

# Tüdőtumorok

- Incidencia: a leggyakoribb malignus daganat
- Mortalitás: első helyen áll a daganatos megbetegedések között
- Rizikó faktorok:
  - Dohányzás 15x, csomag-év index  
(évek száma x csomag/nap)
  - Azbeszt, radon...
- Diagnózis:
  - Anamnézis (dohányzás!)
  - Képkeltő: RTG, CT, UH, MR, Scintigraphia, PET
  - Citológia/szövettan: bronchoscopya, mediastinoscopya, thoracoscopya, köpetvizsgálat, aspirációs citológia, mellűri folyadék vizsgálat, biopszia

# Tünetek

- Részleges légúti elzáródás - emphysema
- Teljes légúti elzáródás - atelectasia
- Bronchitis, bronchiectasia, abscessus, haemoptoe
- Vena cava superior szindróma
- Pericardiumra vagy pleurára terjedés
- Oesophagusra terjedés
- *Pancoast-tumor* (tüdőcsúcsi tumor):  
Horner-szindróma (sympaticus ganglion invázió):  
myosis, ptosis, enopthalmus

# Szövetteni típusok

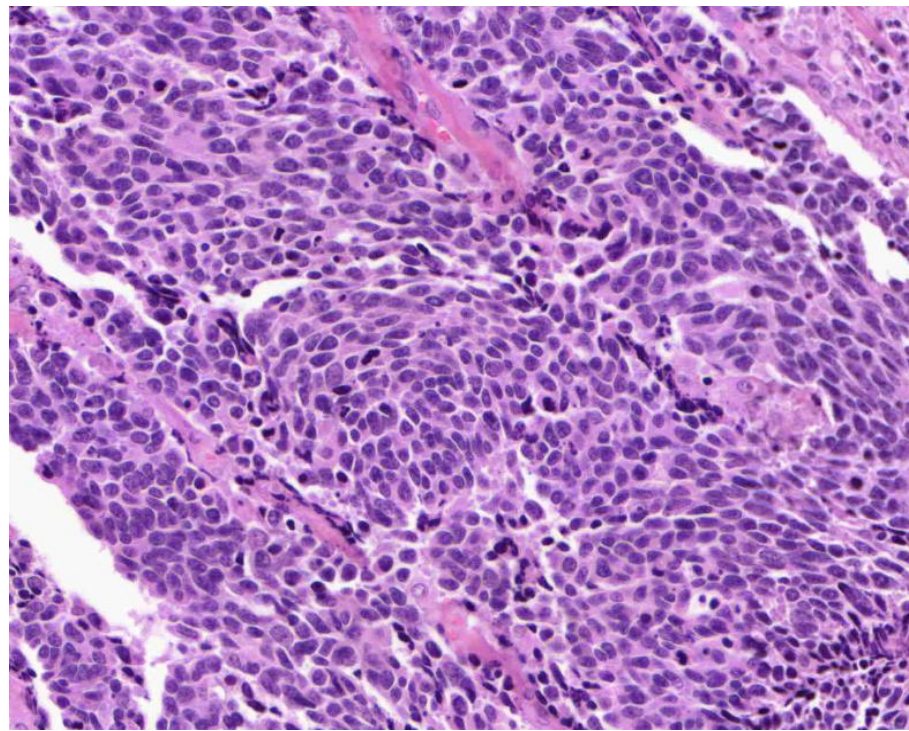
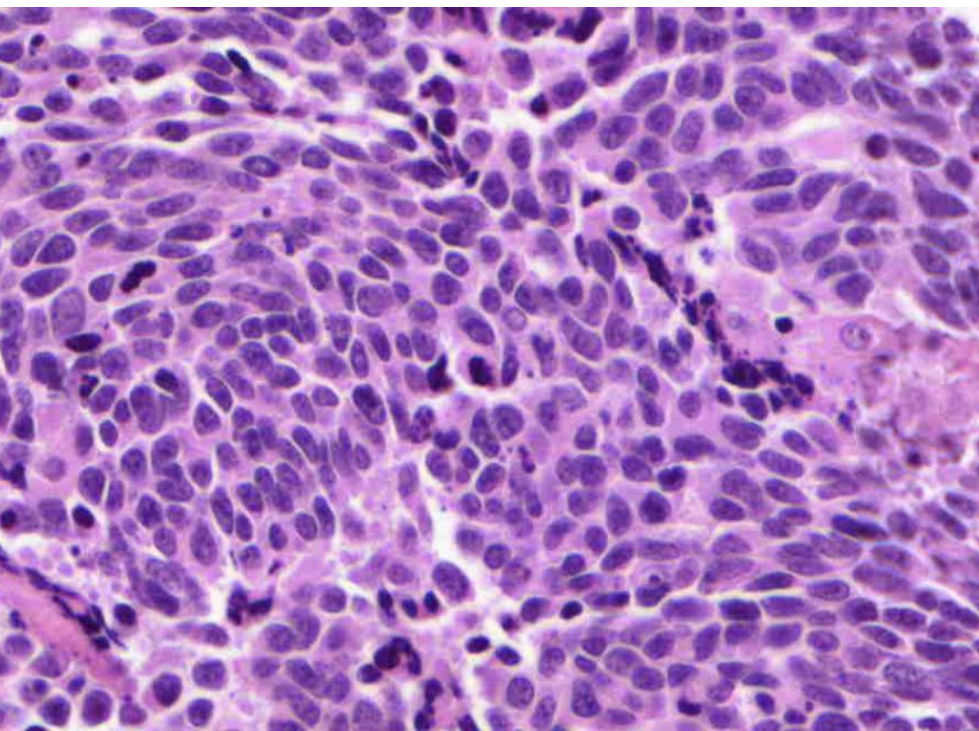
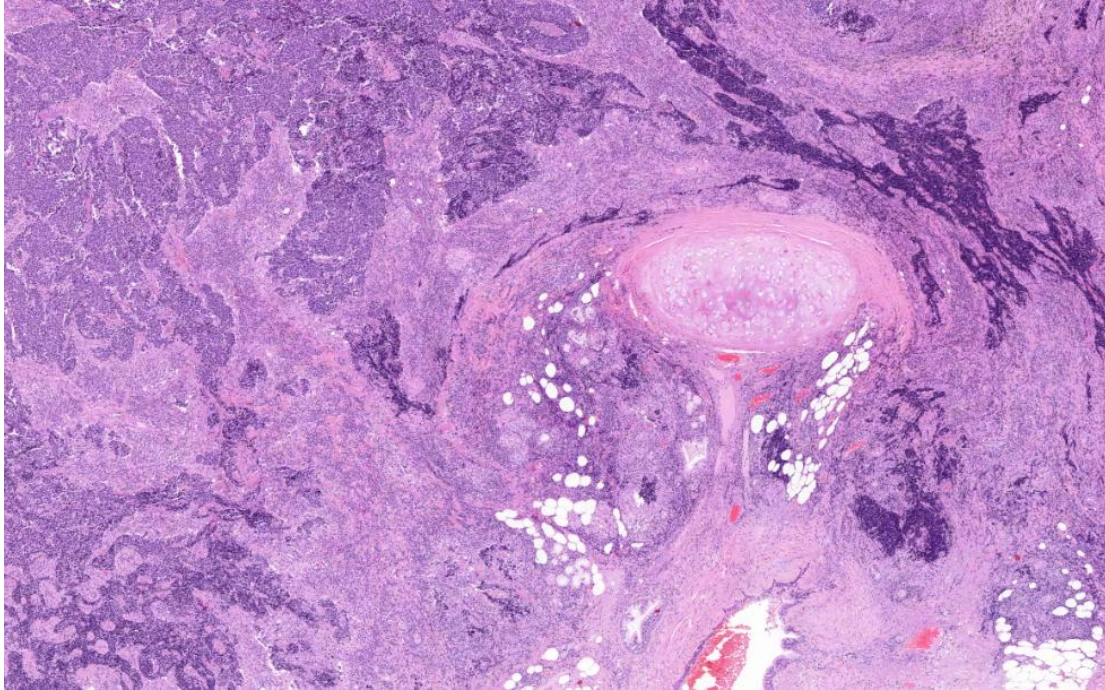
- **Kissejtes carcinoma (SCLC) – centrális ~ 10%**
- **Laphám carcinoma (NSCLC) – centrális ~ 15-20%**
- **Adenocarcinoma (NSCLC) – jellemzően perifériás ~ 50%**
- Nagy sejtes carcinoma (LCNOS - szövettanilag differenciálatlan carcinoma, immunfentotípus alapján – negatív festődés)
- Nagy sejtes neuroendocrin carcinoma (LCNEC)
- Adenosquamosus carcinoma (mindkét komponens legalább 10%-ban van jelen)
- **Carcinoid, atípusos carcinoid (neuroendocrin tumor)**
- Egyéb tumorok
- Áttéti tumor (emlő, rectum alsó harmad, prosztatata, vese, here, lymphoma, fej-nyaki tumorok)

