

Magyar Neuroonkológiai Társaság X. Kongresszusa

Debrecen

2009. Október 1.-3.



A kongresszus kizárólagos támogatója:

Schering-Plough Hungary Kft

A címlapon Sántha Kálmán és tanítványa

/ Varga Imre szobrászművész alkotása/

Tisztelt Részvevők, Kedves Munkatársak !

Szeretettel köszöntjük Önöket a Magyar Neuroonkológiai Társaság immáron X. Kongresszusán.

Első alkalommal rendezzük a Társaság hazai tudományos összejövetelét Debrecenben. Reméljük, folytatjuk a balatonfüredi hagyományokat és egy jó hangulatú, baráti légkörben zajló találkozás valamint színvonalas, gazdag szakmai felrissülés emlékével térnek majd haza.

Köszönjük, hogy elfogadták a meghívásunkat.

Dr. Szabó Sándor
a Társaság Elnöke

Dr. Fedorcsák Imre
a Társaság Titkára

Prof. Dr. Bognár László
a Kollégium Elnöke

*„Kinek fáj, emberek,
ha az élet ér-fala átfagy
s dörrenve megreped?
Emberek, ki örül annak,
ha a végzet önnemző szavai
hirtelen megtorpannak,
s nem fut ki a végső mondat?-
A hó-mezőre, hol ír a halál,
ki teszi ki a szívét nagy tüzes pontnak!”
/Nagy László/*

Általános információk

Kongresszus ideje:

2009.10.01.-03.

Kongresszus helyszíne /előadások, regisztráció/:

Kölcsey Művelődési Központ, 1. emelet, Bálterem

Szakmai információ:

Prof. Dr. Bognár László

DEOEC Idegsebészeti Klinika

4032 Debrecen, Móricz Zs. Krt. 22

Telefon és fax: 06-52-419418

Kongresszusi titkárság:

Dr. Szabó Sándor

Csatáry Csilla

Cseke Georgina

DEOEC Idegsebészeti Klinika

4032 Debrecen, Móricz Zs. Krt. 22

Telefon és fax: 06-52-419418

email: sszabo21@msn.com

Kongresszusi iroda:

Patakfalvy Zsuzsanna

levelezési cím: Day Holiday Kft., 1024 Budapest Keleti Károly u. 9.

faxszám: 1-315-1670

e-mail cím: info@dayholiday.hu

Részvételi díjak

	<35 év rövid*	<35 év teljes	>35 é rövid	>35 é teljes
MANOT tag	5000	10000	10000	15000
amely magában foglalja a tagdíj összegét is!				
nem MANOT tag	10000	15000	15000	20000

*: egy nap, szállodai elhelyezés nélkül

A regisztrációs díj tartalmazza: az összes többi felmerülő költséget (az előadásokon való részvételt, kongresszusi dokumentációt, társasági programokat).

Kísérő személyek részvételi díja:

