral járó TIA, jobb oldali 90%-os ACI szűkület miatt THREA szerepel.

0. Hasi fájdalmak kapcsán kezdeményezett kivizsgálás során igazolódott sigma tumor miatt Dixon resectio történt (Adenocc. grade 1, 0N+/3N, Dukes B2, R0). MHK CT távoli áttétet nem mutatott.

1-7. hó A suboptimális számú nyirokcsomó statusra való tekintettel 12 ciklus adjuvans de Gramont kezelést kapott.

8. hó MHK CT recidiv térfoglalást, áttétet nem mutatott.

10. hó A szívkatéteres vizsgálat során a VSG ágak nem telődtek. ACBG graft stenosis és aorta stenosis miatt szívsebészeti konziliumot kezdeményeztek.

12. hó Colonoscopia recidivát nem talált.

17. hó Aorta stenosis miatt billentyűpótlás történt, biológiai műbillentyűvel.

2-5. év MHK CT recidiv térfoglalást nem mutatott. Colonoscopia recidivát nem talált.

**Dg: Sigma carcinoma**

**Aorta stenosis**

**Kimenetel: Gyógyulás**

**Billentyűpótlás**

A billentyűcsere gondolata akkor merült fel, amikor a páciens beszámolt róla, hogy az interciklusban különösebb kiváltó tényező nélküli collapsusa zajlott. A fizikális vizsgálat során újra feltűnt a korábban is leírt systoles ejectios zöreje az aorta szájadék felett, de elbizonytalanító volt, hogy a beteg kardiológiai gondozásra járt, amely nyilván kiterjedt az aorta stenosis monitorozására is. Minden esetre a páciensre bíztam, hogy keresse fel kardiológusát.

Ebben az esetben is eltelt tíz hónap, mire a szív specialisták elfogadták, hogy onkológián gondozott betegnél végezzenek billentyűpótlást. A szigma daganat gyógyulását csak öt év elteltével lehet kimondani. Ha ezt megvártuk volna, akkor bizonyára elvesztettük volna infarctusban vagy strokeban. Így a végén kiderült, hogy nem is daganatos betegnél végezték a beavatkozást.

## FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 50 µg/h FENTANYLON INNEN

Kórelőzményében hypertonia, strumectomia, jobb alsóvégtagi mélyvénás thrombosis szerepel.

0. Kétoldali emlő tumor miatt kétoldali sectorectomiát és jobboldali sentinel nyirokcsomó biopsziát, valamint baloldali ABD-t végeztek. (jobboldal: invaziv cribriform carcinoma, grade 1, 5 mm, ER+, PR+, HER2-, R0, SN-, baloldal: CDI, grade 3, 23 mm, ER+, PR+, HER2-, R0, 1N+/13N) Staging mellkas CT, hasi UH, csont scintigraphia metastasist nem ábrázolt.

1. hó 5 ciklus adjuvans epirubicin-cyclophosphamid kezelést kapott. A kezelést a nehéz tolerancia miatt a beteg kérésére szakították meg.

6-9. hó Mindkét emlőre és a nyirokrégiókra 50 Gy postop sugárkezelést kapott.

6-52. hó Adjuvans letrozole kezelést kapott.

51. hó Baloldali hydrothorax miatt mellkascsapolás történt, cytologiai vizsgálat: C0.

51. hó Hasi UH triplex hepaticus metastasist ábrázolt.

52-53. hó 2 ciklus heti mono paclitaxel kezelést kapott. A kezelést periferiás neuropathiás tünetek miatt a beteg kérésére szakították meg.

55. hó 1 ciklus 2. vonal capecitabin kezelést kapott.

57. hó Napok óta erősödő, deréktájéki, jobb csípőbe sugárzó fájdalmak, étvágytalanság miatt hospitalisatio történt. Csont scintigraphia multiplex ossealis metastasiseket és a Th.XII. csigolya compressio törését mutatta, ami panaszainak megfelelt.

A fájdalmak miatt fentanyl tapaszta helyeztek fel. Két nap után somnolenssé vált, de mivel éber periódusaiban továbbra is fájdalmakat panaszolt, a fentanyl dózisát 50 µg/h-ra emelték.

**Dg: Npl mammae I.u.**

**Ossealis metastasisok**

**Kimenetel: Progressio két vonal hormongátló kezelést követően**

**Fájdalomcsillapítás minor ópiáttal a tudat megőrzése mellett**

Fájdalomcsillapító kezelését a tudatzavar miatt NSAID-ra módosítottam, amit később minor ópiátra váltottak.

58. hó A Th.XII. területére 30 Gy sugárkezelést kapott.

59-63. hó Exemesthane és bisphosphonate kezelést kapott.

64. hó Tumoros cachexia tünetei között otthonában elhunyt.

Csont fájdalomra a maior analgeticumok közül az oxycodon a legalkalmasabb. Abban az időben ezek a készítmények sem hosszú- sem rövid hatástartamú formában nem voltak elérhetők.