# Kissejtes carcinoma

- Legagresszívebb tumor
- Centrális, sebészileg nehezen kezelhető
- Dohányosokban (99%)
- Prognózis rossz, túlélés függ a stádiumtól, átlagosan kb. 5% az 5 éves túlélés
- Neuroendokrin (Kulchitsky) sejtekből ered (melyek normálisan is előfordulnak a bronchushámban)
- Paraneoplasziás szindrómával gyakran társul (pl. ACTH termelés miatt)
- Korán ad áttétet (csontok, máj, mellékvese, agy), diagnózis idején már nagy valószínűséggel metasztatikus betegség
- Szövettan: keskeny cytoplasma szegély, ovális, hyperchrom magvak, nincs nucleolus, sérülékeny sejtek
- Terápia: **radio-** és chemoterápia

# Kissejtes carcinoma





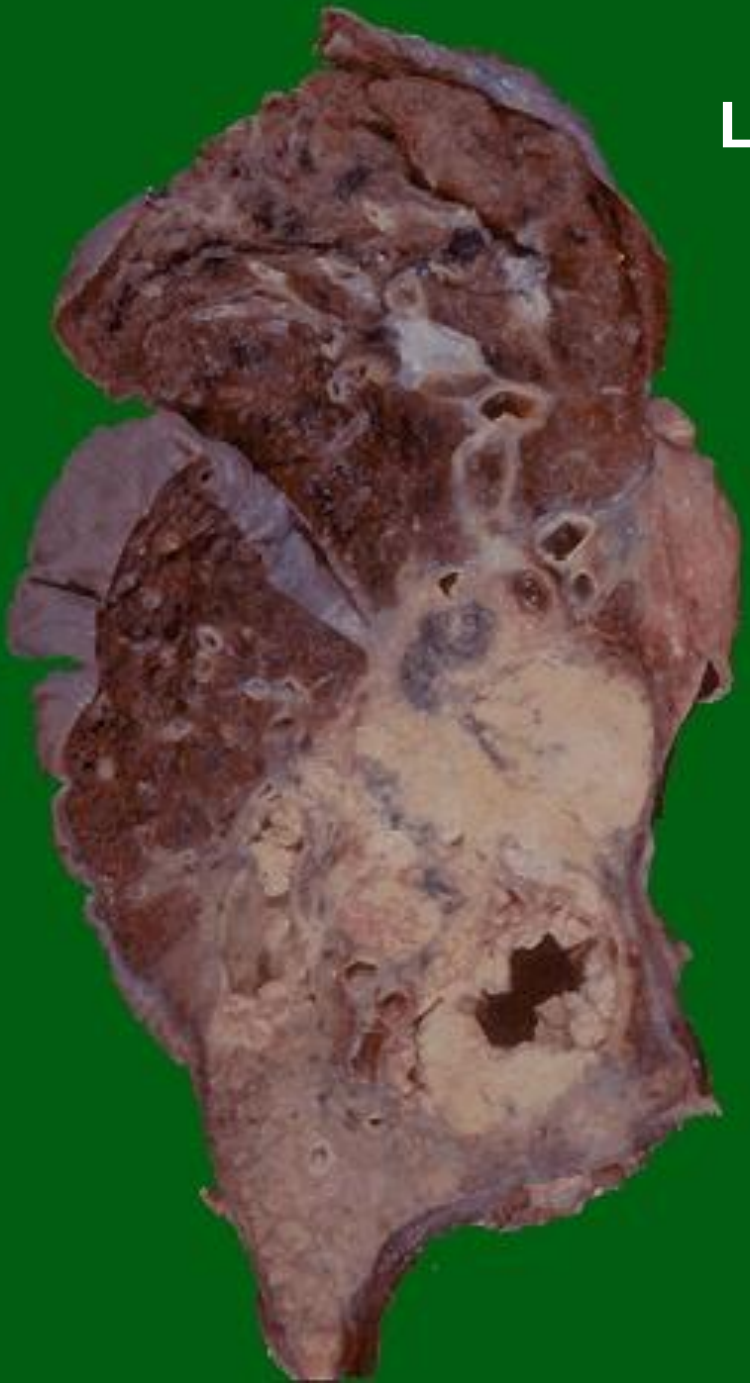
# Laphámcarcinoma

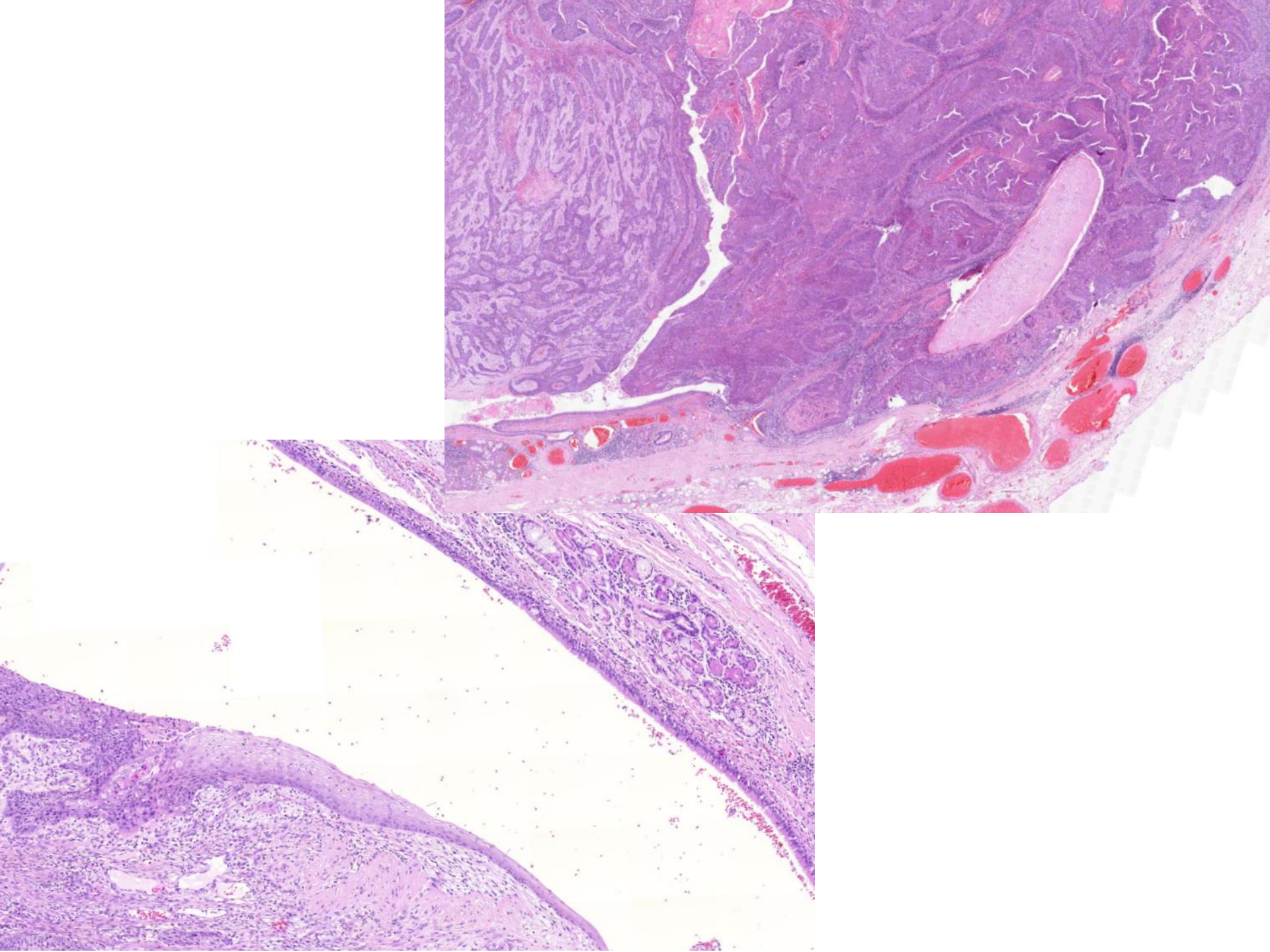
- Dohányosokban
- túlélés a stádiumtól függ
- ffi:nő 2:1
- Nagyobb, centralis bronchusokból ered
- Laphám metaplasia, epithelialis dysplasia, carcinoma in situ az invazív tumor környezetében
- Pleuralis felszínre, mellüregbe, pericardiumba terjedés előfordulhat
- Tracheába, hilaris nyirokcsomóba terjedés gyakori
- Távoli áttétek: csontok, mellékvese, agy, máj