1 éjszaka szállásköltség (egy és kétágyas szoba különbözete): 4 000 Ft/fő

2 éjszaka szállásköltség (egy és kétágyas szoba különbözete): 8 000 Ft/fő

Főétkezés költsége 4 200 Ft +10%szervízdíj/fő/alkalom

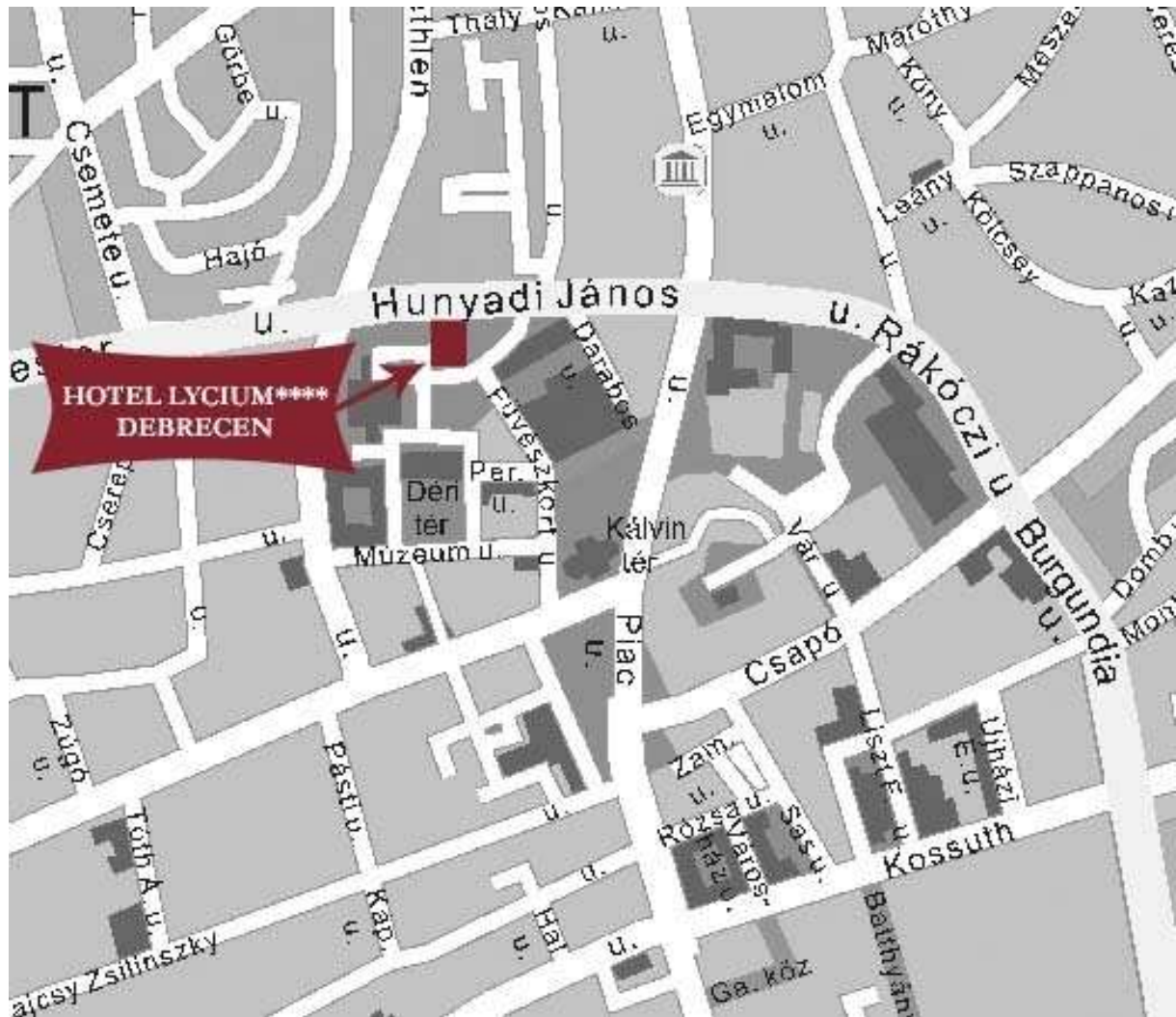
Szállodai elhelyezés

Hotel Lycium – Debrecen legelőkelőbb, négycsillagos szállodája, színvonalas wellness háttérrel, ami a hotelben megszálló kongresszusi vendégek számára is természetesen rendelkezésre áll.

A szállodai elhelyezés biztosítja a biztonságos gépkocsi parkolást a hotel alatti mélygarázsban.

FONTOS tudnivaló: szombaton 10 óráig a szobákat el kell hagyni, a személyes csomagok tárolása a recepción keresztül könnyen, biztonságosan megoldható.

A hotelből közvetlen az átjárás a Kölcsey Művelődési Központba, az előadások és a regisztráció helyszínére.



Megközelíthetőség

Vonattal érkezők a szállodát villamossal közelíthetik meg. Leszállni a Kossuth térnél kell, a Nagytemplom, majd a Déri Múzeum mögött található a hotel és a művelődési központ.

Gépjárművel érkezőknek a következő útvonalat javasoljuk: a 35-ös autópályán érkeve nem a józsi, hanem a második, hortobágyi, Füredi úti lejárót érdemes választani. A várost elérve egyenesen a villamos vonaláig ajánlott haladni, majd a villamos vonalát követve jobbra kell fordulni. A második villamos megállónál, a Plaza Üzletközpontnál jobbra kell fordulni, itt pedig a második forgalmi lámpánál balkézre látható a Kölcsey Művelődési Központ. A Hotel Lycium mögötte van, a lámpánál balra fordulva, majd az első lehetőségénél ismét balra fordulva lehet lejutni a mélygarázsba.

Társasági programok:

2009.10.01. csütörtök

18 30-19 00

A Munkácsy Trilógia megtekintése

19 15-19 45

Orgona koncert a Nagytemplomban

20 00-

Vacsora zenével a Hotel Lyciumban

2009.10.02. péntek

19 30-

Kemencés-zenés vacsora a „Paripa csárdában”

2009.10.03. szombat

11 30-12 15

A Református Kollégium megtekintése

Részletes program

2009.10.01. csütörtök

12 órától regisztráció

15 óra: Társasági Közgyűlés

15 40-16 00 Kávészünet

16-18 óra: A kongresszus megnyitója, ünnepi előadások

16 00-16 40:

Dendritic cell-based immunotherapy in glioma patients

Stefaan Van Gool, Leuven, Belgium

16 40-17 20

Rekonstrukciós lehetőségek magas nyaki (C 0.-C III.) tumorok sebészi kezelésében

D Jeszenszky, Schultess Klinik, Zürich, Svájc

17 20-18 00

Endoscopic transsphenoidal surgery of the clivus and craniocervical junction

R. Reisch, Zürich, Svájc

18 30- Társasági program

18 30-19 00

A Munkácsy Trilógia megtekintése

19 15-19 45

Orgona koncert a Nagytemplomban

20 00-

Vacsora zenével a Hotel Lyciumban

2009.10.02. péntek

09 00-09 15

A sacrum tumorok sebészete

Varga Péter Pál (Országos Gerincgyógyászat Központ)

09 15-09 40

A gerinc extraduralis metastázisainak kezelési algoritmus

Varga Péter Pál (Országos Gerincgyógyászat Központ)

09 50-10 10

Grade 3 glioma adjuváns kezelése: sugárkezelés, kemoterápia, vagy kemoradiáció?

