

Mediastinitis in empiem plevre zaradi širjenja zobnega vnetja

Juretic M, Belusic-Gobic M, Kukuljan M, Cerovic R, Golubovic V, Gobic D

Izhodišča. Zobna vnetja so pogosta, vendar se redko širijo v vrat in v podorčje prsnega koša. Akutni gnojni mediastinitis (spuščajóči se nekrozantni mediastinitis) je bolezen, ki ima kljub zdravljenju z antibiotiki in kirurškim posegom do 40% smrtni izhod. Izjemno redko se kot posledica mediastinitisa razvije plevralni empiem.

Prikaz primera. Prikazan je primer mladega, predhodno zdravega bolnika z mediastinitisom in obojestranskim plevralnim empiemom, ki je nastal kot posledica širjenja zobnega vnetja. V začetku je bil zdravljen s kirurškima posegoma na vratu. Po CT preiskavi prsnega koša, ki je pokazala širjenje vnetja v prsni koš, je bila narejena torakotomija in drenaža obojestranskega empiema plevre z antibiotskim zdravljenjem. Bolnik je ozdravel, kljub zakasnelem spoznanju zapleta zobnega vnetja.

Zaključki. Pri zgodnji diagnostiki spuščajočega se nekrotizantnega mediastinitisa, ki nastane zaradi zobnega vnetja, je CT preiskava prsnega koša pomembna diagnostična metoda saj omogoča ustrezno zdravljenje bolnika.

Rak ledvic

Rajer M

Izhodišča. Namen prispevka je prikazati trenutno stanje na področju diagnostike in zdravljenja raka ledvic (RL), s poudarkom na slovenskih epidemioloških podatkih. Rak ledvic predstavlja 2% vseh rakov in je tretji najpogostejši rak genitourinarnega področja. V veliki večini prizadene ljudi med 50 in 60 letom starosti. Pogostejši je pri moških kakor pri ženskah. Z nastankom RL naj bi bili povezani številni dejavniki tveganja. Še najmočneje je dokazana povezava s kajenjem tobaka. Ostali pomembni dejavniki tveganja so še hipertenzija, debelost in kronična ledvična odpoved. V polovici primerov pridejo bolniki na prvi pregled k zdravniku, ko je bolezen že napredovala, saj RL pogosto ne spremljajo značilni simptomi. RL najpogosteje metastazira v pljuča (75%), nato v mehka tkiva (36%), kosti (20%), jetra (18%), kožo (8%) in centralni živčni sistem (8%). V diagnostiki prevladujejo slikovne metode.

Zaključki. Lokalizirano bolezen zdravimo kirurško z radikalno nefrektomijo. Ohranitvena operacija je indicirana, ko bi odstranitev celotne ledvice privedla bolnika do dialize. Do danes še ni bila odkrita učinkovita dopolnilna terapija po operaciji. Metastatsko bolezen zdravimo z interferonom in interleukinom, prihajajo pa vedno nova in učinkovitejša biološka zdravila. Najpomembnejši prognostični dejavnik za preživetje je stadij bolezni ob začetku zdravljenja. Petletno preživetje bolnikov z RL je 95% za stadij I, 88% za stadij II, 59% za stadij III in 20% za stadij IV.

Prikaz primera z Mayo Clinic: Lokalno napredovali karcinom Bartholinijeve žleze

Pinn ME, Austin LM, Schomas DA, Miller RC

Tumorji Bartholinijeve žleze so redki, predstavljajo manj kot 5% malignomov vulve. Zdravljenje poteka v največji meri po načelih za zdravljenje karcinomov vulve ali analnega kanala. Predstavljen je primer invazivnega, slabo diferenciranega skvamoznega karcinoma Bartholinijeve žleze. V anamnezi 47. letne bolnice izstopa predhodna cervikalna intraepiteljska neoplazija, zdravljen s konizacijo, sladkorna bolezen tipa 2, in kajenje. Zdravljena je bila s predoperativno radioterapijo v kombinaciji s 5-fluorouracilom in cisplatinom, čemur je sledila ponovna ocena razširjenosti bolezni ter operacija z rekonstrukcijo vagine.

