

A pleura benignus, szoliter, fibrosus tumora

Bohács Anikó, Tamási Lilla, Somoskövi Ákos, Mészáros Zsolt,
Sápi Zoltán, Bártfai Zoltán

BEVEZETÉS – A ritka, gyakorta tünetszegény pleuropulmonalis daganatok differenciáldiagnosztikai nehézséget jelentenek a klinikus és a patológus számára egyaránt. A pleura szoliter, fibrosus tumorának diagnosztizálásához elengedhetetlenek az immunhisztokémiai vizsgálatok, amelyek nemcsak diagnosztikai, hanem prognosztikai jelentőségűek is.

ESETISMERTETÉS – A szerzők egy 63 éves, panasztmentes, férfi beteg esetét mutatják be. A beteget a mellkas-röntgenfelvételen észlelt, jobb oldali, parahilaris árnyéktöbblet miatt vizsgálták. A malignitásra gyanús elváltozás műtéti eltávolítását követően, szövettani vizsgálattal a pleura szoliter, fibrosus tumorát diagnosztizálták. Ezeknek a fibrosus tumoroknak az immunhisztokémiai megjelenése típusos. Esetükben a morfológiailag benignusnak tűnő daganatban a p53-pozitivitás és a fokális CD34-pozitivitás malignus transzformáció lehetőségét vetette fel. A műtét után 17 hónappal a beteg él, relapsus nem észlelhető.

KÖVETKEZTETÉS – Mivel kialakulhat a szövettanilag benignus, szoliter, fibrosus pleuradaganat malignus transzformációja, ezért javasolt a terime komplett műtéti eltávolítása és a betegek szoros, hosszú távú, klinikai és radiológiai követése. Ennek gyakoriságát, a szövettani vizsgálat prognosztikai tényezőinek figyelembevételével, a klinikus előre megtervezheti.

**a pleura szoliter, fibrosus tumora,
immunhisztokémiai vizsgálatok, CD34, p53,
betegkövetés**

**BENIGN SOLITER FIBROTIC TUMOR
OF THE PLEURA - A CASE REPORT**

INTRODUCTION – Rare asymptomatic pleuropulmonary neoplasms can represent serious differential diagnostic difficulties both for clinicians and pathologists. Immunohistochemical tests are essential tools for the diagnosis of soliter fibrotic tumor of the pleura. These tests are also of diagnostic and prognostic importance.

CASE REPORT – The report summarizes the case of an asymptomatic 63 years old man. The patient was admitted to hospital with a parahilar infiltrate of the right lung. Based on this chest X-ray abnormality pulmonary malignancy was suspected. The patient was referred to surgical intervention and the diagnosis of was based on post-surgical histology. These fibrotic tumors have typical immunohistochemical features. Although the histomorphology of the tumor suggested the presence of a benign tumor the p53 positivity and focal CD34 positivity indicated the possibility of malignant transformation as well. The patient is alive 17 months after surgery and there is no relapse of the disease.

CONCLUSION – Although histologically benign, soliter fibrotic tumors of the pleura may occasionally transform into malignant variants. Therefore complete surgical resection and long-term clinical and close radiological follow-up is recommended for these patients. Clinician can plan well ahead the frequency and time of the follow-up with the help of the prognostic factors of hystology.

**soliter fibrotic tumor of pleura,
immunohistochemicals, CD34, p53,
follow-up**

dr. Bohács Anikó (levelező szerző/correspondent), dr. Tamási Lilla, dr. Somoskövi Ákos,
dr. Bártfai Zoltán: Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika/
Semmelweis University, Department of Pulmonology; Budapest
H-1125 Budapest, Diósárok út 1/C. E-mail: szatmari-bohacs@freemail.hu
dr. Mészáros Zsolt: Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Sebészeti Osztály/
Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Surgical Department; Budapest
dr. Sápi Zoltán: Szent János Kórház, Patológiai Osztály/Szent János Hospital,
Department of Pathology; Budapest

Érkezett: 2004. június 30. Elfogadva: 2004. szeptember 28.