A morfin kezelés sok tapasztalatot igényel. Ez olyan terület, ahol jó odafigyelni a gyógyító csapat több tagjának a meglátásaira is, hiszen a fájdalom hullámzó erősségű, és a saját észlelésünk nem feltétlenül érvényes hosszabb időtávra. Előfordulhat, hogy elégtelen fájdalomcsillapítás és túldozírozás együttesen jelentkezik. A célkitűzés kettős, a fájdalom csillapítása és a tudat megőrzése.

## FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 400 µg/h FENTANYLON TÚL

Kórelőzményében tonsillectomia, bal boka- és jobb alkartörés miatti műtét, jobb váll rotátor köpeny szakadás miatt acromion plasztika, hypertonia, TIA szerepel.

0. Két hónapja fokozódó, jobb alsóvégtagba sugárzó deréktáji fájdalom kivizsgálása során gyulladós syndromát és bicytopeniát észleltek, ami haematologiai kivizsgáláshoz vezetett. Crysta biopsia szövettani vizsgálata adenocarcinoma metastasist igazolt.

2. hét Prostata biopszia malignitást igazolt. (adenocarcinoma, Gleason 9, PSA: 320 ng/mL, NSE: 10.6 µg/L). MHK CT zsigeri metastasist nem ábrázolt. Csont scintigraphia superscant mutatott. LHRH agonista és bisphosphonate kezelést kezdett.

1-5. hó 6 ciklus upfront docetaxel kezelést kapott. Záró PSA: 15 ng/mL.

6. hó 30 Gy irradiatot kapott a sacrum területére.

12. hó PSA: 67 ng/mL.

13-17. hó Abirateron kezelést kapott. Induló PSA: 104 ng/mL, nadir: 27 ng/mL, záró PSA: 87 ng/mL.

18-19. hó 2 ciklus cabazitaxel kezelést kapott. Induló PSA: 87 ng/mL. Záró PSA: 320 ng/mL.

21. hó Fokozódó medenceövi fájdalom miatt fájdalomcsillapítás beállítása céljából vettük fel osztályunkra. Érkezéskor 400 µg/h fentanyl tapasz mellett elviselhetetlen (9-10/10) fájdalmai voltak.

**Dg: Npl prostatae**

**Ossealis metastasisok**

**Kimenettel: Rapid lefolyás minden lehetséges daganatgátló kezelés ellenére**

**A fájdalom csillapítása a tudat megőrzése mellett**

Infúziós pumpában iv. adott napi 480 mg basis + 20 mg bolus morfin mellett fájdalma megfelelően kontrollálhatóvá vált. Jelentős mellékhatást nem észleltünk. Kommunikációs készsége konvencionális volt. Otthonába bocsájtottuk. Hetente 3500 mg, azaz 175 ampulla 20 mg-os morphinum hydrochloricum adását a házi orvos rendelése alapján a területi patika bocsájtotta rendelkezésre és házi ápolója töltötte be naponta egyszer az infúziós pumpába. A pumpát és az álványt az osztályunkról kölcsönöztük. A magas ópiát adag miatt a kezelésről a rendőrséget értesítettük, akik többszöri kiszállás során mindent rendben lévőnek találtak. A páciens négy hónapot élt az infúziós pumpával. Az első hónap végén PIC beültetés történt. Tudatát az utolsó előtti napig megőrizte. Otthonában hunyt el.

## DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁSOK

\*

### ELSŐ GRAND MAL ROHAM

Kórelőzményében jobb oldali n. abducens paresis miatt kezdeményezett MRA által leírt kétoldali ACM aneurysma szerepel. Kettőslátása B<sub>12</sub> vitamin adása mellett megszűnt.

0. *Halmozott, jobb oldali primeren fokális, secunderen generalizált görcsrohamok* miatt végzett koponya MRI baloldalon temporalisan kezdődő encephalitis lehetőségét vetette fel. Liquor vizsgálata jelentősen emelkedett sejtszámot mutatott. Liquor tenyésztés kórokozót nem azonosított. Neurologiai konzílium tünetei hátterében herpes encephalitist valószínűsített. Herpes serologia és PCR eredményekre várva parenteralis antivirális terápiát indítottak, és további kezelés céljából az infectologiai osztályra áthelyezték.

14. nap Két hét antivirális kezelés mellett láztalan maradt. Mérsékelt dysarthria miatt logopédiai kezelésben részesült. Epilepsziás görcsök nem ismétlődtek. Antiepilepticum elhagyását javasoltuk. Acyclovir adása mellett vesefunkciója nem károsodott. A kezelés végén megérkezett serologiai eredmény igazolta a herpes simplex kóroki szerepét.

Az encephalitisből maradványtünet nélkül gyógyult. Az ACM aneurysmák miatt idegsebészeti gondozás alatt marad.

**Dg: Herpes encephalitis**

**Kimenetel: Gyógyulás maradványtünetek nélkül**

A herpes encephalitis kezelését a gyanú felmerülése esetén el kell kezdeni. A serologiai és PCR vizsgálatok időigényesek. Az eredmények bevétele olyan késlekedést okozna, ami a beteg számára jelentős irreversibilis károsodást, akár életének elvesztését is okozhatná. A bemutatott esetben a bőr elváltozások hiánya nehezítette a diagnózis kimondását.

