

B71

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

91. ÉVFOLYAM • 2015. • 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés  
2015. november 26–28.**

205-256 • 2015. december – ISSN 0006-7768 (print) • HU ISSN 2064-261X (online)

11

**Szerkesztőbizottság elnöke:**

Dobozy Attila dr.

**Főszerkesztő:**

Temesvári Erzsébet dr.

**Főszerkesztő helyettes:**

Marschalkó Márta dr.

**Szerkesztő:**

Pónyai Györgyi dr.

**A szerkesztőbizottság tagjai:**

Baló-Banga J. Mátyás dr.	Korom Irma dr.
Bata-Csörgő Zsuzsa dr.	Nagy Károly dr.
Battyáni Zita dr.	Nebenführer László dr.
Kobza Black Anikó dr.	Podányi Beáta dr.
Daróczy Judit dr.	Remenyik Éva dr.
Farkas Beatrix dr.	Schneider Imre dr.
Gyulai Rolland dr.	Simon Miklós dr.
Horkay Irén dr.	Somlai Beáta dr.
Horváth Attila dr.	Szegedi Andrea dr.
Hunyadi János dr.	Török László dr.
Husz Sándor dr.	Vasas Lívía dr.
Kárpáti Sarolta dr.	Várkonyi Viktória dr.
Kemény Lajos dr.	Wikonkál Norbert dr.

## TARTALOM

91. évf. 2015. 6. szám

Magyar Dermatológiai Társulat 88. Nagygyűlés absztraktjai 2015. november 26-28. ....	207
Szerzők névsora .....	244
<i>Baló-Banga J. Mátyás dr.:</i> In memoriam Prof. Dr. Marghescu Sándor .....	246
<i>Wikonkál Norbert dr.:</i> A tünetmentesség jelentősége a psoriasisos betegek életében .....	248

## TERÁPIA

<i>Bata-Csörgő Zsuzsanna dr., Hidvégi Bernadett dr., Irinyi Beatrix dr., Kinyó Ágnes dr., Szegedi Andrea dr., Vas Krisztina dr.:</i> A krónikus spontán urticaria Xolair (omalizumab) kezelésével szerzett országos tapasztalataink retrospektív eredményei.....	251
--	-----

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamenyi eredeti írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely formában való másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

**President of editorial board:**

A. Dobozy MD

**Editor – in – chief:**

E. Temesvári MD

**Deputy editor – in – chief:**

M. Marschalkó MD

**Editor:**

Gy. Pónyai MD

**Editorial Board:**

J. M. Baló-Banga MD	I. Korom MD
Zs. Bata-Csörgő MD	K. Nagy MD
Z. Battyáni MD	L. Nebenführer MD
A. Kobza Black MD	B. Podányi MD
J. Daróczy MD	É. Remenyik MD
B. Farkas MD	I. Schneider MD
R. Gyulai MD	M. Simon MD
I. Horkay MD	B. Somlai MD
A. Horváth MD	A. Szegedi MD
J. Hunyadi MD	L. Török MD
S. Husz MD	L. Vasas PhD
S. Kárpáti MD	V. Várkonyi MD
L. Kemény MD	N. Wikonkál MD

## CONTENTS

Vol. 91. N° 6. 2015.

Abstracts of the 88th Meeting of Hungarian Dermatological Society 26-28. November 2015 .....	207
Authors index.....	244
<i>J. Mátyás Baló-Banga:</i> In memoriam Sándor Marghescu .....	246
<i>Norbert Wikonkál:</i> The effect of complete clearing of symptoms on quality of life in psoriatic patients .....	248

### THERAPY

<i>Zsuzsanna Bata-Csörgő, Bernadett Hidvégi, Beatrix Irinyi, Ágnes Kinyó, Andrea Szegedi, Krisztina Vas:</i> A retrospective analysis of our experience with Xolair (omalizumab) therapy in chronic spontaneous urticaria patients in Hungary .....	251
---	-----



## Magyar Dermatológiai Társulat 88. Nagygyűlése

Budapest, 2015. november 26–28.

### Továbbképző előadások

*Altmayer Anita dr.:*

#### **Allergia tesztek értékelése és relevanciája**

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az allergiás betegségek száma kétségtelenül egyre inkább növekszik, azonban e mellett sokszor mind a betegek, mind az orvosok nem allergiás mechanizmusú betegségekben is kéri az allergológiai kivizsgálást. Az előadás összefoglalja az allergiatesztek típusait, indikációit, valamint azok értékelhetőségeit és a tünetekkel összefüggő relevanciáit.

*Gaál Magdolna dr.:*

#### **Vaginitisek diagnosztikája és kezelése**

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az STD rendelésre érkező nőbetegek jelentős része küzd vaginális fluor, hüvelyi viszketés, diszkomfort, dyspareunia tünetekkel. Igen gyakran évek óta fennálló tünetegyüttes van jelen, mely a szexuális életben komoly nehézségeket, problémákat okoz. A konvencionális mikrobiológiai tenyésztés eredménye negatív lehet, ezért előfordul, hogy a nem STD betegségekre specializálódott rendeléseken nem születik meg a pontos diagnózis. A vaginitisek, vaginosisok megfelelő diagnosztikájában a mikrobiológiai mintavétel mellett elengedhetetlen a natív vagy még inkább Gram szerinti festett kenet mikroszkópos vizsgálata, amin teszt elvégzése és a pH mérés.

A széles körben elterjedt hüvelyi irrigálás és gyakori antibiotikum kezelés miatt gyakran találkozunk a hüvelyflóra megbomlásával, mely sokszor vezet candida vulvovaginitishez, aerob vaginitishez vagy bakteriális vaginosishoz. Ugyanakkor gyakran találkozunk a másik végléttel, a Lactobacillusok túlszaporodása miatt kialakuló cytolyticus vaginosisal, mely általában nem kerül felismerésre, viszont kifejezett panaszokat okozhat.

Az előadásban áttekintjük a vaginitisek, vaginosisok típusait, gyakoriságukat, az alkalmazható diagnosztikus palettát és a kezelési lehetőségeket, megemlítve a leggyakoribb hiányosságokat, melyek az ellátás során előfordulhatnak.

*Juhász István dr.:*

#### **A sejttérápia lehetőségei égésben**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika, Égési Bőrsébzeti Osztály, Debrecen)

Az utóbbi évtizedek kutatásai és széleskörű klinikai tapasztalatai alapján az elhalt szövetek mielőbbi eltávolítása és saját bőrrel történő fedése a követendő eljárás a mély égések kezelésében. A 60-70% fölötti égések túléléséhez nélkülözhetetlen azonban a biotechnológiai bőrhelyettesítés, mely a kiterjedt írha- és hámszövet pótlására jelenthet megoldást. A jelenleg még kidolgozás, illetve tökéletesítés stádiumában lévő újabb eljárásokat tekintni át az előadás. Ilyenek a reparációban kulcsszerepet játszó faktorokat kódoló génekkel végzett génterápia, valamint a sejttérápia, mely a bőr tenyésztendő sejtes elemei (keratinocyták, fibroblasztok) mellett a különféle, elsősorban felnőtt hajhagyma és zsírszövet eredetű őssejtek felhasználását foglalja magában. Ezek mellett a kompozit szövet allotranszplantáció ma még futurisztikusnak tűnő módszere is egyre inkább teret nyer. Ezek a technológiák jelenthetik a fejlődés irányát, a továbblépést a

funkcionálisan és esztétikailag is mind elfogadhatóbb szöveti regeneráció irányába.

*Kinyó Ágnes dr.:*

#### **A vasculitisek felosztása, differenciáldiagnózisa és kezelése**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerző a vasculitisek legújabb klinikai felosztását ismerteti a 2012-es Chapel Hill nomenklátúra alapján, klinikai esetek bemutatásával egybekötve, a lényegesebb diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai szempontok figyelembe vételével. A terápia kapcsán a jól ismert kezelési sémák mellett az új terápiás lehetőségek is kiemelt szerepet kapnak.

*Oláh Judit dr.:*

#### **Lipoma? Atheroma?**

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A ritka sarcomák, subcutan panniculitis-szerű lymphomák és a különböző belső szervek daganatok bőrmetasztázisai gyakran kerülnek sebészi kímetszésre lipoma vagy atheroma klinikai diagnózissal, és az esetek legnagyobb hányadában csak a szövettani vizsgálat veti fel a rosszindulatú daganat fennállását.

A bőr alatti csomó formájában megjelenő betegségek sokszínűségét és a kivizsgálás során követendő diagnosztikus algoritmus elemeit összegzi a szerző. Az irodalmi adatok és saját esetek alapján mutatja be azokat a legfontosabb ritka szövettani típusú elsődleges, illetve másodlagos tumorokat, melyek jellegtelen, fájdalomtalan vagy fájdalmas, sokszor ép bőrrel fedett cutan nodusként jelennek meg gyakran a fent említett atheroma vagy lipoma klinikai képét utánozva. Röviden érinti azokat a parazitafertőzéseket és egyéb specifikus infekzív kórfarmákat, melyek szintén hasonlóan tüneteizény csomóképződéssel járhatnak a bőrben. A differenciáldiagnosztikában alapvető szerepe van a kérdéses csomó testtáj szerinti megjelenésének. A helyes kórisme felállításában a tapintási lelet mellett jelentőséggel bír az ultrahang, esetenként az MRI vizsgálat eredményének értékelése és az esetek zömében nélkülözhetetlen a szövettani vizsgálat is. A diagnosztikában elfogadott mintavételi módszerek szintén említésre kerülnek az esetek kapcsán.

A ritka daganatok esetén a multidiszciplináris megközelítés alapvetően fontos, mivel a megfelelően tervezett elsődleges ellátás a beteg életkilátásait is alapvetően meghatározza. Legfontosabb üzenetként felhívja a figyelmet arra, hogy a jelentéktelennek tűnő subcutan csomók akár halálos betegségek jelei is lehetnek, így mindenképpen gondoljunk erre az eshetőségre is a kezelési terv meghatározásakor.

*Szabó Éva dr.:*

#### **Szekunder nyiroködéma okai és kezelési lehetőségei**

(Debreceni Egyetem ÁOK Bőrgyógyászati Tanszék, Debrecen)

A nyirokkeringés nem megfelelő működése mellett nyirokfolyadék halmozódik fel a szövetekben, nyiroködéma alakul ki. Két nagy csoportra oszthatjuk a lymphoedémákat: primer vagy szekunder formák. A primer lymphoedema a nyirokrendszer veleszületett

károsodása, mely megnyilvánulhat már születéskor, de van gyermekkorban vagy felnőttkorban manifesztálódó formája is. A szekunder nyiroködéma az eredetileg ép nyirokrendszerért károsodás következménye. A szekunder lymphoedema kialakulásához számos ok vezethet, így daganat, daganat miatt végzett nyirokcsonk eltávolítás, nyirokérrendszert ért fertőzések, de társulhat artériás és vénás keringési elégtelenséghez is. Az időben diagnosztizált esetekben megfelelő kezeléssel a nyiroködéma jelentősen csökkenthető, illetve korai stádiumban teljes tünetmentesség is elérhető.

Az előadás részletesen feldolgozza a szekunder nyiroködémák etiológiáját, diagnosztizálási lehetőségeit, kezelési módjait, hangsúlyozva a komplex kezelés, valamint a gondozás fontosságát.

*Szolnoky Győző dr.:*

#### **Krónikus vénás fekélyek gyógyítása mai szemmel**

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerzők a vénás lábszárfekélyek diagnózisát, állapotfelmérését, illetve oki és tüneti konzervatív, valamint intervenció kezelését a nemrégiben kiadott az American Venous Forum, a Society of Vascular Surgery és az International Phlebology Union konszenzus doku-

mentuma, valamint a Wounds International és a magyar Sebkezelő Grémium ajánlásai alapján foglalják össze.

*Temesvári Erzsébet dr.:*

#### **Konzerválószer-allergia**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A konzerválószer biocid hatású kémiai anyagok, melyeket élelmiszerekhez, kozmetikumokhoz és ipari termékekhez adnak a mikroorganizmusok ellen. A konzerválás valószínűleg az emberiséggel egyidejű tevékenység. A felhasználás kiemelt helyei az élelmiszer- és a kozmetikai ipar. Utóbbi funkcióban a XX. század második felében számos konzerválószer jelent meg, melyeket a megelőző tesztvizsgálatok piaci bevezetésre alkalmasnak találtak, majd a tömegfelhasználást követően allergénnek minősültek. Az allergizáló hatás jelentőségét aláhúzza a szerek igen sokrétű felhasználásból adódó expozíciók széles skálája, valamint ennek megfelelően a klinikai tünetek sokszínűsége.

Az előadás elsősorban a kozmetikai konzerválószer allergén történetét, a szenzibilizációk gyakoriságát, a kapcsolódó klinikai tüneteket, valamint a szenzibilizációt bizonyító tesztmetodikák ismertetését tartalmazza a konzerválószer felhasználásának jogi szabályozási buktatóit, valamint az országok közötti különbségeit emelve ki.

## Tudományos előadások

*Emri Gabriella dr.:*

### **Cink, UVB és bőr karcinogenezis**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A non-melanoma bőrdaganatok és bőrre lokalizálódó melanomák gyakoriságának növekedése nyilvánvaló, ahogyan az is, hogy ebben a napfény ultraibolya (UV) sugárzásának fontos szerepe van. A malignus bőrdaganatokban a celluláris cink homeosztázis fehérjék expressziójának változásai figyelhetők meg egyes esetekben a tumorprogresszióval párhuzamosan. Ezen kívül a cinkhiány hozzájárulhat a daganattal szembeni csökkent immunvédekezéshez, továbbá az elhúzódó cinkhiányhoz társuló krónikus gyulladás elősegítheti a tumor képződést. Ma még keveset tudunk az intracelluláris cinkszint bőr homeosztázis fenntartásában játszott szerepéről, de experimentális megfigyelések szerint a cinkszint befolyásolhatja a sejtek stresszre (pl. UVB) adott válaszát. A kérdés az, hogy a bőrdaganatok prevenciójában vagy kezelésében ez hogyan lehetne hasznosítható.

*Halmy Klára dr.<sup>1</sup>, Juhász Ágnes dr.<sup>1</sup>, Bálint Ágnes dr.<sup>2</sup>:*

### **Atípusos bőrgombás fertőzések 2005 – 2014 között**

(Synlab Debreceni Mikrobiológiai Laboratórium Hajdú-Mikológiai Részleg<sup>1</sup>, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet Bőrgyógyászati, Debrecen)

A bőrön előforduló gombás fertőzések psoriasis, rosacea, seborrhoeás dermatitis, DLE-t, polymorph fényexanthemat, virális és bakteriális fertőzést utánozhatnak. A bőrtünetek szabálytalan szélűek, papulosus-vesiculosus külleműek. Ezeket a nem típusos gombás formákat először *Ives és Marks* írták le 1968-ban és tinea incognita-nevezték el. Később az elnevezés korrigálásra került és helyesen tinea atypica elnevezést kapott. Mint a betegséget kiváltó tényezők, elsősorban a lokális és belső szteroid terápiaik jönnek szóba. A lokálisan immunszupprimált, károsodott barrier elősegíti a patogének epidermisbe való bejutását.

2005–2014. között 67 atípusos gombás fertőzést diagnosztizáltunk. A legtöbb eset (16) 2006-ban volt, a többi években kevesebb. Lokalizáció szempontjából az arcon volt a legtöbb megbetegedés. Mikroszkóposan 57 esetben negatív eredményt kaptunk, de tenyésztéssel valamennyi esetünk pozitív volt. A leggyakoribb kórokozó a *Trichophyton rubrum* (25 eset) volt, néhány esetben (17) sarjadzó gomba tenyésztett ki. A betegek előzetesen 62,6%-ban lokális, 4,4%-ban belső szteroiddal kezelték a bőrtüneteket. Prediszponáló betegségként 8 beteg diabetest, 3 beteg autoimmunbetegséget jelölt meg. Valamennyi esetünk lokális antimycotikus kezelésre gyógyult.

Az esetek tanúságaként levonhatjuk, hogy a bőrbetegségek gombára gyanús eseteiben az adekvát diagnózis és kezelés felállításához a mikológiai vizsgálatok feltétlenül szükségesek.

*Herédi Emese dr.<sup>1</sup>, Pogácsás Lilla dr.<sup>1</sup>, Végh Judit dr.<sup>2</sup>*

*Gáspár Krisztián dr.<sup>1</sup>, Varga József dr.<sup>3</sup>, Kincse Gyöngyvér dr.<sup>4</sup>,*

*Zeher Margit dr.<sup>2</sup>, Gaál János dr.<sup>2</sup>, Szegedi Andrea<sup>1</sup>:*

### **Hosszútávú TNF- $\alpha$ kezelés myocardiális hatásainak vizsgálata psoriasisban**

(Debreceni Egyetem ÁOK Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék<sup>1</sup>, Debrecen, Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Debrecen, Debreceni Egyetem ÁOK, Nukleáris Medicina Intézet<sup>3</sup>, Debrecen, Kenézy Gyula Kórház Reumatológiai Osztály<sup>4</sup>, Debrecen)

Ellentmondó eredmények állnak rendelkezésünkre a szubklinikus kardiális diszfunkció gyakoriságáról és a hosszútávú tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) inhibitor kezelés kardiális funkcióra gyakorolt hatásáról psoriasisos betegek körében. Jelen munkánkban vizsgáltuk a szubklinikus myocardiális diszfunkcióra utaló echocardiographias paramétereket hosszútávú TNF- $\alpha$  kezelésben részesülő psoriasisos betegekben a kezelés megkezdése előtt, majd legalább egy éves utánkövetés során, a kiindulási értékeket kontroll csoporthoz hason-

lítottuk. A jobb kamrai Tei index magasabb ( $p < 0,001$ ), míg a jobb kamrai anuláris szisztolés kitérés (tricuspid annular plane systolic excursion (TAPSE)) ( $p < 0,001$ ) és a jobb kamrai szabad fal szisztolés csúcsebesség alacsonyabb ( $p < 0,001$ ) a psoriasisos betegek körében a kontrollhoz viszonyítva. TNF- $\alpha$  gátló kezelést követően a TAPSE és a jobb kamrai szabad fal szisztolés csúcsebesség emelkedett ( $p < 0,0001$ , mindkét esetben). Eredményeink alapján a psoriasisos betegek körében szubklinikus myocardiális diszfunkció mutatható ki, ami a hosszú távú TNF- $\alpha$  kezelés során javulást mutat.

*Károlyi Zsuzsanna dr., Nagy Gabriella dr., Sziray Ágnes dr.:*

### **A proaktív szűrés jelentősége biológiai terápia előtt**

(Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

A mérsékelt súlyos és súlyos plakkos típusú psoriasis kezelésében a jelenleg elérhető leghatékonyabb készítmények a biológiai gyógyszerek. Hazánkban a TNF- $\alpha$  gátlók csoportjába tartozó infliximab, adalimumab és etanercept mellett az IL-12/23 támadáspontú ustekinumab és a közelmúltban törzskönyvezett, IL-17A ellenes antitest secukinumab alkalmazható a pikkelysömör terápiájában. A célzott, szelektív támadáspontú biológiai gyógyszerek rövid és hosszú távú tolerálhatósága kiváló, az immunrendszerre gyakorolt bonyolult hatásuk következtében azonban számos nem kívánatos mellékhatással is számolnunk kell. A potenciálisan súlyos fertőzős szövdmények megelőzése céljából mind a kezelés előtt, mind a kezelés alatt preventív szemlélettel fel kell térképezni az egyéni rizikótényezőket. A részletes kórtörténetnek a korábbi betegségek, műtétek mellett ki kell terjednie a szociális háttérre, utazási szokásokra, foglalkozásra, hobby tevékenységre, állatokkal való kontaktusra, étkezési és szexuális szokásokra, valamint az immunizációs státuszra is. Az előadók a proaktív szűrés jelentőségét saját, jól dokumentált biológiai terápiais beteganyagukon keresztül mutatják be.

*Korom Irma dr., Varga Erika dr., Kemény Lajos dr.:*

### **Ismét az elhanyagolt bőrtumorokról**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Időközönként számot vetünk, hogy az egészségügyi felvilágosítás, a betegek tájékoztatása, az előrehaladott tumoros betegségekről tartott beszámolók eredménnyel jártak-e. Visszatekintve az ilyen témájú referátumokra és összegyűjtve az újabb eseteket, sajnos erre az a felelet, hogy nem. Változatlanul találkozunk a napi gyakorlatban olyan előrehaladott bőrdaganatokkal, melyek megnehezítik vagy lehetetlenné teszik az eredményes kezelést.

Az elmúlt néhány évben (2013. óta) ismét sok, ún. elhanyagolt bőrtumort láttunk, melyek felhívják a figyelmet ennek a speciális betegcsoportnak a problémáira. A késlekedés okai időről-időre ugyanazok, gyakran pszichés és szociális tényezőkre vezethetők vissza.

*Lukács Andrea dr., Németh Ilona, Kárpáti Sarolta dr.,*

*Temesvári Erzsébet dr.:*

### **Gyógyszeralkalmazáshoz köthető reakciók etiológiai diagnosztikája**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

A gyógyszer-indukált allergiás reakciók, különösen a súlyos kórképek, egyre jobban definiáltak mind morfológiai, mind immunológiai szempontból. A diagnózis felállítását sok esetben pontrendszerekbe foglalt klinikai és laboratóriumi jellemzők segítik. Az etiológiai diagnózis felállítása azonban jóval nehezebb. A szerzők a vezető német, osztrák, svájci allergológiai társaságok konszenzusaként született gyógyszerhiperszenzitivitási reakciók

diagnosztikájáról szóló legfrissebb ajánlás kapcsán áttekintik a gyógyszeralkalmazáshoz köthető reakciók definícióit és az allergiás reakciók esetén ajánlott módszereket. A 2009-2014. közötti 5 éves periódusban a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika speciális gyógyszerallergia rendelésen jelentkező 957 beteg kapcsán rámutatnak a diagnosztikus tesztek alkalmazhatóságának lehetőségeire, a kivizsgálás nehézségeire, hangsúlyozva az első ellátó orvos meghatározó szerepét ebben a folyamatban.

*Tamási Béla dr.<sup>1</sup>, Tóth Béla dr.<sup>1</sup>, Géhl Zsuzsanna<sup>2</sup>, Dohán Judit<sup>2</sup>, Ostorházi Eszter dr.<sup>1</sup>, Hidvégi Bernadett dr.<sup>1</sup>, Kocsis Tibor<sup>3</sup>, Holló Péter dr.<sup>1</sup>, Wikonkál Norbert dr.<sup>1</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:*

**Neuroszifilisz esetek az Országos STD Centrumban 2014-ben** (Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK, Szemészeti Klinika<sup>2</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK, Neurológiai Klinika<sup>3</sup>, Budapest)

Az utóbbi években a szifilisz idegrendszeri manifesztációjának klinikai képe megváltozott, korai neuroszifilisz gyakran fordul elő.

Előadásunkban a 2014-ben Országos Centrumunkban diagnosztizált és kezelt neuroszifilisz eseteket dolgoztuk fel, különös tekintettel a HIV-koinfekcióra.

A tavalyi évben összesen 15 esetben, 2 nő és 13 férfi páciensnél (utóbbiak közül 7 MSM, 1 biszexuális) diagnosztizáltunk neuroszifiliszt. Életkori megoszlásuk: 28-72 év, medián: 41 év. 6 páciensnél HIV-koinfekció (ebből 4 antiretrovirális kezelésben részesül), 2 esetben HIV-hepatitis C koinfekció volt ismert. A betegek 7 esetben korai tünetes, 8 esetben korai tünetmentes szifiliszben szenvedtek.

13 esetben a szubjektív tünetek alapján merült fel neuroszifilisz gyanúja: látásromlás (6/15) és fejfájás (5/15) voltak a leggyakoribb panaszok. Neurológiai vizsgálattal 5/15 esetben volt objektív vizsgálható eltérés – a neurológiai diagnózis szifilisz meninges volt. Szemészeti vizsgálattal 6 esetben uveitis igazolódott. Két HIV-pozitív betegnél sem neurológiai, sem szemészeti tünet nem jelentkezett, esetükben csak a vírusfertőzés és a magas szérumszint miatt elvégzett liquor-vizsgálat igazolta a neuroszifilisz meglétét.

A lues szerológia minden esetben pozitív volt, 9 páciens RPR titer az 1:32 hígítást meghaladta. Liquor-vizsgálat egy esetben nem készült, egy esetben pedig komplett szeronegativitás igazolódott. A liquor-VDRL csupán egy esetben mutatott pozitív eredményt, míg a liquor-TPPA mindegyik vizsgált betegnél. A HIV pozitív betegek közül 250/mm<sup>3</sup> alatti CD4-számot 4 esetben észleltünk.

Adataink alapján a neuroszifilisz leggyakrabban szubjektív neurológiai tüneteket okozott, 2 esetben pedig teljesen tünetmentesen került felismerésre. Mindkét páciens HIV pozitív volt, és csupán az emelkedett RPR titer miatt elvégzett liquor-vizsgálat vezetett a diagnózishoz. Emellett a liquor-TPPA minden esetben pozitív eredményt adott, a liquor-VDRL álnegativitása kiemelkedő.

A 14 napig adott 4x6 M NE dózsisú kristályos penicillin kezelést követően a páciensek szubjektív panaszai javultak, a szérumszint csökkent.

Eseteink alapján felhívjuk a figyelmet a korai neuroszifilisz, kiemelten a korai tünetmentes neuroszifilisz előfordulására, a szifilisz/HIV koinfekció jelentőségére és a diagnosztikus nehézségekre.

*Török László dr.<sup>1</sup>, Bartos Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>, Bagdi Enikő dr.<sup>3</sup>, Krenács László dr.<sup>3</sup>:*

**A bőr Jessner-Kanof-féle lymphocytás infiltrációja. Entitás vagy egy betegség spektrumának része?**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológia Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium<sup>3</sup>, Szeged)

A Jessner-Kanof által leírt „lymphocytic infiltration of the skin” viszonylag ritka, benignus, chronikus-recidiváló, T-sejt infiltratív megbetegedés. Erythemás, oedemás diszkoid plakkok, vagy anuláris-circiner erythemás papulák jellemzik főleg a fénynek kitett helyeken, hegesezés nélkül. A betegség nozológiája ma is vitatott. Az érdekes kórkép 3 beteg klinikai, laboratóriumi és szövettani vizsgálata segítségével kerül bemutatásra. Az újabb irodalmi adatok alapján ismertetjük a betegségről kialakult jelenlegi állásfoglalást.

*Vajda Adrienne dr.<sup>1</sup>, Krenács László dr.<sup>2</sup>, Bagdi Enikő dr.<sup>2</sup>:*

**Diagnosztikus nehézséget okozó lymphomatoid papulosis**

(MH Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Budapest, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium<sup>2</sup>, Szeged)

A 63 éves nőbeteg anamnézisében 2010-ben bal emlőből eltávolított csomó emelendő ki, a szövettani vizsgálat atypusos apocrin ductalis hyperplasia mellett apocrin ductalis in situ carcinomát igazolt lobularis cancerisatioval, mastectomia történt. Bőrtünetei ez év tavaszán kezdődtek szaporodó jelleggel a kültakarón, elszórta, a törzsön-végtagokon lencsényi-ujjbegynyi erythemás papulákkal, részben pörkkel fedve. Biopsia történt szövettani vizsgálat céljából, osztályos bentléte alatt sebváladék tenyésztés alapján célzott antibiotikus terápiában részesült, lokális gyulladáscsökkentő kezelés mellett. A biopsiatum fénymikroszkópos szöveti képe alapján cutan lymphoma lehetősége merült fel, ezért az anyagot konziliumi vizsgálatra küldtük. Az elvégzett immunhisztokémiai reakciók eredménye alapján – a klinikai adatokat is figyelembe véve – lymphomatoid papulosis „C” típusának diagnózisát állították fel. A beteg kifejezett panaszossága, az új jelenségek folyamatos megjelenése miatt alacsony dózisu methotrexat (heti 10,0 mg Metoject inj.) állítottunk be, melynek hatására a progresszió megállt, az elváltozások beszűrtsége csökkent.

A lymphomatoid papulosis klinikailag benignus, hullámzó lefolyású betegség, melyre a vissza-visszatérő, spontán gyógyuló papulák, nodulusok jellemzők. A benignus lefolyás ellenére a szöveti kép malignus folyamatra utal. Prevalencia: 1,2-1,9/1.000.000 lakos. Általában a 30-50 évesek betegsége. A szövettani kép alapján három típusát különböztetjük el. Kezelése részben a beteg panaszaitól függ. Asymptomatikus esetekben obszerváció javasolt. Egyebekben az első választandó terápia kis dózisu methotrexat vagy fototerápia.



## Tudományos előadások

### Dermatocirurgia – sebkezelés

*Halmy Csaba dr.<sup>1</sup>, Vajda Adrienne dr.<sup>2</sup>, Nádaï Zoltán dr.<sup>1</sup>, Csőre Krisztián dr.<sup>1</sup>, Debreczeni Béla dr.<sup>1</sup>:*

**Integra irha regenerációs mátrix alkalmazása benignus, semimalignus és malignus bőrelváltozás sebészi kezelésében**  
(MH Egészségügyi Központ, Plasztikai és Égéssebészeti Osztály<sup>1</sup>, Budapest, MH Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászat<sup>2</sup>, Budapest)

Célunk az Integra mesterséges bőr kipróbálása kiterjedt benignus, semimalignus és malignus bőrelváltozások kimetszését követően kialakult bőrhiányok pótlására.

Az Integra irha regenerációs mátrix (Integra LifeSciences Corporation, USA) egy kétrétegű bioszintetikus bőr, amelynek felső, felhámot helyettesítő rétegét egy 0,25 mm vastag szilikonréteg alkotja. Alsó, irhának megfelelő, 2 mm vastag rétege egy porózus mátrix, amely borjú kollagénből és chondroitin-6-szulfátból áll. Seb felszínre való felhelyezését követően a fehérjeháló térközébe fibroblastok és endotélsejtek vándorolnak. A fehérje háló kb. 3 hetes lebomlási ideje alatt mintául szolgál egy vascularisált neodermis kialakulásához. Az átépülést követően a szilikonréteg levonhatóvá válik és az új irharéteg felszínére egy vékony hámtranszplantátum ültethető.

Az Integra irha regenerációs mátrix 2008. óta áll rendelkezésre Magyarországon, elsősorban égési sérülés kezelésére. A módszer előnyeinek köszönhetően azonban számos más indikációban is eredményesnek, esetenként nélkülözhetetlennek bizonyult. Jó- és rosszindulatú bőrelváltozások kimetszését követő Integra irha regenerációs mátrix alkalmazásával szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

4 betegnél (2 nő, 2 férfi, életkor 20-82 év) alkalmaztunk Integrát necrobiosis lipidica, in situ laphámrák, spinocelluláris rák és recidív basalioma kimetszése után kialakult 35-200 cm<sup>2</sup> kiterjedésű bőrhiány pótlására. A bőrátültetést az Integra felhelyezését követő 19-28. napon végeztük.

A szövettani vizsgálat mindegyik esetben in toto kimetszést igazolt. Az Integra megtapadása legalább 97%, két esetben 100%, az Integrát fedő bőrtranszplantátumé legalább 75%, két esetben 100% volt.