Lovey József (Országos Onkológiai Intézet)

10 10- 10 30 Kávészünet

Low grade astrocytomák – klinikai kérdések (kerekasztal)

10 30-12 30

Moderátor: Prof. Dr. Bognár László

Történeti áttekintés, a low grade gliomák nomenklatúrája. Debreceni tapasztalatok

Prof. Dr. Bognár László

Pécsi tapasztalatok

Prof. Dr. Dóczi Tamás

Szegedi tapasztalatok

Prof. Dr. Barzó Pál

A low grade gliomák sebészei kezelésének elvei

Dr. Novák László

A low grade gliomák nem sebészeti kezelése – követés, sugárkezelés, sugársebészet, kemoterápia *Dr. Fedorcsák Imre*

Diffúziós tenzor képalgoritmus alkalmazása a központi idegrendszeri gliómák osztályozásában

Jakab E, Emri M, Molnár P, Berényi E

A low grade gliómák klinikai prognózisát meghatározó molekuláris markerek

Dr. Hutóczki Gábor

Primer diffúzan disszeminált pilocitás asztrocitoma: rövid irodalmi áttekintés és esetbemutatás– *Dr. Mezey Géza*

Corticalis dysgenesisek és differenciál diagnosztikájuk

Berényi E, Jakab A, Molnár P

12 30 14 00 Ebéd

14 00-14 40

Gammaknife: long term experience

Kemény András, Sheffield, UK

14 50-15 30

Acusticus neurinómák kezelése gammakéssel

Jean Regis, Marseille, Franciaország

15 40-16 00 Kávészünet

16 00-18 45 Határok nélkül – gyakorlatias alap kutatás

16 00-16 25

Új lehetőségek a daganatok molekuláris alapú klasszifikációjában

Balázs Margit (DEOEC, Megelőző Orvostani Intézet, Biomarker Analízis Tanszék)

16 25-16 50

Autofágiával elhaló tumorsejtek immunogenitása

Fésüs László (DEOEC, Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet)

16 50- 17 15Az EGFR (ERBB1) - integrin kölcsönhatás szerepe glia tumorok sugárrezisztenciájában.

Vereb György (DEOEC, Biofizikai Intézet, Sejtbiológiai Tanszék)

17 15-17 30 Kávészünet

17 30-17 55

Az agydaganatok sejtbiológiai perspektívái

Szabó Gábor (DEOEC, Biofizikai Intézet, Sejtbiológiai Tanszék)

17 55-18 20

A genomikai megközelítések szerepe az orvosbiológiában

Nagy László (DEOEC, Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet)

18 20-18 45

A dendritikus sejterápia lehetőségei és korlátai

Rajnavölgyi Éva (DEOEC, Immunológiai Intézet)

19 30-

Kemencés-zenés vacsora a „Paripa csárdában”

2009.10.03. szombat

09 00-09 25

Gyermekkori agydaganatok onkológiai kezelésének a lehetőségei

Kiss Csongor (DEOEC Gyermekklinika)

09 30- 10 00

Schering Plough előadások

Pákozdy Zsolt

Pethő Kristóf

10 00-10 15 Kávészünet

10 15-10 25

Autoantitestek kimutatása malignus gliomás betegek szérumában

Boczán J, Klekner Á**, Zsirai A*, Tóth A***, Bognár L**, Csiba L* (*DEOEC Neurológiai Klinika, **Idegsebészeti Klinika, ***Kardiológia Intézet Klinikai Fiziológiai Tanszék)*

10 25-10 35

A neuroonkoteam működésének kihívásai

Kopniczky Zs (SZTE Idegsebészeti Klinika)

10 35-10 40

Temozolomid értékelése high grade gliómák komplex kezelésében – poszter előadás

Szántó E, Hideghéth K*, Valicsek E*, Zag L*, Tiszlavicz L**, Németh I**, Ficzer A**, Horváth Z****, Barzó P***, Kuncz Á***, Fodor E*, Nagy Z*, Thurzó L* (*SZTE Onkoterápiás Osztály, **Patológia Intézet, ***Idegsebészeti Klinika, ****Neurológia Klinika)*

10 40-10 45

Adaptív besugárzás agytumорок esetén- kezdeti eredmények – poszter előadás

Zag Levente, Cserháti Adrienn, Gaál Szilvia, Dobi Ágnes, Veréb Blanka, Nagy Zoltán, Fodor Emese, Hideghéty Katalin

10 45-10 50

Az agyi metastasisok azonnali és késleltetett boost kezelésének összehasonlítása teljes agyi besugárzást követően – poszter előadás

Dobi Á, Gaál Sz., Nagy Z, Fodor E, Varga Z, Fazekas O, Maráz A, Zag L., Hideghéty K, Thurzó L

10 50-10 55

Nehéz klinikai diagnózis: gliosarcoma, esetbemutató – poszter előadás

Péterfi A (Kaposi Mór Oktató Kórház, Ideggyógyászat, Kaposvár)

10 55-11 00

Forgórendszerű gamma sugársebészeti módszerrel kezelt vestibularis schwannomás eseteink:retrospektív kiértékelés – poszter előadás

Csiky G, Dobai J, Mezey G, Fedorcsák I, Bognár L (DEOEC, Idegsebészeti Klinika)

11 00

Tesztírás, zárszó

11 30

Séta a Református Kollégiumban idegenvezetővel

12 30

Ebéd

Absztraktok

Forgórendszerű gamma sugársebészeti módszerrel kezelt vestibuláris schwannomás eseteink: retrospektív kiértékelés.

dr. Csiky Gábor, dr. Dobai József, dr. Mezey Géza, dr. Fedorcsák Imre, Prof. Bognár László