A pleura szoliter, fibrosus tumora (SFTP – soliter fibrosus tumor of the pleura) ritka mellhártya-megbetegedés, incidenciája a Mayo Klinika adatai alapján 2,8/100 000 fő (1). Magyarországon Károlyi és Soltész tekintette át a hazai eseteket, e felmérés alapján egymillió lakosra jut hét új eset (2). Az SFTP az összes jóindulatú mellkasi tumor 8%-át, míg a pleuraneoplasmák 10%-át teszi ki (3). Általában az 50–70. életévekben fordul elő, férfiaknál gyakrabban (4–8). Kialakulásában, a malignus mesotheliomával ellentétben, az azbesztexpozíciónak nincs etiológiai szerepe. Benignus és malignus formája egyaránt ismert. A daganat gyakran tünetmentes.

Esetismertetésünkben egy 63 éves, panaszmentes, lakossági szűrés során kiemelt férfi kórtörténetét mutatjuk be. A részleges atelectasiát okozó mellhártyadaganat műtéti eltávolítását követően a szövettani, immunhisztokémiai vizsgálatok révén jutottunk diagnózishoz. Ezeknek a vizsgálatoknak fontos szerepük van a prognózis megítélésében is. A műtét után 17 hónappal a beteg tünetmentes, recidíva nem alakult ki.

Esetismertetés

Anamnézis, klinikai vizsgálatok

A 63 éves férfi anamnézisében tonsillectomia, fogtályog miatti műtét szerepel. A beteget panaszmentes állapotban lakossági tüdőszűrésen észlelt, jobb oldali parahilaris árnyéktöbblet kivizsgálása miatt vettük fel klinikánkra. Fizikális státusában, a funkcionális pulmonalis paraméterekben kóros eltérést nem észleltünk. A laboratóriumi vizsgálatok megfeleltek az élettani értékeknek.

A mellkas-röntgenfelvételen a fent említett jobb oldali parahilaris árnyéktöbbletet láttuk (1. ábra).

A mellkas komputertomográfiai vizsgálata során jobb oldalon, a középvonal mellett, a mellkasfal mögött 8×5×7 cm-es, inhomogén denzitású, környezetétől jól elhatárolt és éles kontúrú képlet ábrázolódott. A képlettel érintkező tüdőszövetben kis kiterjedésű atelectasián kívül más elváltozást nem lehetett látni. Kóros nyirokcsomók a mediastinumban nem voltak kimutathatók (2. ábra).

A mellkas kiegészítő, mágnesesrezonancia-vizsgálata során az elváltozás a T1-súlyozott képen közepes, a T2-súlyozott képen magas jelintenzitású volt. Az éles kontúrú, benne kis folyadékterületeket tartalmazó képletet extrapulmonalis tumornak ítéltük. A fentiek alapján a radiológus thymoma és lymphoma lehetőségét vetette fel (3. ábra).

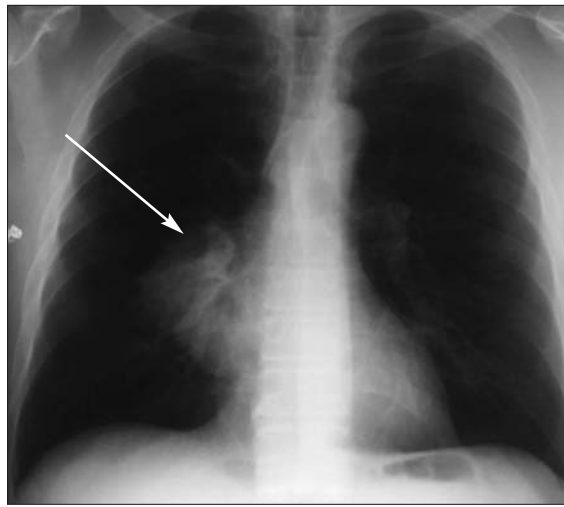
Hasi ultrahangvizsgálattal kóros eltérés nem ábrázolódott.