Tapasztalataink alapján az Integra irha regenerációs mátrix alkalmas jelentős bőrhiányt eredményező onkológiai kimetszések végleges sebzárására. Kiterjedt bőrhiány esetén Integra alkalmazásával jobb funkcionális és esztétikai eredmény érhető el, mint részvastag bőrátültetéssel. Bőrtranszplantátum befogadására alkalmatlan sebalapon is kiválóan megtapad, így kiválthatja éryeles lebenyek alkalmazását.

*Mohos Gábor dr.<sup>1</sup>, Vass Gábor dr.<sup>2</sup>, Varga János dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>:*

**Daganatok eltávolítását követően kialakult defectusok rekonstrukciója az orron**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika<sup>2</sup>, Szeged)

Az orron elhelyezkedő, bőr eredetű rosszindulatú daganatok resekciója során a kiterjedéstől függően az orr mindhárom szöveti rétegén (bőr, porc/csont, nyálkahártya) keletkezhet defectus. Minden szöveti réteg teljes pótlása elengedhetetlen az orr megfelelő funkcionális és külső alakjának biztosításához. Az előadásunk célja a daganatok eltávolítását követően kialakult, többnyire kiterjedt orrdefectusok pótlási lehetőségeinek elemzése, bemutatása autológ szövet felhasználásával néhány esetünk kapcsán.

*Ottó Iringó Ágnes dr.:*

**Dermatocirurgia a bőrgyógyász szemüvegén keresztül: angliai tapasztalatok**

(Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat, VIII. ker. BNG, Budapest)

Bőrgyógyászként Angliában a mindennapi klinikai gyakorlat szerves része a bőrsébszet; ezt részben a praecancerosus elváltozások és már invazív malignómák nagy száma, részben az egészség-

ügyi struktúra alapvető különbözőségei indokolják. A szerző több, mint 3 év tapasztalatait foglalja össze képekkel gazdagon illusztrált előadásában ismertette a főbb sebészeti eljárásokat, amiket nap mint nap alkalmazott érintve a szigetországból követendő bőr cancerosusok ellátásának irányelveit. Nem titkolt célja az előadónak ablakot nyitni a dermatocirurgia szépségeire hangsúlyozva azt a tényt, hogy nevezetesen minden kolléga rendelkezik olyan, eddig talán még szunnyadó képességekkel, melyek fejlesztésével eljuthat egy megfelelő szintre a bőrsébszét érés folyamatában.

*Rédling Marianna dr.<sup>1</sup>, Földesi Irén dr.<sup>2</sup>, Telkes Márta dr.<sup>1</sup>:*  
**A szűrés és a gondozás szerepe a diabéteszes lábsebek és szövődmények megelőzésében**

(Egyesített Szt. István és Szt. László Kórház - Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Szakrendelés és II. sz. Krónikus Belgyógyászati Osztály Lymphoedema Részleg<sup>1</sup>, Budapest, Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Diabétesz Szakrendelés<sup>2</sup>, Szentes)

A diabéteszes láb szindróma a cukorbetegség legsúlyosabb és legköltségesebb szövődményeinek egyike. Napjainkban a nem traumás major amputációk 60-80%-át diabéteszes betegeknek végzik. Az amputációt megelőzően a betegek 85%-ának van hosszabb vagy rövidebb ideje fennálló lábsebe. Az amputáció az esetek döntő többségében elkerülhető, amennyiben ezen betegeket az ellátórendszer időben, lehetőleg már a seb kialakulása előtt azonosítani tudja. A diabéteszes lábsebek kialakulásának legfontosabb rizikófaktorai a neuropátia, az érszűkület, a lábdeformitás, a bőrkeményedések, az anamnézisben szereplő lábfekély/amputáció és a nem megfelelő lábbeli. A veszélyeztetett betegeknek külön figyelmet igényelnek a gombás bőr és körömfertőzések, a bakteriális fertőzések, a benőtt, ill. dystrophiás körömök, a körömágy gyulladás és az alsó végtagi krónikus ödéma.

A diabéteszes betegek gondozásának része a diabéteszes láb vizsgálata, melyet évente szűrővizsgálat formájában javasolt elvégezni. Világszerte számos helyi kezdeményezés alakult a lábszűrés gyors és hatékony formájának, helyi protokolljának kidolgozására. Az előadásban bemutatjuk a lábszűrés lépéseit és a rizikóbesorolás szerint szükséges gondozási feladatokat, valamint egy a szerzők által összeállított, a szűrés dokumentálását és értékelését segítő szűrőlapot és az ezzel szerzett első tapasztalatokat.

*Sikos Géza dr.:*

**Modern hajbeültetés**

(Sikos Plasztikai Sebészet, Hajbeültetés Klinika, Budapest)

A szerző összefoglalja a hajátültetési eljárások modern, elfogadott technikáit, stratégiáit. Ezen belül külön figyelmet kapnak a Follicular Unit Transplantation (FUT-strip technika) és a Follicular Unit Extraction (FUE) hajvételei módszerek technikai részletei és a transzekció problémái. Nem csak hajhiányok, de más szőrzethiányok pótlására is lehetőséget adnak az új módszerek: szakáll, testszőr, szemöldök, szempilla is pótolható saját haj felhasználásával. Ugyanakkor nemcsak a hajszőr szolgálhat adóhelyként, hanem másodlagosan szakáll vagy testszőr is – természetesen a hajtól eltérő indikációkkal. A szerző által kidolgozott S-FUE hajbeültetési stratégia ismertetésre kerül. Több hajhiányos páciensünk esetét mutatjuk be a szerző több, mint 2 évtizedes tapasztalata alapján.

A modern hajbeültetési eljárások megfelelő indikációval és hozzáértő végrehajtással kiemelkedő eredményeket tudnak produkálni.

*Varga János dr., Kis Erika dr., Mohos Gábor dr., Kocsis Ádám dr., Bende Balázs dr., Varga Ákos dr., Kemény Lajos dr.:*

**Hidradenitis Suppurativa sebészi kezelése**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Plasztikai és Égési Sebészeti Osztály, Szeged)



A hidradenitis suppurativa (acne inversa) krónikus, visszatérő gyulladáshoz vezető bőrbetegség, diagnózisa a sokszínű, de jellegzetes klinikai kép és a kórlefyomás együttese alapján állítható fel. A fájdalmasan gyulladt csomók, tályogok, sipolyok, bizonyos esetekben hegesedés megjelenése, ezek különböző arányú együttes jelenléte leggyakrabban a hajlatokat, azaz a hónaljarkokat és a lágyéket, illetve a szeméremdombot és a farpofákat érinti, valamivel ritkább a perianális régió, az emlő és az emlő alatti redő érintettsége. A hidradenitis suppurativa (HS) nem számít ritka betegségnek, becslést prevalenciája Európában 1 és 4 % közöttre tehető, de feltételezett előfordulásához mérten valószínűleg ritkán kórismézik. Az érintettek nemi megoszlását illetően női túlsúly állapítható meg 3:1 arányban: a nők

többnyire inguinális-femorális, a férfiak inkább perianális és gluteális tüneteket mutatnak. Bár a hidradenitis kifejezés a verejtékmirigy primer gyulladást sejteti, napjainkban a terminális folliculus okklúzióját tekintik elsődlegesnek, az apocrine mirigyek gyulladása másodlagos jelenség a feltételezések szerint. Ezidáig a konzervatív terápiák közül leghatásosabbnak a hosszú távú antibiotikus kezelést tekintették, de a közelmúltban a biológiai terápia eredményességéről is biztató adatok közöltek, ezek alapján a közeljövőben bővíthet a terápiás armamentúra. Az érintett apokrin bőrterület teljes eltávolításával végzett radikális sebészeti beavatkozás és az azt követő per se-cundam intentionem sebgyógyulás az alacsony rekurrencia miatt egyes esetekben definitív megoldás lehet.

**BŐRGYÓGYÁSZATI**  
**ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS LAPJA

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)

Iroda vezetője: Seress Jánosné

E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu) • Tel.: 267-4685

**BŐRGYÓGYÁSZATI**  
**ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY

Address of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)

Leader of the office: Jánosné Seress

E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu) • Phone: 267-4685

## Tudományos előadások

### Onkodermatológia

Baltás Eszter dr.:

#### Xeroderma pigmentosum

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A xeroderma pigmentosum (XP) autoszómális recesszív genodermatózis, melynek hátterében a DNS repair mechanizmusok meghibásodása áll. Klinikailag a betegek jellemző a fényérzékenység, pigmentációs eltérések és multiplex bőrdaganatok, valamint progresszív neurológiai eltérések megjelenése. Sejtfúziós vizsgálatok során a betegség hét komplementációs csoportját (XPA-XPG) és egy nyolcadik, külön csoportot alkotó variánsát (XPV) azonosították. A különböző csoportok klinikailag heterogén megjelenésűek. A dermatoonkológiai gyakorlat során nagyon ritkán találkozunk multiplex bőrtumorok előfordulásával jellemzett genodermatózisokkal. Fontos azonban ismerni a betegség tüneteit, mert a diagnózis minél korábbi felállítása és a megfelelő fényvédelem biztosítása életmentő jelentőségű lehet. A bővülő genetika ismeretek és terápiás lehetőségek ellenére a multiplex bőrtumorok kezelése kihívást jelent az ellátó multidiszciplináris team számára.

Gorka Eszter dr., Czirbesz Kata dr., Pörneczy Edit dr.,  
Liszky Gabriella dr.:

#### Új terápiákkal szerzett tapasztalatok melanoma malignum agyi metasztázisainak kezelésében

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A disszeminált melanomás esetekben az agyi metasztázis (AM) igen gyakori és az egyik legrosszabb prognózisú szövődmény, amely az új gyógyszerek klinikai vizsgálatainak többségében kizárósi kritérium. A dabrafenibbel végzett vizsgálatok ugyanakkor igazolták annak intracranialis aktivitását. Jelen vizsgálatunk célja AM esetén dabrafenibbel, vemurafenibbel, ipilimumabbal szerzett tapasztalataink feldolgozása, hatásosságuk elemzése.

Osztályunk melanoma adatbázisából 333 AM betegből 253 ECOG 0-2 állapotú azonosítottunk, közülük 10-en részesültek dabrafenib, 13-an vemurafenib és 5-en ipilimumab terápiában. A dabrafenib kezelést 80%-ban, a vemurafenibet 46%-ban, az ipilimumabot 60%-ban első szisztémás kezelésként alkalmaztuk, szükség szerinti lokális ellátással (műtét, sugársebészet és WBRT) kiegészítve. 2015. májusig a dabrafenibbel kezelt betegek 3 hónapos medián követési ideje mellett a medián teljes túlélés 3 hónapnak (2-12, átlag: 5), a progressziómentes túlélés 2 hónapnak (2-10, átlag: 4,2) bizonyult. 2 hónapnál 30%-os agyi regressziós választ és 70%-os disease kontroll arányt észleltünk (PR:3, SD:4, PD:3). A hosszabb követési idővel még jobb eredmények várhatók. A vemurafenibbel kezelt AM betegek megfelelő követési idő során 9 hónapos (2-22, átlag: 10,8) túlélést mutattak. A progressziómentes túlélés 5 hónap (1-10, átlag: 5,4) volt. 2 hónapnál a disease kontroll arány 77%-ot, 6 hónapnál 46%-t eredményezett. Az ipilimumab kezelést kis agyi tumormassza esetén alkalmaztuk, és minden esetben megelőzte idegsebészeti vagy sugársebészeti ellátás. Az ekképpen szelektált betegcsoportban kedvező, 11 hónapos (3-36) medián túlélést figyeltünk meg. A BRAF gátlóval kezelt betegcsoportot a BRAF gátlóval nem kezelt, klasszikus terápiában (kemoterápia, műtét, sugársebészet, WBRT) részesült betegcsoporttal összehasonlítva multiplex AM esetén a BRAF gátlók szignifikánsan, 53%-kal csökkentették a halálozási rizikót (HR: 0,47, 95% CI: 0,25-0,9, p=0,022). Az AM megjelenésétől az exitusig számított medián túlélés 11 hónapnak bizonyult, szemben a klasszikus terápiával elért 4 hónappal. Szoliter AM esetén a BRAF gátlókkal ez az idő 27 hónap, míg nélkülük 11 hónap volt.

Összességében a BRAF gátlókkal AM esetén szignifikánsan jobb eredményeket értünk el, mint a korábbi terápiákkal. A csekély számú ipilimumabbal kezelt szelektált betegpopulációnk túlélése az irodalmi adatokat túlszárnyalta.

Horváthy-Kovács Anikó dr.<sup>1</sup>, Czirbesz Kata dr.<sup>1</sup>,  
Melegh Krisztina dr.<sup>1</sup>, Gorka Eszter dr.<sup>1</sup>, Balatoni Tímea dr.<sup>1</sup>,  
Lőrincz Lenke dr.<sup>1</sup>, Pörneczy Edit dr.<sup>1</sup>, Lengyel Zsolt dr.<sup>2</sup>,  
Borbély Katalin dr.<sup>3</sup>, Liszky Gabriella dr.<sup>1</sup>:

#### A PET-CT vizsgálat szerepe a melanoma malignum diagnosztikájában

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Budapest, Pozitron Diagnosztikai Központ<sup>2</sup>, Budapest, Országos Onkológiai Intézet, PET-CT Ambulancia<sup>3</sup>, Budapest)

A disszeminált melanoma malignum terápiás lehetőségeinek tárháza az elmúlt években ugrásszerű fejlődést mutatott, ezért a képalakító diagnosztika szerepe megnőtt. Különösen a szenzitív és specifikus funkcionális diagnosztikus eljárás, a PET-CT vált fontossá. Korábbi közleményünkben a PET-CT vizsgálat szenzitivitását 87,1%-osnak, specifitását 85,0%-osnak, diagnosztikus pontosságát 86,08%-osnak találtuk osztályunk betegeinél. Jelen munkánk során 1 év leleteit elemeztük stádiumbeosztás szerint.

Az Országos Onkológiai Intézet Onkodermatológiai Osztálya által a 2012-es évben kért PET-CT vizsgálatok adatait dolgoztuk föl. 192 melanoma miatt gondozott betegünkél kértünk 199 PET-CT vizsgálatot a betegség különböző stádiumaiban. A betegek átlagéletkora 62,7 év volt, 92 nő, 101 férfit vizsgáltunk.

72 (36%) betegnél a primer magas rizikójú tumor eltávolítása után kértük a PET-CT vizsgálatot staging céljából. Lokális betegségről a stádium 7 (10%) betegnél III-asra, 8 (11%) betegnél IV-es stádiumra módosult.

50 (25%) betegnél III-as stádiumban kértük a vizsgálatot egyéb távoli disseminatio kizárása céljából. 12 betegnél (24%) módosult a stádium III-asról IV-es stádiumra, ebből 12 betegnél in transit metasztázis miatt kértük a vizsgálatot, 4 (33%) betegnél módosult a beosztás IV-es stádiumra.

IV-es stádiumú betegeknek a felmerült metasztázisok dignitásának tisztázására 35 (18%) esetben kértünk PET-CT vizsgálatot, 13 esetben (37%) nem mutattuk ki az áttétet, 22 (63%) esetben igazolódott a feltételezett metasztázis.

Ismert szervi áttét esetében restaging indikációjával 42 (21%) betegnél végeztünk PET-CT vizsgálatot. 16 esetben (38%) igazolódott addig nem ismert, egyéb szervi metasztázis, terápiaváltás a vizsgálatot 14 (33%) esetben követte. Restaging céljából kért vizsgálat esetében 5 betegnél a stádium IV M1a-ról módosult IV M1c stádiumra.

Eredményeink a PET-CT vizsgálat fontosságára hívják fel a figyelmet a melanoma pontos stádium beosztásában. A betegség különböző stádiumaiban az elvégzett PET-CT vizsgálat 10-62%-ban változtatta meg az eredetileg feltételezett stádiumot, mely többnyire terápiaváltást eredményezett.

Kovács Péter<sup>1</sup>, Pánczél Gitta dr.<sup>2</sup>, Melegh Krisztina dr.<sup>2</sup>,  
Czirbesz Kata dr.<sup>2</sup>, Gorka Eszter dr.<sup>2</sup>, Lőrincz Lenke Csilla dr.<sup>2</sup>,  
Pörneczy Edit dr.<sup>2</sup>, Balatoni Tímea dr.<sup>2</sup>, Liszky Gabriella dr.<sup>2</sup>:

#### A társas támogatottság szerepe a melanoma kezelése során kialakuló pszichés mellékhatások tekintetében –

#### kutatási tapasztalatok és gyakorlati megfontolások

(Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg<sup>1</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

Az immunterápiák leggyakoribb pszichológiai mellékhatása a depresszió és a szorongás. A kialakuló depresszió által leromlott életminőség az egyik leggyakoribb oka a hosszú távú kezelések felületesítésének. A társas támogatottság, a pozitív és támogató környezet protektív hatással lehet a hosszú távon kialakuló pszichológiai mellékhatások tekintetében.

Nyomon követéses vizsgálatunkban az Országos Onkológiai Intézet Onkodermatológiai Osztályán kezelt betegek pszichoszociális szűrését végeztük önkitaltós kérdőívek segítségével. Mértük a depresszió (BDI) és a szorongás (STAI) értékeit. A társas támogatottsá-

got a Szociális Dimenziók skálával (Caldwell) vizsgáltuk, az egyéb adatokat saját szűrőtesztünkkel nyertük.

Az adjuváns kezelés során a depresszió mértéke szignifikáns emelkedést mutatott ( $p < 0,001$ ). Kiemelendő, hogy a társas támogatottság szignifikáns hatással volt a 12 hónap alatt növekvő depresszió mértékére ( $p < 0,001$ ). Azoknál a személyeknél, akiknél magasabb észlelt társas támogatottságot mértünk, kisebb mértékben alakult ki a depresszió. A szorongás nem változott szignifikáns mértékben az utánkötéses időszakban ( $p = 0,230$ ). Statisztikailag releváns változást a nem, az életkor és a társas támogatottság kontrollálása mellett sem találtunk ( $p = 0,745$ ).

A pszichológiai mellékhatások kialakulása nem csupán az alkalmazott orvosi kezeléstől függ, hanem a betegek személyiségétől, illetve egyéb protektív tényezők meglététől vagy hiányától egyaránt. Eredményeink megerősítik, hogy az észlelt társas támogatottság szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió kialakulásával. A distressz jelentősen rontja a betegek életminőségét, ezáltal csökken az adherencia. A társas támogatottság észlelt mértékének szintje preventív erejű és protektív jelentőségű az adjuváns interferon kezelés során kialakuló depresszió tekintetében. Míg a depresszió kialakulásában egyértelműen biológiai okok azonosíthatók, addig a szorongás megjelenését környezeti tényezők valószínűsítik.

*Kuzmanovszki Daniella dr., Holló Péter dr., Kárpáti Sarolta dr.:*

#### **A metasztatikus melanómában alkalmazott immunonkológiai szerek veszélyei**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az előrehaladott melanoma kezelése az elmúlt években jelentős és dinamikus fejlődést mutat. A terápiás palettán megjelenő célzott terápiák és az immunonkológiai szerek bevezetése és térhódítása mind a progressziómentes túlélés, mind az ösztülés javulását eredményezi, azonban a fellépő mellékhatások a kezelőorvosoknak új kihívást jelentenek. Klinikánkon a jelenleg Magyarországon elérhető immunonkológiai szerek mellett tapasztalt súlyos adverz események bemutatásával világítunk rá az új, ígéretes terápiák olykor nehéz döntési dilemmáira, melyek figyelembe vétele nélkülözhetetlen a kezelési terv felállításához.

*Lengyel Zsuzsanna dr., Gyulai Roland dr.:*

#### **Merkel-sejtes carcinomás eseteink – új terápiás lehetőségek**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A Merkel-sejtes carcinoma a bőr neuroendokrin daganata. Előfordulása ritkább, mint a melanomáé, azonban mortalitása magasabb. A daganat elsősorban a napfénynek kitett területeken jelentkezik, vöröses csomó formájában. A klinikai kép jellegtelensége miatt gyakran szövettani diagnózis alapján történik meg a felismerése. A daganat kóroki hátterében az immunuszuppresszió, idős kor mellett feltehetően a Merkel-sejtes polyomavírus is szerepet játszik, melyet 2008-ban azonosítottak. A tumor elsődleges ellátása sebészeti-szélesen az épbén történő kimetszés, a nemzetközi irodalom sentinel nyirokcsomó eltávolítását is javasolja. Az operált területek adjuváns besugárzásának a tumor ellátásában kiemelkedő szerepe van, mivel a túlélést kedvezően befolyásolja. Metasztatikus megbetegedés esetén a jelenleg rendelkezésünkre álló kemoterápiás készítmények hatásszága csekély, azonban számos új készítményt vizsgálnak klinikai vizsgálatok keretében. Előadásunkban összefoglaljuk a ritka kórkép irodalmát, valamint klinikánk beteganyaga kapcsán bemutatjuk a betegség új kezelési lehetőségeit.

*Pozsgai Melánia dr., Németh Klára, Gyulai Roland dr.,*

*Lengyel Zsuzsanna dr.:*

#### **Képkalkotó vizsgálatok jelentősége melanoma malignum utánkötésében – 10 éves retrospektív klinikai vizsgálat**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A melanoma malignum a rosszindulatú daganatok hozzávetőleg 3%-át képezi. Klinikai megjelenése változatos, kórlefolyása gyakran kiszámíthatatlan és kedvezőtlen. Az esetek 90%-ában a melanomát kimutatható áttét nélkül ismerjük fel, a betegek kb. 30%-ánál a későbbiekben metasztatikus alakul ki. Az áttétek kb. 85%-a korai áttét, mely a diagnózist követő 3 évben jelentkezik. A melanoma ugyanakkor késői áttétképzési tulajdonságokkal is rendelkezik: ritkán, de akár 10 éves vagy hosszabb tünetmentesség után is képes metasztatizálni. A betegek követése során a melanoma stádiumától és a diagnózis óta eltelt időtől függően javasolt képkalkotó vizsgálatok elvégzése.

Retrospektív vizsgálatunkban 2001. január és 2011. december között diagnosztizált, melanoma malignumban szenvedő betegek dokumentációját és a képkalkotó eljárással készült vizsgálatok eredményeit dolgoztuk fel 3 éves utánkötési idő során. Az elemzéshez szükséges adatokat a Pécsi Tudományegyetem Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika adatbázisa szolgáltatta. A követés során általában félévente/évente készülő képkalkotó vizsgálatok (mellkas röntgen, hasi és regionális UH, mellkas, hasi és koponya CT) képezték az értékelés alapját. A képkalkotó vizsgálatok eredményeit összevetettük a melanoma szövettani paramétereivel. A vizsgálat fő célját képezte a korai stádiumban elvégzett CT vizsgálatok szükségességének megítélése és azok költségeinek meghatározása. Eredményeink segítséget nyújthatnak a melanoma malignum gondozásának pontosabb, evidenciákon alapuló rendszerének kialakításához.

*Pörnczy Edit dr.<sup>1</sup>, Czirbesz Kata dr.<sup>2</sup>, Danyi Tímea dr.<sup>2</sup>,*

*Gorka Eszter dr.<sup>2</sup>, Liskay Gabriella dr.<sup>2</sup>:*

#### **Az ipilimumab terápia klinikai szempontjai metasztatikus melanoma kezelésében – hosszan túlélő, OEP finanszírozott betegek adatainak elemzése**

(Országos Onkológiai Intézet, Kemoterápia-D<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

Az ipilimumab fázis 2 és 3 klinikai vizsgálatokban kezelt betegek 4-5 és 6 éves túlélési adatainak elemzése alapján bizonyítottá vált a hosszú távú túlélés a betegek egy meghatározott csoportjában, 18,2-16,5-14,9 OS %-kal. A kezelési algoritmus felállításához, az immunterápiára várhatóan jól reagáló betegcsoport meghatározására nincs prediktív marker, így a klinikai döntéshozatalt jelenleg kevesebb adat, ajánlás segíti.

Az OEP extrafinanszírozás keretében 2013-ban ipilimumabbal kezelt 4 hosszan túlélő betegünk betegség kontrollját elemeztük. A nagy kockázatú cutan, ocularis-2 beteg, urethralis melanomával diagnosztizált, IV. stádiumba (M1b-c) került betegek többet vonalasan kombinált kemoterápiák után kaptak 4 ciklus, 3mg/kg ipilimumab terápiát. Staging vizsgálatokat irRC alapján értékeltük.

Betegeink életkora a progressziókor 27-52 év között volt. A prognosztikai tényezőként fontos daganatvastagság 4 és 23 mm közé esett. ECOG:0 státuszuk mellett komorbiditás nem volt. BRAF, C-KIT, NRAS funkcionyerő mutációkat nem detektáltunk. Cerebrális disseminációjuk nem volt, várható élettartamuk a 4 hónapot meghaladta, LDH értékeik normális értékhatáron belül voltak. Mindegyik betegünk kemoterápiával többszörösen előkezelt volt. Az ipilimumabot hepaticus vagy pulmonalis progresszió miatt javasolta 3rdL, ill. 4thL terápiaként az onkoteam. CR nem volt, cutan melanomás betegünk PFS-e 26 hónap, ocularis betegeinké 8, ill. 11 hónap volt. Urethralis melanomás betegünknel továbbra is lassú dinamizájú PD alakult ki. A kezelés mellékhatásaként egy betegnél alakult ki Gr. II. hypadrenia.

A CA184-022 fázis II vizsgálatban az előkezelt betegek mPFS értéke 3,6 hónap. Az EAP-ban kezelt betegek real-life mPFS értéke 3,3 hónap volt, mucosalis melanomában 4,2 hónap, ocularis melanomában 3,6 hónap. Hosszan túlélő betegeink jobb PFS adatai is megerősítik, hogy a betegségvolumen, tumorterhelést (LDH), ECOG statust, a progresszió dinamikáját, a BRAF mutáció statust és a cerebrális disseminációt figyelembe véve az antiCTLA-4 terápia az alacsony tumorterhelésű, cerebrális progresszió nélküli betegek alcsoportjának javasolható. A nemzetközi ajánlásokkal összhangban, 1stL terápiaként klinikai vizsgálatban való kezelés javasolt. Hosszan túlélő betegeink közül hárman jelenleg anti-PD1 kezelésben részesülnek.

## Kontakt Dermatitis Munkacsoport előadásai

Baló-Banga J. Máttyás dr.<sup>1</sup>, Szoboszlai Istvánné<sup>2</sup>:

### Fogászati allergiák epicutan tesztelésének összehasonlítása két vizsgálati helyen

(MH Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászat<sup>1</sup>, Bőrgyógyászati és Allergológiai Laboratóriumok<sup>2</sup>, Budapest)

A fogászati és szájbébszeti allergiák csoportjai a korai, viharos tünetekkel járó, helyi érzéstelenítés kiváltotta reakciók, illetve a tömések, pótlások, implantátumok okozta késői események. A tesztek interpretálása nem egyszerű a relevancia kérdése miatt.

Azt kívántuk eldönteni, hogy a vizsgálatot indokló tünetekkel, diagnózisokkal összevetve a hazai piacon hozzáférhető tesztek választ adhatnak-e a fogorvosok és betegek felvetéseire, ill. mennyiben hasonlíthatók össze?

A vizsgálatok 2010. és 2015. között történtek 128 betegen. Az „A” csoportban vizsgált betegeket részben budapesti egyetemi intézmény, részben magán fogorvosok küldték. Összesen 58 személy, köztük 13 férfi és 45 nő szerepelt. Szájszárazság, égő száj, gingivitis, parodontosis, lichen oris, valamint fémallergia gyanúja volt az indok. A vizsgálatokat az e.c. fogászati „alap-” és fémsorral és egyéb, műanyag antigénekkal végeztük. A „B” csoportban vizsgált betegeket a budapesti oktató kórház szakrendelése küldték. A 70 személy közül 13 férfi és 57 nő szerepelt. Beküldő diagnózisai a dokumentációból kinyerhetők voltak. A vizsgálatokat a fenti e.c. „alapsorral”, minden esetben kiegészítve a króm, nikkal és kobalt antigénekkal, valamint az anamnézis szerinti egyéb anyagokkal végeztük. A vizsgálatok anamnézissel való egyeztetése alapján „releváns” és „irreleváns” minősítés történt.

A kiértékelésnél a férfiak és a nők csoportját elkülönítettük. Az „A” csoportban a férfiaknál 5% pozitív eredményt kaptunk a vizsgálatzámra vonatkoztatva. Zömmel fémek szerepeltek, a kobalt volt a leggyakoribb. Relevancia = 41%. A nőknél 12,8% volt pozitív. Relevancia = 59%. Leggyakoribb a nikkal (63,6%) volt, célzottan több anyaggal (formaldehid, perubalzsam) is pozitív eredményt kaptunk. A „B” csoportban a férfiaknál 27,6% volt pozitív (relevancia 42%) és a CoCl<sub>2</sub>-dal azonos mértékű amalgám non gamma és metakrilát szerepelt. A „B” csoportban a nőknél 17,8% poz. eredményt kaptunk, a CoCl<sub>2</sub>, Pd, amalgám non gamma sorrendben. Relevancia = 64,4%. Ritkábban thiomersal fakátrány és a propylénglikol volt pozitív.

Az „A” csoportban a 96. óra leolvasásai 11%-kal több pozitív eredményt mutattak a 48. órához képest, míg a „B” csoportban a 72. órára 30%-kal kevesebbet, mint a 48. óra után. Fontos eredmény a 48. és 96. óras értékelések együttes alkalmazása a leletezésre és a relevanciánál.

A két csoport különbségei az eltérő átlagéletkorból, szociális helyzetből és a leolvasásból adódtak.

Fábos Beáta dr., Kutasi Zsuzsanna dr., Battyáni Zita dr.:

### Higany allergia gyakorlati jelentősége

(Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár)

A higanyvegyületek, melyek pozitívítását még mindig gyakran észleljük a kután bőrpótlások során, kikerültek az érdeklődés középpontjából. A gyógyszerzatban, mint konzerváló szerek, valamint a fogászati tömőanyag, az amalgám még mindig tartalmazza. A higanyvegyületek felhasználásra kerülnek a műanyaggyártás, fémek bányászata és olvasztása során, valamint növényvédők szerekben is megtalálhatók. A talajba a fosszilis energiahordozók által kerülnek be, ez által pedig a táplálékláncba.

A szerzők a higany pozitívítást mutató betegek klinikai tüneteit tekintik át a Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztályán retrospektíven 5 év (2009 – 2014) anyagán keresztül. A magyar standard kután tesztelés során (összesen 1138 beteg) az eredmények gyakori higanyérzékenységet (116 beteg, 10,2%) mutattak, mind a szervesen quecksilber-amidoklorid (1%) és quecksilber-klorid (0,1%), valamint a szerves tiomerzal (0,1%) vizsgálata során. A jelen tanulmányban áttekintettük a higanyérzékenységek okait és következményeit.