## EGYOLDALI FÜL DYSCOMFORT ÉRZÉS

Kórelőzményében sectio cesarea, aethylismus chronica szerepel.

Napokkal korábban kicsapták otthonról, több éjjel árokparton húzta meg magát. Járókelők találtak rá és irányították a sürgősségi osztályra elesett általános állapotban. Testszerte, de különösen a pubicus területen *viszketésre*, valamint bal fülben észlelt *motoszkálásra* panaszkodott. Több szakorvos látta, helminthiasis vélelmével az infectologiai osztályra irányították.

**Dg: Myiasis meati acustici externi**

**Kimenettel: Decontaminatio**

Fizikális vizsgálattal mons pubis illetve bal fül nyűvességet észleltünk. A parazitákat eltávolítottuk. Fülészeti szakvizsgálat dobhártyasérülést nem észlelt. Ex juvantibus scabicide kezelést is alkalmaztunk. Labor vizsgálatok hyponatraemiát mutattak, amelyet potomaniával magyaráztunk. Folyadék bevitel korlátozása mellett serum natrium szintje normalizálódott. Májenzim eltéréseit toxicus eredetűnek tartottuk. Sedatív kezelés mellett megvonásos tünetegyüttes nem alakult ki. Ápoltan, feltáplálva otthonába bocsájtottuk. A szociális együttélés szabályainak betartását javasoltuk.



## ISMERETLEN EREDETŰ LÁZ

Kórelőzményében tonsillectomia, appendectomia, kétoldali combfej necrosis miatt csípőízületi TEP beültetés, spondylosis, polydiscopathia, 2. diabetes mellitus, hypertonia szerepel.

0. A nyár közepén néhány napig tartó hidegrázással járó *láz* állapot zajlott, majd elhúzódó, mindkét alsó végtagba kisugárzó *derékfájás* kezdődött. A liquorban mérsékelt sejtszám és jelentős fehérjeszint emelkedést észleltek. Empiricus ceftriaxon kezelés mellett panaszai lényegesen csökkentek, ám kontroll liquor lelet csak mérsékelt fehérje szint csökkenést mutatott, a szérumban a gyulladásos paraméteremelkedés megmaradt (We 40 mm/h). Az antibiotikus kezelés befejezése után a derékfájás mellett később hullámzó erősségű fejfájás is megjelent.

7. hó Fokozódó fejfájás és láz háttérében igazolt purulens meningitis miatt infectológián kezelték. A liquor tenyésztés illetve borrelia, leptospira, toxoplasma, CMV és EBV serologia negatív eredményt adott. Az empiricus kombinált antibiotikus kezelés befejezésekor gyulladásos paraméterei szinte teljesen normalizálódtak (CRP: 21 mg/l, We: 21 mm/h).

18. hó A jobb lábszáron kialakult fekélyes elváltozást bőrgyógyászati szakvizsgálat pyoderma gangrenosumnak véleményezte. Szteroidos kenőcs mellett az elváltozás behámosodott. (CRP: 50 mg/l, We: 67 mm/h)

23. hó Acut has klinikai képe miatt végzett hasi CT retroperitonealis abscessust mutatott. Exploratív laparotomia során a tályogot evacuálták, origóként szerepeltethető hasi elváltozást nem azonosítottak.

26. hó Immunológiai szakvizsgálat a klinikai kép háttérében krónikus infectiót véleményezett. Immunserológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak.

29. hó Recidiv retroperitonealis abscessus miatt invazív radiológiai drainage történt.

31-51. hó Másfél év alatt recidiv retroperitonealis abscessusok miatt további négy alkalommal történt drainage, illetve feltárás.

49. hó Átmeneti jobb kéz apraxia háttérében cerebralis vascularis laesiot véleményeztek. Kardiológiai szakvizsgálat embóliaforrást nem talált. Baloldali carotis stenosis miatt endarterectomiát végeztek.

55-56. hó Recidiv multilocularis retroperitonealis abscessus miatt két hónap alatt re-exploratio, Hartmann resectio, jobboldali hemicolectomia, jejunum resectio, majd varrat insufficiencia miatt ismételt feltárások és vékonybél resectiók történtek. A hasúri váladékból E. Faecalis, E. Faecium, E. coli, K. pneumoniae, P. mirabilis, P. aeruginosa, B. fragilis, C. parapsilosis, C. glabrata tenyésztett ki. A kórokozókra célzott antibiotikus kezelést kapott. Az ismételt műtétek és folyamatos antibiotikus kezelés ellenére a hasúri abscessusokat és enterocutan fistulákat felszámolni nem sikerült.

57. hó Recidiv hasúri tályogképződés, rövidbél szindróma, marasmus tünetei között elhunyt.

## **Dg: Brucellosis**

### **Kimenetel: Fatalis**

A beteggel a halálos ágyán találkoztam először. Amikor arról kérdeztem, hogyan kezdődött a sűrű kórházba járása, azt mondta, beoltotta magát. Először nem is értettem, mire gondol. Talán a lázas állapotok miatt egy feltételezett fertőző betegségre szerzett magának védőoltást, ami azután bizarr szövődményekhez vezetett? Gazdálkodó ember volt, aki többek között disznókat is tartott. Azon a végzetes nyáron a disznókat hasmenéses ragály kapta el. Úgy vélte, tőlük származik a saját baja is, még akkor is, ha eleinte egészen más tünetekkel kezdődött. A beoltáson a disznók váladékával történő érintkezést értette.