A bronchoszkópos vizsgálat negatív eredménnyel zárult. A trachea és valamennyi bronchusszájadék szabad, a nyálkahártya mindkét oldalon ép volt. A trans-thoracalis tüdőbiopsziával nyert minta feldolgozása során C2 citológiai eredményt kaptunk.

Onkológiai, mellkassebészeti konzílium az atelecta-

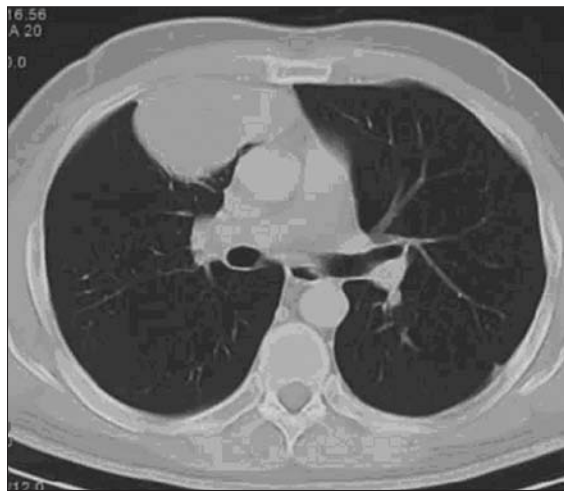
1. ÁBRA

A beteg mellkas-röntgenfelvétele a kórházba kerülés napján. Jobb oldali parahilaris árnyéktöbblet (nyíl)



2. ÁBRA

A beteg mellkasi CT-felvétele. Jobb oldalon, a középvonal mellett, az elülső mellkasfal mögött, 8×5×7 cm-es, élesen körülhatárolt képlet látható



siát okozó, jelentős méretű extrapulmonalis neoplasma eltávolítását javasolta. Jobb oldali axillaris thoracotomiát követően az elülső mediastinumból körülbelül ökölnyi nagyságú, tokkal körülvelt, a középső tüdőlebennyel két helyen kocsánnyal összefüggő tumort távolítottak el. Posztoperatív szövödmény nem lépett fel.

Szövettani vizsgálat

A 8×6×5 cm-es daganatot felvágva, makroszkópos vizsgálattal velős szövetet láttunk, helyenként gócos bevezérésekkel, illetve kisebb nekrotikus területekkel.

Mikroszkópos vizsgálattal a metszetekben vékony

3. ÁBRA

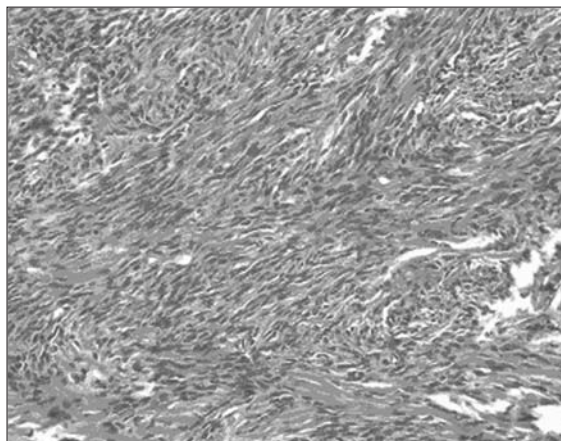
A mellkas MR-vizsgálati képe. Magas jelintenzitású, éles kontúrú, kis folyadékterületeket tartalmazó képlet (nyíl)



kötőszövetes rostokkal körülvett szövetfragmentumokat, bennük megnyúlt, orsó alakú sejtekből álló kötegeket lehetett látni. A monomorf sejteknek keskeny eozinofil citoplazmájuk, szabályos magjuk volt, hialinosan átalakult kötőszövetes rostok, illetve nyálábok között, kötegeket képezve terjedtek. A sejtek között

4. ÁBRA

A műtéti minta szövettani metszete hematoxin-eozin festéssel. Vékony kötőszövetes rostokkal körülvett szövetfragmentumok, bennük megnyúlt, orsó alakú sejtekből álló kötegek



nagy számban lehetett megfigyelni szabálytalan formájú, részben stasisos, részben dilatált ereket is. Néhol, valószínűleg vascularis eredetű, nekrotikus területek látszottak. Osztódó forma sehol nem mutatkozott (4. ábra).