Koller Ágnes Hanna dr.:

### Hajfesték okozta kontakt dermatitis

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A leggyakoribb hajfesték okozta allergiás kontakt dermatitisek hátterében para-phenylenediamine (PPD) és származékai, para-toluenediamine (PTD), para-aminophenol, ortho-nitro-PPD állnak, de egyéb festékkomponensek, rezorcin vagy ammónia is szerepelhetnek. Klinikánkon 2014. és 2015. között 11 hajfesték okozta súlyos allergiás kontakt dermatitis miatt történt hospitalizáció. Mindegyik esetben fekete, sötétbarna festék alkalmazását követően jelentkeztek a bőrtünetek. A kezelést és a tünetmentesedést követően 7 betegnél történt epicutan teszt elvégzése (fodrászati és rutin skála), és a betegeinknél nem csak a PPD, hanem a PTD és az aminophenolok is nagy arányban mutattak pozitívítást. A PPD, PTD és az aminophenolok közötti keresztallergiás reakció jól ismert, a jelentőségük és az általuk okozott allergiás reakciók gyakorisága révén egyre inkább háttérbe szorul a szőkítési eljárás során alkalmazott ammónium és peroxid származékok kiváltó szerepe. Mivel a PPD és egyéb festékkomponensek jelen lehetnek nem csak a hajfestékekben, színezőekben, hanem a permanens és ideiglenes tetoválásokban, valamint további keresztallergiás reakciót mutathatnak kémiaiilag hasonló szerkezetű anyagokkal (azo-festékek textíliákban, gumi, szulfonamid antibiotikumok, lokál anesztetikumok, PABA-tartalmú fényvédők), ezért minden esetben fontos a kiváltó allergén pontos identifikálása epicutan teszttel, valamint a betegek részletes felvilágosítása a hajfesték okozta allergiás reakciókról és szenzitizáló tényező forrásáról.

Nagy Gabriella dr., Tóth Ágnes dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

### Állati szőrök okozta kontakt allergiák

(Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

Napjainkban egyre elterjedtebb a különböző hobbiállatok tartása. A kutya és a macska mellett a vadászgörény, a tengerimalac, a hörcsög, a csincilla és a trópusi egerek a leggyakrabban tartott szőrös kedvencek. Allergiás rhinitis, asthma mellett nem ritkák a bőrtünetek sem, kontakt urticaria, kontakt dermatitis kialakulása vagy atopiás dermatitis progressziója hátterében állati szőr okozta szenzibilizáció állhat. Foglalkozási betegségeket is okozhat állategészségügyi dolgozók, állattenyésztők között. A szerzők az irodalom áttekintése mellett feldolgozzák az allergológiai szakrendelésük utóbbi 3 évének beteganyagát, az elvégzett 1328 epicutan, ezen belül 54 atopy patch teszt adatait. Az állati szőr okozta túlérzékenység előfordulásának felmérése céljából elemzünk az epicutan próbák (atopy patch tesztek), Prick-tesztek és specifikus IgE vizsgálatok eredményeit, vizsgálják ezek relevanciáját az anamnézissel összevetve, néhány ritkább esetüket részletesen is bemutatják.

Pónyai Györgyi dr., Németh Ilona, Temesvári Erzsébet dr.:

### Methylchoroisothiazolinon/methylisothiazolinon és methylisothiazolinon szenzibilizáció

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

A methylisothiazolinon (MI) kozmetikumokban, tisztítószerekben tartósítószerként való engedélyezésével szenzibilizációs epidemia alakult ki. A korábban a szert tartalmazó kathon CG® standard sorban való tesztelése nem ad pontos adatokat az MI szenzibilizációról, mert annak koncentrációja igen alacsony a tesztanyagban.

Vizsgálatunk során a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Allergológiai Ambulanciáján több, mint 14000, 1993-2014 között tesztelt beteg körében mértük fel a kathon CG® szenzibilizáció alakulását, emellett egy év alatt 314 beteget teszteltünk MI-al. Az elmúlt években a kathon CG® szenzibilizáció jelentős emelkedését észleltük. Egy év alatt 25 beteget detektáltunk kathon CG® és/vagy MI szenzibilizációval, női túlsúllyal.



A bevezetett szabályozások ellenére, mivel a kathon CG®, illetve MI tartalmú termékek továbbra is széles körben elérhetők, a szenzibilizáció gyakoriságának további növekedése várható.

*Temesvári Erzsébet dr.:*

**A 7. nap. (Az epicutan próba értékelése 2015-ben)**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az epicutan próbák több, mint 100 éves történetében a tesztek metodikai standardizálása igen nagy szerepet játszott. A már megle-

vő kontakt szenzibilizáció provokálása komoly szakmai kihívást jelentett a teszt allergén koncentráció és a vivőanyaga megválasztásában, az expozíciók időbeli hosszúságában, a várt és megkapott bőrreakciók diagnosztikus megítélésében és a provokált bőrreakciók követési idejében is.

Az előadás e paraméterek történetét tekinti át a jelenlegi metodikai technika standardizálási szintjén, elsősorban a tesztreakciók követésének fontosságát hangsúlyozva, a téma vonatkozásában megjelenő szakirodalmi adatokat saját tesztelési tapasztalataival kiegészítve, az epicutan próbák 7. napos értékelési adatait igen fontos, a gyakorlatban nem mellőzhető, diagnosztikus adatnak tekintve.

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések és szponzorált közlemények elfogadására, de ezek tartalmáért semmilyen körülmények között nem vállal felelősséget.

## Gyermek-bőrgyógyászati Szekció előadásai

Ábrahám Rita dr.<sup>1</sup>, Meszes Angéla dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>, Gyurkovits Zita dr.<sup>3</sup>, Bakki Judit dr.<sup>3</sup>, Orvos Hajnalka dr.<sup>3</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>:

### Magzati, anyai, perinatalis faktorok – újszülöttkori bőrgyógyászati elváltozások

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

A szakirodalomban csak néhány felmérés született az újszülöttek körében előforduló bőrgyógyászati kórképek előfordulási gyakoriságának meghatározása céljából, a kialakulásukban szerepet játszó tényezőkről még kevesebb adat áll rendelkezésre. Vizsgálatunk fő célkitűzése az volt, hogy egy több, mint két éves vizsgálati perióduson keresztül felmérjük az alapvetően egészséges, érett újszülöttek körében előforduló bőrgyógyászati manifesztációk prevalenciáját, valamint tanulmányozzuk a bőrgyógyászati elváltozások kialakulásában szerepet játszó tényezőket.

Felmérésünket a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Újszülött Osztályán végeztük 2012. júniusa és 2014. júliusa között. Valamennyi újszülött részletes bőrgyógyászati szűrővizsgálatát követően a születési naplók adatainak felhasználásával vizsgáltuk a következő tényezőket: az újszülöttek neme, gesztációs kora, születési súlya, anyai életkor, kihordott terhességek száma, születés módja és körülményei.

Összesen 4658 újszülött szűrővizsgálatát végeztük el. 3463 esetben diagnosztizáltunk legalább egyfajta bőrtünetet. A tranziens, benignus bőrelváltozások, a sebaceus hyperplasia, a veleszületett vagy szerzett bőrsérüléssel járó elváltozások, illetve felszínes erosiók szignifikánsan gyakrabban fordultak elő fiú újszülöttekben, míg a vascularis léziók, a naevus simplex és a haemangioma prekursor léziók a leány újszülöttekben. Szignifikáns korrelációt találtunk a sebaceus hyperplasia, az erythema toxicum neonatorum, a száraz, hámló bőr, a milia, a cutis marmorata, a vascularis léziók, a naevus simplex és az újszülött gesztációs kora között, valamint az erythema toxicum neonatorum, a száraz, hámló bőr, a milia, a cutis marmorata, a veleszületett és szerzett bőrsérüléssel járó elváltozások, a haematoma, petechia, purpura és az újszülöttek születési súlya között. Az anyai életkor emelkedésével párhuzamosan a sebaceus hyperplasia előfordulási gyakorisága szignifikánsan csökkent. Az eltelt szülés, a hüvelyi szülés, a fogó, illetve vacuum extractor használata hajlamosító tényező volt a traumás eredetű léziók, haematoma, petechia, purpura és caput succadaneum kialakulására.

Az újszülöttek körében számos bőrgyógyászati elváltozás fordulhat elő. Felmérésünk hozzájárulhat az újszülöttkori bőrléziók etiológiájának pontosabb megismeréséhez.

Asbóth Dorottya dr.<sup>1</sup>, Noll Judit dr.<sup>1</sup>, Kassay Erzsébet dr.<sup>1</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Tímár Botond dr.<sup>2</sup>:

### Más bőrbetegségekre nem hasonlító, bőrvérzéssel járó tünet nagykasas lányon

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>2</sup>)

A bőrön megjelenő, vérzésre utaló tünetek gyermekkorban azonnali részletes elemzést, az okok mielőbbi tisztázását kell, hogy maguk után vonják a felmerülő, potenciálisan súlyos, életveszélyes állapothoz vezető kórképek miatt. Az életkor, a kísérő tünetek, ezek között is elsősorban a láz, az általános állapot és a klinikai megjelenés, a kiterjedés, lefolyás, mely már az első órákban meghatározza a tennivalókat.

Egy, a betegség kezdetekor 13 éves leány jobb térdének sportsérülése után, ez oldali egész végtagra, majd jelzetten az ellenoldali alszárra is kiterjedő, fájdalmas, mozgáskorlátozottságot okozó, igen kiterjedt, lapszerű bevérzésekkel, lividnodusokkal járó tünetekkel jelentkezett, gyermekosztályon, orthopedián vizsgálták. Panaszai hátterében széleskörű kivizsgálás ellenére sem találtak lényeges okot, azok

spontán szűntek, majd többször recidiváltak. A 2 éve tartó folyamat tisztázása miatt, az eddigi vizsgálatokat figyelembe véve, újabb haematológiai konzultációt és szövettani vizsgálatot végeztünk, melyek egészséges viszonyokat írtak le. Pszichológus a felmerülő arteficialis jelleg miatt a leányt gondozásra javasolta. A nyári szünet kezdetekor tünet és panaszmentesen távozott, szülő és gyermek megértette, hogy felmerült az önkezés gyanúja, de a területileg illetékes pedagógiai szolgálat a lényegi munkát csak az iskolaévben vállalta.

A szerzők a fenti eset alapján az előadásban ismertetik a felmerülő kórképeket logikai sorba szedve, kizárásos alapon jutottak az artefactum diagnózisához, melyet a továbbiakban remény szerint komplettálódó pszichológiai gondozás oldhat meg.

Csitos Ágnes dr.<sup>1</sup>, Asbóth Dorottya dr.<sup>1</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Vass Viktória dr.<sup>2</sup>, Novoth Béla dr.<sup>3</sup>, Sági Zoltán dr.<sup>4</sup>:

### Infantil myofibromatosis

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Budapest, Heim Pál Gyermekkorház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest, Heim Pál Gyermekkorház, Sebészeti Osztály<sup>3</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>4</sup>, Budapest)

Az infantilis myofibromatosis egy ritka betegség, mely a szervezetben jóindulatú tumorok megjelenésével jár. Az elváltozás lehet szoliter, de előfordulhat multiplex formában is. Érintheti a bőrt, a kötőszövetet, az izomzatot, illetve a csontokat. Ritkán a belső szerveken is előfordulhatnak daganatok, ami a klinikai képet súlyosbítja. Kezelése egyénenként változó, elsődlegesen a tumorok száma és a lokalizáció szabja meg. Gyakran tapasztalunk azonban spontán regressziót is.

A szerzők egy 7 hónapos csecsemő esetét ismertetik, aki 1 hónapos korában került az ambulanciára a jobb sarkán születése óta észlelt elváltozással. Első észleléskor a fenti lokalizációban 3 cm-es, mély, necroticus lepedékkel fedett ulcus volt látható. A szokatlan klinikai kép miatt elvégzett szövettani vizsgálat után myofibromát igazolt.

A szerzők az eset bemutatásával ismertetik e ritka betegség jellemzőit, kezelésének buktatóit és nehézségeit.

Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>, Meszes Angéla dr.<sup>1</sup>, Ábrahám Rita dr.<sup>1</sup>, Tólosi Gyula dr.<sup>2</sup>, Doró Péter dr.<sup>3</sup>:

### Iatrogén bőrsérülések és rizikófaktorok intenzív terápiás ellátást igénylő újszülöttekben

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ, Szegedi Tudományegyetem<sup>2</sup> GYTK, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet<sup>3</sup>, Szeged)

Az újszülött intenzív ellátás óriási mértékű fejlődésének köszönhetően mára jelentősen megnőtt a beteg, illetve igen alacsony születési súllyal született gyermekek túlélési esélye. A modern invazív diagnosztikus és terápiás beavatkozások alkalmazásával párhuzamosan azonban jelentősen megnőtt a iatrogén ártalmak kialakulásának lehetősége is. Vizsgálatunk során célkitűzésünk az intenzív ellátást igénylő újszülöttek körében előforduló iatrogén bőrsérülések prevalenciájának és rizikófaktorainak felmérése volt. Felmérésünket a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ III. szintű Perinatalis Intenzív Centrumában végeztük 2012. január 31. és 2014. január 31. között. A vizsgálat ideje alatt az újszülöttek rendszeres bőrgyógyászati szakvizsgálata során valamennyi a bőr éretlenségéből adódó, illetve iatrogén eredetű bőrsérülés feljegyzésre került. Az intenzív osztályon ápolat újszülöttek esetében az újszülöttek állapotát, a szükséges diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat, korai és késő szövődeményeket leíró és jellemző tényezőket vizsgáltuk a bőr éretlenségéből adódó és iatrogén eredetű bőrgyógyászati kórképek kialakulásának hátterében.

A két éves vizsgálati periódus alatt 460 újszülött ápolására és bőrgyógyászati szakvizsgálatára került sor, közülük 83 újszülöttnél diag-

nosztizáltak iatrogén eredetű bőrsérülést. A leggyakrabban előforduló sérülések a következők voltak: az éretlen epidermis tapaszhasználat okozta fosztázós sérülései, extravasációs sérülések, műtői sebfertőzések, infekció által indukált bőrtünetek, termikus égések, a penlkával fedett gluteális-genitális régióban kialakult erosiv dermatitis, nyomási fekélyek. Az alacsony születési súlyú és gesztációs korú, valamint a hosszabb idejű ápolást, a légzés- és keringéstámogatást, centrális artériás katétert igénylő újszülöttekben intracranialis és tüdővérzés, bronchopulmonaris dysplasia, perzisztáló ductus arteriosus Botalli előfordulása és mikrobiológiai vizsgálattal igazolt infekció esetén szignifikánsan gyakrabban alakultak ki bőrsérülések.

A sérülések korai felismerése, a kialakulásukban feltehetően szerepet játszó tényezők vizsgálata, prevenciója és megfelelő kezelése összetett feladat. A modern bőrápolási módszerek alkalmazása a bőr integritásának, barrier funkciójának javulását, a sérülések gyakoriságának csökkenését eredményezheti, ezáltal a koraszülött intenzív ellátás hatékonysága is tovább növelhető.

*Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>, Tóth-Molnár Edit dr.<sup>2</sup>, Doró Péter dr.<sup>3</sup>, Szabó Éva dr.<sup>4</sup>, Szabó Hajnalka dr.<sup>4</sup>, Franczia Péter dr.<sup>4</sup>, Tálosi Gyula dr.<sup>4</sup>, Széll Márta dr.<sup>5,6</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>5,6</sup>:*

#### **Magától gyógyuló kollodium bébi**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szemészeti Klinika<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet<sup>3</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ<sup>4</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>5</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>6</sup>, Szeged)

A kollodium-bébi a veleszületett ichtyosikok egyik igen ritka, fenotípusos formája. Nem klinikai diagnózis, sokkal inkább leíró fogalom, amely többfajta, veleszületett elszarusodási zavarban szenvedő újszülött jellegzetes, születéskor észlelhető klinikai megjelenési formájára utal. A kollodium-bébi gyakran koraszülöttek; rendkívül fontos valamennyi érintett újszülött intenzív osztályos ellátása, hiszen az epidermális barrier funkció súlyos károsodása a hőháztartás, a folyadék-elektrolit háztartás labilitását, jelentős mértékű transzepidermális vízvesztést, dehidrációt, hypernatraemiát, hypothermiát, nagyfokú infekció hajlamot von maga után.

A szerzők előadásukban egy III/2. terhességből, 38. gesztációs hétre, 2990 grammal, Apgar 10-10-10 státuszban, per vias naturales világra jött újszülött esetét ismertetik. Születésekor az újszülött testét fészes, fénylő, helyenként nagy elemű, lemezes hámlást mutató kollodium membrán vette körül. A bőrtünetek igen súlyos eclabiummal és ectropiummal, beszűkült végtagi mozgásfunkcióval társultak. Az újszülött születését követően felvétellel került az SZTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ Perinatális Intenzív Centrumába. A rendszeres bőrgyógyászati, szemészeti helyi kezelések, valamint az intenzív terápia mellett a kollodium membrán gyors leválását észlelték, az ectropium és eclabium megszűnt. 3 hetes életkorban, belszervileg és bőrgyógyászati teljeseen tünetmentes, kiváló általános állapotban történt meg az újszülött hazaadása. A csecsemő rendszeres gondozása a Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Gyermekbőrgyógyászati Szakrendelésén történik, az eddigi kontroll vizsgálatok során bőre teljesen tünetmentes volt.

Az esetek kb. 5-25 %-ában előforduló, úgynevezett önmagától gyógyuló kollodium-bébi igen jó prognózisú kórkép, a spektrum legenyhébb formáját képviseli; a membrán leválását követően ép, vagy minimálisan száraz bőr hátrahagyásával gyógyul. A születéskor fennálló klinikai tünetek alapján természetesen nem lehet következtetni a kórkép kimenetelére, súlyosságára, emiatt a klinikai diagnózis pontos felállításához nagyon fontos az érintett újszülöttek és a családtagok genetikai vizsgálatának elvégzése.

*Doró Péter dr.<sup>1</sup>, Csatornai Márta dr.<sup>1</sup>, Bor Andrea dr.<sup>1</sup>, Abraham Rita dr.<sup>2</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>2</sup>:*

#### **Terápiás együttműködés vizsgálata acne vulgarisban**

(Szegedi Tudományegyetem GYTK Klinikai Gyógyszerészeti Intézet<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>2</sup>, Szeged)

Az acne vulgaris az egyik leggyakoribb, a serdülő és fiatal felnőtt korosztály túlnyomó többségét érintő bőrgyógyászati megbetegedés. A kifejezett bőrgyógyászati tünetek jelentős hatást gyakorolnak a fiatal betegek életminőségére. Az összetett pathomechanizmusnak megfelelően a terápia is összetett, többlépcsős, gyakran többfajta helyi és szisztémás gyógyszerkészítmény alkalmazását igényli. A kezelés sikeressége nagymértékben függ a betegek terápiás együttműködésétől. A terápiás együttműködés azt írja le, hogy a beteg mennyire követi az orvos terápiára vonatkozó utasításait, amely magába foglalja a gyógyszerek kiváltását, alkalmazását és a kontroll vizitekben való megjelenést is.

Vizsgálatunk fő célkitűzése az acne vulgarisban szenvedő betegek terápiás együttműködésének vizsgálata, a csökkent terápiás együttműködés hátterében álló okok felderítése és a betegek gyógyszer-szedési szokásainak felmérése volt.

Gyermekbőrgyógyászati szakrendelésen kezelt és gondozott, különböző súlyosságú acne vulgarisban szenvedő gyermekek szakvizsgálatát követően interjú készítettünk 32 kérdést tartalmazó strukturált, standardizált kérdőív segítségével.

Vizsgálatunkban 213 fiatal (122 fiú, 91 lány, átlagos életkor: 15,63±2,22 év) vett részt. A kezelt fiatalok jelentős része eltért az orvos által előírt adagolási rendtől. 73,2%-uk az előírt ritkábban használt külső készítményeket, 55,7%-uk pedig ritkábban szedte az acne kezelésére szolgáló szisztémás készítményt. A gyorsabb javulás érdekében 9%-uk alkalmazta az előírtnál gyakrabban a lokális készítményeket. A betegek 42,3 %-a nem jelent meg legalább egy kontroll viziten. Anyagi okok miatt a betegek 6,7 %-ánál fordult elő, hogy nem tudta kiváltani a gyógyszert. Mellékhatás miatt az esetek 9,3%-ában történt gyógyszerleállítás, illetve gyógyszer-váltás.

A nem megfelelő terápiás együttműködés hátterében számos ok állhat: mellékhatások jelentkezése, vagy a potenciális mellékhatásoktól való félelem, a készítmény magas ára, több készítmény egyidejű alkalmazása. A bőrgyógyászati kontroll vizitek gyakorisága, a beteg tájékoztatás módja, jellege, ideje, valamint a betegattitűd is releváns tényezői az orvos-beteg bizalmi kapcsolat kialakításának. Ezen tényezők vizsgálata és a nem megfelelő compliance hátterében álló okok felderítése jelentős segítséget nyújthat a megfelelő terápiás együttműködés kialakításához, a hatékonyan működő acne gondozói rendszer kiépítéséhez, és hosszú távon a betegek sikeresebb kezelését eredményezheti.

*Kassay Erzsébet dr.<sup>1</sup>, Asbóth Dorottya dr.<sup>1</sup>, Noll Judit dr.<sup>1</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Vass Viktória dr.<sup>2</sup>:*

#### **PAPA-like szindróma**

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Heim Pál Gyermekkorház, Pathológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

Pyoderma gangrenosum, acne, pyogen steril arthritis (PAPA szindróma) autoszomális domináns módon öröklődő autoinflammatorikus betegség. A 15-ös kromoszómán elhelyezkedő PSTPIP 1 gén mutációjával asszociálódik. Betegünknel a bőrtünetek domináltak, fulminans acne és pyoderma gangrenosum mellett a pyogen arthritis nem alakult ki, ezért PAPA-like szindrómáról beszélhetünk.

A 16 éves fiú betegünknel acne súlyosbodása miatt szisztémás antibiotikumok adását követően enteritis, colitis, majd láz kíséretében az alszáron subcután fluctuáló kiterjedt livid bőrelváltozások jelentkeztek. A területilegilletékes bőrosztályon váltott parenterális antibiotikum adása mellett általános állapota és bőrállapota nem javult, ezért további ápolásra osztályunkra helyezték. Súlyos conglobált acne tünetei mellett az alszárak feszítő felszínén kiterjedt területen észlelt livid, nyomásérzékeny nodusok, proximálisan fluctuáló területekkel erythema nodosum lehetőségét vetették fel. Ez irányú kivizsgálás során provokáló tényezőzt nem találtunk. Ekkor felmerült nem típusos PAPA szindróma is subcutan pyoderma gangrenosummal, arthritis nélkül. A fiú szisztémás methylprednizolon terápiaiban részesült fokozatosan csökkentve. Állapota rohamosan javult, majd a kortikoszteroid elhagyását követően 5 nappal ismét lázas lett, bőrtünetei fokozódtak. Ekkor az alszárról szövettani mintavétel igazolta a subcutan pyoderma gangrenosum diagnózisát. Ismételt szisztémás elhúzódon

adott methylprednizolon, majd isotretinoin beállításával mellett gyógyul.

Genetikai vizsgálatra egyelőre nem volt lehetőségünk. A szakirodalomban közölt hasonló esetben a PSTPIP 1 génen mutációt igazoltak, a közölt beteg kanakinumab adására gyógyult, mely humán anti IL 1 béta monoklonális antitest.

*Kósa Péter dr., Gáspár Krisztián dr., Szegedi Andrea dr.:*  
**Gyermekkori súlyos krónikus urticaria sikeres kezelése**

(Debreceni Egyetem, ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék, Debrecen)

Egy 13 éves krónikus urticaria miatt kezelt lány esetét mutatjuk be, aki egy évnyi sikertelen diagnosztikus és terápiás út után került klinikánkra. Krónikus autoimmun urticaria diagnózisát állítottuk fel, ugyanakkor autoimmun thyreoiditis társulására és a családban előforduló SLE-re is fény derült. Terápiás kihívást jelentettek az emelt dózisu anti-hisztamin mellett perzisztáló tünetek, valamint az ismert soliter vese miatt kifejezett óvatossággal adható cyclosporin A, mely utóbbi sem eredményezte állapota javulását. Omalizumab indítása mellett döntöttünk, mely teljes tünetmentességet eredményezett mellékhatások jelentkezése nélkül.

*Molnár Katalin dr., Noll Judit dr., Asbóth Dorottya dr.:*  
**Szokatlan klinikai képpel jelentkező neonatalis lupus erythematosus**

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A neonatalis lupus erythematosus bőrtünetei – az esetek kétharmadában – már születéskor jelen lehetnek, ill. az első 3 hónapban jelentkezhetnek: jól körülírt bőrpír az arcon, fejen vagy törzsön, ritkábban atrophias területek, ill. bevérzés formájában. Speciális, erythema alakulhat ki szimmetrikusan, periorbitalisan (mosómedve szem-tünet). Ritka előfordulása, incidenciája 1:10 000-20 000 születésre. A tünetek megjelenéséért az anyai, transzplacentárisan átjutó anti-ENA antitestek (RoSSA, LaSSB, U1-RNP) felelősek. Az anyák, akiknek neonatalis lupusos csecsemőjük születik, 60%-ban tünetmentesek, 40%-ban szisztémás lupus erythematosusban, subcutan cutan lupus erythematosusban vagy sicca szindrómában szenvednek. Az esetek felében belszervi eltérés is előfordul, mely közül a kardialis érintettség, a különböző fokozatú szívblock kizárása különösen fontos. A csecsemők utánkövetést igényelnek, hiszen felnőttkorban szisztémás lupus erythematosus alakulhat ki.

A szerzők 4 hónapos csecsemő esetét ismertetik, aki I/1, dohánnyással szövődött terhességből született 2390 g-mal. Az édesanya anamnézisében lényeges, kóros eltérés nem szerepel. Az újszülött 2 nappal korábban bradycardia miatt PIC-en feküdt, EKG és szív ultrahang készült negatív eredménnyel. 2 hónapos korában észlelték a hajas fejbőr foltos, hyperaemiás foltjait, melyet bőrgyógyászaton napsugárzás következményének tartották. Ekkor köhögés és fulladás miatt hospitalizálták, anaemia miatt szűrt vörösvérsejtet kapott szövődménymentesen. Bőrgyógyászati vizsgálat során Bloch-Sulzberger szindróma merült fel. Véres széklelet tejrészekenység következményének tartották, tejmentes tápszerrel állították be. Bőrtünetei progressziója miatt kórházunkba irányították. Felvételekor kiterjedt, livid erythema a fejen, törzsön; a fejen számos, apró bevérzés; hason, lábakon atrophias területek voltak láthatók. Neonatalis lupus merült fel, melyet az immunológiai laborvizsgálat (pozitív finom szemcsés ANA, RoSSA, LaSSB antitestek) megerősített. Széklet haemoglobin több esetben pozitív volt, mely a betegség részjelenségének tartható. Hasi UH a lépben számos, apró echoszegény területet írt le. Neurológiai vizsgálat enyhe izomhypotoniát igazolt. A gyermeket gondozásba vettük, a tünet- és panaszmentes anyát immunológiai kivizsgálásra küldtük.

A szerzők az esetet ritkasága miatt tartják bemutatásra érdemesnek. Felhívják a figyelmet a differenciáldiagnosztikai problémákra, a kivizsgálás fontosságára, valamint a gondozás jelentőségére.

*Noll Judit dr.<sup>1</sup>, Asbóth Dorottya dr.<sup>1</sup>, Kassay Erzsébet dr.<sup>1</sup>, Csomor Judit dr.<sup>2</sup>, Csóka Mónika dr.<sup>3</sup>, Hársing Judit dr.<sup>4</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

**Primer cutan anaplasticus nagysejtes lymphoma gyermekkori esetei**

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK, II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>4</sup>, Budapest)

A szerzők 2 esetüket mutatják be. A diagnózis időpontjában a gyermekek mindegyike 12 évnél fiatalabb volt, az elváltozások 2-4 héten belül alakultak ki. A szövettani vizsgálat mindkét gyermeknél primer cutan anaplasticus nagysejtes lymphomát igazolt (pcALCL). A daganat CD30+ (Ki-1) cutan lymphoproliferatív megbetegedések közé tartozik, melyek a cutan T-sejtes lymphomák kb. 25 %-áért felelősek, gyerekkori megjelenésük rendkívül ritka. A kórkép nem a szisztémás ALCL egy altípusa, hanem külön entitás, mindössze 25-30 éve ismert. A betegség genetikailag és morfológiailag nagymértékben heterogén, a nagyméretű pleomorph, anaplasticus vagy immunoblastra emlékeztető daganatsejtek > 75%-ban hordozzák a CD30 antigént.

Részleges vagy teljes regresszió mellett nem ritka a recidíva, prognózisa mégis kiváló, a 10 éves túlélés 90-100%-ra tehető, de elengedhetetlen a betegek hosszú távú utánkövetése. A szerzők jelen prezentációval a figyelmet a bőr szövettani és immunhisztokémiai vizsgálata nyújtotta korai diagnózis jelentőségére is szeretnék ráirányítani.

*Szalai Zsuzsanna dr.:*

**Gyermekkoris vírusbetegségek a humán genom és mikrobiom tükrében**

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

Melyek a valódi újdonságok a különböző típusú vírusfertőzések klinikai képében? Melyek a felmerülő epidemiológiai forró pontok a Globuson? Melyek a leggyakrabban használt terápiák és reményeket keltő védőoltások, terápiás eljárások?

Számos betegség esetében ismertek azok az immunrendszert érintő változások, amelyeket vírusok idéznek elő, a legismertebbek ezek között a 2. típusú cukorbetegség és az Alzheimer-kór például. A látnak vírusok immunrendszerre gyakorolt hatása az immunválasz módosítása révén proliferatív betegséget idézhet elő.

Mára az is ismert, hogy az emberi genom humán retrovírus elemeket is tartalmaz, amelyek replikálódnak, ezáltal fontos szerepet játszanak a fehérjék funkció változásában, így a humán embriogenezisben is.

Az epidemiológiai adatok a felbukkanó esethalmozódásokat később követik, ezért a szokatlan klinikai kép formájában halmozottan jelentkező vírusbetegségek jellemzőit érdemes regisztrálni, mert jelzi egy-egy új típusú törzs megjelenését.

Az orvosi köztudatban a „gyermekbetegségek” szinte kötelező jellegű átvizsgálása ártékelődött. A korábban enyhe lefolyású betegségek az utóbbi néhány év tapasztalata szerint egyre kiterjedtebbek, atípusosak, egyre súlyosabb lefolyásúak, gyakori szövődményekkel járnak.

Az oltásellenes kampányok eredményeként sajnálatos módon fatális kimenetelű esetekről is tudunk, egyre szélesebb irodalma van a felbukkanó, korábban eltűntek hitt betegségek eseteinek. Különösen fontos ismernünk az új oltásokat, azoknak hatásait a bőr betegségeire. Ilyen például a varicella-zoster vakcinával kapcsolatos néhány tudni-való: a herpes zoster kialakulásának az esélyét felére csökkenti 50 és 80 éves életkor között, valamint a postherpeses neuralgia esélye is csökken. A gyermekorvost emellett az atopias dermatitises esetszámok változásáról is megjelenő ellentmondó adatok szintén érdekelhetik, ugyanúgy, mint a HPV immunterápiával kapcsolatos fejlemények.

A vírusokra általában mint az emberiség ellenségére gondolunk, ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy az embriogenesisben, az immunrendszer fejlődésében játszott szerepük mellett a gyógyászati célú alkalmazásuk is jelentős, ilyen például a daganatok kezelésében használatos viroterápia.