DE-OEC Idegsebészeti Klinika, Gamma Sugársebészeti Központ

Dr. Lars Leksell 1967-ben kezelt először vestibuláris schwannomás betegeket gamma sugársebészeti eljárással. Azóta a betegek egyre növekvő számban veszik igénybe a fent említett kezelést világszerte. A Debreceni Egyetemen működik Magyarország első és egyetlen dedikált Gamma Sugársebészeti Központja. A DE-OEC Gamma Sugársebészeti Központjában két év alatt mintegy 151 beteg részesült forgórendszerű gamma sugársebészeti kezelésben. Retrospektív kiértékelésünk célja volt megvizsgálni a kezelést követően mintegy 48 órában kialakuló korai panaszok - valamint 48 órától a kontroll vizsgálat napjáig megjelenő késői panaszok jellegét, megjelenését. További célunk volt megvizsgálni a kezelésen részt vett aktív dolgozó betegek munkába való visszatérésének dinamikáját. A vizsgált betegekkel egyenként telefonon vettük fel a kapcsolatot. A kezelt 151 beteg közül 135 beteggel sikerült felvenni a kapcsolatot. 3 beteg elhunyt, haláluk oka 2 esetben biztosan nem vestibuláris schwannoma volt. A kezelést követő első 48 órában a betegek 66%-ánál (n=49) jelentkezett panasz. Ezen panaszok közül kiemelendő a fejfájás, mely 28 valamint a hányinger/hányás, mely 11 alkalommal fordult elő, ezen két panasz az összes panasz 68%-át tette ki. Késői, 48 órán túl fellépő panasz a betegek 52%-ánál (n=39) fordult elő. Ezek közül a fejfájás 10, a szédülés mely ugyancsak 10 valamint az átmeneti faciális paresis, amely 3 esetben fordult elő emelendő ki. A vizsgált mintában mintegy 74 munkaképes beteg volt, közülük 73 sikeresen visszatért munkájába. A 73 munkaképes beteg 66%-a (n=48) a kezelést követő első héten, 78%-a (n=57) a második héten visszatért munkájába, illetve a betegek mintegy 95%-a (n=70) 1 hónapon belül újra munkába tudott állni.

Corticalis dysgenezisek és differenciál diagnosztikájuk.

Berényi Ervin¹, Jakab András¹, Molnár Péter³

1 DE OEC ÁOK OLKD Tanszék, 2 DE OEC ÁOK Pathológia Intézet

Bevezetés

A corticalis dysgenezisek (CD) széles spektruma állhat epilepsia tünettán mögött. Pontos képalkotó diagnosztikájuk kihívást jelent. Az új képalkotó és képfeldolgozási módszerek (DTI, fibertracking) lehetőséget teremtenek a diagnózis pontosítására.

Módszer

4 beteg képalkotó kivizsgálása kapcsán tekintjük át a CD-ek részletes kivizsgálását. A vizsgálatok 1,5 T GE Excite Twin Gradient (Milwaukee, WI) MR berendezéssel készültek, 8 csatornás fejtekerccsel. A vizsgálat során T2W, FLAIR, 3D T1W és DTI méréseket készítettünk. A DTI és 3D T1W feldolgozás során dTV és Volume One (University of Tokyo Hospital), valamint 3D Slicer (MIT, Harvard) szoftvereket alkalmaztunk.

Eredmények

Vizsgálati protokollunkkal az egyes CD-ek jól felismerhetők, pontosan elkülöníthetők. A cortex integritása, vastagsága mérhető. Az FCD type I. és II/B szintén felismerhető, definiálható.

Módszer

A korszerű képalkotó diagnosztikai kivizsgálási protokoll a DTI mérésekkel kiegészítve tovább finomította a CD-ek differenciál diagnosztikáját. Megfelelő metodika alkalmazásával a preoperatív tervezés is lehetővé válik.

Diffúziós tenzor képalkotás alkalmazása a központi idegrendszeri gliomák osztályozásában

Jakab A.¹, Emri M.², Molnár P.³, Berényi E.¹

1 DE OEC ÁOK OLKD Tanszék, 2 DE OEC ÁOK NM Intézet, 3 DE OEC ÁOK Pathológia Intézet

A diffúziós tenzor képalkotás (DTI) az MRI vizsgálatok speciális területe, az intracranium diagnosztikájának modern módszere. Tumoros transzformációjuk során a sejtek számos strukturális változáson mennek keresztül, amelyek eredménye a szövet diffúziós adottságainak megváltozása. Munkánk során vizsgáltuk, hogy a központi idegrendszeri gliomák DTI adatainak mélyebb elemzése lehetővé teszi-e a grádus és a szövettani csoport becslését.

A tanulmányban 24 beteg (12 oligoastrocytoma grade II., 3 oligoastrocytoma grade III., 3 oligodendroglioma grade II. és 6 glioblastoma multiforme) vizsgálati anyagát dolgoztuk fel. A pontos kórisme műtétilag eltávolított anyag szövettani vizsgálatából származott. A DTI vizsgálat adataiból frakcionális anizotrópia, átlagos DWI (diffúzió-súlyozott) és trace (diffuzivitást jelző képtípus) képeket állítottunk elő. A tumoroknak megfelelő területet térbeli körbehatárolását követően a térfogatokban található voxelek szignálintenzitásainak eloszlásáról hisztogramokat készítettünk - összesen 147 radiológiai változót képeztünk. Háromféle besorolás történt: a szövettani diagnózisra utaló négy csoport alapján, WHO grade szerint, illetve alacsony vagy magas grádus szerint. A radiológiai változók és a csoportbesorolás között kapcsolat tisztázására diszkriminancia analízist végeztünk, SPSS Statistics szoftverrel.