A sejtek S-100-zal és alfa-simaizom-aktinnal végzett immunhisztokémiai vizsgálata negatív eredménnyel zárult, de a CD34- és a p53-reakcióknál göcsös, fokális pozitivitást észleltünk (5. ábra).

A vizsgálati eredmények alapján az elváltozást a pleura benignus, szoliter, fibrosus tumorának tartottuk, amely morfológiailag benignus, azonban az immunhisztokémiai vizsgálattal kimutatott fokális CD34- és p53-pozitivitás miatt felmerült a malignus transzformáció lehetősége.

Posztoperatív kontrollvizsgálatok

A beteg műtét utáni mellkas-röntgenfelvétele negatív volt. Az eddig eltelt, 17 hónapos követés során lokális recidívát nem észleltünk, a beteg utolsó alkalommal készült mellkasfelvételén sem volt eltérés. Tekintettel arra, hogy a benignus SFTP-k 10%-ában lokális recidíva jelentkezik és ez általában tíz évvel a műtétet követően alakul ki, betegünk hosszú távú, rendszeres követését tervezzük. Az időszakos radiológiai ellenőrzés szükségességét az észlelt p53-pozitivitás még inkább alátámasztja, mivel ez a paraméter kedvezőtlen prognosztikai tényező.

Megbeszélés

A pleura szoliter fibrosus tumora rendkívül ritka (2). Az irodalmi adatok alapján, az esetek nagyobb részében a következő klinikai tüneteket okozhatja (4–10):

- mellkasi fájdalom,
- nehézlégzés,
- köhögés,
- láz,
- hypertrophiás pulmonalis osteoarthropathia,
- fogyás,
- hypoglykaemia,
- mellkasi folyadékgyülem,
- kompressziós tünetek.

Hypertrophiás pulmonalis osteoarthropathia az esetek 20%-ában, elsősorban a nagyobb méretű daganatok esetében figyelhető meg, a 7 cm-nél nagyobb tumorok 91%-ánál észlelhető. Szimptomatikus hypoglykaemia 4%-ban fordul elő, háttérben a tumorszövet inzulinszerű növekedési faktor II (IGF-II) termelődése áll. Mind a hypertrophiás pulmonalis osteoarthropathia, mind a hypoglykaemia a daganat eltávolítását követően megszűnik (4, 5, 10–12). A nagyméretű daganatok kompressziós tüneteket okozhatnak: például a vena cava inferior kompressziója következtében ascites és alsó végtagi oedema alakulhat ki (5). A daganat kapcsolódhat a környező szervekhez – pericardium, mellkasfal, tüdő –, ezáltal szervspecifikus tü-

1. TÁBLÁZAT

A pleura szoliter fibrosus tumorának klinikai jellemzői az irodalmi adatok alapján

Szerzők	A betegek száma	A nemek megoszlása, férfi-nő (%)	A betegek átlagéletkora	A tünettel jelentkező betegek aránya	A daganat nagysága	A jóindulatú tumorok aránya
<i>Károlyi és munkatársai (2)</i>	26	10–16 (38,5–61,5%)	51,7 év	3,8%	1–22 cm	100%
<i>Dalton és munkatársai (5)</i>	40	27–13 (67,5–32,5%)	53,7 év	75%	2,5–25 cm, 4–4500 g	80%
<i>Haddad és munkatársai (6)</i>	19	8–11 (42,1–57,9%)	58,4 év	58%	>1100 g hét esetben	79%
<i>Chang és munkatársai (7)</i>	22	14–8 (63,6–36,4%)	51 év	59%	nincs adat	50%
<i>Santos és munkatársai (8)</i>	13	4–9 (30,8–69,2%)	65 év	31%	1,2–24 cm	85%
<i>Yokoi és munkatársai (14)</i>	8	3–5 (37,5–62,5%)	68 év	nincs adat	nincs adat	50%
<i>Magdeleinat és munkatársai (15)</i>	60	nincs adat	55 év	52%	8,5 cm	64%

netek léphetnek fel. A daganat kiindulási helye általában a visceralis (80%), ritkábban a parietalis pleura (20%) (4–6, 13).