## Kísérletes Szekció előadásai

Ágoston Dóra dr.<sup>1</sup>, Ábrahám Rita dr.<sup>1</sup>, Balog Judit dr.<sup>1</sup>,  
Kemény Lajos dr.<sup>2</sup>, Doró Péter dr.<sup>3</sup>, Csoma Zsannet Renáta dr.<sup>1</sup>:

**Szemle a babaápolási termékek piacán, avagy bőrápolás a bőrgyógyász, a gyógyszerész és a kismama szemével**  
(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem GYTK, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet<sup>3</sup>)

A dermatokozmetológiai ipar fejlődésének köszönhetően a csecsemő- és a gyermekbőr ápolására ma már nagyon sokfajta készítmény áll rendelkezésre. A leggyakrabban használt babaápolási termékek közé tartoznak a fürdetők, a samponok, a bőrápoló emollientek és a pelenkával fedett genitális-gluteális régió védelmét szolgáló barrier készítmények. A fürdetők alkalmazásának fő célja a bőr tisztítása, a szennyeződések, kórokozók, testváladékok, elhalt hámsejtek eltávolítása. A bőrápoló készítmények megakadályozzák a bőr kiszáradását, csökkentik a transepidermális vízvesztéséget, helyreállítják a bőr sérült barrier funkcióját. A bőrápolási termékek számos összetevőt tartalmaznak, ezek közé tartoznak a kívánt hatás elérését biztosító aktív komponensek, a mikrobiológiai stabilitásért felelős konzerváló anyagok, a felületaktív anyagok, az illatanyagok, a különféle technológiai segédanyagok. Az újszülött- és csecsemőbőr ápolására szolgáló készítményeknek igen szigorú minőségi követelményeknek kell megfelelniük, a kívánt hatás elérése mellett lényeges, hogy ne tartalmazzanak felesleges, allergizáló, irritáló komponenseket.

Előadásunkban bemutatjuk azon babaápolási termékek típusait, amelyek a nagyobb bevásárlóközpontokban, drogériákban, gyógyszerárakban elérhetőek a vásárlók számára. Elemezzük a készítmények típusait, összetételét, piaci árát, a termékválasztás általános szempontjait a bőrgyógyász, a gyógyszerész és a laikus vásárló szemszögéből.

Béke Gabriella<sup>1</sup>, Dajnoki Zsolt<sup>1</sup>, Kapitány Anikó dr.<sup>1</sup>,  
Gáspár Krisztián dr.<sup>1</sup>, Hajdu Krisztina dr.<sup>1</sup>, Törőcsik Dániel dr.<sup>2</sup>,  
Kovács Ilona dr.<sup>3</sup>, Biró Tamás dr.<sup>4</sup>, Szegedi Andrea dr.<sup>1</sup>:

**Alapvető immunológiai eltérések topológiailag különböző egészséges bőrterületeken**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Allergológiai Nem Önálló Tanszék, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Pathológiai Tanszék<sup>3</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Immunológiai és Élettani Tanszék, Debrecen<sup>4</sup>)

Ismert, hogy a bőr mikrobiom jelentős változatosságot mutat topológiailag eltérő területeken, azonban e különbségek hatásai a bőr immunrendszer működésére eddig nem képezték kutatás tárgyát. Célunk a bőr rezidens immunsejtek aktivitásának és számának vizsgálata volt topológiailag különböző bőrterületeken.

Faggyúmirigyben gazdag (SGR) és szegény (SGP) bőrterületekről származó bőrbioptájakban vizsgáltuk a bőr rezidens sejtek (keratinocita (KC), dendritikus sejt (DC) és T sejt aktivitását és mennyiségét kvantitatív real-time PCR (qPCR), immunohisztokémia (IHC) és RNA Seq módszerekkel. Az elsősorban, de nem kizárólag T sejtek által termelt citokineket (IL-10, IL-13, IL-17 és IFN $\gamma$ ) szintén detektáltuk IHC és qPCR technikákkal.

Kimutattuk, hogy a thymic stromal lymphopoietin (TSLP) (KC által termelt IL-7 szerű citokin) fehérjeszinten, konstitutív módon kifejeződik egészséges SGR bőrterületeken, de hiányzik az SGP bőrből, míg mRNS szinten nem mutat különbséget. Hogy vizsgáljuk a TSLP hatásait az immunsejtek számára, immunfestettük a CD11c+ DCKet és a CD1a+ Langerhans sejteket (LC). A DCK szignifikánsan nagyobb számban voltak jelen SGR bőrben az SGP-hez képest, azonban a LCK mennyiségében nem találtunk különbséget. Az SGR bőrben a T sejtek száma szintén szignifikánsan nagyobb volt. Az IL-10+ sejteket kis számban detektáltuk SGP bőrben, míg szignifikánsan nagyobb számban voltak jelen

SGR bőrben. IL-17+ és IFN $\gamma$ + sejteket SGP bőrben nem tudtunk kimutatni, ezzel szemben SGR bőrben néhány IFN $\gamma$ + és jelentős számú IL-17+ sejt volt detektálható. Az említett citokinek gén-expressziós analízisét szintén elvégeztük, a fehérjeszintű vizsgálatok eredményeit tükrözték. Eredményeink szerint az SGR bőrt nem gyulladásos IL-10/IL-17 citokin-környezet jellemzi. Az RNA Seq vizsgálatunk eredményei elsősorban barrier- és kemokingének expressziója közti különbségeket tártak fel a két bőrtípust összevetve.

Vizsgálatunk rámutathat arra, hogy különböző bőrterületeket eltérő bőr immunaktivitás jellemez és magyarázatot adhat különféle bőrbetegségek karakterisztikus lokalizációjára (rosacea az arcon, psoriasis a hajlító és AD a feszítő felszíneken).

Bolla Beáta Szilvia<sup>1</sup>, Tax Gábor<sup>1</sup>, Erdei Lilla<sup>1</sup>, Urbán Edit dr.<sup>2</sup>,  
Kemény Lajos dr.<sup>1,3</sup>, Szabó Kornélia dr.<sup>3</sup>:

**A *Propionibacterium acnes* és gyulladáscitokin kezelések hatása az epidermális barrier funkcióira in vitro tenyésztett keratinocitákban**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet<sup>2</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>3</sup>, Szeged)

Bőrünk felszínén egy speciális mikrobiális közösség található, melyet mikrobiótának hívnak. Ezen közösség jól ismert tagja a *Propionibacterium acnes* (P. acnes) baktérium, mely jelentős hatással van az epidermális keratinociták működésére. Az azonban kevésbé ismert, hogy a baktérium befolyásolja-e a bőr barrier sajátságait. Célunk ezért annak a megismerése volt, hogy a P. acnes, valamint az általa indukált gyulladásos folyamatok mediátorai (TNF $\alpha$ ; IL-1 $\beta$ ; IL-6) hatással vannak-e az epidermális barrier tulajdonságaira.

Vizsgálatainkhoz humán immortalizált keratinocitákat (HPV-KER), normál humán keratinocitákat (NHEK) és rekonstruált humán epidermisz modellt (RHE) alkalmaztunk. A sejtkultúrákat különböző filogenetikai csoportba tartozó P. acnes törzsekkel (889, 6609, ATCC11828; MOI=100, 300) és gyulladásos citokinekkal (TNF $\alpha$ : 1, 5, 10 ng/ml; IL-1 $\beta$ : 5, 10, 25 ng/ml; IL-6: 50, 150, 500 pg/ml) kezeltük. A barrier tulajdonságok változását valós idejű impedancia mérésen alapuló módszer segítségével elemeztük. Emellett vizsgáltuk a sejt-sejt közötti kapcsolatok kialakításában szerepet játszó fehérjéket kódoló gének (CLDN1, 2, 4; OCLN, ZO1) mRNS szintű kifejeződésének változását a baktériumkezelést követően.

Eredményeink azt mutatják, hogy a P. acnes baktérium hatására törzs- és dózisfüggő változások következnek be a mért impedancia értékekben konfluens HPV-KER és NHEK sejtekben. Ez arra utal, hogy a baktérium hatással van a keratinociták barrier tulajdonságaira.

A gyulladásos citokinek közül a TNF $\alpha$  kezelés hatására dózisfüggő csökkenést tapasztaltunk a mért Ci értékekben, mind a két sejtkultúrában. Az IL-1 $\beta$  kezelés csak az NHEK kultúrában eredményezett hasonló változásokat, míg az IL-6 kezelésnek egyik sejtkultúrára sem volt hatása.

A valós idejű RT-PCR vizsgálatainkban a CLDN2 és 4 mRNS expressziója nem volt kimutatható konfluens NHEK sejtekben. A CLDN1 és az OCLN mRNS szintje emelkedett, míg a ZO1 mRNS szintű kifejeződése jelentősen nem változott a baktérium kezelést követően. Az RHE modellben az OCLN és a ZO1 szintje nem mutatott jelentős változást, míg a CLDN1 mRNS szintje csökkent, a CLDN4-é pedig emelkedett a baktérium kezelés következtében.

Eredményeink alapján feltételezzük, hogy a P. acnes direkt módon hatással lehet a sejt-sejt kapcsolatok kialakításában szerepet játszó gének kifejeződésére, és emellett közvetetten, egyes gyulladásos citokinek termelésének fokozásával is befolyásolhatja az epidermális barrier állapotát, ezáltal a bőr homeosztázisát.

Boros Gábor<sup>1</sup>, Janka Eszter Anna<sup>1</sup>, Karikó Katalin dr.<sup>2</sup>,  
Horkay Irén dr.<sup>1</sup>, Emri Gabriella dr.<sup>1</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:  
**A ciklobután pirimidin dimer-függő ciklin E1 szerepének  
vizsgálata non-melanoma bőrtumorkokban**  
(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Debrecen,  
BioNTech AG, RNA Pharmaceuticals<sup>2</sup>)

A leggyakoribb humán daganatos betegségek közé tartozó keratinocita-eredetű bőrtumorkok előfordulási gyakorisága továbbra is világszerte növekszik, mely komoly kihívást jelent az egészségügyi rendszerek számára. Ezen tumorokban megtalálhatóak az UV-re jellemző „fingerprint” mutációk, és kialakulásuk erősen köthető az alkalmoszerűen vagy ismétlődően elszennvedett UV sugárzás által okozott károsodásokhoz. In vitro szintetizált mRNS-alapú modellrendszerünk microarray elemzésének segítségével korábban igazolni tudtuk a ciklin E1 (CCNE1) CPD-függőségét humán keratinocitákban UVB sugárzásra adott sejtválasz kapcsán. Mind az mRNS, mind a fehérje expressziós szintje jelentős növekedést mutatott UVB expozíció után, amely változás a fotoreaktivációt követően nem volt megfigyelhető a fotoliáz mRNS-sel transzfektált sejtekben. Szakirodalomból jól ismert, hogy a CCNE1 magasan expresszálódik Merkel-sejtes carcinomában, de szerepe más non-melanoma bőrtumorokban nem tisztázott. Azon célból, hogy megvizsgáljuk a CCNE1 fehérje expresszióját erős napfény-expozíciónak kitett bőrterületről származó mintákban [bazálsejtes carcinoma (n=2), laphámsejtes carcinoma (n=2), keratoacanthoma (n=2), solaris keratosis (n=4)] immunhisztokémiát alkalmaztunk. A CCNE1 fehérje magas expresszióját detektáltuk laphámsejtes carcinomból származó mintákban összehasonlítva normál, napfénynek nem kitett bőrterületről vett mintákkal. Ez az expresszió-különbség a további három vizsgált non-melanoma bőrtumoránál nem volt megfigyelhető. Ezek a pilot kísérletek további vizsgálatokat indokolnak, melyek szükségességesek annak megállapítására, hogy milyen kapcsolat lehet az UV sugárzás által indukált ciklobután pirimidin dimerek (CPD) és az elsősorban erős napfény-expozíció miatt kialakuló non-melanoma bőrtumorkok között, valamint milyen CPD-függő géneknek lehet szerepe ezen tumorok kialakulásában. In vitro szintetizált mRNS-alapú modellrendszerünk új UV-specifikus molekuláris targetek azonosítására ad lehetőséget, akár non-melanoma bőrtumorkok vonatkozásában is.

Danis Judit<sup>1</sup>, Göblös Anikó<sup>1</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>,  
Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>:

#### **A PRINS nem kódoló RNS szerepének vizsgálata a keratinociták pikkelysömörrel kapcsolatos gyulladási folyamataiban**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és  
Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK,  
Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>, Szeged)

A PRINS molekulát kutatócsoportunk írta le, mint egy olyan hosszú, nem kódoló RNS-t, mely a pikkelysömörös tünetmentes bőrben erősebben fejeződik ki, mint a tünetes, illetve az egészséges bőrben. Különböző stresszhatásokra megnő a keratinocitákban a PRINS mennyisége, valamint ugyanezen stresszhatások során a PRINS csendesítése csökkenti a sejtek túlélését, így feltételezhető a szerepe a sejtek stresszválaszában. A pikkelysömörös hámszövetben az egyik potenciális, újonnan leírt stresszfaktort a sejtközötti térben megjelenő DNS fragmentumok jelenthetik: szerepüket leírták a pikkelysömörös bőr AIM2 inflammaszóma aktivációjában, de egyéb pikkelysömörrel kapcsolatos gyulladási mediátorokkal eddig nem hozták összefüggésbe.

Célunk annak kimutatása, hogy az extracelluláris DNS befolyásolja-e a keratinociták pikkelysömörrel kapcsolatos gyulladási folyamatait és a PRINS kifejeződését a keratinocitákban, illetve, hogy ez a nem kódoló RNS szerepet játszik-e a kialakuló gyulladási folyamatokban.

Vizsgálataink során normál humán epidermális keratinocitákat pikkelysömörrel kapcsolatos stresszfaktorokkal kezeltünk [TNF- $\alpha$  és IFN- $\gamma$  citokinek, illetve szintetikus DNS analóg poly(dA:dT) transzfekció], majd vizsgáltuk a sejtek PRINS expresszióját valós idejű RT-PCR technikával és a pikkelysömörrel korábban kapcsolatba hozott citokinek termelését RNS és fehérje szinten.

Eredményeink szerint a poly(dA:dT) kezelés önmagában kis mértékben növelte a sejtek IL-1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-12, IL-23 és TNF- $\alpha$  elválasztását, valamint a PRINS expresszióját, de a TNF- $\alpha$  és IFN- $\gamma$  kombinációjával történt előkezelés a poly(dA:dT) transzfekciót megelőzően tovább erősítette a citokinek és a PRINS kifejeződését. További kísérletekben a PRINS csendesítését, illetve túltermelését követően vizsgáltuk a citokinek kifejeződését. Eredményeink szerint a jelentősen növekedett PRINS expresszió gátolja a keratinociták IL-6 és IL-8 elválasztását, amely citokinek a plakképződés iniciálásában, majd fenntartásában játszanak szerepet. Ugyanakkor a PRINS nem befolyásolja az IL-1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , és TNF- $\alpha$  kifejeződését.

Eredményeink arra utalnak, hogy a PRINS nem-kódoló RNS szabályozó szerepet tölt be a keratinociták egyes gyulladási folyamataiban, de nem befolyásolja az összes vizsgált pikkelysömörrel kapcsolatos gyulladási mediátor termelését.

Erdei Lilla<sup>1</sup>, Tax Gábor<sup>1</sup>, Bolla Beáta Szilvia<sup>1</sup>, Urbán Edit dr.<sup>2</sup>,  
Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Szabó Kornélia dr.<sup>3</sup>:

#### **A TNIP1 molekula szerepe a Propionibacterium acnes-indukálta TLR szignálfolyamatok negatív szabályozásában**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai  
Klinika<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>,  
Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Klinikai Mikrobiológiai  
Diagnosztikai Intézet<sup>3</sup>, Szeged)

A bőr mikrobiomja és az általa indított immunaktivációs folyamatok fontos szerepet játszanak a bőr immunológiai barrier funkciójának kialakításában, ugyanakkor hozzájárulhatnak különböző gyulladási betegségek kialakulásához is, mint például a Propionibacterium acnes (P. acnes) baktérium az acne vulgaris patogenezise során. A baktérium veleszületett immun- és gyulladási folyamatokat indít humán epidermális keratinocitákban a patogénfelismerő Toll-like receptorok (TLR) aktiválásán keresztül, mely folyamatok negatív szabályozása még kevésbé ismert a bőrben.

Munkánk során célul tűztük ki annak vizsgálatát, hogy a TNIP1 molekula – a TLR szignálfolyamatok ismert negatív regulátora – szerepet játszik-e a P. acnes-indukálta gyulladási folyamatok kontrollálásában humán epidermális keratinocitákban. Vizsgálatainkhoz különböző sejt- és molekuláris biológiai módszereket alkalmaztunk: mint a cDNS-alapú túlexpresszáltatás, siRNS-mediálta csendesítés, luciferáz riporter vizsgálatok, valós idejű RT-PCR és western blot analízis.

Eredményeink azt mutatják, hogy a TNIP1 molekula jelen van HPV-KER sejtekben, valamint mRNS és fehérje szintű expressziója emelkedik P. acnes kezelés hatására. A baktérium dózisának emelésével párhuzamosan dóziszfüggő módon nő az mRNS szintű kifejeződése, melynek háttérben az NF- $\kappa$ B dóziszfüggő aktivációja és nukleáris transzlokációja állhat.

A TNIP1 túlexpresszáltatásának hatására csökken az NF- $\kappa$ B bazális promóter aktivitása, valamint a bazális és P. acnes-indukálta TNF $\alpha$  és IL-6 citokinek mRNS szintű kifejeződése, siRNS-mediálta csengesítésének hatására nő a baktérium-indukálta gyulladási citokinek szintje, ami a TNIP1 ezen folyamatokban betöltött fontos szerepére utal. Retinsav kezelés hatására a TNIP1 mRNS szintű kifejeződése megnőtt, ami a retinoidok egyik lehetséges újonnan felismert hatásmechanizmusára utal az acne terápiája során.

Eredményeink alapján arra következtetünk, hogy a TNIP1 molekula fontos szerepet játszik a TLR szignálfolyamatok, valamint a P. acnes-indukálta veleszületett immun- és gyulladási folyamatok kontrollálásában keratinocitákban, ezáltal a bőrsejtek és a kommenzális flóra közötti homeosztatis viszonyok fenntartásában a bőrben.

Farkas Katalin<sup>1</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>2</sup>, Tripolszki Kornélia<sup>2</sup>,  
Sulák Adrienn<sup>2</sup>, Németh István dr.<sup>3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>3</sup>,  
Széll Márta dr.<sup>2</sup>:

#### **Egy Muir-Torre szindrómában szenvedő magyar család genetikai vizsgálata**

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>1</sup>, Szeged,  
Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>,  
Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és  
Allergológiai Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

A Muir-Torre szindróma (OMIM 158320) egy autoszómális domináns öröklésmentet mutató kórkép, melynek jellegzetes bőrtünetei a sebaceous tumorok és a keratoacanthoma. A bőrtünetek mellett a betegség az emésztőrendszerben, elsősorban a vastagbélben kialakuló nagyszámú polip és tumor megjelenésével társul. A szindróma kialakulásának hátterében DNS mismatch repair gének, az MSH1 és MSH2 mutációi ismertek. Vizsgálataink során célul tűztük ki egy Muir-Torre szindrómában szenvedő magyar család genetikai vizsgálatát és az MSH2 gén kódoló szakaszainak és az azokkal határos intronális szakaszok direkt szekvenálását. Vizsgálatainkat a betegek és egészséges családtagjaik perifériás vérmintájából végeztük el. Genetikai vizsgálataink eredményeként az MSH2 gén hatodik exonjában egy az irodalomból már ismert misszensz mutációt (c.965G/A, p.Gly321Asp, CM950813) azonosítottunk heterozigóta formában három érintett családtag esetében. Az egészséges családtagok és a genetikai vizsgálatba bevont kontroll egyének esetében (n=30) az MSH2 gén hatodik exonjában vad típusú szekvenciát detektáltunk. Az érintett család esetében a kóros mutáció azonosításával a klinikai tünetek alapján felmerülő diagnózist igazoltuk. Ennek a betegek szempontjából nagy jelentősége van, mivel a mutáció hordozása vastagbél polipózis és daganatok kialakulására hajlamosít, de a rendszeres szűrővizsgálatokkal és az elváltozások korai kimutatásával az érintett betegek számára kedvezőbb prognózis érhető el.

Göblös Anikó<sup>1</sup>, Danis Judit<sup>1</sup>, Vas Krisztina dr.<sup>1</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>:  
**A CARD18 (Iceberg) kismolekula jellemzése hámsejtekben és pikkelysömörben**  
(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>, Szeged)

A pikkelysömör a populáció hozzávetőleg 2-3%-át érintő gyulladós immunmediált bőrbetegség. A betegség pathomechanizmusában jellemzően két sejttípus vesz részt: a hámbeépítő keratinociták és a keratinociták. A főként hámsejtek által termelt IL-1 $\beta$  gyulladáscsökkentő citokin számos hatásával hozzájárul a betegség kialakulásához, többek között az immunsejtek infiltrációját és aktivációját szabályozza, valamint a hámsejtek osztódását fokozza autokrin módon. Egy korábbi génexpressziós vizsgálat során azonosítottuk a CARD18 molekulát, mely citokin indukció hatására eltérő mértékben fejeződik ki az egészséges, illetve a pikkelysömörös tünetmentes hámokban. A CARD18 egy negatív szabályozó fehérje, mely képes módosítani az inflammaszómák aktivációt, ezáltal gátolja a bioaktív IL-1 $\beta$  keletkezését.

Szöveti festéseink megerősítették a korábbi génexpressziós vizsgálatunk eredményét: a pikkelysömörös tünetmentes hámokban a CARD18 fehérje emelkedett fehérje kifejeződést mutatott az egészséges és pikkelysömörös tünetes epidermiszhez képest. A bőrt érintő enyhe sérülés (tape stripping) szöveti szinten indukálta a CARD18 fehérje expressziót minden általunk vizsgált bőrmintában, azonban a változás mértékében eltérést mutatkozott: a pikkelysömörös tünetes és tünetmentes hámokban enyhébb CARD18 fehérje emelkedést tapasztaltunk, mint az egészséges epidermiszben.

Sejt szinten vizsgáltuk a gyulladáscsökkentő folyamatokban aktívan részt vevő CARD18, caspase1 és AIM2 molekulák génexpresszióját és az IL-1 $\beta$  szekrécióját. A keratinocitákat alapvetően igen alacsony IL-1 $\beta$  szekréciós, valamint AIM2, CARD18 és caspase1 génexpressziós szint jellemzi; a pikkelysömör patogenezisében releváns gyulladáscsökkentő stimulusok [TNF- $\alpha$ , INF- $\gamma$  és poly(dA:dT)] hatására azonban jelentős emelkedést tapasztaltunk minden vizsgált molekula esetében. A CARD18 génspecifikus csendesítése csökkent inflammaszómák (AIM2 és caspase1 mRNS) aktivációt eredményezett, azonban az IL-1 $\beta$  elválasztás mértéke nem változott.

Az egészséges és pikkelysömörös epidermiszt összehasonlító vizsgálataink során eltérést tapasztaltunk a CARD18 mRNS és fehérje alap kifejeződésében és a CARD18 indukciós készségben egyaránt. Eredményeink arra utalnak, hogy a CARD18 szabályozó szerepet tölt be a gyulladáscsökkentő folyamatokban. Feltételezésünk szerint a pikkelysömörös tünetmentes hámokban tapasztalt emelkedett expresszió, illetve az eltérő indukciós készség hozzájárulhat a betegségre való hajlam kialakulásához.

Haluszka Dóra<sup>1</sup>, Lőrincz Kende dr.<sup>1</sup>, Szipőcs Róbert dr.<sup>2</sup>, Gyöngyösi Nóra dr.<sup>1</sup>, Kuroli Enikő dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>, Wikonkál Norbert dr.<sup>1</sup>:

### **Metabolikus szindróma hatása a bőrre – a dermális kollagén tartalom és a szubkután zsírszövet vizsgálata in vivo SHG és ex vivo CARS módszerrel**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, MTA Wigner Fizikai Kutatóközpont<sup>2</sup>, Budapest)

A metabolikus szindróma által okozott bőrelváltozások mindenki számára ismertek, és a mindennapi klinikai gyakorlatban is nagy jelentőséggel bírnak, hiszen a betegek közel felének van bőrgyógyászati panasz. Elhízás során a megnagyobbodott zsírsejtek szabad zsírsavakat és egyéb citokineket termelnek, melyek a kötőszöveti struktúrproteinek degradációját okozzák. A humán elhízás modellezésére vad típusú C57BL/6 egereket tartottunk magas zsírtartalmú és/vagy magas cukortartalmú diétán 32 héten keresztül. A hosszú távú magas zsírtartalmú étrend elhízáshoz, majd a metabolikus szindróma kialakulásához vezet, míg a magas cukortartalmú diéta a szöveti glikáció kialakulásáért felelős. Munkánk során arra voltunk kíváncsiak, hogy a dermális kollagén szerkezete, illetve a szubkután zsírsejtek nagysága hogyan változik a különböző diéták függvényében. Ezek követésére a napjainkban egyre népszerűbb nem lineáris mikroszkópiai módszereket alkalmaztuk. A kollagén szerkezeti változásait in vivo SHG módszerrel követtük nyomon négy mérési időpontban, a szubkután zsírsejtek nagyságát pedig a kísérlet végén ex vivo CARS technikával határoztuk meg. Eredményeink azt mutatták, hogy az elhízás mértékével párhuzamosan a dermális kollagén szerkezete degradálódott, és a szubkután zsírsejtek megnagyobbodását okozta. A magas cukortartalmú diétán tartott csoport egyedeinél nem tapasztaltunk szignifikáns súlygyarapodást a kontroll csoporthoz képest, de a kollagén degradációja itt is szemmel látható volt, amit a szövettani eredmények is alátámasztottak. Kísérletünkben bebizonyítottuk, hogy a nem lineáris mikroszkópiai módszerek alkalmasak a kötőszöveti változások nyomon követésére in vivo és ex vivo egyaránt. Eredményeink továbbá felhívják a figyelmet a megfelelő táplálkozás és testsúly kontroll fontosságára is.

Hegedűs Csaba<sup>1</sup>, Boros Gábor<sup>1</sup>, Emri Eszter<sup>1</sup>, Miko Edit dr.<sup>2,3</sup>, Karikó Katalin dr.<sup>1</sup>, Emri Gabriella dr.<sup>1</sup>, Bai Péter dr.<sup>2,3</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

### **A poli (ADP-ribóz) polimeráz-1 szerepe az UVB okozta stresszválaszban**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Orvosi Vegytani Intézet<sup>2</sup>, MTA-DE „Lendület” Sejtbiológiai és Jelátviteli Kutatócsoport<sup>3</sup>, Debrecen, BioNTech AG, RNA Pharmaceuticals<sup>4</sup>)

Az UVB sugárzás számos biológiai hatással rendelkezik, melyek mögött álló mechanizmusok csak részben ismertek. A fototoxikus, fotoinflammatorikus reakciók, immunszupprimált állapotok, pre-malignus léziók, valamint a photoaging kialakításának a hátterében többek között az UVB sugárzás direkt DNS károsító hatása bizonyított. Kevesebbet tudunk azonban a PARP-1 enzim mitokondriális funkciót befolyásoló hatásáról az UVB irradációt követő akut stresszválaszban.

Munkacsoportunknak korábban egy fotolízis transzfekciós keratinocita modell létrehozva microarray kísérletben sikerült elkülönítenie a mitokondriális funkció szabályozásával kapcsolt gének CPD-függő és -független expresszióváltozását. Jelen tanulmányban több a mitokondriális aktivitásra jellemző paraméter változását vizsgáltuk HaCaT keratinocitákon UVB-irradációt (10 mJ/cm<sup>2</sup>) és PARP inhibitor (Veliparib, 5 $\mu$ M) kezelést követően.

A besugárzást követően mitokondriális diszfunkciót tapasztaltunk. Több anyagcsere útvonalat szabályzó molekulák változását mutattuk ki génexpressziós és fehérje szinten. Emellett PARP aktivációt, apoptózist, emelkedett mitokondriális membránpotenciált és ROS termelést, csökkent NAD, ATP szintet és az OCR/ECAR arány változását tapasztaltuk irradációt követően. A PARP gátlás azonban protektív hatással bírt az UVB okozta mitokondriális károsodással szemben.



Eredményeink arra utalnak, hogy az UVB okozta akut stresszválasz elindításában kiemelt szerepe van a mitokondriumoknak, a megfelelő metabolikus változások létrejöttének, melyek többek között PARP1-dependens módon szabályozódnak.

*Jakobcz Eszter dr.<sup>1</sup>, Palotás Zsuzsanna<sup>1</sup>, Bebes Attila dr.<sup>1</sup>, Ónodi Katinka dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

#### **A perifériás vér mononukleáris sejtjeinek analízise gyógyszerérzékenységi reakciókban**

(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>)

A gyógyszerallergiák diagnosztikájára szolgáló in vitro módszerek közül a limfocita transzformációs teszt (LTT) tekinthető az egyik legjobb eljárásnak, bár ennek a szenzitivitása is csak 78%. Kevésbé ismert, hogy a teszt során melyik sejtípus reagál a vizsgált gyógyszerre. Jelen vizsgálatunkban jellemző mintázatokat kerestünk a perifériás vér mononukleáris sejtjeinek (PBMC) eloszlásában pozitív LTT tesztekben és a gyógyszerérzékenységi reakciók különböző megnyilvánulási formáiban.

Vizsgálatunk retrospektív részébe korábban pozitív LTT eredményt mutató gyógyszerérzékeny betegeket vontunk be. Megismerteltük az LTT vizsgálatot és flow citometriás módszerrel elemeztük a pozitív LTT eredményt adó sejt kultúrák összetételét (1). Vizsgálatunk prospektív részében akut gyógyszerallergiás tüneteket mutató betegeknél végeztünk LTT vizsgálatot, és analizáltuk a különböző sejtípusok eloszlását frissen szeparált PBMC sejteken és LTT pozitív PBMC kultúrákon. A különböző sejtípusok jelölésére a következő markereket használtuk: CD2, CD3, CD4, CD8, CD19 és CD56.

A 8 LTT pozitív PBMC kultúra flow citometriás analízise a legtöbb esetben emelkedést mutatott a CD4+ helper T-limfociták arányában a gyógyszer hatására, azonban néhány sejt kultúra összetétele teljesen más mintázatot mutatott. Az akut gyógyszerallergiás tüneteket mutató betegek PBMC altípusainak analízise azonos mintázatokat fedett fel a különböző gyógyszerérzékenységi reakciókban.

Eredményeink alapján az immunsejtek különböző altípusai aktiválódnak a klinikailag különböző gyógyszerindukálta reakciók akut fázisában, azonban a CD4+ és CD8+ T-limfociták központi szerepe minden reakció típusban kimutatható.

1. *Bata-Csörgő Zs., Altmayer A., Garaczi E. et al.:* A lymphocita transzformációs teszt a túlérzékenységi reakciók diagnosztikájában. *Bőrgyógy Vener Szle.* (2009) 85, 34-36.

*Janka Eszter Anna<sup>1</sup>, Gáspár Krisztián dr.<sup>2</sup>, Bodnár Edina dr.<sup>1</sup>, Csordás Anikó dr.<sup>1</sup>, Irina Sawhney dr.<sup>1</sup>, Toka-Farkas Tünde<sup>1</sup>, Herédi Emese dr.<sup>2</sup>, Törőcsik Dániel dr.<sup>1</sup>, Szegedi Andrea dr.<sup>2</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:*

#### **Psoriasis jellemzői egy eset-kontroll vizsgálatban (előzetes vizsgálat)**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék, Bőrgyógyászati Allergológiai Nem Önálló Tanszék<sup>2</sup>, Debrecen)

A psoriasis krónikus, gyulladásos, immun-mediált bőrbetegség, amely a betegek életminőségét nagymértékben befolyásolhatja, különösen, hogy számos betegség is társulhat hozzá, úgy mint diabetes mellitus, hyperlipidaemia, hypertonia, metabolikus szindróma, obesitas. A pikkelysömörös megbetegedés első megjelenésének időpontja alapján felosztható korai, azaz 40 éves kor előtt kialakuló és késői, 40 éves korban vagy 40 éves kor felett kialakuló megbetegedésre.

Vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy a korai és a késői kezdetű psoriasisos betegpopulációkat, a társbetegségek tekintetében, összehasonlítsuk korra, nemre illesztett kontroll csoportokkal.

Elemzésünk alapján a klinika által 2012-ben elindított, jelenleg 688 psoriasisos beteget tartalmazó biobank adatbázisa szolgáltatja, melyet 433 fős korai és 255 fős késői megjelenésű psoriasisos betegcsoportra osztottunk. Továbbá a korai megjelenésű psoriasisos csoporthoz tartozó kontroll csoport 130 főből áll, míg a késői meg-

jelenésűhöz tartozó kontroll csoportot 80 fő alkotja, amelyeket a Bőrgyógyászati Klinikán megforduló pikkelysömör megbetegedéstől mentes személyek képezik. A vizsgálandó társbetegségek a diabetes mellitus, hypertonia, hyperlipidaemia, a metabolikus szindróma és az obesitas.

Az eset-kontroll vizsgálatban kapott mutató az esélyhányados, a hozzátartozó 95%-os alsó és felső megbízhatósági tartományi értékekkel.

Az analízisünk során a hyperlipidaemia [4,94 (3,07; 7,94)] és az obesitas [2,38 (1,59; 3,58)] szignifikánsan nagyobb eséllyel fordult elő a korai megjelenésű psoriasisos csoport esetében, mint a kontroll csoportnál. Továbbá a késői megjelenésű pikkelysömör megbetegedésben szenvedők csoportja esetében a hypertonia [2,02 (1,22; 3,37)], a diabetes mellitus [2,69 (1,38; 5,24)], a hyperlipidaemia [3,62 (2,11; 6,21)] és az obesitas [4,11 (2,31; 7,32)] szignifikánsan nagyobb eséllyel fordult elő, mint a kontroll csoportban.

Összességében elmondhatjuk, hogy mindkét psoriasisos betegpopulációkban nagyobb eséllyel voltak fellelhetőek a társbetegségek szemben a kontroll populációkkal. Ez is bizonyítja, hogy mennyire elengedhetetlen a psoriasisban szenvedő személyek esetén a társbetegségek ellenőrzése és szűrése.

*Kemény Ágnes dr.<sup>1</sup>, Horváth Szabina<sup>2</sup>, Komlódi Rita<sup>3</sup>, Gyömörei Csaba dr.<sup>4</sup>, Böleskei Kata dr.<sup>1</sup>, Pintér Erika dr.<sup>1</sup>, Gyulai Rolland dr.<sup>2</sup>:*

#### **TRPA1 szerepének vizsgálata imiquimod-indukálta psoriasisiform bőrgyulladásban**

(Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Szentágotthai János Kutatóközpont<sup>1</sup>,

Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika<sup>2</sup>, Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet<sup>3</sup>,

Pécsi Tudományegyetem KK, Pathológiai Klinika<sup>4</sup>, Pécs)

Az imiquimod (IMQ) egy nukleotid-szerű kismolekula, mely az immunrendszer egyes sejtjeit, a bőrben főleg a plazmacitoid dendritikus sejteket és a Langerhans sejteket, az endoszómák membránjában található toll-like 7 és 8 (TLR7, 8) molekulákon keresztül aktiválja. Mára alkalmazása elfogadottá vált aktinikus keratosisek, superficialis basaliomák és a külső nemi szerveken megjelenő condylomák esetében. Az imiquimodot sikerrel alkalmazták psoriasis-szerű bőrgyulladás modellezésére állatkísérletekben. A Tranzien Receptor Potenciál Ankyrin 1 (TRPA1) a bőrben lévő keratinocytákon, fibroblastokon, melanocytákon és primer szenzoros neuronokon expresszálandó kationcsatorna. A receptor aktivációja szerepet játszik a gyulladásos folyamatokban, így célunk a TRPA1 szerepének vizsgálata imiquimod-indukálta psoriasisiform bőrgyulladásban.

A kísérleteket C57BL/6, TRPA1 WT és KO egereken végeztük. Az állatok hátbőrén psoriasisiform dermatitist váltottunk ki 5% IMQ krém 5 napon keresztül alkalmazásával (kontrollként vaselint alkalmaztunk). A gyulladás során kialakuló ödémát mikrométerrel mértük, a kezelt területek vérátáramlásának nyomon követésére LASCA (LAsER Speckle Contrast Analysis-PeriCam PSI System) módszert alkalmaztunk. A kísérlet során levett bőrmintákból szövettani vizsgálatot végeztünk, valamint meghatározzuk a gyulladásos folyamatokban szerepet játszó egyes citokinek génexpressziós mintázatát.

Az 5 napos kísérlet második napjától 40-60%-os szignifikáns duzzadás volt megfigyelhető az IMQ kezelt területen a kontrollhoz képest. A TRPA1 receptor hiánya a duzzadás mértékét a kísérlet 3. és 4. napján szignifikáns mértékben növelte. A kezelt területek vérátáramlásának vizsgálata során szignifikáns különbséget nem tudtunk kimutatni a TRPA1 WT és KO egerek között. Az imiquimod-indukálta bőrgyulladás szövettani képe TRPA1 WT és KO egereken egyértelműen mutatta a pikkelysömör jeleit (parakeratózis, hiperkeratózis, akantózis, Munro mikroabszcesszus), amely nagymértékben hasonlít a humán betegség szövettani képéhez.

Munkánkat támogatta: Nemzeti Agykutató Program KTIA\_Nap\_13-1-2013-0001

PTE ÁOK-KA-2015/12



Lengyel Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Kinyó Ágnes dr.<sup>1</sup>, Horváth Szabina<sup>1</sup>, Nagy D. András<sup>2</sup>, Gyulai Rolland dr.<sup>1</sup>:

### **Clock és clock kontrollált gének mRNS expressziója psoriasisban**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Pécs, Pécsi Tudományegyetem Anatómiai Intézet<sup>2</sup>, Pécs)

A sejtszintű folyamatok környezeti körülményekhez történő harmonikus alkalmazkodásában kulcsszerepe van a cirkadián (~24 órás periódusú) biológiai órának. Génjeink működésének jelentős része napszakos ritmitást mutat, ezért nem meglepő, hogy a cirkadián időztés zavara (pl. váltott műszakban dolgozók esetében) számos betegség kialakulásának a kockázatát megnöveli (pl. túlsúly, diabetes mellitus, alvás- és hangulatzavarok, daganatos betegségek). A bőrbetegségek tekintetében epidemiológiai adatok igazolják, hogy a váltott műszakban dolgozók között gyakoribb a psoriasis és a bőr rosszindulatú daganatainak előfordulása.

Vizsgálatunk célja volt, hogy a fő cirkadián clock és clock kontrollált gének napi mRNS expresszióját vizsgáljuk tünetes és nem tünetes pikkelysömörös bőrmintákon.

8 betegből három időpontban (éjfél, reggel hat és dél) 3-3 mm-es punch biopsziát vettünk a tünetes pikkelysömörös plakkból és a mellette lévő nem tünetes bőrből.

A clock és clock kontrollált gének expressziójának meghatározása qRT-PCR-al történt.

A vizsgált gének közül a cry1 mRNA expresszió kifejezett különbséget mutatott a tünetes és nem tünetes pikkelysömörös bőrben a különböző időpontokban.

Ismereteink szerint ez az első olyan vizsgálat, mely emberi mintákon vizsgálja a cirkadián gének diurnális expresszióját psoriasisban. Vizsgálatunk eredményei tovább segítheti a bőr napszakfüggő molekuláris mechanizmusainak feltérképezését, és ezzel hozzájárulhatunk új kronoterápiás stratégiák azonosításához [az adott kezelést (pl. UV) a nap meghatározott időpontjában maximális hatás és lényegesen kevesebb mellékhatások mellett alkalmazhatjuk].

Lőrincz Kende dr.<sup>1</sup>, Haluszka Dóra<sup>1</sup>, Szipőcs Róbert dr.<sup>2</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>, Wikonkál Norbert dr.<sup>1</sup>:

### **A rendszeres testmozgás kollagén szerkezetre gyakorolt hatásainak szemléltetése nemlineáris mikroszkópiával**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, MTA Wigner Fizikai Kutatóközpont<sup>2</sup>, Budapest)

A mozgásszegény életmód, a cukorban és zsírban gazdag ételek túlzott fogyasztása sok egészségügyi kockázatot rejt magában. Ezek közül legfontosabbak a szív-, érrendszeri és anyagcsere betegségek, mint például a 2-es típusú cukorbetegség. Ezek mellett a szubkután zsírszövet jelentős megnövekedése azonban további bőrt érintő komplikációkhoz is vezethet, mint például romló sebgyógyulási hajlam, fertőzések vagy fekélyek. Ezek hátterében részben a zsírszövet által termelt szabad zsírsavak és gyulladáscsökkentő citokinek, másrészt a magas vércukorszint okozta fehérje glikáció állnak. Ezek együttesen a kollagén degradációjához és a sejtközi mátrix átépüléséhez vezetnek, mely egy részben visszafordítható folyamat.

Ismert, hogy a vércukorszint csökkenése, továbbá a rendszeres testmozgás az említett káros hatásokat csökkenteni tudja. Munkánk során a napi rendszerességgel végzett testmozgás dermális kollagénre gyakorolt kedvező hatásainak nyomon követését tűztük ki célul. A kísérlet során magas zsírtartalmú és normál diétán tartott egereket vizsgáltunk. 32 hét elteltével az első csoport testtömege szignifikánsan megnövekedett a kontroll csoporthoz képest. Ekkor az elhízott állatok bőrének kollagén szerkezetét in vivo nemlineáris mikroszkópiával vizsgáltuk, majd összevetettük a kontrollcsoport eredményeivel. Ezután napi rendszerességgel testmozgást vezettünk be mindkét csoport esetében 8 héten keresztül, majd az említett képkalkoló módszerrel ismét megvizsgáltuk a dermális kollagén szerkezetét. 8 hét után már szignifikáns testsúly csökkenést tapasztaltunk az eddig elhízott csoport esetében, és ezzel arányosan a dermisz kollagén struktúrájában is jelentős javulás volt megfigyelhető. Eredményeinket szövettani vizsgálattal is megerősítettük.

Kísérletünkkel bizonyítottuk, hogy a nemlineáris mikroszkópia alkalmas a kollagén struktúra változásainak követésére, továbbá szemléltettük, hogy a rendszeres testmozgás valóban kedvezően hat a bőr kötőszöveti szerkezetére.

Mayer Balázs dr.<sup>1</sup>, Silló Pálma dr.<sup>1</sup>, Tomas Szemes dr.<sup>2</sup>, Michaela Hyblova<sup>2</sup>, Pintér Dóra<sup>1</sup>, Mazán Mercédesz<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:

### **Recesszív dystrophiás epidermolysis bullosa betegek genetikai vizsgálata új generációs szekvenálást alkalmazó szűrőpanel segítségével**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, Comenius Egyetem, Természettudományi Kar<sup>2</sup>, Budapest)

Vizsgálataink célja az volt, hogy recesszív dystrophiás epidermolysis bullosa betegekben a COL7A1 génben kóroki mutációkat azonosítsunk, valamint további genetikai változásokat keressünk a basal membrán mentén jelenlévő fehérjék génjeiben, amely fehérjék a kollagén VII molekulához rendellenesen kötődve esetlegesen módosítják a betegség fenotípusát.

A klinikai tünetek, a negatív családi kórtörténet és bőrbioptizák immunfluoreszcens vizsgálata alapján négy beteget (1 éves leánycsecsemő; 8, 10 éves fiúgyermek és egy 54 éves férfibeteg) diagnosztizáltunk általános súlyos és lokalizált recesszív dystrophiás epidermolysis bullosával (RDEB). A genetikai vizsgálatokhoz perifériás vér leukocytákból izoláltunk genomiális DNS-t.

Egy új generációs szekvenáló panelt alkalmaztunk, amelyet súlyos recesszíven öröklődő genetikai rendellenességek felismerésére fejlesztettek ki. A panel a COL7A1 gén és más epidermolysis bullosával asszociált gének mellett összesen 522 gént tartalmazott. A szekvencia adatokat a Genetalk program és a HMGD adatbázis segítségével elemeztük. Az új generációs szekvenálás módszerével kapott mutációkat hagyományos Sanger szekvenálással ellenőriztük.

Három betegben azonosítottuk homozigóta formában az ismert COL7A1 c.425A>G, p.K142R mutációt, amely Közép- és Kelet-Európában gyakori (általános súlyos RDEB). Ezekben a betegekben még egy homozigóta szinonim splice mutációt találtunk (COL7A1 c.6654C>G, G2218G). A lokalizált RDEB betegben két eddig ismeretlen mutációt találtunk compound heterozigóta formában (COL7A1 c.5869C>T, p.R1957W; c.8457T>G, p.Y2819X). Egyéb epidermolysis bullosa asszociált génben (LAMB3, LAMC2) és olyan génekben (COL1A1, LAMA5), amelyek fehérjeterméke kapcsolódik a kollagén VII molekulához, és potenciálisan befolyásolhatja a betegség fenotípusát, további releváns mutációt nem találtunk.

Nagy Nikolett dr.<sup>1</sup>, Farkas Katalin<sup>2</sup>, Tripolszki Kornélia<sup>1</sup>, Sulák Adrienn<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>3</sup>, Széll Márta dr.<sup>1</sup>:

### **Epidermolysis bullosa versus peeling skin szindróma: a genetikai vizsgálatok útvesztői**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

Az epidermolízis bullosa egy ritka, monogénes betegségcsoport, melynek jellegzetessége a bőrön spontán vagy kis erőbehatásra kialakuló hólyagképződés. A "peeling skin" szindróma szintén ritka monogénes bőrbetegség, melyre elsősorban akrákon kialakuló finom lemezes hámlás jellemző. Vizsgálataink során célul tűztük ki a háttérben álló kóroki genetikai eltérés azonosítását egy olyan 4 éves fiú gyermek esetében, akinél születése óta a tenyerekre és a talpakra lokalizáltan rekurrens, ujjbegynyi, pettyhűdt, vékonyfalú hólyagok kialakulása, a hólyagfedél lesodródása és a felületen sebek gyors gyógyulása volt megfigyelhető. A páciensnél a klinikai tünetek alapján a lokalizált epidermolízis bullosa simplex diagnózis merült fel. A tünetek nyhe formájára és az életkorra való tekintettel szövettani vizsgálat nem történt. A betegnél az elvégzett genetikai vizsgálatok során a keratin 5 (KRT5) és 14 (KRT14) gének kódoló szakaszain kóroki eltérés nem igazolódott. Mivel a peeling skin szindróma is járhat hólyagképződéssel, és a klinikai tünetek átfedést mutathatnak

a lokalizált epidermolízis bullosa simplex-szel, elvégeztük a transzglutamináz 5 (TGM5) gén kódoló szakaszainak mutációsűrését is. Vizsgálati eredményeink a TGM5 gén harmadik exonjában egy az irodalomból már ismert misszensz mutációt (c.337G/T, p.Gly113Cys, CM054150, rs112292549), illetve ugyanebben az exonban egy új, misszensz mutációt (c.427T/C, p.Trp143Arg) igazoltak heterozigóta formában. Eredményeink alapján feltételezzük, hogy a betegség kialakulásáért a TGM5 génen azonosított compound heterozigóta genetikai státusz a felelős. A továbbiakban a szülők genetikai vizsgálatát tervezzük elvégezni. Esetünk jól mutatja, hogy sokszor a klinikai tünetek alapján nem lehet egyértelmű diagnózist felállítani, és a háttérben álló ritka betegség igazolásában a genetikai vizsgálatnak kiemelkedő jelentősége lehet.

*Sulák Adrienn<sup>1</sup>, Farkas Katalin<sup>2</sup>, Tripolszki Kornélia dr.<sup>1</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>3</sup>, Frecska Irén<sup>3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>3</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>1</sup>:*

#### **Egy kongenitális ichthyosisban szenvedő magyar testvérpár genetikai vizsgálata**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

A lamelláris ichthyosis (OMIM 242300) egy ritka monogénes bőrbetegség, melynek jellegzetessége testszerte – az arcot és a hajlatokat is érintő – vastag, barna pikkelyek kialakulása. A betegség háttérben a transzglutamináz 1 gén (TGM1) mutációi állnak. Vizsgálataink során célul tűztük ki egy szegedi lamelláris ichthyosisban szenvedő testvérpár genetikai vizsgálatát. A betegeknek perifériás vérből izolált genomi DNS-ből végeztük el a TGM1 gén kódoló szakaszainak és az azokkal határos intronális szakaszok direkt szekvenálását. Vizsgálatainkkal mindkét beteg esetében a TGM1 gén két mutációját detektáltuk: a gén hatodik exonjával határos intronban egy már az irodalomból ismert "splice site" mutációt azonosítottunk (c.877-2A>G, CS951536), illetve a gén hetedik exonjában egy szintén az irodalomból már ismert, heterozigóta misszensz mutációt (c.1135G/C, p.Val379Leu, CM971480) detektáltunk. Vizsgálati eredményeink alapján a betegek esetében a lamelláris ichthyosis kialakulásáért a TGM1 gén compound heterozigóta genetikai státusza a felelős. Vizsgálati eredményeink a betegek számára kiemelkedő jelentőséggel bírnak, mivel egy rendkívül stigmatizáló betegségről van szó, és a kóroki mutációk azonosításával a család számára a családtervezés segítése és a prenatális diagnosztika is felajánlható.

*Szabó Csanád<sup>1</sup>, Altmayer Anita dr.<sup>1</sup>, Florence Dalgard dr.<sup>2</sup>, ESDaP Kutatócsoport<sup>2</sup>:*

**Európai bőrgyógyászati járóbeteges kötődési mintázatai**  
(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, National Center for Dual Diagnosis, Innlandet Hospital Trust, and University of Oslo, Norway<sup>2</sup>)

Kötődési stílusunk meghatározza, hogy miként kapcsolódunk érzelmileg másokhoz. A kötődés befolyásolja, hogy miként viselkedünk interperszonális kapcsolatainkban, mit várunk el a másik féltől egy intim kapcsolatban. A kötődési mintázat hatással van a bőrbetegségek életminőségének alakulására, mégis kevésbé ismert a bőrbetegségek és a kötődés kapcsolata. Az ESDaP (European Society of Dermatology and Psychiatry) társasága megszervezett egy vizsgálatvezető által kezdeményezett, többközpontú tudományos kutatást,

melyben 13 európai ország vett részt. A nemzetközi vizsgálat célja a bőrbetegségek jelentette pszichológiai teher felmérése volt. A vizsgálat sorozat egyik célját képezte bőrbetegek kötődési stílusainak feltérképezése.

A nemzetközi vizsgálat során 4994 résztvevő, 3635 felnőtt bőrgyógyászati járóbeteg és 1359 egészséges résztvevő került megvizsgálásra. A kötődési stílusokat a Felnőtt Kötődési Skála segítségével térképeztük fel, mellyel elkülöníthettünk biztonságos és bizonytalan kötődési stílusokat. A skála a kötődést három dimenzió mentén méri: közelség, függőség és szorongás a kapcsolatokban.

A páciensek (57% nő) átlagéletkora 47,2±17,9 év, a kontroll-személyek (67% nő) átlagéletkora 41,1±13,6 volt. A leggyakoribb bőrgyógyászati betegségek voltak: pikkelysömör (17,4%), nem-melanoma bőrdaganat (10,9%). A páciensek kötődési eredményei szignifikánsan alacsonyabbak voltak a kontroll-személyekénél a függőség dimenzióban (t=2,02, p=0,043) és a közelség a kapcsolatokban skálán (t=2,3, p=0,021). A szorongás mértéke a kapcsolatokban nem mutatott különbséget a két csoport között. Hasonló pontszámok jellemzők a két csoport eredményeit a biztonságos kötődés és a szorongó-ambivalens kötődési stílusok skálán, azonban az elkerülő kötődési stílus skáláján szignifikánsan magasabb eredményeket értek el a kontroll-személyek a pácienseknél (t=-2,53, p=0,011).

Eredményeink szerint a krónikus bőrbetegek kisebb mértékben képesek függeni másoktól, kényelmetlenebbnek érzik a másokkal való közelséget és intimitást, és hasonló mértékű szorongást élnek át kapcsolataikban, mint a kontroll-személyek. Eredményeinknek kedvező klinikai következményei lehetnek bőrbetegek pszichoterápiás folyamatára, együttműködésük mélyebb megismerésére és ezek által egészségügyi állapotuk alakulására.

*Tóth Lola<sup>1</sup>, Fábos Beáta dr.<sup>2</sup>, Farkas Katalin<sup>3</sup>, Sulák Adrienn<sup>1</sup>, Tripolszki Kornélia<sup>1</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>1</sup>:*

#### **Oculocután albinizmusban szenvedő magyar nőbeteg genetikai vizsgálata**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>1</sup>, Szeged, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Kaposvár, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>3</sup>, Szeged)

Az oculocután albinizmus egy klinikailag és genetikailag is heterogén, ritka, monogénes betegségcsoportot foglal magába, melynek jellegzetessége a bőr, a szőr és a szem csökkent vagy teljes mértékben hiányzó pigmentációja. Vizsgálataink során egy 61 éves, teljes pigmenthiánnyal járó, oculocután albinizmusban szenvedő magyar nőbeteg esetében tűztük ki célul a háttérben álló kóroki genetikai eltérés azonosítását. Vizsgálataink során perifériás vérből izolált genomi DNS-en végeztük el a vizsgálni kívánt gének kódoló szakaszainak és az azokkal határos intronoknak a felszaporítását, majd szekvenálását. Vizsgálataink során a tirozináz génen azonosítottunk két heterozigóta misszensz mutációt: a gén első exonjában egy (c.575C/A, p.Ser192Tyr), illetve a negyedik exonjában egy mutációt (c.1217C/T, p.Pro406Leu). Mindkét mutáció ismert az irodalomból (CM076581, CM910385). A vizsgált beteg esetében tehát feltételezzük, hogy a tirozináz gén compound heterozigóta genetikai státusza eredményezi a betegség kialakulását. A kóroki mutációk azonosítása a prenatális diagnosztikán és a családtervezésen túl az új terápiás eljárások fejlesztése szempontjából is nagy jelentőséggel bír. A vizsgált beteg az elmúlt években egy ilyen új, ígéretesnek tűnő, melanocita stimuláló hormont alkalmazó terápiás célú klinikai vizsgálatba került bevonásra, ami jól mutatja, hogy a korábban gyógyíthatatlannak hitt betegségcsoport esetében milyen intenzív kutatások folynak új kezelési eljárások kifejlesztésének irányába.

## Betegbemutatók

Ábrahám Rita dr.<sup>1</sup>, Tóth-Molnár Edit dr.<sup>2</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>3,4</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>:

### **Epidermolyticus palmoplantaris keratoderma és periorcularis xanthogranuloma: két ritka betegség egy családban**

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem, Orvosi Genetikai Intézet<sup>3</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoportja<sup>4</sup>)

A szerzők két igen ritka, egy családon belül előforduló, egy időben diagnosztizálásra került betegség, a felnőttkori asthmával társuló periorcularis xanthogranuloma és epidermolyticus palmoplantaris keratoderma esetét ismertetik.

A 29 éves édesanya anamnézisében 5 éve fennálló asthma bronchiale szerepelt. Periorbitalis tünetei 3 éve jelentkeztek, amelyek kezdetben fokozatosan, terhessége alatt rapidan progrediáltak. Észlelésekor mindkét felső, valamint a bal alsó szemhéj-orbita bemenet környéke kifejezetten duzzadt, narancsszínű volt, a lágyrészekben számos granulomatosis elváltozás volt tapintható. Az orbita MRI vizsgálat mindkét oldalon a felső szemhéj-preseptalis régió-orbitabemenet diffúz, nem körül írt szövetszaporulatát írta le. A szövettani és az immunhisztokémiai vizsgálat alátámasztotta a periorcularis xanthogranuloma diagnózisát. Intrapalpebrális szteroid kezelés mellett a klinikai tünetek szignifikáns javulását észleltük.

Ezzel egy időben, 3 éves kisgyermekének bőrgyógyászati vizsgálata során kétoldali, szimmetrikus, élesen körül írt, vaskos, fissurált, sárgás, viaszos jellegű, erythemas szegéllyel határolt hyperkeratosis volt megfigyelhető a tenyerek és talpak területén. A klinikai kép és a szövettani vizsgálat alapján a Vörner-Unna-Thost-féle diffúz palmoplantaris keratoderma diagnózisát állítottuk fel. Vizsgálataink során a keratin 10 gén kódoló régiójában egy heterozigóta, 12 nukleotidot érintő deléciót detektáltunk.

A felnőttkori xanthogranuloma a nem Langerhans-sejtes histiocytosisok csoportjába tartozó kórkép; asthmával társult formája általában jóindulatú lefolyást mutat, ritkán azonban haematológiai eltérésekkel társulhat. Kezelésében szisztémás kortikoszteroidok, citotoxikus szerek és alacsony dózisu irradiáció mellett néhány beteg esetében leírták hosszú hatású szteroidokkal történő intralézionális infiltráció hatásosságát is.

A palmoplantaris keratoderma heterogén betegségcsoport számos klinikai fenotípussal és változatos öröklődésmenettel. Jelentkezhetnek izolált bőrtünetként – leggyakoribb a Vörner-típusú epidermolyticus palmoplantaris keratoderma –, más formák érinthetnek egyéb szerveket is. Tekintettel arra, hogy a kórkép hisztopatológiai sajátosságai nem specifikusak, a korrekt diagnózis felállításához genetikai vizsgálat szükséges.

Eseteinket a két önmagában is igen ritkán előforduló betegség egy családban történő együttes előfordulása miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Blahó Zsuzsanna dr., Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.:

### **Az epicutan tesztelés jelentősége a gyógyszerallergia kivizsgálásában**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerzők egy 68 éves non-insulin dependens diabetes mellitusos nőbeteg esetét ismertetik, akit jobb alsó végtagi bullosus erysipelas talaján kialakult faciitis necroticans, majd urgens fasciotomia utáni állapot további gyógykezelése céljából hospitalizáltak.

Osztályos felvételekor a sebváladék tenyésztése alapján parenterálisan ciprofloxacin antibiotikus terápiát kapott, majd a 10. napon amoxicillin-clavulansavra (Augmentin) váltottunk. Az első injekció után kb. 6 órával a beteg maculopapulosus bőrtünetek jelentek meg, ezért a terápiát nem folytattuk, hanem intravénásan clindamycin (Dalacin) adását kezdtük meg. A beteg bőrtünetei az ezt követő két napon kicsit javultak, majd a harmadik napon hirtelen igen kifejezett progresszió jelentkezett. Ekkor a clindamycint (Dalacin) leál-

lítottuk és parenterális, majd per os fokozatosan csökkentett kortikoszteroid terápia került bevezetésre. A beteg nagy kiterjedésű sebei ekkorra feltisztultak, és az alkalmazott negatív nyomású (VAC) lokális kezelés mellett antibiotikum adására már nem volt szükség.

LTT vizsgálatot végeztettünk Augmentin, Dalacin, Sumetrolim, Letrox gyógyszerekkel, utóbbit azért, mert ezt is 3 héttel a tünetek kialakulása előtt vezettük be a betegnél. Az LTT vizsgálat negatív lett. Mivel a beteg nagy kiterjedésű sebére lokálisan sulfuguanidin tartalmú port is alkalmaztunk, felmerült szisztémás kontakt dermatitis kialakulásának lehetősége is. A negatív LTT-t követően epicutan patch teszt elvégzésére került sor. Mind a 48 és mind a 72 órás leolvadásánál igen erős reakciót láttunk clindamycinnel (Dalacin) és kevéssé erős, de kifejezett reakciót amoxicillin-clavulansavval (Augmentin). A Sumetrolim és a Letrox negatív eredményt mutatott.

Esetünk szépen példázza a bőrpróbák elvégzésének jelentőségét a gyógyszer indukálta túlérzékenység kivizsgálásában.

Bottyán Krisztina dr.<sup>1</sup>, Németh István dr.<sup>1</sup>, Varga Erika dr.<sup>1</sup>, Korom Irma dr.<sup>1</sup>, Kahán Zsuzsanna dr.<sup>2</sup>, Baltás Eszter dr.<sup>1</sup>, Lázár György dr.<sup>3</sup>, Oláh Judit dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Kis Erika dr.<sup>1</sup>:

### **Elektrokemoterápiás kezelés postirradiációs angiosarcomában, mastectomiát követően kialakult cutan recidíva esetében**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Onkoterápiás Klinika<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Sebészeti Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

A szerzők egy 66 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél 2008-ban az SZTE ÁOK Onkológiai Klinikán invazív ductalis adenocarcinómát (GrIIIpT2) diagnosztizáltak. A tumor sebészi excíziójával egyúttel sentinel nyirokcsomó biopszia történt, melyben az adenocarcinoma metastasisa igazolódott. Blockdissectiót terveztek, de tekintettel a negatív staging vizsgálatokra és a beteg egyéni kérésére, a sebészeti onkoteam postoperatív emlőbesugárzás és adjuváns Femara (letrozole) terápia mellett döntött.

Hat évvel később a besugárzott területen haragosvörös, a bőr szintjéből előemelkedő bőrelváltozás jelent meg. Dermatoológiai konzultáció alapján az elváltozás szövettani verifikálása céljából sebészeti mintavételt tartottunk indokoltnak. A hisztológiai vizsgálatok angiosarcoma diagnózisát állították fel. A SZTE Sebészeti Klinikán jobb oldali mastectomiára került sor, melynek defektusát a jobb combról vett félvastag mesh graffal fedtük.

A műtét után két hónappal az átültetett bőrterület medialis széle felett, a mellkasfalon egy erythemas papula jelent meg, mely felvette az angiosarcoma recidívájának gyanúját. A klinikai diagnózist a biopszia szövettani eredménye is alátámasztotta.

Dermatológiai onkoteamünk a helyi recidíva kezelésére az elektrokemoterápia mellett döntött tekintettel arra, hogy postirradiációs angiosarcoma esetén a terápiás lehetőségek spektruma szűk, és a közelmúltban megjelent metaanalízis eredményei bizonyítják, hogy az elektrokemoterápiás kezelés sarcomában hatásos. A beteg az elektrokemoterápiához szükséges feltételeknek megfelelt, kizáró tényező nem állt fenn.

Az első kezelés után észlelt kifejezett remissziót követően, a második kezelés további javulást eredményezett, ugyanakkor a mellkasfal nem kezelt területein progressziót észleltünk. Az észlelt cután disszeminációra a továbbiakban Thalidomide adását tervezzük, és az engedély megérkezéséig az elektrokemoterápiát folytatjuk.