Trojni sočasni rak: medicinski in etični problem

Debevec L, Cesar R, Kern I

Izhodišča. Pri bolniku, pri katerem sumimo na sočasni rak, so možnosti za učinkovito zdravljenje omejene. Zato se postavlja vprašanje invazivne diagnostike in natančne zamejitve, posebno pri starejših bolnikih s slabo telesno zmogljivostjo, ki so primerni le za simptomatsko zdravljenje.

Opis primera. 78-letni bolnik z arterijsko hipertenzijo in angino pectoris je bil sprejet v bolnišnico zaradi sinkope. S slikovnimi preiskavami smo ugotovili dva primarna tumorja pljuč in tumor ledvice. Bolnik je odklonil invazivno diagnostiko in po nekaj dneh smo ga odpustili domov. 19 mesecev kasneje je bil ponovno sprejet v slabem kliničnem stanju in je umrl zaradi pljučnice. Avtopsija je pokazala: ploščatocelični rak desnega zgornjega pljučnega režnja z zasevki v regionalne bezgavke in možgane, drobnocelični rak levega zgornjega pljučnega režnja z zasevki v regionalne bezgavke in vranico ter svetlocelični rak desne ledvice s številnimi zasevki v obeh pljučnih krilih. Vsi tumorji so bili nekrotični. Zaradi tega sklepamo, da poskus specifičnega zdravljenja verjetno ne bi bil uspešen.

Zaključki. Pri starejšem bolniku z napredovalim pljučnim rakom, pri katerem sumimo na trojni sočasni rak, je lahko najbolj ustrezna odločitev spremljanje bolnika.

Adenokarcinom ozkega črevesa

Šavli M, Jamar B

Izhodišča. Adenokarcinom ozkega črevesa je redko maligno obolenje, s prevalenco 0.5-3.0/100.000. Pogosteje prizadene dvanajstnik in jejunum kot ileum.

Prikaz primera. 83 letni moški je imel bolečine v trebuhu 3 mesece. Navajal je slabo počutje, bruhanje in driske, bil je kahektičen. Krvne preiskave so bile v mejah normalnih. Izvidi koloskopije, gastrokopije in ultrazvočnega pregleda so bili prav tako še v mejah normalnih. Pri dvakratnem pregledu v urgentnem bloku abdominalni kirurg ni odkril znakov za akutno kirurško obolenje. Pri obeh pregledih so bile na rentgenskem posnetku trebuha vidna razširjene vijuge ozkega črevesa, rentgenski znak ileusa. Ob tretjem pregledu v urgentnem bloku je intrenist napotil bolnika na rentgenski pregled ozkega črevesa, kjer je bila opažena stenožantna sprememba v jejunumu, po videzu maligna. Bolnik je opravil še računalniško tomografijo trebuha. Pri operaciji so resecirali 30 cm jejunuma, histološko je bil dokazan adenokarcinom.

Zaključek. Jejunoileografija je zanesljiva diagnostična metoda za prikaz stenožantnih sprememb ozkega črevesa, v večini primerov tudi za razlikovanje med benignimi in malignimi spremembami.

Primerjava Poissonovih TCP modelov za posameznika in populacijo

Schinkel C, Stavreva N, Stavrev P, Carlone M, Fallone BG

Raziskali smo podobnost TCP modelov za posameznika in populacijo. Z ozirom na to, da lahko oba modela opišemo z geometrijskima parametroma γ_{50} in D_{50} , smo pokazali, da dobita skoraj enako obliko pri vrednostih $\gamma_{50} \geq 1$. Obravnavali smo neprimernost uporabe modela za posameznika na kliničnih podatkih. Podali smo splošen izraz za TCP in ga parametrizirali z D_f in γ_f – z dozo, kjer TCP zavzame vrednost f in z normaliziranim naklonom v tej točki. Izkazalo se je, da lahko krivuljo interpretiramo kot odziv posameznika le ob dovolj velikem γ_{50} . Na osnovi podobnosti TCP modelov za posameznika in populacijo smo obravnavali možnost uporabe slednjega v primeru neenakomernega obsevanja. Ker osnovni TCP model za populacijo predpostavlja enakomerno obsevanje, smo predlagali, da se pri uporabi na kliničnih podatkih vrednost parametra EUD izenači s povprečno dozo.