A daganat klinikailag lehet tünetszegény. Ilyen esetben a panaszmentes beteget a mellkas-röntgenfelvételen észlelt eltérés – élesen körülhatárolt, szoliter, perifériás árnyéktöbbség – miatt emelik ki. A hazai SFPT-s betegek kétharmadát lakossági szűrés alkalmával fedezték fel (2).

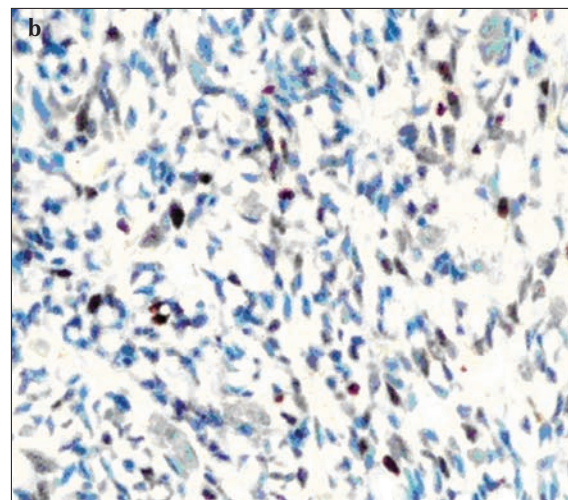
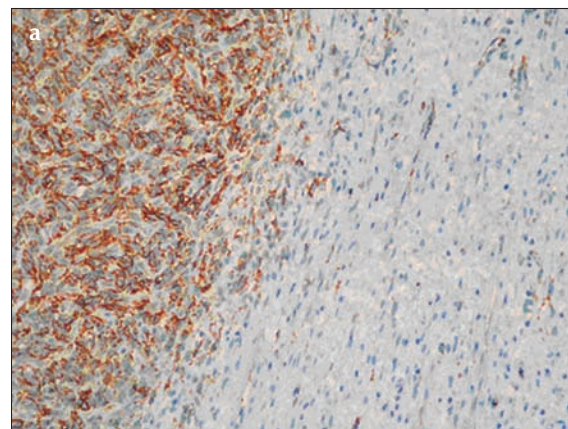
Képpalkotó vizsgálatokkal történő követéssel a tumor lassú növekedése figyelhető meg. Ezt bizonyította az a hazai, retrospektív felmérés is, amelyben kitént, hogy a szűrővizsgálatra rendszeresen járó betegek csaknem felénél átlagosan 3,5 éve volt látható a mellkasfelvételen a progrediáló kóros árnyék. A többi beteg esetében az SFPT átlagosan két éven belül alakult ki (2).

A tumor gyakran lebenyes szerkezetű. Mérete széles határok között változhat, a néhány centiméterestől a 25 cm átmérőjűig (1. táblázat). Az elváltozás mellett mintegy 10%-ban mellkasi folyadékgyülem is megjelenik (4). A daganat CT-képre jellemző a kontrasztanyag-halmozás, az invazivitás hiánya, és megfigyelhetők az inhomogén szerkezet, a nagyfokú vascularisatio, a fokális myxoid vagy cisztikus degeneráció, a haemorrhagia jelei. Jellegzetes sajátossága, hogy nem okoz mediastinalis lymphadenopathiát (16).