Dalmády Szandra dr.<sup>1</sup>, Nagy Dóra dr.<sup>2</sup>, Szabó Hajnalka dr.<sup>2</sup>, Tálósi Gyula dr.<sup>2</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>:

### **Cutis marmorata teleangiectatica congenita**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ<sup>2</sup>, Szeged)

A cutis marmorata teleangiectatica congenita (CMTC) ismeretlen etiológiájú, igen ritka, sporadikus, általában már születéskor fennál-



ló kapilláris malformáció, amely az érintett bőrterület jellegzetes, márványszerű, retikuláris rajzolatával, esetenként a bőr atrophijával, teleangiectasiával, phlebectasiával társul. Az esetek túlnyomó többségében benignus kórképről van szó, a bőrtünetek spontán javulást mutathatnak. A CMTC azonban társulhat számos minor és major fejlődési rendellenességgel, illetve több, súlyos, központi idegrendszeri és egyéb szervet érintő szindróma részjelensége is lehet, emiatt nagyon fontos az érintett újszülöttek alapos klinikai kivizsgálása és nyomon követése.

A szerzők előadásukban egy koraszülött és egy érett újszülött esetét ismertetik. A 32. hétre született koraszülött fiúgyermek születésekor a jobb felső végtagon, a kézfejen, a csuklón, az alkaron, a törzs jobb oldalán, a has és a hát ugyancsak jobb oldalán szegmentális lokalizációban elhelyezkedő kékes-vöröses, márványszerű, reticularis rajzolat jelenlétét észleltük, tágult felszínes vénákkal, teleangiectasiával, helyenként atrophias bőrtünetekkel. A 38. gesztációs hétre született leány újszülött születésekor a teljes bal alsó végtag laterális részén, szegmentális lokalizációban, egy sávszerű területen belül finom elemű, reticularis rajzolatfokozódás, számos tágult felszínes véna és teleangiectasia volt látható. A klinikai tünetek alapján mindkét esetben CMTC diagnózisa merült fel. Az újszülöttek részletes kivizsgálása során egyéb belszervi vizsgálata. A periorcularis régióban jelentkező vascularis léziók esetén fontos a szemészeti szakvizsgálat a glaucoma és egyéb szemészeti eltérések kizárása céljából. Minor vagy major fejlődési rendellenesség észlelése esetén további specifikus kivizsgálások szükségese a társuló eltérés súlyosságának függvényében. Amennyiben a bőrelváltozáson kívül egyéb eltérést nem tapasztalunk, a gyermekek ellenőrző vizsgálata évente javasolt, legalább 3 éves korig.

A CMTC diagnózis felállítása esetén nagyon fontos a gyermek alapos fizikális és belszervi vizsgálata. A periorcularis régióban jelentkező vascularis léziók esetén fontos a szemészeti szakvizsgálat a glaucoma és egyéb szemészeti eltérések kizárása céljából. Minor vagy major fejlődési rendellenesség észlelése esetén további specifikus kivizsgálások szükségese a társuló eltérés súlyosságának függvényében. Amennyiben a bőrelváltozáson kívül egyéb eltérést nem tapasztalunk, a gyermekek ellenőrző vizsgálata évente javasolt, legalább 3 éves korig.

*Diczig Brigitta dr., Marschalkó Márta dr., Gergely Hunor dr., Bojtor Adrienn dr., Hársing Judit dr., Kuroli Enikő dr., Kárpáti Sarolta dr., Holló Péter dr.:*

#### **Szisztémás lupus erythematosushoz társuló szekunder myelodysplasiás szindróma**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az autoimmun betegséghez társuló myelodysplasiás szindróma incidenciája 10 és 30% között mozog. A pathogenesisben a genetikai predispozíció mellett a myeloid prekursorokat targetáló CD8+ T-sejtek szerepe valószínűsíthető, emellett a reguláló T-sejtek és a T-helper sejtek is közrejátszanak az immunológiai folyamatok kialakulásában. A myelodysplasiás szindrómával leggyakrabban társuló autoimmun betegségek közé sorolhatóak a vasculitisek, neutrophil dermatosisok, emellett a pyoderma gangrenosum és a lupus erythematosus is.

51 éves nőbetegünknel 2011-ben végzett csontvelő vizsgálat myelodysplasiás szindrómát igazolt cytogenetikai eltérés és blastszaporulat nélkül. Vérképe metilprednisonon és thalidomid terápia hatására javult.

2014. nyarán a pancytopenia miatt végzett ismételt crista biopszia RMCD (refracter cytopenia with multilineage dysplasia) jelenlétét igazolta, haemopoetikus őssejt transzplantáció lehetősége merült fel.

2015. februárjában a fénynek kitett területeken jelentkező maculopapulosus exanthema miatt került felvételre a SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikai immunológiai osztályára. A klinikai kép acut cutan lupus erythematosusnak felelt meg, emellett immunserológiában erős ANA, ds-DNS, nucleosoma elleni antitest pozitívítás volt látható. Rutin laborleletben leukopeniát, anaemiát, thrombocytopeniát és emelkedett májenzim értékeket láttunk. 24 órás vizeletgyűjtés kóros proteinuriát igazolt. Szövetani vizsgálat a feltételezett diagnózist megerősítette, direkt immunfluoreszcens vizsgálat C3, IgM pozitív vasculitist detektált.

Szisztémás corticosteroid és cyclosporin terápiaiban részesítettük, melynek hatására vérképe rendeződött, májenzim értékek normál tartományba kerültek, proteinuria csökkent, bőrtünetei regredáltak.

A vizsgálati eredmények és a kezelés hatására bekövetkező haematológiai változások alapján szisztémás erythematosus (SLE) és annak talaján kialakuló szekunder myelodysplasiás szindróma diagnózisa állítható fel.

SLE esetében gyakoriak a perifériás vérben észlelt haematológiai eltérések, csontvelő vizsgálatra azonban ritkán kerül sor. Lupus erythematosushoz társuló csontvelő károsodás kétféleképpen jelenhet meg, haemophagocytosis, illetve myelodysplasia képében.

Ezekben az esetekben a szisztémás corticosteroid és cyclosporin terápia kombinációja vezethet regresszióhoz, a megfelelő hatás eléréséhez több hétre van szükség.

*Erdei Irén dr.<sup>1,2</sup>, Filep Annamária dr.<sup>1,2</sup>, Péter Zoltán dr.<sup>2</sup>, Kőműves Zsuzsa<sup>2</sup>, Juhász István dr.<sup>2</sup>:*

#### **Önpusztítás fájdalmas módszerrel**

(Debreceni Egyetem, ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék<sup>1</sup>, Debrecen, Debreceni Egyetem, ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>2</sup>, Debrecen)

Öngyilkosságot gyakran követnek el végső kétségbeesésből, melynek okát gyakran tulajdonítják mentális zavarnak – mint például a depresszió, a bipoláris zavar, a skizofrénia, az alkoholizmus vagy a drog abúzus. Stressz tényezők is gyakran közrejátszanak.

Magyarországon a leggyakoribb suicid módszer az önakasztás és a mérgezés. Hazánkban az öngyilkosságok száma 1988. óta folyamatosan csökken, azonban az öngyilkossági ráta Magyarországon így is igen magas (százezer lakosra 25 fő jut, az EU átlag 17). Az elmúlt évben két esetet kezeltünk egy időben, akik égéssel követtek el suicidiumot. Ezen esetek kapcsán visszatekintettünk az elmúlt 20 évre. A Debreceni Egyetem Égési Osztályán 1994-2014. között 5892 bent fekvő beteget kezeltünk égési sérüléssel. 14 beteget találtunk, akik benzinnel, elektromos árammal, gázrobbanással és sósavval követtek el öngyilkosságot, amely a testfelszínük 1-70%-ig terjedő károsodásával járt.

Jelenleg két beteg esetét ismertetjük. 31 éves férfi beteg családi konfliktus miatt öngyilkossági szándékkal kispuskával szájába lőtt, majd a sikertelenség miatt benzinnel felgyújtotta magát. A lövedék a C I-II. csigolya ventralis részébe hatolt, valamint az 50 % testfelszínre terjedő égési sérülést szenvedett. Többszöri necrectomia és bőrtranszplantáció történt a sokktalanítás, fluidizációs terápia, parenterális és enterális táplálás és intenzív monitorozás mellett. A kezelés során pneumonia zajlott le. 45 nap után gyógyultan távozott osztályunkról. A lövedék eltávolítását az idegsebészek a magas kockázat miatt későbbi időpontra halasztották. A beteg pszichés támogatását végző önkéntes pszichiáter segítségével a beteg átértékelt életét.

49 éves férfi beteg 4. öngyilkossági kísérlete alkalmával benzint ivott és benzines ruhával fejét betekerve meggyújtotta önmagát. 20% testfelszínre terjedő, mély égési sérülést és légúti égést szenvedett. Anamnézisében depresszió, ISZB, AMI, tüdőembolia, chr. aetilizmius szerepel. 32 napos respirációs terápia, necrectomia és bőrtranszplantáció, valamint intenzív monitorozás mellett pneumonia és sepsis zajlott le. 40 napos kezelést követően gyógyult égési sebekkel, jól kooperáló betegként, még tracheosztómával rehabilitációra helyeztük át.

A suicidiummal elkövetett égési sérülések kiterjedése átlagban jóval nagyobb a balesetekéhez képest. Az égési sérülés kezelésével párhuzamosan a beteg élni vágyását, életkedvét is fel kell építenünk.

*Gergely László Hunor dr.<sup>1</sup>, Kiss Dorottya dr.<sup>2</sup>, Holló Péter dr.<sup>1</sup>, Szigeti Ágnes dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:*

#### **Intraaorticus angiosarcoma cutan metastasisa**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ<sup>2</sup>, Budapest)

Az intraaorticus angiosarcoma egy ritka, magas malignitású, rossz prognózisú daganat. Az aorta érintettsége legtöbbször tünetmentesen zajlik, fennállására általában metastasisai hívják fel a figyelmet. Leggyakrabban tüdőbe, májba ad áttéteket. Cutan metastasisok, tekintettel a hematogen szóródásra, bármely régióban megjelenhetnek. Kezdetben nem specifikus tünetekkel, lázzal, jelentős fogyással, hasi fájdalommal, claudicatioval jelentkeznek. Metastasisok adása során szervspecifikus tünetek jelentkeznek. Diagnosztikájában



fontos a hisztológia és az immunhisztokémiai vizsgálatok szerepe. Képközpontú vizsgálatok során, CT vizsgálattal thrombustól való elkülönítése nehéz, MR vizsgálattal nagyobb eséllyel vizualizálható. Diagnózis az esetek nagy részében post-mortem történik. Terápiájában irodalmi adatok alapján kombinált sebészi, kemo- és radioterápiával érték el a legjobb eredményt.

Az idős nőbetegnek (72) 2012. januárjában kezdődtek panaszai jobb lábszáron, combon livid csomók megjelenésével, illetve hullámzó lefutást mutató lázzal. 2012. őszén került felvételre SE Bőrgyógyászati Klinikára. A beteg felvételi státusza, az észlelt labor eltérések miatt tumor- és infekciókutatást indítottunk. Szisztémás infekciót igazolni nem tudtunk. Non-invazív diagnosztikus eljárásokkal tumor nem igazolódott. Lábszári tünetekből vett szövettan érúterben atípusos sejteket írt le, metastasis lehetőségét felvette, immunhisztokémia a fenotípust meghatározni nem tudta, rebiopszia elvégzését javasolta. Mellkas-hasi CT vizsgálat tüdő malignus folyamatát kizárta, a bifurcatio felett nagy kiterjedésű thrombust írt le. Felvetettük annak lehetőségét, hogy az aneurysmában leírt elváltozás esetlegesen angiosarcoma lehet. Az ismételt biopszia angiosarcoma irányában történő vizsgálatát kértük. Érsebészeti konzílium a CT-lelettel egyetértésben valószínűbbnek tartotta thrombus jelenlétét. Rapid állapotromlás és kardiális dekompenzáció miatt belgyógyászati áthelyezése történt, áthelyezésének 10. napján exitált. Ismételt biopszia angiosarcomát igazolt.

Kórbonctani vizsgálat során az aorta lumenét kitöltő massa szövettani vizsgálata a bőrből vett mintával megegyezően angiosarcomát igazolt.

*Gyimesi Alíz dr.<sup>1</sup>, Bátor Anna dr.<sup>2</sup>, Görög Petra dr.<sup>2</sup>, Telegdy Enikő dr.<sup>2</sup>, Gyulai Roland dr.<sup>1</sup>, Lengyel Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

**Erythrodermia arca lokalizálódó fókékkal**  
(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Pécs, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Szombathely)

A szerzők egy 82 éves férfibeteg esetét ismertetik, aki arcán, fejébőrn és jobb kézfejen lévő, éles szélű, necrotikus ulcerációk miatt került felvételre klinikánkra. Korábban más intézményben malignitás/vasculitis iránydiagnózissal a kézfejen lévő bőrtünetből végzett szövettani mintavétel után cryptococcosis fennálltát igazolta.

A beteg anamnéziséből kiemelendő, hogy lakóhelyén 2014. március óta vizsgálták erythrodermia miatt, melynek okát nem sikerült tisztázni. Acitretin, PUVA kezelésben részesült, valamint tartós, alacsony dózisú szteroid terápiát vezettek be. Az alkalmazott kezelés mellett erythrodermiája hullámzó lefolyást mutatott.

Klinikánkon cryptococcosis belszervi manifesztációinak kizárása céljából kivizsgálás indult. Kardiológiai, szemészeti, neurológiai vizsgálat negatív eredménnyel zárult, azonban mellkas rtg, majd CT felvétel tüdőerintettséget igazolt. HIV szerológia, Quantiferon teszt és tumorkutatás negatív eredményekkel zárultak.

Parenterális fluconazol kezelést indítottunk helyi dezinficiens és hámosító externák alkalmazása mellett, mely terápia hatására az ulcerációk hámosodását észleltük. Ápolása során erythrodermia továbbra is időszakosan jelen volt.

A cryptococcosis előfordulása a nyugati társadalmakban napjainkban elenyésző, többnyire immundeficiens állapotokban jön létre az infekció. Jelen esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy immunszupprimált betegek esetén megjelenő atípusos felületes ulcerációk esetén gondoljunk opportunista fertőzésre általános belszervi tünetek hiányában is.

*Hufnagel Csilla dr.<sup>1</sup>, Gyömörei Csaba dr.<sup>1</sup>, Kálmán Endre dr.<sup>2</sup>, Kovács L. András dr.<sup>1</sup>, Gyulai Roland dr.<sup>1</sup>, Kinyó Ágnes dr.<sup>1</sup>:*

**Hidradenitis suppurativa adalimumab kezelése során jelentkező bőrtünet**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem KK, Pathológiai Intézet<sup>2</sup>, Pécs)

A szerzők egy 52 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél 2013. január óta ismert a glutealis régióra, a combokra és a scrotum bőrére

terjedő hidradenitis suppurativa. A bőrtüneteken kívül a páciensnél jelentős, 10 kg-ot meghaladó fogyás, cachexias állapot, valamint többszöri transzfúziót igénylő gravis anaemia alakult ki. A beteg több alkalommal részesült parenterális és per os antibiotikus kezelésben, valamint isotretinoin és metformin terápiában, mely mellett érdemi javulás nem jelentkezett, ezért 2014. májusában adalimumab kezelés került beállításra. A heti 40 mg adalimumab kezelés mellett a fistulákból észlelt váladékozás és a fájdalom jelentősen csökkent, a beteg testsúlya növekedésnek indult, anaemiája stabilizálódott. Az adalimumab kezelés során a könyökök és térdek felett erythemas, infiltrált plakkok jelentkeztek, melyek szövettani vizsgálata erythema elevatum et diutinumot véleményezett. Az adalimumab átmenetileg felfüggesztése került, a novum bőrtünetek a bevezetett 30 mg Prednisolon adását követően javulásnak indultak, majd teljesen regrediáltak, az adalimumab újraindítását követően sem jelentkeztek a későbbiekben.

A bemutatott esettel a szerzők a hidradenitis suppurativa és neutrophil dermatosisek lehetséges társulására, valamint a TNF- $\alpha$  gátló terápia egyik lehetséges mellékhatására kívánják ráirányítani a figyelmet.

*Kun Edina dr.<sup>1</sup>, Együd Katalin dr.<sup>1</sup>, Szondy Györgyi dr.<sup>1</sup>, Fórizs Erzsébet dr.<sup>2</sup>:*

**Bőrtünetek szerepe egy anyagcsere-betegség felismerésében**  
(Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály és Nemibeteg Gondozó<sup>1</sup>, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórház, IV. Belgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Nyíregyháza)

Ismert, hogy a bőrgyógyászati tünetek számos háttérben álló belgyógyászati betegségre hívhatják fel a figyelmet, segítséget nyújthatnak a korai diagnózisban, olykor pedig az alapbetegség progressziójára, inadekvát kezelésére utalhatnak.

Előadásunkban egy 24 éves férfibeteg esetét ismertetjük, akinek korábban nagyobb megbetegedése nem volt ismert. A beteg a nyíregyházi Bőr- és Nemibeteg Gondozó érintésével került a Jósa András Oktatókórház Bőrgyógyászati Osztályára két hete hirtelen, testszerte jelentkező, enyhén viszkető sárgásvörös papulák miatt.

A bőrtünetek jellege, lokalizációja alapján eruptív xanthoma lehetősége merült fel, mely hypertrigliceridaemiát jelezhet. Betegünket kiegészítő labor, képközpontú és szövettani vizsgálatot, valamint terápiai javaslatot követően anyagcsere és lipid szakrendelésre irányítottuk, ahol panaszai háttérben primer hyperlipoproteinaemiát vélelmeztünk. Az alkalmazott diétás, valamint gyógyszeres terápia mellett betegünk panaszmentessé vált, egy hónapos kontroll során laborparaméterei is nagymértékű javulást mutattak. Kórházunkban a közelmúltban hasonló panaszokkal jelentkezett egy középkorú férfibeteg is, akinek extrém magas trigliceridszintje háttérben diabetes mellitus kapcsán kialakuló sekunder hyperlipidaemia állt.

Mint előadásunk is példázta, a bőrtünetek segítségét nyújthatnak a háttérben rejtetten jelen lévő belgyógyászati betegségek diagnosztizálásában. Az interdiszciplináris szemléletmód, a társszakmákkal való együttműködés kiemelkedő fontosságú annak érdekében, hogy célunk ne csak a beteg számára kellemetlen, zavaró bőrtünetek megszüntetése legyen, hanem az alapbetegség kezelésével annak szövődésményei, valamint az esetleges recidívák is elkerülhetők legyenek.

*Mázor Melinda dr.<sup>1</sup>, Farkas Katalin<sup>2</sup>, Tripolszki Kornélia<sup>3</sup>, Sulák Adrienn<sup>3</sup>, Varga Erika dr.<sup>4</sup>, Bérci Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Nagy Nikolett dr.<sup>3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>4</sup>, Széll Márta dr.<sup>3</sup>:*

**Diagnosztikai lépések egy hólyagos bőrbetegségben szenvedő nőbeteg kivizsgálása során**

(Dr. Réthy Pál Kórház<sup>1</sup>, Békéscsaba, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>3</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>4</sup>, Szeged)

Egy 29 éves nőbeteg jelentkezett a békéscsabai Dr. Réthy Pál Kórház bőrgyógyászati szakrendelésén, akinek az elmúlt 10 évben a kezén és a lábain rekurrens, viszkető, kisméretű hólyagok, majd a hólyagfedelek lesodródása után felületes sebek jelentkeztek. A bőrtünetek

időnként a forrázás okozta klinikai képhez hasonlítottak. A klinikai tünetek alapján a hólyagos betegségek irányába indult el a kivizsgálás. Az elvégzett rutin szöveti vizsgálat hámnecrosissal kísért, herpes vírus okozta korai lézió fennállására utaló szövettani képet írt le és szerológiai vizsgálat elvégzését javasolta. A DIF vizsgálat immunpatológiai eltérést nem igazolt. HSV-1 és HSV-2 szerológiai pozitivitás miatt szuppresszív kezelésben részesült, mely átmeneti tünetmentesedést eredményezett. A kezelést követően tünetei enyhébb formában, de hamar visszatértek. A krónikus, évek óta fennálló rekurrens tünetek miatt genetikai vizsgálat történt epidermolysis bullosa simplex irányába is. A keratin 5 (KRT5) és keratin 14 (KRT14) gének kódoló szakaszainak mutáció szűrése során a KRT14 génben két heterozigóta misszensz mutáció került azonosításra: a gén negyedik exonjában egy c.821C/A p.Ala274Asp és ugyanebben az exonban egy c.896G/A p.Arg299His mutáció. Mindkét mutáció az irodalomból már ismert kóroki variáns. A mutációk azonosításának differenciáldiagnosztikai jelentősége van, mivel ebben az esetben a genetikai vizsgálat segítségével került a pontos diagnózis igazolásra. A továbbiakban a beteg családtagjainak genetikai vizsgálatát és a későbbiekben a prenatális diagnosztika felajánlása révén a családtervezés segítését tervezzük.

Melegh Krisztina dr.<sup>1</sup>, Plótar Vanda dr.<sup>2</sup>, Koltai Pál dr.<sup>3</sup>,  
Petri Klára dr.<sup>4</sup>, Liskay Gabriella dr.<sup>1</sup>:

#### **Rosaceát utánzó desmoplasticus melanoma**

(Országos Onkológiai Intézet, Onkodermatológiai Osztály<sup>1</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Molekuláris Patológiai Osztály<sup>2</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Fej-nyak Sebészeti Osztály<sup>3</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Onkológiai Képpalkotó és Invazív  
Diagnosztikai Központ<sup>4</sup>, Budapest)

A 44 éves férfibeteg panaszai miatt többször fordult orvoshoz. Intézetünkben 2014. szeptemberben jelentkezett. 1 éve észlelt az orrcsúcson pattanásszerű elváltozást, ezt követően azt vette észre, hogy orra folyamatosan növekszik. Fizikálisan az orra egész területe halvány erythemás, tömött volt, pigmentáció dermatoszkóppal sem volt észlelhető.

2014. októberben az orrcsúcsról biopsziát végeztünk szövettani diagnózis céljából. Immunhisztokémiai reakciók alapján (a daganatsejtek diffúz vimentin és S100 pozitivitást mutattak, HMB45-tel, melanA-val a daganatsejtek negatívak, továbbá negatívak voltak desmin, CK és CD34 ellenes antitesttel) orsósejtes és desmoplasticus melanoma malignum diagnózisát állítottuk fel. BRAF, c-KIT, NRAS vizsgálatok funkcionyerő mutációt nem igazoltak. 2014.10.07-ei arckoponya MRI vizsgálat mindkét oldali orrszárnyai porcokat érintő, a cutan-subcutan régióba terjedő infiltratív jellegű, az orrüreg jobb felébe előemelkedő necroticus centrumú lágyrészfolyamatot véleményezett. PET CT vizsgálat egyéb disseminációt nem írt le. Onkoteam szakbizottság az egyéb terápiás lehetőséggel elérhető eredményeket a beteggel is megbeszélve radikális műtétet és irradiatiót javasolt, amire a beteg hozzájárult. A műtét és az 50 Gy telekobalt irradiáció megtörtént. Közepes dózisu adjuváns interferon terápiait állítottunk be, amit a beteg 1 hónapi kezelés után ebben a dózisban nem vállalt, kisdózisú interferon terápiaira váltottunk. Orrprotézist rendelünk.

A klinikailag atipusos képet nyújtó, nehezen diagnosztizálható tumor definitív ellátására már csak akkor kerülhetett sor, amikor az az egész orrot érintette. Bár melanómában napjainkban számos új, az életet jelentősen meghosszabbító terápiára nyílt lehetőség, ebben az esetben a teljes gyógyulás csak radikális műtéttel volt remélhető.

Nagy Éva dr.<sup>1</sup>, Gyömörei Csaba dr.<sup>2</sup>, Polman Erzsébet dr.<sup>3</sup>,  
Bayner Ágnes dr.<sup>4</sup>, Tóth Csaba dr.<sup>5</sup>, Lőcsei Zoltán dr.<sup>6</sup>,  
Telegdy Enikő dr.<sup>1</sup>:

#### **„Cspadás a mi pályánk”**

(Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>,  
Szombathely, Pécsi Tudományegyetem KK, Patológiai Intézet<sup>2</sup>, Pécs,  
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>3</sup>, Kistarcsa,  
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nukleáris Medicina Osztály<sup>4</sup>,  
Szombathely, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Patológiai  
Osztály<sup>5</sup>, Szombathely, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház,  
Gastroenterológiai és Belgyógyászati Osztály<sup>6</sup>, Szombathely)

Ezen talányos cím alatt egy olyan beteg esetét ismertetem, akinek a betegségei igen látványos tünetekkel, a legvégén bőrtünetekkel hívták fel magukra a figyelmet.

Nemes Edina dr.:

#### **Psoriasis vulgaris és condyloma acuminatum talaján kialakult laphámcarcinoma együttes előfordulása**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai  
Klinika, Szeged, Orosházi Kórház, Orosháza)

A szerzők egy 61 éves psoriasisban szenvedő férfibeteg esetét ismertetik. Bőrtünetei 40 éve álltak fenn és a végtagokra, törzsre, hajas fejbőrre, genitális régióra lokalizálódtak. Pikkelysömöre miatt korábban több alkalommal részesült szisztémás PUVA, Neotigason kezelésben, valamint folyamatosan használt lokális szteroid tartalmú készítményeket. Az alkalmazott terápiák mellett tünetei hullámzó lefolyást mutatnak. 2015. februárban heti 15 mg dózisban MTX terápia beállítása történt, mely mellett bőrtünetei testszerte és a végtagokon regrediáltak. A genitális területeken azonban egyes léziók progrediáltak. Klinikai vizsgálat alapján a péniszben, a sulcus és glans területén lévő verrucosus, bőrszínű növedékek esetében vírusos eredet merült fel. 2015. májusában ITN-ban a péniszben lévő multiplex elváltozások sebészi eltávolítása történt. A szövettani vizsgálat penis intraepitheliális neoplasia (PeIN) talaján kialakult carcinoma epidermoides non-cornescens fennállását igazolta. A vírusszérologia negatív eredménnyel zárult. A psoriasis kezelése céljából napi 25 mg Neotigasonra váltottunk szoros obszerváció mellett. Az eset bemutatása során a szerzők a differenciáldiagnózis fontosságára hívják fel a figyelmet, illetve arra, hogy a psoriasis szisztémás kezelése során terápia rezisztensnek bizonyuló elváltozások esetében vírusos, illetve neoplastikus megbetegedés kizárása javasolt.

Németh Réka dr.:

#### **Dialízishez asszociált porphyria cutanea tarda**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai  
Klinika, Szeged)

A szerzők egy 47 éves nőbeteg esetét ismertetik. Észlelése előtt hat héttel a fénynek kitett bőrtüneteken viselkedés, hólyagok, majd heggel gyógyuló eróziók jelentkeztek. A kórelőzményben magas vérnyomás, degeneratív ízületi betegség, inzulin dependens cukorbetegség, végstádiumú veseelégtelenség szerepelt, ez utóbbi miatt három éve rendszeresen hemodialízisre járt. Kivizsgálása során rutin laboratóriumi vizsgálattal emelkedett májfunkciós értékeket, beszükkült vesefunkciót észleltek. Autoimmun panel, hepatitisz szérologia negatív volt. A klinikai kép és kórelőzmény alapján felmerült porphyria, autoimmun hólyagos betegség, fotoaggravált dermatitis differenciálása céljából szövettani vizsgálatot végeztek. DIF vizsgálattal közepes fokú vasculitis látszott IgM-mel és C3-mal. Normál hisztológiai vizsgálattal dialízis asszociált porphyria cutanea tarda igazolódott, mely diagnózist az emelkedett vizelet és plazma összporfirin szintek is alátámasztották. Tekintettel a dialízis miatt folyamatosan fennálló anemiára vénaszekció nem jött szóba. Helyi hámosító, antiszeptikus kezelések mellett szigorú fényvédelmet javasoltak, a porphyria cutanea tarda esetleges provokáló faktoraként szerepet játszó nem szteroid gyulladáscsökkentők szedésétől a beteget eltiltották.

Pánczél Gitta dr.<sup>1</sup>, Danyi Tímea dr.<sup>1</sup>, Plótar Vanda dr.<sup>2</sup>,  
Bócs Katalin dr.<sup>3</sup>, Liskay Gabriella dr.<sup>1</sup>:

#### **A metasztázisok klinikai megítélése és a szövettani verifikálás szerepe az onkodermatológiában néhány eset kapcsán**

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Molekuláris Patológiai Osztály<sup>2</sup>,  
Országos Onkológiai Intézet, Onkológiai Képpalkotó és Invazív  
Diagnosztikai Központ<sup>3</sup>, Budapest)

Az utóbbi évek képpalkotó és szövettani diagnosztikájának fejlődése azt eredményezte, hogy a ritkán előforduló szinkron vagy metakron, kettős vagy többes tumorok korrekt diagnózisa egyre nagyobb pontossággal lehetővé vált. Adatbázisunkból az elmúlt fél év néhány betegének kórtörténetét ismertetjük.

1. Alsó végtagi lokalizációjú Merkel sejtes carcinomás betegnél jelentkező megnagyobbodott nyaki nyirokcsomó aspirációs citológiai vizsgálata metastasis gyanúját keltette. Vizsgálata során több nyirokrégióban is lymphadenomegaliát találtak. A nyaki nyirokcsomó ismételt, core biopsziás mintavétele után B-sejtes non-Hodgkin lymphoma diagnózisát állítottuk fel.
2. Kaposi sarcoma miatt hosszú évek óta gondozott betegnél képalakító vizsgálatok disszemináció gyanúját vetették fel. Retroperitoneális terimből core biopszia történt, a szövettani vizsgálat B-sejtes non-Hodgkin lymphomát igazolt.
3. Melanoma miatt gondozott betegnél 2 évvel a primer tumor eltávolítását követően a vékonybélben 5 cm-es térfoglalást fedeztünk fel. A szövettani verifikáció során gastrointestinalis stroma tumor igazolódott.
4. Melanoma malignum miatt adjuváns interferon kezelésben részesült nőbetegnél 2,5 évvel a primer tumor eltávolítását követően mediastinohilaris lymphadenomegaliát észleltünk. A szövettani verifikáció során sarcoidosis igazolódott.
5. Több évtizede tünetmentes, alsó végtagi melanoma miatt gondozott férfi subcutan csomó megjelenését észlelte a felkaron. A lézióból vett biopszia malignus lágyrésztumor, ill. anaplasticus carcinoma metastasis gyanúját vetette fel. Kivizsgálása során disszeminált folyamatot észleltünk, primer tumorként világos-sejtes veserákot igazoltunk.
6. Primer cutan marginalis zóna lymphoma miatt kezelt betegnél csontfájdalom hátterében multiplex ossealis metastasisok igazolódtak. Csontbiopszia alapján melanoma metastasisa merült fel. Tekintettel a primer melanoma hiányára és a szokatlan klinikai képre, kiegészítő immunhisztokémiai vizsgálatokat végeztünk. Langerhans-sejtes sarcoma igazolódott.

Maligus tumor miatt gondozott betegnél, ha disszemináció gyanúja merül fel, a diagnózis felállításához, mint a bemutatott betegünkénél is demonstráltuk, a klinikai kép, a képalakító vizsgálati leletek és a citológiai/hisztológiai eredmények komplex, multidiszciplináris értékelése szükséges a korrekt diagnózis felállításához.

*Pogácsás Lilla dr., Veres Imre dr., Tarr Ildikó dr., Remenyik Éva dr.:*  
**Amikor a rendszeres gondozás nem volt elegendő**  
 (Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A szerzők egy 71 éves diabeteses, vak nőbeteg esetét ismertetik, aki a szájnyalakárhártyán jelentkező erosiv elváltozás miatt 7 éven át állt gondozás alatt a Bőrgyógyászati és Fogászati Klinikán. Az ajakra lokalizálódó bőrtünetei differenciáldiagnosztikai problémát is jelentettek. A többszörös biopszia és ennek megfelelő terápia módosítása sem tudta elejét venni a laphám carcinoma kifejlődésének.