A független változókból az analízis modellt alkot, ami becsüli az eredeti csoportot, illetve a sikeresség megítélésére újrabesorolást (keresztvalidációt) végez minden esetben. Az összes esetet felhasználó modell csoportbesorolása 100%-os sikerességű volt. A keresztvalidáció során a négyféle pathológiai beosztást 79,2%-ban, a WHO grádust 83,3%-ban, az alacsony vagy magas grádust 100%-ban becsülte jól a módszer.

Eredményeink megerősítik azt, hogy a diffúziós tenzor képalkotás segítségével a gliomák szövettani besorolásának, illetve grádusának becslése preoperatív lehetséges. A klinikai gyakorlatban felhasználhatóvá válik a módszer azáltal, hogy a pathológiai diagnózist megerősítve segíti a terápiás döntéshozatal folyamatát

Az EGFR (ERBB1) - integrin kölcsönhatás szerepe glia tumorok sugárrezisztenciájában

Vereb György¹, Petrás Miklós¹, Lajtos Tamás¹, Klekner Álmos², Pintye Éva³, Szöllősi János¹

Debreceni Egyetem OEC ¹Biofizikai és Sejtbiológiai Intézet, ²Idegsebészeti Klinika, és ³Sugárterápiás Tanszék

Az tirozinkináz aktivitású epidermális növekedési faktor receptor (EGFR, ErbB1) amplifikációja megfigyelhető a magas (IV.) grádusú glioblasztómák kialakulása során, és korrelációt mutat azok sugárrezisztenciájával, mellyel érdekes módon a 7. kromoszóma többlet is korrelál - az EGFR génje pedig a 7p-n található. Méréseink szerint a mikrosejt fúzióval létrehozott, többlet 7. kromoszómát tartalmazó U251 glioblasztóma sejtek a többlettel, és az általa megnövelt EGFR expresszióval arányos sugárrezisztenciát mutatnak, és fokozott mértékben fejezik ki a beta1 integrint is, noha az nem ezen a lókuszon található. Az U251 anyasejtvonalból az EGFR gén önálló bevitele után többszöri áramlási citométeres dúsítással olyan sejtvonalakat hoztunk létre, melyek a többlet EGFR-t magas (E1H) és alacsony (E1L) szinten expresszálják. Megállapítottuk, hogy az E1H populáció a sejtválogatást követően egy passzálás után már kettéválik, és az E1L-nek megfelelő expressziójú alpopuláció jelenik meg, melynek aránya folyamatosan nő. A többlet EGFR ugyanakkor ebben a rendszerbe is többlet beta1 integrin kifejeződést okoz, mely időben stabil. Az új klónok az anyasejtvonalhoz képest az EGFR expresszió mértékével arányos, fokozott kolóniaképző képességet, és megnövekedett sugárrezisztenciát mutattak. Az EGF hatására létrejött Akt foszforiláció szintén az EGFR kifejeződés mértékével párhuzamosan nőtt. Érdekes módon az áramlási citométeres FRET mérések arra utaltak, hogy az EGFR aggregáció az expresszió növekedésével párhuzamosan csökken; ugyanakkor az EGFR-integrin kölcsönhatás fokozódik. Kétoldalú mikroszkópos FRET mérések igazolták, hogy a beta1 integrin megjelenése az EGFR molekulákat elvonja az EGFR klaszterekből, és az integrinnel való kölcsönhatásukra helyezi át a hangsúlyt, melynek következménye lehet a PI3K/Akt szignálút erősödése, a fokozott sejttúlélés, és sugárrezisztencia. II. és IV. grádusú asztrocitómák gyorsfagyasztott metszeteit összehasonlítva a IV. grádusúaknál rendre fokozottabb EGFR és beta1 integrin expressziót figyeltünk meg, melyet a metszetekben konfokális mikroszkóppal mérhető fokozott EGFR-integrin kölcsönhatás kísért. A lépésenkénti regressziós analízis a kölcsönhatás erősségét mint egyedüli determináló paramétert jelölte meg a tumorok maglignitását illetően, és ez a paraméter az egyes betegcsoportokon belül is korrelált a prognózissal. Az eredmények felvetik mind az integrin expresszió prediktív célú mérésének, mind az integrin gátló RGD-mimetikus peptidok EGFR gátlással történő kombinációjának lehetőségét.

Adaptív besugárzás agytumrok esetén- kezdeti eredmények

Zag Levente, Cserháti Adrienn, Gaál Szilvia, Dobi Ágnes, Veréb Blanka, Nagy Zoltán, Fodor Emese, Hideghéty Katalin

SZTE- Onkoterápiás Klinika

Célkitűzés: Központi idegrendszeri tumorok fracionált konformális besugárzása során végzett ismételt topoCT (reCT) értékelése.

Betegek és módszer: 8 agydaganatos (2 GBM, 4 Gr. III. oligodendroglioma, 1 meningeoma, 1 metastasis) beteg a standard besugárzás előkészítési folyamatok (fektetés, termoplasztikus maszkrogzítás, jelölések, topoCT, rizikószervek kontúrozása) után hármass kontroll (2 sugárterapeuta, radiológus) által meghatározott céltérfogatokra (GTV, CTV, PTV) 3D tervezett konformális besugárzásban részesült. A nagyobb volumen (PTV) besugárzása után, ugyanabban a helyzetben reCT-t végeztünk. Az újból elvégzett CT-t fuzionáltuk a XIO tervező rendszerben az eredeti besugárzás tervezési topoCT-vel. Értékeljük az anatómiai változásokat és a tumorválaszt.