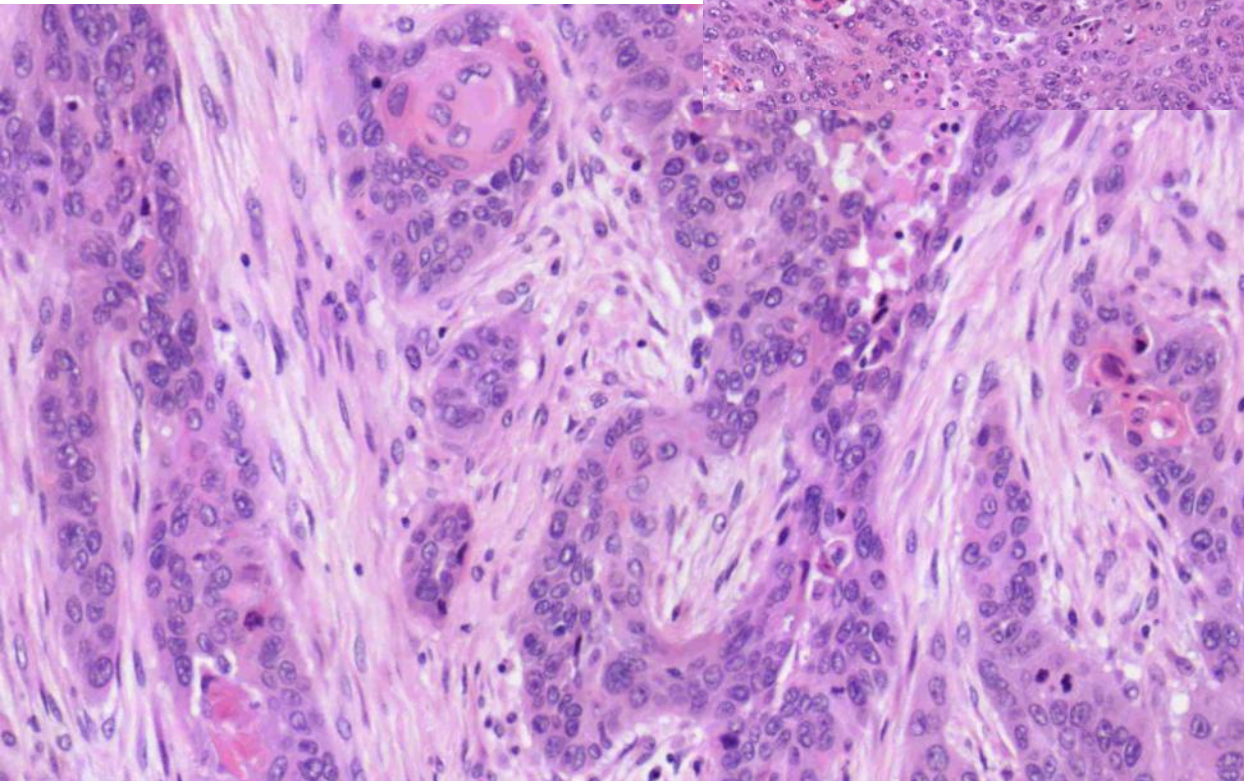
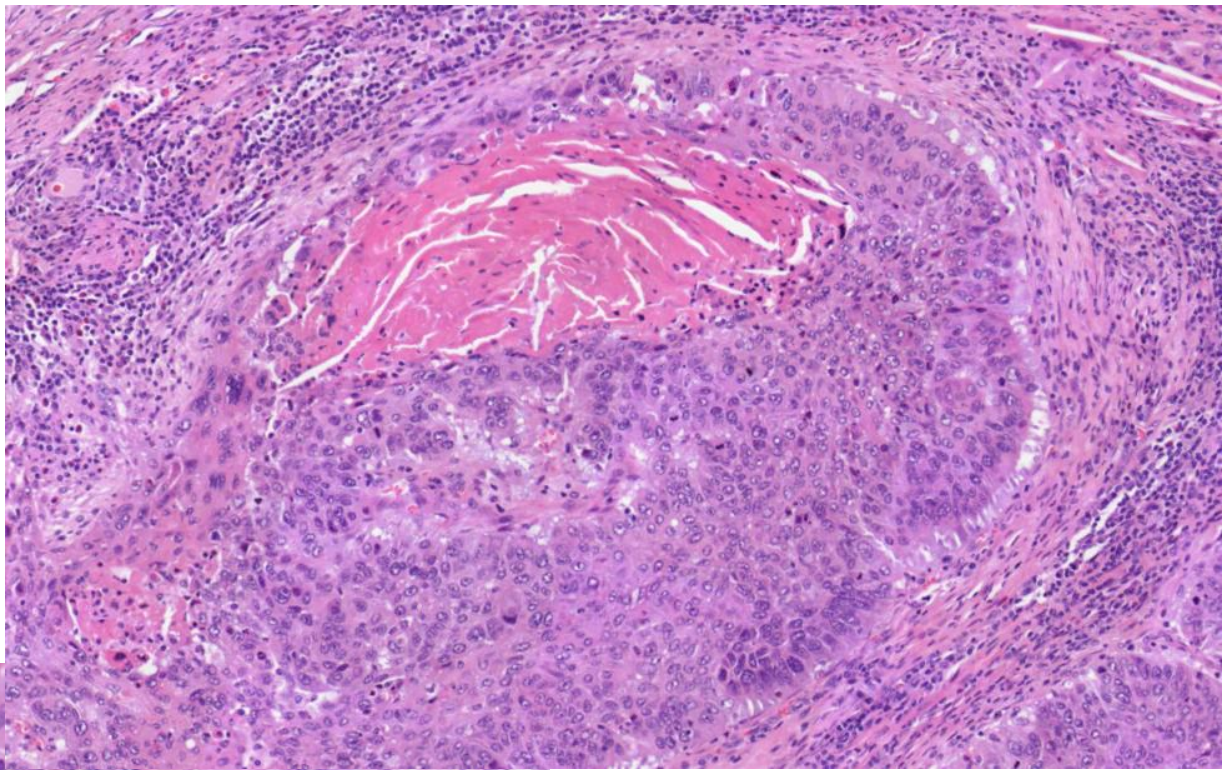