A lichen planus nem ritka (prevalencia: 0,5-1%) krónikus, idiopathiás bőrbetegség, amely a bőrtünetek mellett vagy attól függetlenül is a száj- és genitális nyálkahártyákat, a fejbőrt, valamint a körmöket is érintheti. Többnyire a középkorú, 30-60 év közötti korosztályban, nőkben gyakrabban fordul elő, mint férfiakban. Az irodalmi adatok szerint az orális lichen planus a bőrtünetekkel szemben hosszabban, éveken át fennáll, terápia rezisztens, kevés bizonyíték szól a diabetezzel való társulásáról, az erózió formában a malignus transzformáció gyakoribb, esélye 0,3-3%.

Szomorú esetünk felhívja a figyelmet a betegek részletes felvilágosítására, a még gyakoribb követés fontosságára. Malignitásra utaló klinikai tünetek esetén azonnali beavatkozás, mielőbbi kezelés megkezdése szükséges.

*Poór Adrienn Katalin dr., Kurolai Enikő dr., Wikonkál Norbert dr., Kárpáti Sarolta dr.:*

**Generalizált pustulosus psoriasis genetikai vizsgálata és sikeres kezelése anakinra injekcióval**  
 (Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

54 éves nőbetegünknek az 1990-es években kezdődtek körömérintettséggel, ízületi gyulladással kísért pustulosus, többször erythrodermába hajló bőrtünetei. Az elmúlt évtizedekben számos alkalommal történt hospitalizáció különböző intézményekben, terápiaként kezdetben

1990-től caps. acitretin 25-50mg/nap, majd 1997-től ezzel párhuzamosan, időszakosan tbl. methotrexate 7,5 mg/hét kezelésben részesült. A fent nevezett terápia mellett évente többször tünetei fellángoltak, illetve 2012. decemberében romló májfunkciós értékek és hepaticus icterus miatt belgyógyászati osztályon leállították a szisztémás szereket.

A Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján 2014. nyarán hospitalizáltuk, a klinikai kép és a szövettani vizsgálat generalizált pustulosus psoriasisnak felelt meg. Rutin laborokban továbbra is emelkedett májfunkciós paramétereket észleltünk, hepatitis B, illetve C fertőzés nem volt igazolható hepatológus szerint, a korábban alkalmazott kezelés nem volt visszaállítható. Mindezek tükrében tbl. cyclosporin 250-450 mg/nap terápia mellett döntöttünk. Mindemellett több alkalommal góccok szanálása céljából adott antibiotikus kezelés, illetve nbUVB fényterápia mellett akut pustulosus shubok alakultak ki.

A folyamat hátterének vizsgálatával ismertté vált, hogy a generalizált pustulosus psoriasis hátterében IL36RN gén mutációja áll, melyet betegünkénél is sikeresen kimutattunk (IL36 gén 5. exon, homozigóta mutáció, c.338 C>T, p.Ser113Leu). Irodalmi adatok igazolják, hogy a IL36RN mutációt hordozó, generalizált pustularis psoriasisban szenvedő betegeknek jó terápiás eredmény érhető el IL1 gátló (inj. anakinra) adásával, melyet a páciens indikáción túli gyógyszerrendelés keretében megkaptott. A terápia azóta effektívnek bizonyult, a pustulosus bőrtünetek remisszióba kerültek.

Esetünk méltón reprezentálja a pustulosus kórképek diagnosztikai és terápiás nehézségeit, melyben a molekuláris diagnosztika és a célzott, személyre szabott terápia nyújtotta lehetőségek vannak segítségünkre, illetve bemutatja az első hazai tapasztalatot az anakinra használatáról.

*Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>, Várvölgyi Tünde dr.<sup>1</sup>, Szima Georgina dr.<sup>1</sup>, Veres Imre dr.<sup>1</sup>, Szondy Györgyi dr.<sup>2</sup>:*

#### **Eruptív papulák, pustulák, squamák**

(Debreceni Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Debrecen, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jósza András Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály és Nemibeteg Gondozó<sup>2</sup>, Nyíregyháza)

A 75 éves férfi tünetei fél évvel ezelőtt jelentkeztek hámló felszínű hyperaemiás papulák, plakkok, pustulák formájában a seborrhoeas bőrtüneteken, majd rövid időn belül az arc megkíméltségével testszerte. Kórelőzményében nem-inzulin dependens cukorbetegség, hypertensio szerepelt. Endoscopia alkalmával felvetődött gyomor MALT lymphoma, amelyet a szövettan nem támasztott alá. Paraneoplasia, Langerhans-sejtes histiocytosis, bullosus pemphigoid kizárása céljából próbabiopsziákat és immunfluoreszcens hisztológiai vizsgálatot végeztünk, első alkalommal Grover kór, majd psoriasis vulgaris igazolódott. A klinikai és a szövettani kép, valamint az anamnesztikus adatok alapján a papulosquamosus betegségek csoportjának több tagja is felmerült lehetséges diagnózisként. A betegbemutató végeleges kórisma mellett a terápia adott választ is ismerteti.

*Schäig Krisztián dr.<sup>1</sup>, Bátor Anna dr.<sup>2</sup>, Gyimesi Alíz dr.<sup>1</sup>, Kinyó Ágnes dr.<sup>1</sup>, Gyulai Rolland dr.<sup>1</sup>, Szélig Livia dr.<sup>3</sup>, Csontos Csaba dr.<sup>3</sup>, Knausz Zoltán dr.<sup>4</sup>, Gyömörei Csaba dr.<sup>5</sup>, Telegdy Enikő dr.<sup>2</sup>:*

#### **Súlyos szeptikus állapottal kísért pemphigus vulgaris**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika<sup>1</sup>, Pécs, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház<sup>2</sup>, Szombathely, Pécsi Tudományegyetem KK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet<sup>3</sup>, Pécs, Pécsi Tudományegyetem KK, Traumatológiai és Kézsebészeti Klinika<sup>4</sup>, Pécs, Pécsi Tudományegyetem KK Pathológiai Intézet<sup>5</sup>, Pécs)

A szerzők egy 26 éves férfibeteg esetét ismertetik, aki kiterjedt hólyagos bőrtünetekkel, eróziókkal került felvételre a szombathelyi Markusovszky Kórházba. Anamnézisében komolyabb betegség nem szerepelt, a bőrtünetek előtt több alkalommal szívott „biofüves” cigarettát. A szövettani vizsgálat pemphigus vulgarist állapított meg, naponta 250 mg methylprednizolon és 3x50 mg azathioprin terápia beállítása történt. A bőrtünetek progressziója és szeptikus állapot



miatt került átvételre a PTE KK Bőrklínikára. A megismételt szövettani vizsgálat intercelluláris C3 és IgG pozitivitás alapján ismételt pemphigus vulgaris véleménnyel, az indirekt IF pozitív lett. A beteg bőrén vasos, nedvedző, pikkelyes plakkok alakultak ki. A beteg agítált állapota, agresszív viselkedése miatt pszichiátriai javaslatra risperidon és anxiolitikum adására volt szükség. A sebleoltásokból, conjunctiva leoltásból és hemokultúrákból számos multirezisztens kórokozó, köztük MRSA, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* és *Stenotrophomonas maltophilia* tenyésztett ki. Vancomycin, piperacillin/tazobactam és fluconazole adása mellett szepszise romlott, az azathioprin leállításra került, a steroid kezelés mellett a bőrtünetei progrediáltak, ezért intenzív osztályos átadása vált szükségessé. Az intenzív osztályon vancomycin, imipenem kezelésben részesült, fluid ágyon kezelték, rendszeresen altatásban antiszeptikus fürdetést kapott, steril ezüstös kötással fedték. A fenti terápiára a bőrtünetei jelentősen javultak, az eróziók hámosodni kezdtek. Bőrgyógyászati osztályra való visszahelyezését követően a parenterális imipenem mellett per os sulfametoxazol/trimetopramot, Humaglobint, anémizálódás miatt 2E csoportozonos vvt koncentrátumot kapott, a gyengeség, étvágytalanság miatt parenterális táplálás történt napi 1 Kabiven formájában. A beteg 3 hónapos hospitalizációt követően maradványtünetekkel került otthonába. A szokatlanul fiatal életkorban kialakult kiterjedt pemphigus vulgaris hátterében a tudatmódosító szerek esetleges szerepe merült fel. A bemutatott esettel a szerzők a nagydózisú steroidkezelés mellett kialakuló szepszis fokozott rizikójára szeretnék felhívni a figyelmet.

*Szántó Hajnalka dr., Paluska Márta dr., Oroján Iván dr.:*

**A neurofibromatosisokról, a Recklinghausen kórról 3 eset kapcsán** (Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A neurofibromatosisok osztályozása elsősorban a klinikai tünetek alapján történik. Az 1 típusú neurofibromatosis, a Recklinghausen kór – a Riccardi féle osztályozás alapján – a leggyakoribb forma. A tünetek és másodlagosan kialakult szövődmények a tumorok lokalizációjától, nagyságától, kialakulási helyétől, szövettani eredetétől függenek.

Előadásunk során három beteg esetét ismertetjük, melyeknél a szövettani diagnózis hasonló volt, de a betegség lokalizációja, kiterjedése és szövődménye különbözött.

Az esetismertetések során szeretnénk felhívni a figyelmet a betegség diagnosztikájának, kivizsgálásának és ezt követően a beteg további gondozásának a fontosságára.

*Szöllősi Szilvia dr., Bartos Zsuzsanna dr., Dr. Oroján Iván dr.:*

**Anorectalis adenocarcinoma interdiszciplináris megközelítése** (Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Bár az anorectalis lágyszöveti tumorok diagnosztikája eredendően proktológiai probléma, ritka esetben viszont a perianális bőrtünetek alarmizáló jelként szolgálhatnak a háttérben fennálló daganatos betegség diagnosztikájához.

Betegünknel makroszkóposan is szembetűnő bőrtünetek vezettek a fizikális vizsgálat elvégzéséhez, ezzel egyidejűleg pedig felmerült a tumor lehetősége.

Esetünket azért tartjuk bemutatásra alkalmasnak, mert egy rosszindulatú folyamat általános tüneteinek jelenléte mellett a bőrtünetek észlelése megelőzte az anorectalis adenocarcinoma klinikai diagnosztikájának felállítását.

Példánk is jól szemlélteti az egyes betegségek interdiszciplináris megközelítésének fontosságát és a társszakmák együttműködésének jelentőségén túl a dermatológiai szemléletmód szélesítését is.

*Tóth Béla dr.<sup>1</sup>, Siklós Krisztina dr.<sup>2</sup>, Noll Judit dr.<sup>2</sup>,*

*Szalai Zsuzsanna dr.<sup>2</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:*

**Korai syphilis családi előfordulása**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

A szerzők egy 32 éves nőbeteg és 2 fiúgyermek esetét ismertetik. Mindhárom beteg kezelése korai syphilis miatt történt. A 8 éves fiúgyermeket foltos hajhullás miatt a Heim Pál Gyermekkorházban vizsgálták, VDRL vizsgálat, majd komplett syphilis szerológiai vizsgálatok történtek, melyek igazolták a korai syphilis diagnózisát. Ezt követően került sor a 7 éves fiúgyermek vizsgálatára a Heim Pál Gyermekkorházban, mely során a tenyereken és a talpakon Bietsgallérral övezett papulákat, perianálisan condyloma latumnak megfelelő tüneteket észleltek, komplett syphilis szerológiai vizsgálatok ebben az esetben is igazolták a syphilist. A 32 éves anya vizsgálata klinikánkon történt, testszerte szekunder syphilisnek megfelelő tüneteket észleltünk, a szerológiai vizsgálatok ebben az esetben is igazolták a klinikai diagnózist.

A betegek kezelése a módszertani útmutatónak megfelelően benzathine-bezylpenicillinnel történt, a gyermekeket a Heim Pál Gyermekkorházban, az anyát klinikánkon kezeltük. A kiskorúak esetében feljelentés történt a VIII. kerületi Rendőrkapitányságon.

Az anya gondozása klinikánkon történik, kontaktusának 3 évvel korábban elhunyt élettársát nevezte meg. A gyermekek esetében a fertőző forrás ismeretlen maradt, kezelésük után nevelőszülőkhöz kerültek, gondozásuk a területileg illetékes karcagi BNG-ben történik.

Esetismertetéseinkkel a kiskorúak ellen elkövetett szexuális bűncselekményekre szeretnénk felhívni a figyelmet, melyek jelentős részében az elkövető személyére fény sem derül.

*Tóth Orsolya dr., Wikonkál Norbert dr.:*

**Alopecia areata sikeres kezelése Janus kináz (JAK) inhibitorral** (Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az alopecia areata egy gyakori, körülírt, nem hegesedő haj- és szőrzetvesztés. Férfiak, nők és gyermekek egyaránt érintettek lehetnek. Incidenciája Európában 0,1-0,2%. Az esetek 20%-a familiáris. Pontos etiopatogenezise nem ismert, de széles körben elfogadott a T-sejt-mediált autoimmun eredet. Pajzsmirigy betegséggel gyakran társul. Nincs általánosan elfogadott terápiás séma, lokális PUVA kezelés, tacrolimus mellett szisztémás ciclosporin-A kezelés jön szóba. A szőrzet növekedése megindulhat immunszuppresszió mellett.

3 éves kislány esetét mutatjuk be, akinek hajhullását 1 éves kora óta észlelték a szülők a fejtetőn. Korábban is vékony szálú szőke haja volt, mely csaknem teljesen kihullott, kizárólag a tarkónál maradt meg az alsó hajvonaltól. Körmei nem töredezték, normális növekedésűek. A hajhulláskor, valamint azt megelőzően lázas betegsége nem volt. Hátterében pajzsmirigy betegséget, coeliakiát igazolni nem tudtunk.

Sandimmun terápia mellett lanugo visszánövekedését észleltük, azonban a terápiás hatékonyságot nem tartottuk kielégítőnek, ezért a kezelést lokális PUVA fényterápiával egészítettük ki. További javulás hiányában indikáción túl szisztémás ruxolitínb kezelést indítottunk 5 mg napi dózisban. 4 havi kezelés hatására látványos javulás következett be.

Az esetet, mint a korábbi terápiarezisztencia mellett tapasztalt első sikeres hazai Janus kináz gátló kezelést ismertetjük.

*Varga Emese dr.:*

**Anti-IL-6R indukálta purpura fulminans**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerző egy 13 éves szeropozitív RA miatt gondozott 50 éves nőbeteg esetét ismerteti, akinél anti IL-6R (tocilizumab) terápiát követően, pneumonia kíséretében súlyos vasculitis alakult ki. Az IL-6 proinflammatorikus citokinként számos autoimmun betegség, így a rheumatoid arthritis kialakulásában is szerepet játszik. Az IL-6 receptor gátlók az antiTNF-rezisztens RA-ban is hatásosnak bizonyultak.

A betegnél 2002. óta, az alapbetegség kezelése céljából folyamatosan, különböző dózisokban alkalmazott methylprednisolone terápia mellett számos DMARD alkalmazására is sor került. Ezen szerek leállítása különböző mellékhatásai miatt vált szükségessé. Az



azathioprine és a MTX leállítására általános rosszullét, fulladás, a leflunomid és a TNF-gátló terápia leállítására vasculitises bőrtünetek, ulcus megjelenése miatt volt szükség. A beteg Medroli folyamatosan szedett. A már korábban is zajlott vasculitises tünetek szövettani vizsgálata leukocytoclasticus vasculitist írt le. Antiphospholipid szindróma miatt a beteg Syncumar terápián volt. A recidiváló, részben infekciós, részben autoimmun betegséghez társuló vasculitis miatt a beteg 7 alkalommal cyclophosphamid terápiában is részesült, mely mellett bőrtünetei egyensúlyban voltak, de ízületi panaszai fokozódtak.

2013. júliusában anti-IL-6R beállítására került sor. A tocilizumab terápiát több alkalommal szüneteltetni kellett a vasculitises tünetek enyhe progressziója, valamint herpes zoster miatt.

A 2015. májusában kapott injekciót követően purpura fulminans-szerű klinikai kép és súlyos fokú pneumonia alakult ki.

A rutin szövettani vizsgálat kifejezett bevérzéssel, fibrinoid necrosisal társuló leucocytoclastikus vasculitist, a DIF vizsgálat IgM-mel és C3-mal közepes fokú vasculitisre utaló jeleket írt le.

A mellkas Rtg vizsgálat vasculitisre utaló rajzlatfokozódást mutatott. Az IL-6-gátló terápia elhagyása, a friss fagyasztott plazma adása, az antibiotikus kezelés és a steroid dózisének megemelése mellett a beteg bőrpanaszai regrediáltak.

A RA kezelésében kiemelkedő helyet foglalnak el a biológiai terápiaik, az IL-6 gátlók a TNF-gátlókra rezisztens RA kezelésében is eredményesek. A TNF-gátlók egyik ismert mellékhatása a leukocytoclasticus vasculitis kialakulása, és bár az IL-6 gátló terápiáknál is közöltek már enyhe vasculitis kialakulásáról szóló adatokat, esetünk igen súlyos purpura fulminans-szerű tünetei kivételesek. Esetünkkel a friss fagyasztott plazma adásának jelentőségére hívjuk fel a figyelmet.

Ábrahám Rita dr.<sup>1</sup>, Meszes Angéla dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1,2</sup>, Gyurkovits Zita dr.<sup>3</sup>, Bakki Judit dr.<sup>3</sup>, Orvos Hajnalka dr.<sup>3</sup>, Csoma Zsanett Renáta dr.<sup>1</sup>:

### Születési jegyek, újszülöttkori bőrelváltozások: az angyalcsoóktól az epidermolysis bullosáig

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika<sup>3</sup>, Szeged)

Magyarországon nincsenek pontos epidemiológiai adatok a születési jegyek, újszülöttkori bőrelváltozások prevalenciáját illetően. Prospektív, kohorsz vizsgálatunk fő célkitűzése volt, hogy a több, mint két éves vizsgálati perióduson keresztül felmérjük az alapvetően érett, egészséges újszülöttek körében előforduló bőrgyógyászati elváltozások előfordulási gyakoriságát. Ismereteink szerint ez az első Magyarországon, újszülöttek körében elvégzett populáció szintű bőrgyógyászati szűrővizsgálat, mely világviszonylatban is az egyik legnagyobb beteganyagot öleli fel.

Tanulmányunkat a Szegedi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Újszülött Osztályán végeztük, 2012. június és 2014. július között. A vizsgálati periódus ideje alatt összesen 4658 újszülött, 2397 fiú és 2261 leány szűrővizsgálatára került sor.

3463 alkalommal (74,35%) diagnosztizáltunk legalább egyfajta bőrtünetet. A főbb diagnózis csoportok a következők voltak: újszülöttkori tranzienis benignus bőrelváltozások (2428 fő), vascularis léziók (1895 fő), veleszületett vagy szerzett bőrsérülésekkel járó elváltozások, traumák (427 fő), pigmentált léziók (232 fő), illetve fejlődési rendellenességek, jóindulatú bőrdaganatok és cysták (70 fő). Ezen nagyobb diagnóziscsoportokon belül összesen 37 féle bőrgyógyászati tünettől és kórképpel találkoztunk, melyek közül leggyakrabban a naevus simplex (38,56%), a sebaceus hyperplasia (29,30%) és az erythema toxicum neonatorum (22,76%) fordultak elő. Tanulmányunk a bőrtünetek nemek szerinti megoszlásának vizsgálatát is magába foglalta. A vascularis léziók, a naevus simplex és haemangioma prekursor léziók szignifikánsan gyakrabban jelentek meg a leány újszülöttek között, míg a tranzienis, benignus bőrelváltozások, ezen belül is a sebaceus hyperplasia, továbbá a veleszületett vagy szerzett bőrsérülésekkel járó elváltozások, illetve felszínes erosiók a fiú újszülöttek körében kerültek szignifikánsan gyakrabban diagnosztizálásra.

Az újszülöttek körében igen gyakran fordulnak elő különböző bőrgyógyászati kórképek, elváltozások. Ismeretük rendkívül fontos mind a neonatológusok, mind a gyermekgyógyászok, mind pedig a bőrgyógyászok számára. Eredményeink alapján a bőrtünetek jelentős része (79,1%) ártalmatlan, kezelést nem igénylő elváltozásnak bizonyult. Speciális bőrgyógyászati kezelést az esetek 8,2%-ában, míg rendszeres obszervációt 12,7%-ában tartottunk indokoltnak.

Buknicz Tünde dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos V. dr.<sup>1</sup>, Kurgyis Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Jakab Ádám dr.<sup>2</sup>, Groma Gergely dr.<sup>2</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Németh István Balázs dr.<sup>1</sup>:

### Epithelialis-mesenchymalis tranzíció vizsgálata in vitro humán melanoma-fibroblast sejtfúziós rendszerben

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged)

A malignus betegségek progressziójában és a metasztatizáció kialakulásában fontos szerepet tulajdonítanak az epithelialis-mesenchymalis tranzíciónak (EMT), amely során a sejtek elveszítik epithelialis tulajdonságukat, mesenchymalis markereket expresszálnak és megőrzik a migrációs kapacitásukat. Az irodalomban számos adatot ismerünk a tumorsejtek és strómális sejtek, így fibroblastok sejtfúziójáról, azonban a humán melanoma-fibroblast hibridek EMT-jét eddig nem vizsgálták. Korábban már beszámoltunk arról, hogy a hu-

mán melanoma sejtek képesek spontán fúzionálni humán dermális fibroblastokkal, és a keletkező hibridsejtek morfológiája fibroblast fenotípust ölthet.

Feltételezésünk szerint a sejtfúzió hatására EMT mehet végbe a hibrid sejtekben, ezért célul tűztük ki az EMT vizsgálatát in vitro sejtfúziós rendszerben.

Humán melanoma A375 és G361 sejtvonalakat, valamint primer humán dermális fibroblastokat 48 órás kokultúrában tenyésztettünk speciális, tárgylemezre rögzített tenyészkamrában. A kokultúra előtt a fibroblastok egy részét TGF- $\beta$  kezeléssel myofibroblast transzformációra is készítettük. A különböző nemű parentális sejtek között létrejött hibridsejtek azonosítására X-Y fluorescens in situ hibridizációt használtunk, továbbá a hibridsejteket immuncytokémiai SMA-val is jelöltük, vizualizálva a melanoma-fúziós hibridek fenotípus-váltását.

A melanoma-fibroblast kokultúrákban azonosított hibridsejtek hasonló mesenchymalis morfológiát és SMA jelölődést mutattak, mint a parentális fibroblastok.

Az in vitro kokultúrák vizsgálatunk felvetik annak a lehetőségét, hogy a humán melanoma-fibroblast sejtfúzió egy új lehetséges mechanizmusa lehet a melanomában bekövetkező EMT-nek.

Csász Judit dr.<sup>1</sup>, Kunos Csaba dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>, Oroján Iván dr.<sup>1</sup>:

### Különleges lokalizációjú papuláris xanthoma

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Pathológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

A papularis xanthoma a non-Langerhans-sejtes histiocytosisok egy ritka formája, 1980-ban Winkelmann írta le elsőként. Fiatal vagy középkorú felnőtteket érint elsősorban, férfiaknál gyakrabban fordul elő.

2013. áprilisában 44 éves nőbeteg jelentkezett szakrendelésünkön columellára lokalizálódó, 12x10 mm-es, illetve 8 mm-es bőrszínű, puha tapintatú, néhány éve növekvő terimék miatt. Az elváltozások lokalizációja miatt sebészi eltávolítás mellett döntöttünk. A szövettani vizsgálat papularis xanthomát igazolt.

Az esetet ritka előfordulása és különleges lokalizációja miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Dózsa Anikó dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

### Sutton naevust utánzó melanoma

(Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc)

A szerzők egy 33 éves nőbeteg esetét ismertetik. A beteg anamnézisben nagyobb megbetegedés nem szerepelt. Bőrtípusa Fitzpatrick III. volt, rendszeresen járt szoláriumba. 2013. júliusban anyajegy szűrően jelentkezett, mert az előző évben 5 db új Sutton naevus-szerű maculát észlelt a törzsén. Dermatoszkópos vizsgálattal az egyik folt irreguláris pigmenthálózatot tartalmazott, halvány rózsaszín körgyűrűvel, széli részeken pseudopódiumokkal, alsó póluson a pigmentháló élesen megszakadt, a folt körül szabálytalan alakú halo alakult ki. Szövettani vizsgálattal a folt Clark III-IV, Breslow 0,9 mm vastagságú melanoma volt. Staging vizsgálatok során metasztatizásra utaló jelet nem észleltünk. A beteg kérésére egy újabb, Sutton naevus-szerű folt eltávolításra került, melynek szövettani diagnózisa dysplasticus naevus volt.

A halo naevus differenciáldiagnózisába beletartozik a Spitz naevus, congenitalis kék naevus és a melanoma is. A halo naevus melanocytar naevus, mely típusosan a hát felső részén helyezkedik el, a névsz egy depigmentált gyűrű közepén helyezkedik el és kisebb, mint 6 mm nagyságú, dermatoszkóppal szabályos szerkezetű, színe barna vagy rózsaszínű. A depigmentált gyűrű általában szimmetrikus. Ezzel szemben melanoma gyanú merül fel, ha a halo aszimmetrikus, a közepén lévő pigmentált folt/papula nagyobb, mint 6 mm, a pigmentfoltban dermatoszkóppal szabálytalan, melanomára jellemző struktúrákat észlelünk. Jellemző, hogy a halo naevus 6-15 éves

korban jelenik meg, míg melanoma esetén a megjelenés idősebb korban várható, multiplex megjelenéssel. Fontos, hogy multiplex halo-naevus felnőttkori megjelenése ocularis melanomával is együtt járhat. A halo jelenség hátterében a naevus sejtek ellen fellépő immunológiai reakció feltételezhető.

A szerzők esetükkel a benignus halo naevus differenciáldiagnosztikai jelentőségére szeretnék felhívni a figyelmet.

*Fábián Melinda dr.<sup>1</sup>, Tóth Veronika dr.<sup>1</sup>, Somlai Beáta dr.<sup>1</sup>, Hársing Judit dr.<sup>1</sup>, Kurolí Enikő dr.<sup>1</sup>, Rencz Fanni dr.<sup>2</sup>, Kuzmanovszki Daniella dr.<sup>1</sup>, Szakonyi József dr.<sup>1</sup>, Tóth Béla dr.<sup>1</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:*

#### **Terhesség asszociált melanomák klinikopatológiai jellemzőinek retrospektív vizsgálata**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék<sup>2</sup>, Budapest)

Terhesség asszociált melanomának (TAM) nevezzük minden olyan melanomát, amelyet vagy a terhesség során, vagy a szülést követő egy éven belül diagnosztizálnak. A melanoma az egyik leggyakoribb terhességi malignitás, incidenciája 1:1000-10000. A TAM túlélésével és klinikopatológiai adataival kapcsolatos irodalmak ellentmondóak, és az ösztrogén, valamint a progeszteron szerepe a tumor kialakulásában és progressziójában nem teljesen tisztázott.

Retrospektív vizsgálatunk a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán 2003-2014 között melanomával diagnosztizált 13-48 év közötti nőbetegekre terjedt ki. A vizsgált adatok közé tartozott a betegek életkora, a tumorok lokalizációja és stádium szerinti megoszlása, metasztázisok jelenléte, 5 éves túlélés, egyéb, nem melanoma típusú tumorok kialakulása, valamint a primer daganat szövettani jellemzői (szövettani típus, Breslow-féle tumor vastagság, Clark-féle inváziós szint, mitózis index, peritumoralis gyulladás, tumor sejtípus, szatellita, valamint vaszkuláris invázió, ulceráció, nekrozis és regresszió jelenléte). A TAM csoport adatait feldolgozva, a klinikopatológiai adatokat életkor és stádium szerint megegyező, nem terhes, melanomás nő-, valamint férfibetegekkel (NTAM, n=64) hasonlítottuk össze. A statisztikai analízist az SPSS verzió 22.2 (Armonk, NY: IBM Corp.) segítségével végeztük.

A 11 éves periódus alatt a melanomával diagnosztizált 18-45 év közötti nőbetegek száma 336 volt, ebből TAM 34 (10,1%) esetben került diagnózisra. A legtöbb TAM (67,6 %) korai (in situ és I-es) stádiumban került felismerésre, míg a progresszív III-as és IV-es stádium mindössze 14,7%-ban volt megfigyelhető. A vizsgált klinikopatológiai adatokban (a peritumoralis gyulladás kivételével) nem volt szignifikáns eltérés a 3 csoport között. A peritumoralis gyulladás előfordulása gyakoribb volt a TAM csoportban, illetve az „enye” peritumoralis gyulladás előfordulása szignifikánsan magasabb volt a TAM csoportban, mint a kontroll NTAM csoportban (p=0,032).

A fogamzóképes korban lévő nők között viszonylag magasnak bizonyult a graviditással összefüggésbe hozható melanomák előfordulása. Korábbi publikációkkal megegyezően, illetve saját eredményeink alapján elmondható, hogy a TAM primer szövettani jellemzői (a peritumoralis gyulladást kivéve) nem különböznek szignifikáns mértékben a nem terhességi melanomától. A vizsgált TAM csoportban a betegek túlélése kedvezőnek mondható, ami a korai diagnózissal és a kedvező stádiummegoszlással magyarázható.

*Fazekas Barbara<sup>1</sup>, Michael P. Charty dr.<sup>2</sup>, Németh István dr.<sup>1</sup>, Nagy Ferenc dr.<sup>3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Ádám Éva dr.<sup>3</sup>, Széll Márta dr.<sup>4</sup>:*

**A huCOP1 mennyiségének csökkentése keratinocitákban a tumorgenezisben fontos gének expressziójának változását váltja ki és szenzitivizálja a sejtek cisplatinra adott válaszreakcióját** (Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, Centre for Chromosome Biology, School of Natural Sciences, National University of Ireland Galway<sup>2</sup>, MTA-SZBK Növénybiológiai Intézet<sup>3</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>4</sup>, Szeged)

A Constitutive Photomorphogenic Protein 1 (COP1) egy E3 ubiquitin ligáz, mely számos fehérje ubiquitin-dependens proteozóma általi lebontásában vesz részt. Egyre több irodalmi adat tanúskodik az emlős COP1 tumorgenezisben betöltött szerepéről. Kutatócsoportunk korábban megmutatta, hogy a humán COP1 (huCOP1) kifejeződik humán keratinocitákban és represszálja a p53-függő tumor szuppressziót.

Annak érdekében, hogy meghatározzuk a huCOP1 tumor képződésben betöltött szerepét, tanulmányoztuk a megváltozott jelátviteli folyamatokat humán keratinocitákban a huCOP1 gén stabil csendesítését követően. Valós idejű real-time RT-PCR array módszerrel összehasonlítottuk a kontroll és a csendesített sejt vonalak génexpressziós profilját. Eredményeink arra utalnak, hogy a huCOP1 részt vesz a keratinociták tumor-releváns transzkripcionális szintű jelátviteli folyamataiban. Mivel a vizsgált gének többségének kifejeződése megemelkedett a huCOP1 csendesítését követően, feltételezzük, hogy a huCOP1 negatív szabályozó funkciót tölt be a vizsgált hálózatban. Immuncitokémia és western blot segítségével kimutattuk, hogy a huCOP1 részt vesz a MutS homolog 2 (MSH2) fehérje szintjének szabályozásában human keratinocitákban. Számos tumor-ellenes szer – beleértve a cisplatin – keresztkötéseket indukál a DNS-ben és a mismatch javító fehérjéknek, mint az MSH2, jelentős szerepük van a keletkezett hibák javításában, ily módon a genomikai stabilitás fenntartásában. Kimutattuk, hogy a huCOP1 csendesítése szenzitivizálja a sejtek cisplatinra adott válaszreakcióját.