Eredmények: A fúzió minden esetben kiváló volt (4.89), lényeges testtáj (arc-koponya, nyak) alakváltozást nem észleltünk. Az átlagos GTV:120.1 cm³, GTV1:100 cm³, GTV-GTV1:20.1 cm³, PTV:274.7 cm³, PTV1:130.8 cm³, PTV-PTV1:57.1 cm³. A GTV1 egy esetben növekedett (18%-kal), egy esetben nem változott, hat esetben csökkent. A regrediáló 6 esetben az átlagos tumorvolumen csökkenés 28% volt.

Következtetések: Kezdeti eredményeink alapján a hárompontos maszkrogzítás a reCT- hez is megfelelő repozicionálási pontosságot biztosít, mely jó alapot nyújt a képfúzióhoz. A külső anatómiai- és posztoperatív belső elváltozások módosulása a besugárzás tervezéshez készített CT-hez képest jelentősen befolyásolhatja a céltérfogat alakját és topográfiáját. A kisvolumenű dózis-kiegészítés előtt nagy jelentőségű a tumorválasz detektálása és a külső-, belső anatómiai változások figyelembe vétele. Így lehetőség nyílik a biztonsági margó csökkentésére, pontosabb céltérfogat meghatározásra, ezzel a sugárérzékeny agyi struktúrák védelmére. A továbbiakban a KIR daganatok sugárkezelése során a reCT rutinszerű végzését tervezzük.

Temozolomid értékelése high grade gliomák komplex kezelésében

Szántó Erika¹, Hideghéty Katalin¹, Valicsek Erzsébet¹, Zag Levente¹, Tiszlaticz László², Németh István², Ficzer Anikó², Horváth Zoltán⁴, Barzó Pál³, Kuncz Ádám³, Fodor Emese¹, Nagy Zoltán¹, Thurzó László¹

SZTE Onkoterápiás Klinika¹, Patológiai Intézet², Idegsebészeti Klinika³, Neurológiai Klinika⁴

Célkitűzés Glioblastoma multiforme-ban szenvedő betegek komplex kezelésével elért klinikai eredmények értékelése szövettani és immunhisztokémiai vizsgálatok adatainak feldolgozásával.

Betegek és Módszer Intézetünkben posztoperatív szimultán kemo-radioterápiát végeztünk 54 esetben. A besugárzást CT alapú 3D konformális technikával végeztük 20x2 Gy dózisban protokoll szerint definiált céltérfogatra (PTV), majd 10x2Gy-vel egészítettük ki tumorágy (PTV1) dózisát. A sugárkezeléssel párhuzamosan 42 napon át 75mg/m² dózisban Temozolomidot kaptak a betegek rendszeres vérkép kontroll mellett. A kemoradioterápia befejezése után 28 nappal a komplex kezelést Temozolomid monoterápiával folytattuk (150mg/m² majd 200 mg/m² dózisban) További 8 beteg korábban alacsonyabb fokozatú astrocytomája transzformálódott glioblastomává, akiknél reirradiációt végeztünk Temozolomiddal potencírozva. A betegek műtéti preparátumából a glioblastoma multiforme szövettani diagnózis megállapításán kívül 60 esetben speciális vizsgálatok történtek, melyeket a klinikai tumorválasszal együtt értékeltünk.

Eredmények: Intézetünkben 2001 áprilisa és 2009 januárja között kezelt 135 betegnél indikáltunk temozolomid terápiát. Postoperatív konkomittáns kemoradioterápiát 2005. novemberétől 54 glioblastoma multiformében szenvedő beteg esetén végeztünk átlagéletkor 51,3 év (12-79 év) volt. A preoperatív képalkotás alapján átlag 4,8 (1,5-7,2) cm legnagyobb átmérőjű tumort 50 esetben eltávolították, 4 esetben biopszia történt. A radiokemoterápiát minden beteg jól tolerálta, sem mellékhatás, sem progresszió miatt nem volt szükség a kezelés megszakítására. Az átlagos túlélés 14 hónap. Az elemzett biológiai markerek és az egyértelműen meghatározható klinikai csoportok közötti összefüggést poszterünkön ismertetjük.

Következtetés Tapasztalataink alapján a kombinált kezelés jól tolerálható. Az elsődlegesen glioblastomának bizonyult tumorok, és a reirradiáltak kemoradioterápiájával elért eredményeink biztatóak, továbblépést az egyéni kemoszenzitivitás vizsgálatán alapuló betegválasztás jelenthet.