A puha tapintatú, jól körülhatárolt daganat gyakran egy, a felszínből kiemelkedő eret tartalmaz. Vékony köteggel csatlakozhat valamely környező szövethez, ezáltal kocsányos daganatként jelenik meg. Metszlapján gyakran látható bevérzés, nekrozis, és néha kis cisztikus elváltozások is megfigyelhetők (4, 5). A mikroszkópos képre az uniform, elongált orsósejtek és kollagénekötegek változatos megjelenése jellemző. A kollagenizált (hypocellularis, illetve myxoid), a sejtes (hipercellularizált) és haemangiopericytomaszerű te-

5. ÁBRA

A szövettani minta immunhisztokémiai vizsgálata. a) fokális CD34-pozitív és -negatív területek láthatók egymás mellett; b) fokális p53-pozitivitás



2. TÁBLÁZAT

A pleura szoliter fibrosus tumorának immunhisztokémiai jellemzői	
Pozitív eredményű immunhisztokémiai vizsgálatok	Negatív eredményű immunhisztokémiai vizsgálatok
CD34	citokeratin
Vimentin	S-100 protein
Bcl-2	dezmin simaizomaktin

rületek kombinációja daganatonként változik. Jellemző az úgynevezett mintázat nélküli minta. Ritkán mikrociszták, kalcifikáció, sclerosis és hialinizáció is észlelhető (5, 17, 18). Az irodalomban két esetet említenek, ahol a daganaton belül haemopoiesis zajlott (18).

Az immunhisztokémiai és elektronmikroszkópos vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a daganatsejtek nem mesothelialis, hanem subpleuralis fibroblast, éretlen, mesenchymalis myofibroblast eredetűek (4, 5, 18–20). Az SFTP diagnosztizálásához az immunhisztokémiai vizsgálatok elengedhetetlenek, ezekre jellemző, hogy a mesothelialis, epithelialis és neurogén markerek negatívak. Az SFTP-re a CD34-, a vimentin- és a bcl-2-pozitivitás mellett az alfa-simaizom-aktin-, az izomspecifikus aktin-, a dezmin-, a citokeratin- és az S-100-, CD117-, CD31-vizsgálatok negativitása jellemző (17, 18, 20–22). A 2. táblázatban az SFTP immunhisztokémiai spektrumát ismertetjük.

A szövettani kép és a kórlefolyás összefüggését vizsgáló felmérések alapján az alábbi faktorok tekinthetők prognosztikai tényezőknél: a tumor mérete, kocsányos volta, körülhatároltsága, a lokális invazivitás jelenléte, a p53-, Ki-67-, CD31-, bFGF-pozitivitás, a mitotikus aktivitás foka. Jó prognózisra utal,

ha a daganat kocsányos és jól körülhatárolt, míg kedvezőtlen kimenetelre, lokális recidíva megjelenésére utal a daganat lokális terjedésének észlelése, a sejtek magas mitotikus indexe (>4/10 HPF), a p53-, Ki-67-, bFGF-pozitivitás (5, 14, 17, 21–23). CD34-negativitás esetén recidívára, malignus transzformációra kell számítani (21, 22, 24).

Az esetek 90%-ában a műtéti megoldás eredményes. Leggyakrabban posterolaterális thoracotomia, ritkábban sternotomia a behatolás módja. Bizonyos esetekben videoasszisztált thoracotómiával is eltávolítható a daganat. Kiterjedt, a környező szerveket is involváló daganat esetén kiterjesztett műtétet kell végezni, így lobectomiára, pleuropneumectomiára, pericardium- vagy mellkasfal-reszekcióra is sor kerülhet (3, 6–8, 15, 25). A betegek mintegy 10%-ánál, körülbelül tíz évvel a primer műtét után, lokális recidíva alakul ki, ez újabb műtéti beavatkozást igényel (4, 8, 13, 22). Mindezek alapján indokolt a pleura szoliter fibrosus tumorának komplett műtéti eltávolítása és a beteg hosszú távú követése (3, 7, 13, 15, 22, 25).

Következtetés

A ritka, gyakorta tünetmentes pleuropulmonalis neoplasmák felismerésében a lakossági szűréseknek kiemelt jelentősége van. A pleura szoliter, fibrosus tumorának diagnosztizálásában a jellegzetes mikroszkópos szövettani kép (kötőszövetes kollagénrostok kötegeivel körülvett, elongált, orsó alakú sejtek) és a nélkülözhetetlen immunhisztokémiai vizsgálatok (CD34- és vimentinpozitivitás, alfa-simaizom-aktin-, citokeratin- és dezminnegativitás) nyújtanak segítséget. A prognosztikai markerek vizsgálata hasznos kiegészítő információt szolgáltat a klinikus számára a betegkövetés idejének és gyakoriságának megállapításában. Nagyon fontos a klinikus és a patológus közös munkája, mert ennek az eredménye a pontos diagnózis.