# Laphám carcinoma





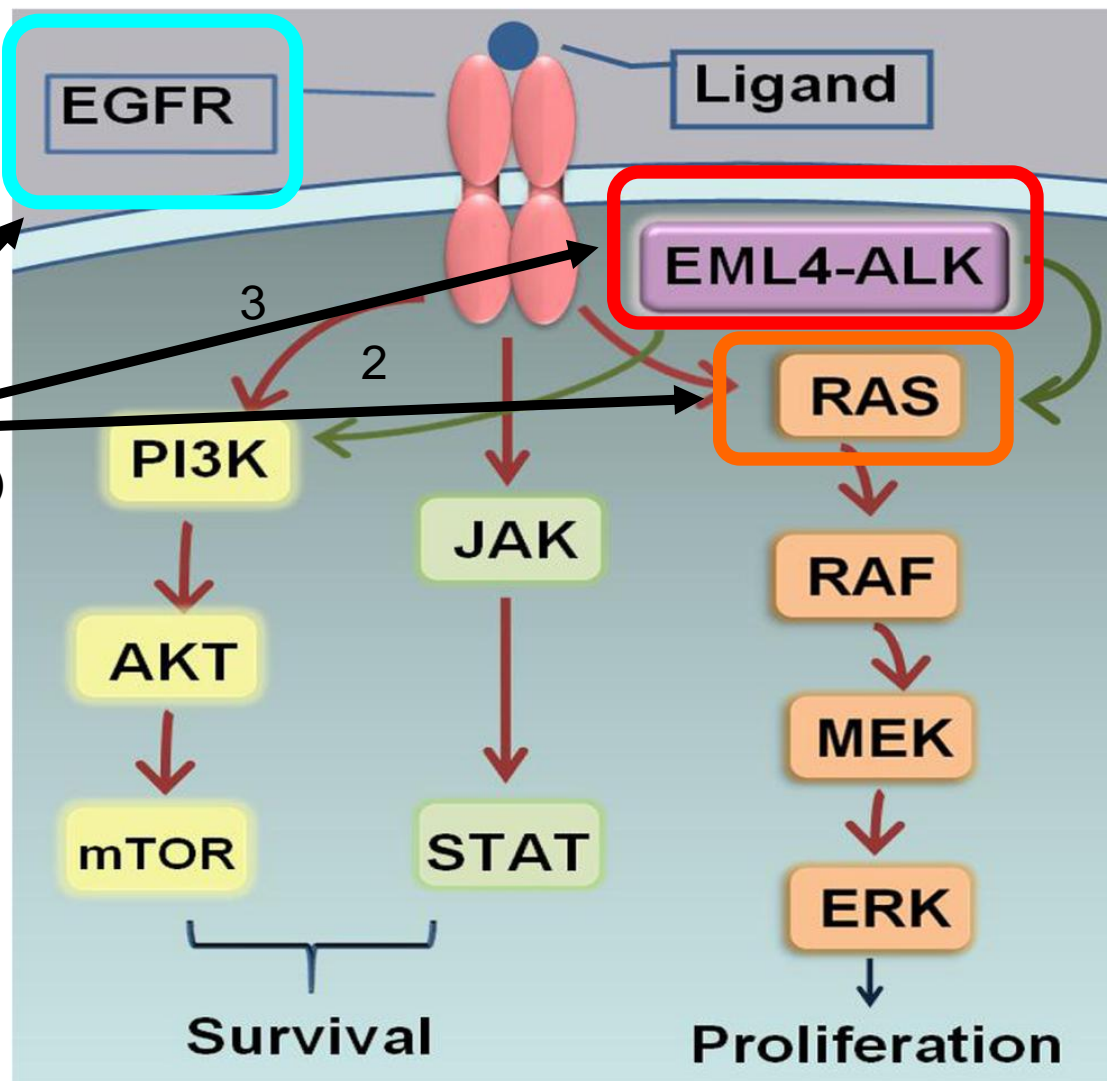


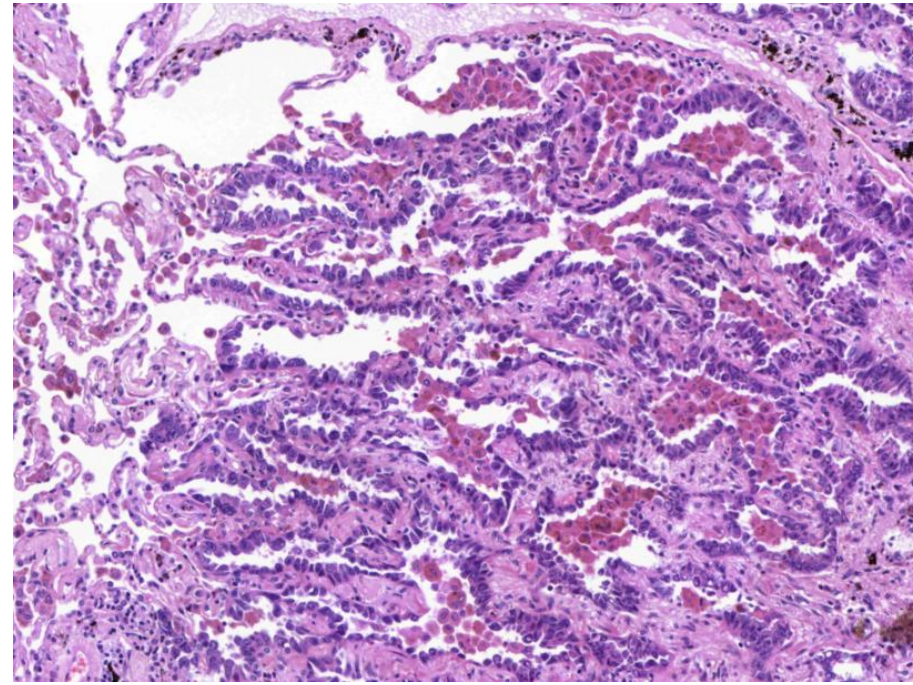
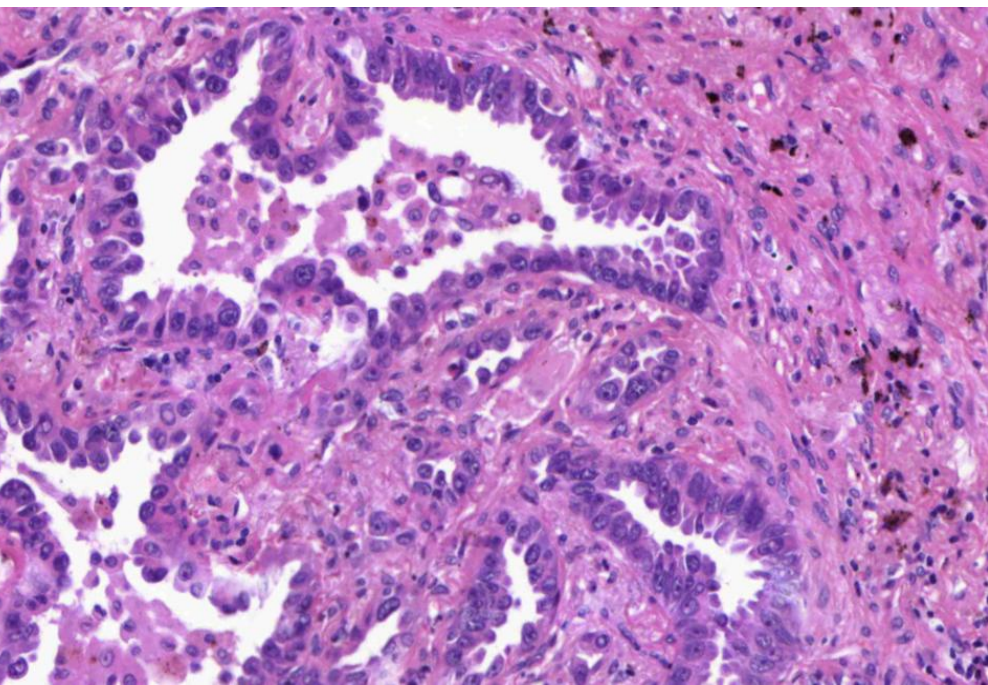
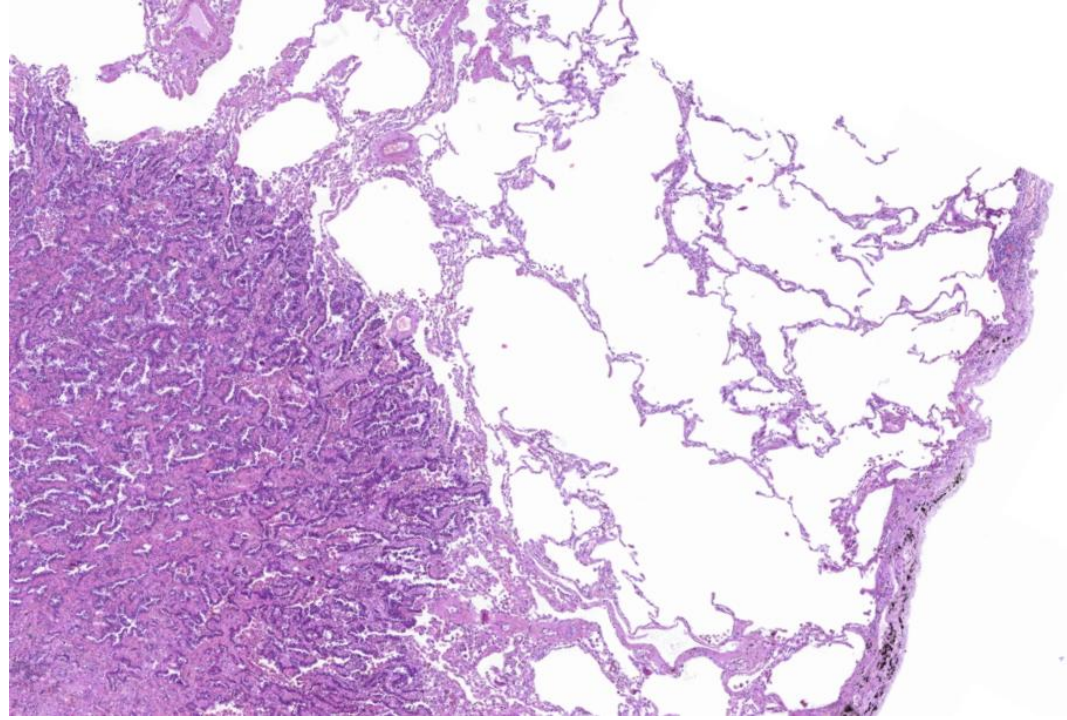
# Adenocarcinoma

- Gyakoribb nőkben
- Utóbbi években a leggyakoribb szövettani típus
- Általában rosszul körülírt lézió
- 65% perifériás elhelyezkedésű
- Szövettanilag:
  - Változó differenciáltságú
  - Lepidikus, papillaris, micropapillaris, solid, acinaris

# Molekuláris genetika

Adenocarcinoma (Adenocarcinoma)





# Mesothelioma

- A visceralis vagy a parietalis pleurából indul ki (vagy bármelyik serosa hámból)
- **azbeszt** expozíció
- Dyspnoe, visszatérő mellúri folyadékgyülem
- Makroszkópia: vaskos, zselészerű vagy tömött, szürkés-halványvörös tumorszövet az érintett tüdő körül
- Szövettan:
  - sarcomatoid típus
  - epithelialis típus
  - kevert típus



**mesothelioma**