A kezelő osztályon szakvizsga gyakorlatomat töltöttem. A felvetésnek, hogy egy bizonyos serologiai vizsgálatot érdemes volna elvégezni a diagnózis bizonyítása érdekében, az előrehaladt rövid bél szindróma miatt már nem lett volna terápiás következménye. Egyetlen olyan kórokozó van, ami sertésekről emberre terjed, arthritist, dermatitist, meningitist és enteralis lymphadenitist okoz, a brucella suis. Aki endémiás területen dolgozik, annak a brucellosis mindennapi diagnózis.

Megkérdeztem az embert, mi lett a disznókkal. Azok meggyógyultak. Az állatorvos adott nekik valamilyen injekciós antibiotikumot. Beoltotta őket.

## FEJ- ÉS VÁLLFÁJDALOMHOZ TÁRSULÓ LÁZ

Kórelőzményében tonsillectomia, vesefejlődési rendellenesség illetve retinaleválás miatt végzett műtétek, rheumás carditis, pitvarfibrillatio szerepel.

0. Egy nap *fej- és kétoldali váll fájdalomra, gyengeségre* ébredt. A fájdalmak egy hét múlva megszűntek. Két héttel később hőemelkedése lett, majd újabb egy hét elteltével naponta *lázassá vált*. A lázkiugrásokat hidegrázás előzte meg. Kalmopyrin, azithromycin és moxifloxacin mellett lázas maradt, ceftriaxon mellett láztalanná vált. Azóta láztalan maradt, de gyengesége és éjszakai izzadása, továbbra is fennállt. 5 kg-ot fogyott. Labor leleteiben jó vesefunkció, normociter anaemia, magas CRP és extrém magas süllyedés volt észlelhető.

2. hó Vizelet kappa lánc 96 mg/l, lambda lánc 45 mg/l (mindkettő 3.5N). MHK CT a flexura lienalisnál bélfali megvastagodást mutatott.

5. hó Differenciáldiagnosztikai célból irányították szakambulanciánkra. A gyengeségen és minimális éjszakai izzadáson kívül panaszmentes és láztalan volt. Feje nem fájt. Látászavara nem volt. Időszakos fülsúgást említett.

Status: Kp fejlett, táplált. Sápadt. Arrhythmias szív működés, zöreje nem hallható. Tüdők felett tiszta légzés. Has puha, betapintható, kóros nem tapintható. Lábai nem dagadnak. Az arteria temporalisok területén kóros eltérés nem tapintható.

A korábbi vizsgálatok révén felmerült paraproteinaemia gyanúját serum immun electrophoresis, vastagbél daganat gyanúját colonoscopia kizárta. A klinikai kép és a labor eredmények alapján egyetlen diagnózis maradt, amit –bár a beteg kívánságára szövettani mintavétel nem történt– az elrendelt kezelés hatásossága meg is erősített.

**Dg: Arteritis temporalis, Polymyalgia rheumatica****Kimenetel: Empiricus szteroid kezelés mellett klinikai javulás**

Az arteritis temporalis idős korban aránylag gyakran előforduló vasculitis. Amennyiben vállövi fájdalmak társulnak hozzá, polymyalgia rheumaticának nevezik. Jellemzője az extrém magas süllyedés. Legfontosabb veszélye, hogy arteria centralis retinae thrombosis révén hirtelen irreversibilis féloldali látásvesztéshez vezethet. A methylprednison kezdő dózisa 0.5 mg/kg, amit legalább egy hónapig fenn kell tartani. A dózist ezután lassan és fokozatosan lehet csökkenteni, minden lépésben a süllyedés kontrollálása mellett. A süllyedés emelkedése vagy panaszok megjelenése esetén a korábbi hatásos dózistra vissza kell térni. A szteroid kezelés teljes leépítése fél éven belül nem lehetséges, olykor évekig is fenn kell tartani a szedését.

A kórtörténetben a ceftriaxon kezelés hatásosságára retrospective nehezen adható magyarázat. Társuló légúti fertőzés lehetősége vethető fel, amire az antibiotikus kezelés hatásosnak bizonyult.

## VISSZATÉRŐ HÓLYAGOSODÁS

Kórelőzményében myoma eltávolítás, szalagszakadás illetve patella sérülés miatt kétoldali térd műtét szerepel. Gyógyszert nem szed. Szüleit nem ismerte.

U. Két éve tartó panaszok, csupa negatív eredményt adó kiterjedt kivizsgálást követően esetleges paraneoplasziás tünetegyüttes megítélésére irányították onkológiai szakambulanciánkra. A menstruáció idején, a törzsén elhelyezkedő, erythemás foltokkal gyógyuló *hólyagok visszatérő megjelenésére* panaszkodott. A következő menstruációig a hólyagok felszívódtak, a foltok eltűntek. A hólyagok gyakran a száj nyálkahártyán jelentkeztek. A genitáliákon csupán egyszer észlelt hólyagot. A hólyagokkal egy időben 39°C láza is szokott lenni, ami minden alkalommal spontán szűnt. Ízületi fájdalmakra, látászavarra nem panaszkodott. Thrombosisa nem volt.