A Neuroonkoteam működésének kihívásai

dr. Kopniczky Zsolt

SZTE Idegsebészeti Klinika

A neuro-onko-team szervezésének és sikeres működtetésének alapköve a multidiszciplinaritás. Ez egyrészt természetes, hiszen a daganatos idegrendszeri bántalmakban szenvedők ellátásában számos szakma részt vesz. Ugyanakkor a team működtetése során számos elvárást és igényt vet fel. A közös nyelvezet kialakítása, a kompetenciák körvonalazása, az érdemi megbeszélések és hatékony döntések elérése jelentik ideális esetben a team jó működését. Számos kérdés azonban nyitott, megvitatásra és megoldásra vár. Tisztázatlan a team-ek működtetésének jogi és finansziális háttere, az adminisztrációs kötelezettség, betegeink rendszeres követése és nyilvántartása. A Szegedi Tudományegyetemen több mint 10 éve kezdtük a team szervezését, melynek fázisairól és kihívásairól is beszámolunk, valamint előadásunkkal a hazai neuroonko team-ek működésének összehangolását, átláthatóságát és egy világos szakmai ajánlás megfogalmazását is szeretnénk elősegíteni.

Autoantitestek kimutatása malignus gliómás betegek szérumában

¹Boczán Judit, ²Klekner Álmos, ¹Zsiri Adrienn, ³Tóth Attila, ²Bognár László, ¹Csiba László

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, ¹Neurológiai Klinika,
²Idegsebészeti Klinika, ³Kardiológiai Intézet Klinikai Fiziológiai Tanszék

Habár az elmúlt évtizedekben az agydaganatok kezelésében a sebészeti-, sugár- és kemoterápiás módszerek sokat fejlődtek, a malignus gliómák prognózisa még mindig rendkívül rossz. Az újabban alkalmazott, autolog tumorsejt lizátummal vagy peptidekkel stimulált dendritikus sejt kezelés szignifikánsan megnyújtotta a malignus gliómában szenvedő betegek túlélési idejét. A tumor ellen természetes immunitás is kifejlődhet, ennek antigénjei azonban kevésbé ismertek. Vizsgálataink célja magas grádusú asztrocitóma vagy oligodendroglióma miatt operált betegek szérumában központi idegrendszeri fehérjéket felismerő antitestek kimutatása volt.

Kísérleteink során patkány agy homogenizátum SDS-polyacrylamid gélelektroforézist követő immunoblot vizsgálatával 11 gliómás és 4 oligodendrogliómás beteg szérumában vizsgáltuk az autoantitestek előfordulását. 9 malignus gliómában szenvedő és 3 oligodendrogliómás beteg esetében találtunk IgG típusú autoantitestek jelenlétére utaló keresztreakciót. A kimutatott központi idegrendszeri antigének molekulatömege 26-57 kDa között változott. A szérum mintákat paraneoplasiás neurológiai betegségekben antigénként azonosított, klónozott és tisztított humán onconeurális fehérjéken (amphiphysin, CRMP5, Ri (Nova), Yo (cdr2), Hu (Elav), Ma2, recoverin és Zic4) dot blot módszerrel is teszteltük. Egy malignus asztrocitómában szenvedő beteg esetében Yo (cdr2) és Zic4, egy oligodendrogliómás betegnél Ri (Nova), Zic4 és Ma2, valamint egy másik oligodendrogliómában szenvedő beteg esetében Zic4 és Ma2 elleni antitesteket mutattunk ki.

A magas grádusú asztrocitómás és oligodendrogliómás betegek szérumában kimutatott antitestek által felismert központi idegrendszeri fehérjék azonosítása közelebb vihet a tumor elleni immunitás pontosabb megismeréséhez és az optimális kezelési stratégia kialakításához.

Nehéz klinikai diagnózis: gliosarcoma, Esetbemutató

Dr. Péterfi Anna

Kaposi Mór Oktató Kórház, Ideggyógyászat és Agyérbetegségek Osztálya, Kaposvár

A gliosarcoma egy relatív ritka tumor, a glioblastomás esetek mintegy 2%-át teszi ki. A diagnózis a szövettanon alapszik: bifázisos szöveti kép, részben glioblastomának, részben sarcomának megfelelő területekkel. A várható túlélés 6-12 hónap. Megkísérelhető műtét, vagy stereotaxiás biopsia, majd sugárterápia, esetenként chemoterápia jön szóba a kezelés szempontjából. A bemutatásra kerülő poszteren 1960-as születésű nőbeteg esetét mutatjuk be, aki szédülés, étvágytalanság, ataxia miatt került felvételre. Negatív natív koponya CT, javuló klinikai kép háttérében hátsó skálai keringészavart véleményeztünk. Ambulanter készült koponya MR azonban leptomeningeális halmozást, intracerebrális halmozó gócot igazolt, melyeknek nem volt térfoglaló jellegük. Többszörös lumbalpunkció során minden alkalommal extrém magas összfehérjét (9-12 g/L) találtunk, 300-600/3 között mozgó sejtszámot, vegyes sejtképpel. Tenyésztés kórokozót nem igazolt, Lyme, LCM szerológia negatív lett, malignus sejtet többszörös vizsgálattal sem tudtunk igazolni. A klinikai kép fluktuáló, lassan progrediáló jellegű volt. Ismételt koponya MR vizsgálata növekvő temporális halmozó gócot, occipitális gócot, leptomeningeális halmozást mutatott. Gerinc MR vizsgálata is igazolt a conusban halmozó gócot. A beteg cachectizálódott, majd jobb oldali hemiplégia alakult ki. Kb. 2,5 hónappal első megjelenéstől számítva exitált. Meningitis tuberculosa nem igazolódott, HÍV szerológia negatív volt, sarcoidózis, bakteriális vagy virális eredetű, KIR lymphomát sem sikerült igazolni. Malignus folyamatot többszöri lumbalpunkcióval sem tudtuk kimutatni. Postmortem szövettan gliosarcomát bizonyított.