IRODALOM

- Okike N, Bernatz PE, Woolner LB. Localized mesothelioma of the pleura. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;69:306-14.
- Károlyi A, Soltész I. A pleura lokalizált fibrosus tumora. *Magyar Onkológia* 1996(XL);4:184-7.
- Mezzetti M, Panigalli T, Giudice FL, Capelli R, Giuliani L, Raveglia F, et al. Surgical experience of 15 solitary benign fibrous tumor of the pleura. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;47(1):29-33.
- Light RW. Malignant and benign mesotheliomas. In: *Richard W Light. Pleural diseases. Third edition. Baltimore: Williams&Wilkins; 1995. p. 117-28.*
- Dalton WT, Zolliker AS, McCaughey WTE, Jacques J, Kannerstein M. Localized primary tumors of the pleura. An analysis of 40 cases. *Cancer* 1979;44:1465-75.
- Haddad R, Lima CE, Ferreira TD, Teixeira FD, Paiva HC, Boasquevisque CH, et al. Solitary fibrous tumor of the pleura: review of 19 cases from a single surgical group. *Chest* 2003;124(4):233S.
- Chang JW, Jhngook K, Kim KM, Choi Y, Han JH. Solitary fibrous tumors of the pleura: Clinical behavior and surgical outcome. *Chest* 2003;124(4):233S.
- Santos RS, Singh D, Raftopoulos Y, Mizstal M, Silverman J, Keenan R, et al. Local recurrence and long-term survival following curative resection of localized fibrous tumors of pleura. *Chest* 2003;124(4):233S.
- de Perrot M, Fischer S, Brundler MA, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg* 2002;74(1):285-93.
- Kishi K, Homma S, Tanimura S, Matsushita H, Nakata K. Hypoglycaemia induced by secretion of high molecular weight insulin-like growth factor II from a malignant solitary fibrous tumor of the pleura. *Intern Med* 2001;40(4):341-4.
- Axelrod L, Ron D. Insulin-like growth factor II and the riddle of tumor-induced hypoglycaemia. *N Engl J Med* 1988;319:1477-8.
- Chaugle H, Parchment C, Grotte GJ. Hypoglycaemia associated with a solitary fibrous tumor of the pleura. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;15:84-6.
- de Perrot M, Kurt AM, Robert JH, Borisch B, Spiliopoulos A. Clinical behavior of solitary fibrous tumor of the pleura. *Ann Thorac Surg* 1999;67(5):1456-9.
- Yokoi T, Tsuzuki T, Yatabe Y, Kurumaya H, Koshikawa T, Kuhara H, et al. Malignant solitary fibrous tumor of the pleura: clinical and pathological diversity. *Lab Invest* 1996;74:164.
- Magdeleinat P, Alifano M, Petino A, Le Rochais JP, Dulmet E,