Amoxicillin+klavulansav, erythromycin, fuzidinsav kúra a panaszokat nem javította. Panaszai a munkavégzésben korlátozták.

Vizsgálatakor hólyagokat nem észleltünk. Arcán foltos pigmentatio volt látható, amit sebhelyeknek tartott.

**Dg: Behçet-kór**

**Kimenetel: Delagil szedése mellett panaszai lényegesen javultak.**

A Behçet kór örökletes hajlamú vasculitis. Patognomicus labor vagy szövettani eltérés nem jellemző rá. Maior és minor kritériumok megléte alapján lehet kimondani a diagnózist. Legjellemzőbb elváltozásai a bőrön megjelenő apró hólyagok, illetve a száj vagy a genitáliák nyálkahártyáján kialakuló aphták. A hólyagokhoz láz, arthritis, uveitis, thrombosis társulhat.

A betegség a mediterrán térségben élő népeknél gyakoribb. Első leírója török orvos volt. A nevelőintézetben felnövekvő sötét szemű és hajú lány talán épp a betegsége révén tudhatott meg valamit a származásáról.

Gondozását a beutaló immunológus folytatta.

## NEM MALIGNUS EREDETŰ PANCYTOPENIA

Kórelőzményében colitis ulcerosa szerepel. Biológiai és immunsuppressív kezelését nőgyógyászati javaslatra, terhesség, méhnyak HPV infectio, CIN1 szövettani eredmény miatt felfüggesztették. A terhességet terminálták.

0. Colitis ulcerosa acut exacerbatiojának képével gastroenterologiai osztályra vették fel. Induló labor parameterei mérsékelt gyulladásos szindrómán kívül kóros eltérést nem mutattak. Szteroid és azathioprin beállítása történt.

7. nap Szeptikus lázmenet lépett fel. Haemokultúrák negatívak voltak. Serologiai vizsgálatok acut CMV infectiot igazoltak. A szteroidot leépítették, immunsuppressor kezelését elhagyták. A colitis kontrolljára kizárólag 5-ASA készítményeket és empiricus antibiotikumot alkalmaztak.

13. nap Labor leletei pancytopenia kialakulását mutatták (WBC: 2.7 G/l, HGB: 90 g/l, PLT: 68 G/l). Belgyógyászati ügyeletem során referálták az esetet. Egy alább megnevezett diagnózist és terápiát javasoltam.

16. nap Haematologiai konzílium malignus csontvelő betegség lehetőségét sternum punctioval nyert kenet vizsgálata alapján kizárta. Infectologiai konzílium infectologiai teendőt nem tartott szükségesnek.

23. nap Központi intenzív osztályra helyezték romló septicus állapot, fokozódó dyspnoe miatt. Gépi lélegeztetésre szorult. Acalculosus cholecystitis miatt cholecystectomiát végeztek.

**Dg: Haemophagocytosis**

**Kimenetel: Gyógyulás**

30. nap A két hete indított gancyclovir kezelés mellett pancytopenia mélysége csökkenni kezdett.

38. nap Láztalanodást, extubatiót követően a gastroenterológiai osztályra visszahelyezték.

56. nap Enteralis táplálás visszaállítását, transfusiot, decubitusok sebészi ellátását követően rendezett passage-zsal otthonába bocsájtották.

A következő években colitises panaszai nem jelentkeztek. A colitis ulcerosa kezdeti diagnózisának helyessége kérdéses. Az aktuális epizódot minden esetre heveny cytomegalovírus fertőzés okozta. A CMV fertőzés ritka, de kezelés nélkül fatális kimenetelű szövődménye lehet a haemophagocytosis szindróma.

Azathioprin adása mellett kialakult haemophagocytosis szindrómával szövődött akut cytomegalovírus fertőzés. Orv. Hetil. 2013.



## EMPYEMA ÉS HAEMORRHAGIÁS PERICARDITIS

Kórelőzményében mitralis prolapsus, pectus excavatus miatt emlőplasztika, conisatio, szájszűrés mûtét szerepel. Négy héttel korábban tonsillectomia történt.

0. Baloldali *mellkasi fájdalom és lázas állapot* miatt kezdeményezett mellkas CT baloldali pleuropneumoniát ábrázolt. Empiricus antibioticus kezelés mellett lázталanná vált. A bal mellkasfélben fokozódó mennyiségű, septumokkal tagolt folyadékgyülem jelent meg. Thoracocentesis során érdemi mennyiségű folyadékot nyerni nem sikerült.

11. nap Mellúri drainage során purulens váladékot nyertek. A mellkas kiürítése nem volt kivitelezhető. A beavatkozást követően állapota súlyosbodott. Nehézlégzés jelentkezett.