A low grade gliomák sebészei kezelésének elvei

Novák László¹, Mezey Géza¹, Hutóczky Gábor¹, Szabó Sándor¹, Fedorcsák Imre², Berényi Ervin³, Emri Miklós⁴, Molnár Péter⁵, Bognár László¹

Munkahely, intézmény: DE OEC, Idegsebészeti Klinika¹, OIT², DE OEC Orvosi Laboratóriumi és Képző Diagnosticszaki Tanszék³, PET Centrum⁴, Pathológiai Intézet⁵

A low grade gliomák sebészetében a műtéti behatolás, ill. a műtét kiterjeszhetőségének megtervezése alapvető az operáló sebész számára. Ezt a daganat elhelyezkedése és szövettani természete nagyban befolyásolja. A hagyományos képző eljárások mellett a funkcionális képzés egyre kiterjedtebb alkalmazása nagyban elősegíti az operabilitás kérdéseinek megítélését. Emellett kortól függően neuropsychológiai felmérés is történik. A képző vizsgálatok eredményeinek közös műtét előtti értékelése, ill. a folyamatos szakmák közötti konzultáció minden esetben sikeres idegsebészeti beavatkozáshoz járul hozzá. A funkcionális, ill. molekuláris képző eljárások együttes alkalmazása alapvető fontosságú az ép agyi struktúrák, ill. funkciók minél szélesebb megőrzéséhez még kiterjedt tumorrezekciók esetében is.

Primer diffúzan disszeminált pilocitás asztrocitoma: rövid irodalmi áttekintés és esetbemutató

Mezey Géza¹, Tóth Judit², Novák László¹, Bognár László¹

DE OEC, Idegsebészeti Klinika¹, Onkológiai Tanszék²

A publikált esetek növekvő számának ellenére a disszeminálódó pilocitás asztrocitoma igen ritka entitás. Még ritkább esetben fordul elő a primeren disszemináltan jelentkező forma. Fentiek miatt kevés információ áll rendelkezésre a rizikófaktorok és még kevesebb a prognózis és az optimális terápia tekintetében. Nemcsak az, hogy a statisztikailag kevés esetszám miatt csak tendenciák állíthatók fel, hanem a nomenklatúrában mutatkozó különbségek és az egyes esetek változatossága is nehezíti a kórkép megítélését. Előadásunkban röviden áttekintünk az eddigi irodalmi adatokat és elemzésüket, illetve egy jellemző esettörténetet mutatnánk be.

Az agyi metastasisok azonnali és késleltetett boost kezelésének összehasonlítása teljes agyi besugárzást követően

Dobi Á, Gaál Sz., Nagy Z, Fodor E, Varga Z, Fazekas O, Maráz A, Zag L., Hideghéty K, Thurzó L

SZTE ÁOK Onkoterápiás Klinika, Szeged

Célkitűzés: Az agyi áttétek standard terápiája során az agyi és az extracerebrális kezelés időzítése kulcsfontosságú. Célunk a 3D konformális teljes agyi irradiációt (whole brain radiation therapy (WBRT)) követő késleltetett boost hatásának vizsgálata volt.

Módszer és betegek: 2005. augusztusa és 2009. augusztusa között 202 agyi metastázisos beteget (átlagéletkor 63 (44-86) év) kezeltünk CT alapú 3D teljes agyi besugárzással (10x3 Gy ill. 18x2 Gy), közülük 68 beteget rezekció után. 72/202 beteg kapott kiegészítő konformális sugárkezelést. A biopsia/műtét után a sugárkezelés WBRT-vel kezdődött, miközben sz.e. primer tumor kutatás és staging történt. Ha a primer tumor lokális vagy szisztémás kezelése szükséges volt, a boost-ot halasztottuk, majd kontroll koponya MRI alapján meghatározott céltérfogatra 3D konformális dóziskiegészítést végeztünk.

Eredmények: A Karnofsky státusz a betegek 66%-nál 70% feletti, 44%-uknál 70% alatti volt az irradiáció megkezdésekor. A betegség első manifesztációja 41 esetben agyi metastasis volt. A primer tumor lokalizációja 159 betegnél tüdő, 16 esetben melanoma, 7 esetben emlő, 8 esetben kolorektális, 6 esetben egyéb és 3 betegnél ismeretlen volt. Szoliter metastázist 79 esetben mutattak ki, 2-4 áttétet 62, ≥ 5 áttétet 61 betegnél igazoltak. A legnagyobb áttét átlagos mérete 26,9 ($\pm 10,55$) mm volt. Az átlagos túlélés 9,4 hónap volt. Többváltozós analízissel szignifikáns különbség nem mutatkozott sem a KIR progresszióban, sem pedig az agyi metastázis eredetű halálozási arányban az azonnali és a késleltetett boost-tal kezelt csoportok között. A legjobb eredményeket a műtétet követő WBRT + boost kezelés esetén találtuk.

Következtetések: A késleltetett kisvolumenű dóziskiegészítés nem rontja a betegek kezelési eredményeit és hasznos lehetőség az agyi áttétes betegek optimális, individuális kezelésében. A WBRT utáni időszak biztosítja a primer tumor diagnózisát és staging megállapítását, ill a primer tumor vagy más extracerebrális manifesztációk kezelését. Ez után (kb. két hónap) elvégzett MR-en értékelve a WBRT hatását (KIR tumorválasz) optimalizálható a beteg komplex kezelése.