- Galateau F, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: clinical characteristics, surgical treatment and outcome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21(6):1087-93.
16. Lee KD, Im JG, Choe KO, Kim CJ, Lee BH. CT findings in benign fibrous mesothelioma of the pleura: pathologic correlations in nine patients. *Am J Roentgenol* 1992;158:983-6.
 17. Chan JKC. Solitary fibrous tumour-everywhere, and a diagnosis in vogue. *Histopathology* 1997;31:569-76.
 18. Sidhu, Gurdip S, Wieczorek, Rosemary, Cassai, Nicholas D. Intratumoral hemopoiesis in a solitary fibrous tumor of the pleura. *Pathology case reviews* 2002;7(5):218-25.
 19. Keating S, Simon GT, Alexopoulou I, Kay JM. Solitary fibrous tumor of the pleura: an ultrastructural and immunohistochemical study. *Thorax* 1987;42:976-9.
 20. Hanau CA, Miettinen M. Solitary fibrous tumor: histological and immunohistochemical spectrum of benign and malignant variant presenting at different sites. *Hum Pathol* 1995;26(4):440-49.
 21. Brozetti S, D'Andrea N, Limiti MR, Pisanelli MC, De Angelis R, Cavallaro A. Clinical behavior of solitary fibrous tumor of the pleura. An immunohistochemical study. *Anticancer Res* 2000;20(6C):4701-6.
 22. Kanthan R, Torkian B. Recurrent solitary fibrous tumor of the pleura with malignant transformation. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 2003;128(4):460-2.
 23. Sun Y, Naito Z, Ishiwata T, Maeda S, Sugisaki Y, Asano G. Basic FGF and Ki-67 proteins useful for immunohistochemical diagnostic evaluations in malignant solitary fibrous tumor. *Pathol Int* 2003;53(5):284-90.
 24. Yokoi T, Tsuzuki T, Yatabe Y, Kurumaya H, Koshikawa T, Kuhara H, et al. Solitary fibrous tumour: significance of p53 and CD 34 immunoreactivity in its malignant transformation. *Histopathology* 1998;32(5):423-32.
 25. Altinok T, Topcu S, Tastepe AI, Yazici U, Cetin G. Localized fibrous tumors of the pleura: clinical and surgical evaluation. *Ann Thorac Surg* 2003;76(3):892-5.



ONKOLÓGIAI HÁZIORVOSI ALAPTANFOLYAM

A Magyar Klinikai Onkológiai Társaság, a novemberben megrendezésre kerülő III. kongresszusa keretében, háziorvosi alaptanfolyamot szervez.

Időpont: 2004. november 17. (9.00–17.00)

A rendezvény helyszíne: Hilton Budapest Hotel Westend, 1069 Budapest, Váci út 1–3.

Program:

Az onkológiai ellátás struktúrája – Szántó János; A daganatos betegségek előfordulása – Eckhardt Sándor; A daganatellenes orvosi tevékenység – Moskovits Katalin; A daganatos betegségek szűrése – Szánthó András; A daganatos betegségek korai felismerése – Thurzó László; A daganatos betegségek diagnózisa – Sági Zoltán; A daganatos betegségek diagnózisa: képzővizsgák – Gődény Mária; A terápiás onkoteam szerepe – Oláh Judit; A daganatos betegségek kezelési módjai – Pintér Tamás; A kemoterápia alkalmazási lehetőségei – Baki Márta; Kemoterápiás lehetőségek és eredményességük – Pikó Béla; Az emlődaganat komplex ellátása – Nagykálnai Tamás; A tüdőrák komplex onkológiai ellátása – Kovács Gábor; A vastagbélrák komplex onkológiai ellátása – Bodoky György; A kemoterápia mellékhatásai és azok ellátása – Ruzsa Ágnes; Sürgősségi állapotok az onkológiai betegeknél – Hideghéti Katalin; Pszichés vezetés – Rohánszky Magda; A palliatív terápia fontossága és nehézségei a mindennapi gyakorlatban – Osváth Márta; A fájdalomcsillapítás alapelvei – opiátok a tumoros fájdalom csillapításában – Telekes András; Jogi kérdések kábító fájdalomcsillapítók rendelésénél – Kismarton Judith; A hospice-ellátás lehetőségei – Rubovszky Gábor; Alternatív kezelési módszerek értékelése – Boda Éva

Az egész napos tanfolyam kreditpontosító tesztvizsga lehetőségével zárul.

Tudományos titkárság: dr. Bodoky György, Szent László Kórház, 1097 Budapest, Gyáli út 5–7. Telefon: (1) 455-8261, fax: (1) 455-8261, e-mail: h932bod@ella.hu

Kongresszusi iroda: Sárváry Barbara; Blaguss Utazási Iroda Kft. Kongresszusi iroda, 1051 Budapest, Erzsébet téri park. Telefon: (1) 374-7030, fax: (1) 321-1582, e-mail: sarvary@congress.blavo.hu