13. nap Thoracotomiából empyema kiürítés, decorticatio és drainage történt. A mellúri váladékból Eikenella corrodens tenyészett ki. Célzott antibioticus kezelés mellett gyulladási paraméterei csökkentek, általános állapota javult, a hydrothorax nem telődött vissza. Otthonába bocsájtották. Az antibiotikus kezelést két hét után a bakteriológiai előírásnak megfelelően elhagyta.

60. nap Epigastrialis fájdalom, hányinger miatt mellkasszűrésen observálták. Hasi UH pericardialis folyadékot ábrázolt.

**Dg: Eikenella corrodens szepszis**

**Kimenetel: Gyógyulás**

Két alkalommal történt pericardiocentesis. A punctiok során sanguinolens folyadékot nyertek. A tenyésztések illetve serologiai vizsgálatok kórokozót nem mutattak ki. Recidiv Eikenella fertőzést feltételezve 3G cephalosporin kezelést indítottunk. Az antibiotikus kezelést a kardiológiai osztályon javaslatomra a CRP normalizálódásáig, 21 napon át folytatták.

1-9. év Eseménytelen kardiológiai gondozás

Az Eikenella szepszis képes szokatlan megjelenési formát mutatni és a gyakoribb kórokozókhoz képest hosszabb antibiotikus kezelést igényel a teljes szanáláshoz. A kezelési idő meghatározásához a gyulladós labor paraméterek monitorozása nyújt segítséget.

Empyema thoracis és haemorrhagiás pericarditist okozó Eikenella corrodens szepszis. Orv. Hetil. 2013.

## DIFFÚZ HASI FÁJDALOM

Egy fiatal férfi kórelőzményében jelentős megbetegedés nem szerepel. Gyógyszert nem szed.

Ma hajnalban *alhasi fájdalomra* ébredt. Korábban is volt hasonló, görcsös alhasi panasza, de még sosem fordult vele orvoshoz. Láztalan, széklete, vizelete rendben. Hányingere nem volt, nem hányt.

Status: Kp. fejlett, táplált. Ritmusos szívűködés, zöreje nem hallható. Tüdők felett tiszta légzés. Has puha, betapintható, kóros nem tapintható. Lábai nem dagadnak.

Laborok: kóros eltérés nélkül, CRP nem emelkedett

Vizelet stix: kóros eltérés nélkül

## **Dg: Chronicus prostatitis**

### **Kimenettel: Hullámzóan visszatérő panaszok**

Az anamnesis kiegészítése: Rákérdezésre elmondta, hogy partnerét utóbb cystitises panaszok miatt kezelték.

A status kiegészítése: rectalis vizsgálattal megnagyobbodott, egyenetlen felszínű, rendkívül fájdalmas prosztatát észleltünk.

Vélemény: Jelenleg sürgős kórházi felvételt nem igényel. Az urológiai szakambulancián kivizsgálásra jelentkezzen.

További konzultációk: Aznap este metamizolra nem szűnő fájdalom miatt újra jelentkezett a sürgősségi osztályon, ahol egy hasi UH vizsgálat kóros eltérést nem mutatott. A következő héten történt urológiai szakvizsgálat kóros eltérést nem jegyzett. A következő évben a mons pubison észlelt molluscum contagiosum miatt bőrgyógyászati kezelés történt. Két évvel később urológián pyuria miatt antibioticus kezelést kapott.

A krónikus prostatagyulladás fiatal felnőtt férfiakkal gyakran áll a bizonytalan hasi fájdalmak hátterében. Jellemző, hogy sem urológiai sem gasztroenterológiai kivizsgálás nem talál kóros eltérést. A fájdalmas tapintatú prosztata azonban önmagában elég a diagnózishoz. A normális prosztata ugyanis még erős nyomásra sem fáj. A labor vizsgálatok, beleértve a vizelet- és ondótenyésztést gyakran negatív eredményt adnak. Ez azonban nem zárja ki, hogy anaerob kórokozók (amik a minta kezelése során elpusztulnak) ne lehetnének jelen a prosztatában. Rectalis UH vizsgálat gyakran kis meszesedéseket ábrázol, ami a diagnózist alátámasztja. A kezelés nem egyszerű, meghaladná a Válogatás kereteit.

Visszanézve a sürgősségi osztály éves anyagait a gyakorisága ellenére a diagnózis szinte kizárólag saját ügyeleteimben fordult elő, évente tucatnyi alkalommal.

## BAL KÉZFEJZSIBBADÁS

Kórelőzményében depressio, aethylismus chronica, aranyerességből származó alsó gastrointestinalis vérzés, baloldali traumás csípőlapát törés, discectomia lumbalis, vena cava inferior thrombosishoz társuló kétoldali pulmonalis embolia és nyitott foramen ovalen át szisztémás embolisatio, következményes baloldali hemiparesissel járó TIA illetve baloldali a. radialis oclusio, median sternotomiából pulmonalis embolectomia, ideiglenes vena cava filter hordás, DOAC kezelés mellett kialakult jobboldali femoralis thrombosis, csökkent protein S aktivitás szerepel.

Gyógyszerei: 2x150 mg dabigatran, 2x40 mg pantoprazol

Gyógyszerérzékenység: nem ismert

OMSZ szállította SBO-ra. Elmondása szerint ma délelőtt mély légvételre bal oldali szúró jellegű mellkasi fájdalomra jelentkezett, amely azóta is tart. *Bal karja, kézfeje zsibbadt*, tetániás görcsbe állt mintegy negyed óráig. Feje fáj, szédül. Trauma nem érte.

Status: Kp. fejlett, táplált. Ritmosos szív működés, zöreje nem hallható. Tüdők felett érdes légzés. Tompulat nem kopogtatható. Has puha, betapintható, kóros nem tapintható. Májja nem nagyobb. Bokái mérsékelten dagadnak. Neurológiai gócjel nem észlelhető. P: 60/min, RR jobb kar: 165/105 Hgmm, bal kar 125/95 Hgmm, SatO<sub>2</sub>: 98%. A bal kar abductiojával és hátrafelé rotálásával a bal subclavicularis árokban surranást kiváltani, illetve a bal radialis pulzust eltüntetni nem lehet.

EKG: s.r., FR: 80/min, PQ norm, keskeny QRS, bal tengelyállás, ST iso, T pos

Th: 12.5 mg captopril, 0.25 mg alprazolam, 0.5 mg clonazepam, 100 mg tiaprid, 1000 ml Isolyte

**Dg: Pánik sy**

**Bal a. subclavia occlusio**

**Kimenetel: Sedativum adása mellett oldódott**

**Érsebészeti gondozást igényel**

Aortaív angio-CT: Status post sternotomiam. Bal oldali arteria subclavia occlusio, retrográd visszatelődés. Subclavian steal syndroma. Minimális fali meszesedés a bal ACC oszlásban, ACI eredésnél. Az intracranialis ér főtörzseken és a Willis-kör artériáin elzáródás, számottevő szűkület nem ábrázolódik.

Vélemény:

1. Panaszait pánik szindrómának tartjuk, amely spontán javult, sedativum adása mellett szűnt.
2. Rutin vérnyomásmérés során a két kar között észlelt 40 Hgmm különbség háttérében bal a. subclavia occlusio igazolódott. Érsebészeti konzílium alapján sürgős teendőt nem igényel. Az anamnesisre is tekintettel azonban ritka és összetett érbetegségei vannak, ezért érsebészeti gondozása szükséges.
3. Vérnyomás beállításra (a jobb kar érték alapján) házi orvosánál jelentkezzen.

## „MALIGNUS” RITMUSZAVAR

Kórelőzményében jobb alsó szemhéjról verruca, alsó ajakról lipoma eltávolítás, jobboldali distalis radius törés miatti műtét, kétoldali hallux valgus miatti műtét, hypertonia, aorta stenosis miatt biológiai műbillentyű beültetés (Medtronic Hancock II, 21 mm bioprotesis), a kivizsgálás során végzett kóros eltérést nem mutató coronarographia, depressio szerepel.

Gyógyszerei: 2.5 mg nebivolol, 40 mg furosemid, KCl, 40 mg rosuvastatin, 100 mg aspirin, 40 mg pantoprazol, 3x0.25 mg alprazolam

Gyógyszerérzékenység: Penicillin

Ma reggel fél hétkor hirtelen *palpitatio* érzést észlelt. Mellkasa szorított, torkában gombóc érzése volt. Mentők 5 mg metoprolol iv. adása után szállították SBO-ra. A feltaláláskor észlelt 170/min szívfrekvencia a kórházba érkezésre 130/min-re csökkent.

Egy hete többször volt laza, sötét széklete. Hányás nem volt.

Status: kp fejlett, táplált. Sápadt. Ritmusos tachycard szív működés, zöreje nem hallható. Tüdők felett tiszta légzés, a jobb basison néhány szörtyzöreje. Has puha, betapintható, kóros nem tapintható. Rectalisan fekete színű, haemoscreen+ széklet. Lábai nem dagadnak.

EKG I: 130/min pitvarfibrillatio, bal tengelyállás, ST iso T pos

EKG II: 100/min sinus ritmus, PQ norm

Th: 1000 ml Rindex, 1a Controloc, 0.6 ml Clexane

Vélemény: Pitvarfibrillatioja 5 mg metoprolol iv. adását követően helyreállt. Laborokban mérsékelt anaemiát észleltünk. A panaszok alapján lezajlott gastrointestinalis vérzés feltételezhető, ami szívizom hypoxia révén a ritmuszavar kiváltásához is hozzájárulhatott. Egyeztetés alapján a területileg illetékes belgyógyászatra irányítjuk a vérzésforrás felderítésére.

## **Dg: Pitvarfibrillatio, anaemia, gastrointestinalis vérzés**

### **Kimenetel: A kivizsgálás a feltételezett vastagbél daganatot igazolta**

A három utóbbi történet azért is került a Válogatásba, mert a belgyógyász onkológus képzésnek (ha lenne ilyen) fontos eleme (kellene, legyen) a sürgősségi ellátásban való jártasság szerzése.

Az utolsó történet szépen illusztrálja, hogy a cardialis jellegű panaszok oka nem feltétlenül a szívben és a mellkasban keresendő. A béta-blokkoló adása után helyreállt sinus ritmussal a beteget haza lehetett volna bocsájtani, és a gyógyszeres kezelést ambulans kardiológiai vizitre lehetett volna bízni.

A belgyógyászat egyik szépsége a szervrendszerek egymásra hatásának felismerése. A sürgősségi probléma onkológiai szemlélettel történő átgondolása biztosította a végleges megoldást. Transzfúziót követően a pitvarfibrillatio nem ismétlődött. Colonosopia rectum daganatot igazolt. Rectosigmoidealisectomiát végeztek. Pulmonalis progressio miatt két évig palliatív cytostaticus kezelést, majd cerebralis metastasisok megjelenése miatt teljes koponya besugárzást kapott.

Az ápolási osztályon, ahova a komfort kezelés biztosítása céljából áthelyezték ismét találkoztunk.

A sürgősségi osztály munkájában való részvételemért a takarítónők voltak a leghálásabbak. Ők tudták azt, amit a sürgősségire sosem járó orvos igazgató nem vehetett észre. Ha este láttak szolgálatba jönni, akkor megkönnyebbülhettek, mert akármilyen volt a napi forgalom, éjfél után jó eséllyel már alig maradt a táblán ellátatlan beteg. Így ők is hamarabb térhettek pihenni.





## TARTALOM

### EREDMÉNYES DAGANATGÁTLÓ KEZELÉSEK

KIS KITERJEDÉSŰ HER2+ EMLŐ DAGANAT	7
EMLŐ DAGANAT A HATÁROKON TÚL	9
LOKÁLISAN ELŐREHALADT TRIPLA NEGATÍV EMLŐ DAGANAT	11
ÁTTÉTES MÉHNYAK DAGANAT I.	13
ÁTTÉTES MÉHNYAK DAGANAT II.	15
ÁTTÉTES PROSZTATA DAGANAT	17
MOZAIK PROSZTATA DAGANAT	19
HERE DAGANAT	21
RECIDIV HERE DAGANAT	23
MEDIASTINALIS CSÍRASEJTES DAGANAT	25
VILÁGOSSEJTES VESE DAGANAT	27
PAPILLARIS VESE DAGANAT	29
ÁTTÉTES HÓLYAG DAGANAT	31
SYNCHRON HÓLYAG ÉS TÜDŐ DAGANAT	33
KISSEJTESNEK TARTOTT TÜDŐDAGANAT	35
LOKOREGIONALISAN KITERJEDT GYOMOR DAGANAT	37
HER2+ ÁTTÉTES GYOMOR DAGANAT	39
ÁTTÉTES VASTAGBÉL DAGANAT	41
PRIMER PERITONEALIS CARCINOMA	43
NYIROKCSOMÓ ÁTTÉTET ADÓ MERKEL-SEJTES CARCINOMA	45
MELLÉKPAJZSMIRIGY DAGANAT	47
GLIOBLASTOMA	49
MULTIPLIX AGYI ÁTTÉTEK	51
MENINGITIS CARCINOMATOSA	53
GRANULOSARCOMA	55

## **DAGANATGÁTLÓ KEZELÉS MAGAS KOCKÁZATÚ BETEGEKNÉL**

CSONTVELŐ INVÁZIÓT ÉS MÁJFUNKCIÓ KÁROSODÁST OKOZÓ EMLŐ DAGANAT	57
ANURIÁT OKOZÓ KÉTOLDALI BELLINI TUMOR	59
SUBILEUST OKOZÓ ÁTTÉTES VÉGBÉL DAGANAT	61
ATLANTOOCIPITALIS INSTABILITÁST OKOZÓ MYELOMA	63
EMLŐ DAGANAT KEZELÉSE COVID POZITIVITÁS MELLETT	65

## **SZÖVŐDMÉNYEK ÉS TÁRSBETEGSÉGEK FELISMERÉSE ÉS ELLÁTÁSA**

SZEPTIKUS SHOCK I.	67
KISMEDENCEI TÁLYOG	69
RECIDIV PNEUMONIA	71
REFRACTER TUBERCULOSIS	73
KATÉTER SZEPSZIS	75
SZEPTIKUS SHOCK II.	77
ANAPHYLAXIÁS SHOCK	79
AORTA STENOSIS	81
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 50 µg/h FENTANYLON INNEN	83
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS 400 µg/h FENTANYLON TÚL	85

## **DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI KIHÍVÁSOK**

ELSŐ GRAND MAL ROHAM	87
EGYOLDALI FÜL DYSCOMFORT ÉRZÉS	88
ISMERETLEN EREDETŰ LÁZ	89
FEJ- ÉS VÁLLFÁJDALOMHOZ TÁRSULÓ LÁZ	91
VISSZATÉRŐ HÓLYAGOSODÁS	93
NEM MALIGNUS EREDETŰ PANCYTOPENIA	95
EMPYEMA ÉS HAEMORRHAGIÁS PERICARDITIS	97
DIFFÚZ HASI FÁJDALOM	99
BAL KÉZFEJZSIBBADÁS	101
„MALIGNUS” RITMUSZAVAR	103