Eredményeink arra utalnak, hogy a huCOP1 részt vesz a tumorgenezisben fontos sejt szintű útvonalak szabályozásában és a tumor ellenes cisplatin kezelésének hatását fokozza a hámsejtekben.

*Gáspár Krisztián dr.<sup>1</sup>, Kapitány Anikó dr.<sup>1</sup>, Baráth Sándor dr.<sup>2</sup>, Káplár Zoltán dr.<sup>1</sup>, Szegedi Andrea dr.<sup>1</sup>:*

#### **Allergén specifikus immunterápia atópiás dermatitisben**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék, Bőrgyógyászati Allergológiai Nem Önálló Tanszék<sup>1</sup>, Debreceni Egyetem ÁOK, Laboratóriumi Medicina Tanszék<sup>2</sup>, Debrecen)

Az atópiás dermatitis (AD) egy krónikus, relapsusokat mutató gyulladós bőrbetegség, melynek kialakulásában genetikai és környezeti faktorok (pl. allergének) játszanak szerepet. Az allergén specifikus immunterápia (ASIT) alkalmazási területe a rovarmég allergia, valamint a szénanátha és az enyhe extrinszcis asztma; alkalmazásáról AD-ben csak néhány, egymásnak ellentmondó eredményeket bemutató vizsgálat született.

Célul tűztük ki az ASIT hatásának vizsgálatát a klinikai és szubklinikai változókra házipor atkával szenzitivizált, allergiás rhinitisben és AD-ben is szenvedő betegekben.

A betegek klinikai (státusz; betegség-specifikus kérdőívek), immunológiai és gyulladós [regulatív és effektor T sejtek, dendritikus sejtek (DC) meghatározása – áramlási citometria; szérumszerű allergén specifikus IgE meghatározása – ELISA; atopy patch teszt (APT), prick teszt], valamint bőr barrier (Filaggrin mutáció meghatározása – molekuláris genetikai vizsgálat; szérumszerű TSLP szint – ELISA; TEWL meghatározása – Tewameter) paramétereit vizsgáltuk az ASIT kezelés előtt és alatt, kontroll betegcsoporttal összehasonlítva.

A klinikai és barrier változók tekintetében ASIT hatására erőteljes javuló tendenciát figyeltünk meg a kiindulási értékek és a kontroll csoport értékeihez viszonyítva is, ráadásul a 6 hónapos objektív SCORAD mérése során szignifikáns javulást tapasztaltunk a kontroll csoporthoz képest. Az immunológiai paramétereket tekintve a CD83 és CD86 DC aktivitási markerek csökkenését detektáltuk ASIT hatására a kontroll és a kiindulási értékekhez viszonyítva. Az APT az összes ASIT kezelésen átesett beteg esetében negatívvá vált, és a szérumszerű TSLP szint is tendenciáusan lecsökkent a 6. hónapra a kiindulási és a kontroll csoporthoz képest.

AD hátterében összetett patogenezis áll, mely kezelése összetett terápiát kíván. Az ASIT hatására kialakuló és az irodalomban korábban leírt immunológiai változások mellett fontos az eddig még nem tanulmányozott fiziko-kémiai barrier változónak vizsgálata is.

*Gergely Brigitta dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>, Oroján Iván dr.<sup>1</sup>:*

#### **Pemphigus herpetiformis**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

A 64 éves nőbetegnél 3 hónapja testszerte jelentkező bullosus bőrtünetek alakultak ki. Anamnéziséből nyelőcső nem elzsarúsodó laphám carcinoma miatti kezelés emelendő ki. Kezdetben a területileg illetékes Bőrgyógyászati szakrendelésen autoimmun hólyagos betegség gyanúja miatt 2x4 mg methylprednisolont állítottak be. Diagnosztikus vizsgálatok nem történtek. A beteg anamnézisést és a klinikai képet figyelembe véve, elsősorban tumor asszociált autoimmun hólyagos betegség merült fel. Az elvégzett szövettani vizsgálaton kifejezett spongiosis, eosinophil spongiform vesiculatio volt látható subepidermalis résképződés nélkül. A DIF vizsgálat negatív volt. A beteg ekkor négy napja nem kapott szteroid kezelést. A fenti diagnózisunkat továbbra is fenntartva, ismételt szövettani mintavétel történt, amelyen már intraepithelialis vesiculumokban, fibrinhálóba ágyazva eosinophil és neutrophil leukocyták voltak azonosíthatók acantholyticus sejtek mellett. A DIF vizsgálaton complement 3, IgG intercellularis pozitívítás volt. Az utóbbi szövettani vizsgálat és a kiegészítő vizsgálatok alapján a pemphigus herpetiformis diagnózisát állítottuk fel. Az esetet a betegség ritkasága és a klinikusok által a gyakorlatban oly sokszor látott „diagnózis nélküli szteroid kezelés” miatt találtuk bemutatásra érdemesnek.

*Gubán Barbara<sup>1</sup>, Vas Krisztina dr.<sup>1</sup>, Manczinger Máté dr.<sup>1</sup>, Bebes Attila dr.<sup>1</sup>, Groma Gergely dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>2</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

**A fibroblasztok által termelt fibronektin abnormális regulációjának szerepe pikkelysömörben**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>2</sup>, Szeged)

A pikkelysömörös léziós bőrben végbemenő keratinocita hiperproliferáció egyik lehetséges oka a fibroblasztok által termelt keratinocita növekedési faktor (KGF), amely hatását elsősorban a fibroblaszt növekedési faktor receptor 2 IIIb variánsán (FGFR2-IIIb) keresztül fejt ki, indukálva többek között az  $\alpha 5$  integrin expresszióját. Az  $\alpha 5$  integrin egy kulcsfontosságú interakciós partnere az extracelluláris matrixot tartalmazó fibronektinnek (EDA+FN). Korábbi munkáink azt mutatják, hogy pikkelysömörös, nem léziós bőrben, az  $\alpha 5$  integrin, az EDA+FN, a KGF, valamint az FGFR2 fehérje magasabb szinten expresszálódik az egészséges bőrhöz képest. Ezen eredményeink alapján célul tűztük ki az EDA+FN és a KGF közötti lehetséges szabályozási kapcsolat vizsgálatát, valamint az EDA+FN és a fibronektin (FN1) termelését befolyásoló jelátviteli mechanizmusok meghatározását.

Normál humán fibroblasztokat kezeltünk humán rekombináns KGF-el. A KGF jelátvitelben alapvető szerepet játszó molekulák gátlásához a következő inhibitorokat használtuk: PD 098059 (MEK1), Epigallocatechin gallate (STAT1) és Stattic (STAT3). In silico modellünk alapján azt feltételezzük, hogy a MEK1 aktivitásának megváltozása a peptidyl-prolyl isomerase G-n (PPIG) keresztül az EDA+FN expressziójának növekedéséhez vezet. Kimutattuk, hogy az aktivált STAT1 negatív módon regulálja az FN1 és az EDA+FN termelését egészséges bőrből származó fibroblasztokban. Ezzel szemben, ez a szabályozás nem volt megfigyelhető nem léziós bőrből származó fibroblasztokban. Továbbá a STAT1 aktivált formában található mind a normál, mind pedig a léziós bőrben, ellenben a nem léziós bőrben inaktív alakban van jelen.

KGF kezelés hatására a fibroblasztokban emelkedett az EDA+FN fehérje mennyisége, ez a növekedés a MEK1 inhibitorával gátlható volt. In silico modellünk alapján azt feltételezzük, hogy a MEK1 aktivitásának megváltozása a peptidyl-prolyl isomerase G-n (PPIG) keresztül az EDA+FN expressziójának növekedéséhez vezet. Kimutattuk, hogy az aktivált STAT1 negatív módon regulálja az FN1 és az EDA+FN termelését egészséges bőrből származó fibroblasztokban. Ezzel szemben, ez a szabályozás nem volt megfigyelhető nem léziós bőrből származó fibroblasztokban. Továbbá a STAT1 aktivált formában található mind a normál, mind pedig a léziós bőrben, ellenben a nem léziós bőrben inaktív alakban van jelen.

Ezen eredményeink arra engednek következtetni, hogy a STAT1 aktivitásának szabályozásában bekövetkező változások regulálják az EDA+FN és az FN1 termelését, amely hozzájárulhat a krónikus gyulladásos fenotípust megelőző preaktivált stádium fenntartásához pikkelysömörben, nem léziós bőrben. Kísérletes eredményeink egy új szabályozási mechanizmusra mutatnak rá egészséges bőrből származó fibroblasztokban, valamint ezen jelátviteli rendellenes működése figyelhető meg pikkelysömörben, nem léziós bőrből származó fibroblasztokban.

*Hersényi Krisztina dr.<sup>1</sup>, Pap Dalma dr.<sup>2</sup>, Polgár Karolina dr.<sup>2</sup>, Jókai Hajnalka dr.<sup>1</sup>, Wikonkál Norbert dr.<sup>1</sup>, Inotai Dóra<sup>3</sup>, Tordai Attila dr.<sup>4</sup>, Rencz Fanni dr.<sup>5</sup>, Brodszky Valentin dr.<sup>5</sup>, Gulácsi László dr.<sup>5</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>, Holló Péter dr.<sup>1</sup>:*

**Infekciók potenciális szerepe anti-TNF- $\alpha$  kezelés hatásvesztésének hátterében psoriasisban**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK<sup>2</sup>, Országos Vérellátó Szolgálat<sup>3</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet<sup>4</sup>, Budapest, Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék<sup>5</sup>, Budapest)

Jelen retrospektív vizsgálatunk során anti-TNF- $\alpha$  kezelést kapó betegek körében az infekciók és guttált fellángolás előfordulásának gyakoriságát, valamint a genetikai háttér vizsgálatát végeztük. 190 súlyos psoriasisban szenvedő beteget vontunk be vizsgálatunkba. Az akut, illetve krónikus fertőzések regisztrálása mellett a terápiaváltás szükségességét, valamint a betegek HLA-Cw6, -Cw2 haplotípusát – mint genetikai predisponáló faktorokat – is vizsgáltuk. Azon betegek esetében, akiknél a terápia módosítására volt szükség, szignifikánsan magasabbnak bizonyult az akut – főként felső légúti fertőzések – és krónikus infekciók, valamint a bőrtünetek guttált fellángolásának előfordulása. A HLA-Cw6 allél szignifikánsan gyakoribb a psoriasisos betegek körében a magyar normál populáció adataihoz viszonyítva. Szignifikáns összefüggést a HLA-Cw6 pozitívítás és a terápiás válaszkészség között nem tudtunk kimutatni. Közel szignifikánsnak bizonyult az HLA-Cw2 allél hordozás és a jó terápiás válaszkészség közötti kapcsolat. Vizsgálatunk rávilágít, hogy az akut, illetve krónikus infekciók – amelyet gyakran klinikailag a bőrtünetek guttált fellángolásaként láthatunk – oki tényezőként szerepelhetnek a TNF- $\alpha$  gátló szer alkalmazásának hátterében. A biológiai kezelés megkezdése előtt, illetve a terápia során, igen fontos az infekciók forszírozott keresése és gondos szanálása.

*Jean Philippe Lacour dr.<sup>1</sup>, Ildikó Irtó dr.<sup>2</sup>, Yves Dutronc dr.<sup>3</sup>, Lu Zhang dr.<sup>4</sup>:*

**Az ixekizumab etanercepthez és placebohoz viszonyított hatásosságának bemutatása előzetesen biológiai terápiában részesülő és nem részesülő betegek esetében: az UNCOVER-2, plakcos psoriasisban szenvedő betegek III. fázisú klinikai vizsgálatának eredményei**

(Service de Dermatologie, Hôpital l'Archet CHU de Nice<sup>1</sup>, Lilly Hungária Kft.<sup>2</sup>, Lilly France<sup>3</sup>, Eli Lilly & Company<sup>4</sup>)

Az ixekizumab egy anti-IL-17A monoklonális antitest. Az alcsoportelemzés célja az ixekizumab hatásosságának felmérése a mérsékelt vagy súlyos plakcos psoriasisban szenvedő, korábban biológiai terápiában részesült (EB), illetve nem részesült betegek (NB) körében.

1224 beteget a következőképpen randomizáltak: a betegek placebo (N=168), etanerceptet (két hetente 50 mg, N=358), vagy a 0. hét 160 mg-os dózisa után 80 mg subcutan ixekizumab injekciót kaptak 2 hetente egyszer (IXE Q2W, N=351) vagy 4 hetente egyszer (IXE Q4W, N=347). A 12. héten a betegek  $\geq 75\%$ -os javulást mutató hányada, a PASI 75 (Psoriasis Area and Severity Index), az sPGA 0/1 (static physicians global assessment) és a teljes gyógyulást elérők aránya (PASI 100) került kiértékelésre az EB és a NB betegek alcsoportjaiban. A kezelt csoportokat a Fisher-teszt segítségével hasonlították össze. Minden egyes alcsoportnál a hiányzó értékek "non-response"-ként, azaz nem reagálóként számítottak.

Az EB és NB alcsoportokban 288, ill. 936 beteg eredményei kerültek kiértékelésre. A PASI 75 válaszok aránya az IXE Q2W (EB 92,9%; NB 88,8%) és IXE Q4W (EB 74,1%; NB 78,6%) nagyobb volt, mint a placebo (EB 0,0%; NB 3,2%;  $p < 0,05$ ) és etanercept (EB 30,3%; NB 44,3%;  $p < 0,05$ ) esetében. Ehhez hasonlóan a sPGA 0/1 válaszok aránya az IXE Q2W (EB 84,5%; NB 82,8%) és az IXE Q4W (EB 67,1%; NB 74,8%) esetében nagyobb volt, mint a placebo (EB 0,0%; NB 3,2%;  $p < 0,05$ ) és etanercept (EB 30,3%; NB 37,6%) esetében. A PASI 100 válaszok aránya az EB és az NB alcsoportokban is szignifikánsan magasabb volt az IXE Q2W (EB 48,8%; NB



37,8%) és az IXE Q4W (EB 22,4%; EB 33,6%) esetén a placebohoz (EB 0,0%; NB 0,8%;  $p < 0,05$ ) és az etanercepthez (EB 5,3%; NB 5,3%;  $p < 0,05$ ) viszonyítva.

A mérsékelt vagy súlyos plakkos psoriasisban szenvedő betegek körében mindkét 80 mg-os adagolású ixekizumab (kéthetente és négyhetente adagolva) sokkal hatékonyabb volt, mint a placebo vagy az etanercept, függetlenül attól, hogy a beteg korábban részeült-e biológiai terápiában vagy sem.

*Kunos Csaba dr.<sup>1</sup>, Kosztolányi Gábor dr.<sup>1</sup>, Mari Béla dr.<sup>1</sup>, Oroján Iván dr.<sup>2</sup>:*

### **Bőrdefektus pótlása columellán subnasalis transposíciós lebonyplasztikával**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Bőrszészeti Részleg<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

Columellán elhelyezkedő basocellularis carcinoma kimetszését követően a keletkezett bőrdefektust egy ritkán alkalmazott lokális lebonyplasztikai megoldással, subnasalis transposíciós lebonyplasztikával fedtük. A lebeny jó esztétikai eredménnyel alkalmazható a columella bőrhíányának pótlására a vestibulum torzítása nélkül, minimális donorterületi morbiditással. Az esetünk bemutatásával szeretnénk ezt a lebonyplasztikai megoldást ismertetni.

*Paluska Márta dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>, Oroján Iván dr.<sup>1</sup>:*

### **Kiterjedt lichen ruber planus esete**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

A lichen ruber planus ismeretlen eredetű, T-sejt mediálta gyulladós bőrbetegség, mely a kültakaró mellett a nyálkahártyákat, bőrfüggelékeket és nemi szerveket is érintheti. 36 éves férfi beteg esetét mutatjuk be, akinek az anamnézisében belgyógyászati betegség nem szerepelt. A fizikális vizsgálat során a törzsön, az alsó és felső végtagokon, nemi szerveken kiterjedten halványrózsaszín, fénylő felszínnű, hevesen viszkető papulákat, a tenyereken és talpakon összefüggő lemezes hámhlást, livíd, néhol sárgásan elszíneződött vesiculosus tüneteket, buccalisan elágazódó fehér rajzolatot észleltünk. Részletes kivizsgálás során (rutin labor, hepatitisz szerológia vizsgálat, mellkas RTG, hasi UH) organikus eltérés nem igazolódott. A bal csuklón lévő tünetekből szövettani mintavétel történt, melyből a lichen ruber planus diagnózist állítottuk fel. Napi 20 mg acitretin kezelés beállítását követően 1 hónappal a beteg bőr- és szájnálkahártya tünetei teljes remisszióba kerültek.

A kiterjedt, nem csak a kültakarót, hanem a nyálkahártyákat és a nemi szerveket érintő lichen ruber planus ritka előfordulása miatt tartottuk az esetet bemutatásra érdemesnek.

*Rózsa Annamária dr.:*

### **Lymphangiomatosis scroti**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerzők egy 21 éves férfibeteg kóresetét ismertetik, akinél kb. 8 éve jelentkeztek először scrotum tájékon papillomatosus növedékek. 2014. decemberében a beteg scrotum, ill. penis tájékra, valamint jobb oldali gluteális régióra lokalizálódó kifejezett oedema, erythema és lázas állapot miatt került felvételre. Kombinált antibiotikum kezelés hatására az akut gyulladás szanálódott, genitáliák oedemája viszont változatlanul fennállt. Scrotum bőrén lévő fibromatosus szövetszaporulatból szövettani vizsgálat történt, amely lymphangioma circumscriptumot igazolt. Lymphoscintigráfiás és kismedence CT vizsgálat patológiás nyirokcsomót nem írt le, scrotum területéről csak egyirányú akadályozott nyirokelvezetés volt kimutatható. Urológiai vizsgálatot követően a számos lymphangioma miatt scrotum resectio és reconstitutio történt. Műtétet követően krónikus genitális lymphoedema továbbra is fennáll a betegnél. A szerzők az esettel a genitális régióban jelentkező fibromatosus elváltozások differenciáldiagnosztikájára, ill. a genitális lymphoedema terápiás nehézségére hívják fel a figyelmet.

*Szél Edit dr.<sup>1</sup>, Bozó Renáta<sup>1</sup>, Hunyadi-Gulyás Éva dr.<sup>2</sup>, Manczinger Máté dr.<sup>1</sup>, F. Medzihradsky Katalin dr.<sup>3</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>4</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>4</sup>, Groma Gergely dr.<sup>4</sup>:*  
**A pikkelysömör proteomikai vizsgálata**  
(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, MTA Szegei Biológiai Kutatóközpont<sup>2</sup>, Szegei, Department of Pharmaceutical Chemistry<sup>3</sup>, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>4</sup>, Szegei)

A pikkelysömör a népesség 1-3%-át érintő krónikus gyulladós bőrbetegség. Patológiai körülmények között bizonyos fehérjéknel bekövetkezhet mennyiségbeli változás, de akár oldékonyságbeli eltérés is, mely nem párosul mennyiségi változással. Ez utóbbi oldékonyságon alapuló szekvenciális fehérje extrakcióval mutatható ki. Célul tűztük ki az egészséges, pikkelysömörös tünetmentes és tünetes bőrminták proteomikai analízissel történő összehasonlítását – különös hangsúlyt fektetve az extracelluláris mátrix (ECM) fehérjeszintű elváltozásainak megismerésére.

Fehérjekivonáshoz 3 beteg tünetmentes és tünetes, valamint 4 egészséges donor bőrmintáit használtuk. A szekvenciális fehérje kivonás során 1. extrakciós pufferként TBS-t, 2. extrakciós pufferként magas sókoncentrációjú, EDTA tartalmú oldatot használtunk. A 3. extrakciós puffer SDS-t tartalmazott, végül guanidin-hidrokloridot tartalmazó pufferben végeztünk fehérjekivonást. Az extraktumokat magas pH-jú, fordított fázisú kromatográfiával és LC-MS/MS analízissel vizsgáltuk.

Az analízis eredményeképpen ~2100 fehérjét azonosítottunk, melyek közül ~100 részt vesz az ECM organizációban. 163 fehérje csak az egészséges, 51 fehérje kizárólag a pikkelysömörös tünetmentes, míg 236 fehérje csak a tünetes mintákban fordul elő. További 81 fehérje egészséges mintákban nem, de mindkét pikkelysömörös mintában jelen van. A háromféle bőrmintát összehasonlítva a relatív peptidszám alapján legalább kétszeres változást mutató fehérjék közel 13%-a a szakirodalomból ismert köthető a pikkelysömörhöz.

A proteomikai vizsgálat lehetővé tette nagyszámú fehérje mennyiség- és oldékonyságbeli változásának azonosítását. Számos pikkelysömörrel kapcsolatban már ismert fehérje szintű változást találtunk, melyek összhangban vannak a betegség patomechanizmusáról alkotott jelenlegi ismeretekkel. Az újonnan azonosított potenciális eltérések validálást követően lehetőséget biztosíthatnak a patomechanizmus mélyebb megértésére.

*Szlávicz Eszter dr.<sup>1</sup>, Oláh Péter<sup>2</sup>, Szabó Kornélia dr.<sup>1</sup>, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>, Széll Márta dr.<sup>3</sup>:*

**Humán keratinociták globális transzkriptom analízise az SFRS18 és LUC7L3 splicing regulátorok csendesítését követően**  
(Szegei Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szegei, Szegei Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Biológiai Intézet<sup>2</sup>, Szegei, Szegei Tudományegyetem ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet<sup>3</sup>, Szegei)

A LUC7L3 és SFRS18 splicing regulátorokat egy közelmúltban elvégzett cDNS microarray vizsgálatban azonosítottuk: T-limfokin kezelés hatására ezek a faktorok eltérő kifejeződés-változást mutattak a pikkelysömörös tünetmentes epidermiszben, összehasonlítva az egészséges mintákkal. Mivel a pikkelysömörben tapasztalható splicing rendellenességeket mindeddig alig tanulmányozták, a LUC7L3 és az SFRS18 splicing regulátorok további vizsgálata mellett döntöttünk.

A témával kapcsolatos kutatások egyik fontos kérdése, hogy milyen jelátviteli ösvényekre vannak hatással az említett splicing faktorok. Ennek a kérdésnek a megválaszolására mindkét regulátort siRNA módszerrel csendesítettük, majd globális transzkriptom analízist hajtottunk végre, ezt követően pedig összehasonlítottuk a páros csendesítés hatására fellépő expressziós profil változásokat. Célunk differenciálisan expresszázó gének kimutatása, splicing mintázat változások leírása és az eredmények alapján molekuláris hálózatok azonosítása, illetve gének kiválasztása további analízisre.

Kísérleteinkhez HPV-immortalizált humán keratinocitákat használtunk. A LUC7L3 és az SFRS18 splicing regulátorokat legalább

70%-os hatékonysággal csendesítettük a kontroll mintákhoz képest. A minőségellenőrzést követően elvégeztük a minták paired-end RNS szekvenálását (RNA-Seq) Illumina HiScanSQ segítségével. Ezt a lépést a transzkript-szintű differenciális expresszió és az egyes izoformák egymáshoz viszonyított arányának mérése követte. Kísérletünk során 185 olyan gént azonosítottunk, amelyek mRNS érési mintázata robusztusan megváltozik a páros csendesítést követően, ezek közül több, mint 60% mutatott egymással is kapcsolatot ko-expresszió vagy molekuláris funkció szintjén. A találatok között szerepelt több protoonkogén, sejtciklus-szabályozó és citokin receptor is.

A területen végzett kutatások segíthetik annak tisztázását, hogy az egyes splicing eltérések milyen szerepet töltenek be a pikkelysömör patogenezisében, egyúttal lehetővé teszik a krónikus gyulladásos kórkép molekuláris hátterének komplexebb megértését is.

Szöllősi Szilvia dr., Hodossy-Virágh Andor dr., Török László dr., Oroján Iván dr.:

#### Argyria

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

Az argyria a görög „argyros” szóból származik, mely ezüstöt jelent. A kórkép a bőr ezüst hatására létrejövő palaszürke elszíneződése, mely legkifejezettebben a napfénynek kitett bőrterületeken jelentkezik.

Már a 19. század közepétől ismert volt orvosi körökben, hogy az ezüst tartalmú szerek a bőr elszíneződését okozhatják.

A betegség a bőrintettségén kívül a conjunktíván, nyálkahártyán, körömlemezeken, ritka esetben a zsigeri szervekben is jelentkezhet.

Esetbemutatásunkban több éves ezüstkolloid fogyasztás után kialakuló bőr- és körömlemez tüneteket, a kórkép diagnosztikáját, illetve a felmerülő differenciáldiagnosztikai lehetőségeket járjuk körbe.

Esetünket a paramedicinális készítmények felelőtlen használatában rejlő veszélyek, illetve az egyre inkább csökkenő incidenciá miatt tartjuk alkalmasnak a bemutatásra.

Tax Gábor<sup>1</sup>, Szabó Kornélia dr.<sup>2</sup>, Urbán Edit dr.<sup>3</sup>, Palotás Zsuzsanna<sup>2</sup>, Puskás Róbert<sup>4</sup>, Kónya Zoltán dr.<sup>5</sup>, Bíró Tamás dr.<sup>6</sup>, Kemény Lajos dr.<sup>1</sup>:

#### A *Propionibacterium acnes* által termelt propionsav szerepe az acne vulgaris patogenezisében

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika<sup>1</sup>, Szeged, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport<sup>2</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet<sup>3</sup>, Szeged, Szegedi Tudományegyetem, Alkalmazott és Környezeti Kémiai Tanszék<sup>4</sup>, Szeged, MTA-SZTE Reakciókinetikai és Felületkémiai Kutatócsoport<sup>5</sup>, Szeged, MTA-DE Lendület Sejtéletani Kutatócsoport; Debreceni Egyetem, Immunológiai Intézet<sup>6</sup>, Debrecen)

A *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) baktérium az egyik legjelentősebb tagja a bőr mikroflórájának, főként a faggyúban gazdag területeken, kolonizációja a serdülőkori megnövekedett faggyútermeléshez kapcsolható. Korábbi eredményeink alapján ismert, hogy a baktérium törzs- és dózisspecifikus módon képes befolyásolni a humán epidermális keratinociták sejtbiológiai folyamatait, melyben fontos szerepe lehet a baktérium által termelt metabolikus termékeknek, mint a propionsavnak (PA).

Munkánk során ezért célul tűztük ki annak vizsgálatát, hogy a PA szerepet játszik-e humán epidermális keratinociták *P. acnes*-indukálta sejtbiológiai folyamataiban. Ennek vizsgálatához PA-val és különböző dózisu és filogenetikai csoportba tartozó *P. acnes* törzsekkel (*P. acnes* 889, ATCC 11828, 6609) kezeltünk HPV-KER sejteket, és meghatároztuk a tenyésztő folyadék pH változását, valamint a baktérium által termelt ecetsav és propionsav mennyiségét tömegspektrometriás módszerrel. A hámsejtek baktérium által indukált morfológiai változásait és citotoxicitásait immunfluoreszcens mikroszkópos analízissel és LDH méréssel detektáltuk.

Eredményeink azt mutatták, hogy a patogén törzsek (889 IA, ATCC 11828 II) több PA-t termeltek, így ezek a tenyésztőfolyadék fokozottabb pH csökkenését eredményezték. Spektrofotometriás nö-

vekedési vizsgálatokban igazoltuk, hogy a nagyobb mértékű PA termelése a két törzs gyorsabb növekedésének eredménye a *P. acnes* 6609-es klinikai izolátummal összehasonlítva.

A *P. acnes* 889 és ATCC 11828 törzsek a keratinociták citotoxicitását, valamint morfológiai változását indukálta, mely nem volt megfigyelhető az egészséges bőrről izolált (6609) baktériumok esetében. A sejtek direkt PA kezelése, majd mikroszkópos vizsgálata során hasonló morfológiai változásokat, valamint a sejtmembrán lefűződését is megfigyeltük, ami megegyezett a magas dózisu *P. acnes* 889 és ATCC 11828 baktérium kezelése hatásával.

Eredményeink arra utalnak, hogy a PA szerepe a bőrben komplex: egyrészt szerepet játszik a savas pH fenntartásában, másrészt a humán sejtek energiaigényének biztosításában. Ha azonban a *P. acnes* baktérium túlzott növekedése, vagy metabolikus aktivitása révén a PA koncentrációja megemelkedik, annak káros hatásai is lehetnek. Az ennek eredményeképpen kialakuló szövetkárosodás és a baktérium által indukált veleszületett immunfolyamatok aktivációja együttesen fontos szerepet játszhat az acne vulgaris kialakulásában.

Várady Zoltán dr.:

#### A seprűerek mikrosebészeti kezelése

(Venenklinik Frankfurt)

A seprűerek bizonyos helyeken annyira kitágulnak, hogy vénás minianeurizmáknak tekinthetők. Ezek nem csak kozmetikai hibák, amennyiben megpattannak, komoly vérzéseket tudnak okozni.

Ennek oka többek közt, hogy ezeknek a capillarvénáknak nincsen izomrétege, és így nem tudnak összehúzódni, hogy a vérzés megálljon.

A seprűerek ilyen elváltozása nem csak kozmetikai, hanem egészségügyi probléma is, mert a vérzés mellett égő, szúró és bizsergő kellemetlen érzést okoznak.

A sclerotizálás lényege a vénában egy műgyulladás provokálása, melynek következménye, hogy a benne lévő vér megalvad. Minél több alvadéktól marad vissza, annál nagyobb a lehetősége a pigmentképződésnek a bőrben, amelyek viszont kozmetikailag nem kívánt barnás foltokat okoznak. Ezért a vénát fel kell szűrni, hogy az alvadéktól távolítsa el, ami nem mindig vezet eredményhez, amellyel fájdalmas.

A poszter bemutatja az általam kidolgozott módszert, amivel egyszerűen el lehet jutni a megoldáshoz.

Várady Zoltán dr.:

#### Minimal invazív véna sebészet

(Venenklinik Frankfurt)

Az utóbbi időben az egész sebészet a minimalinvazív irányba indult el. A phlebológiában már több, mint 30 éve ezt az irányt vezettem be. A betegek nem csak jó orvosi, hanem kozmetikailag is szép eredményt várnak el. Ezt a minisebészettel lehet elérni, ahol a betegeknek a visszereit vágás nélkül, helyi érzéstelenítésben távolítjuk el. A Várady-féle módszerrel és műszerekkel optimális eredmény érhető el.

Ez a beavatkozás a rendelők kisebb műtőjében is elvégezhető. Ezután cca. 1 órát marad fekvő és fáslizva a beteg, utána saját lábán távozhat. Pár nap kímélés után visszatérhet a megszokott életviteléhez.

Veres Klára dr.<sup>1</sup>, Gál Andrea Izabella dr.<sup>1</sup>, Noll Judit dr.<sup>1</sup>, Vass Viktória dr.<sup>2</sup>, Szalai Zsuzsanna Zsófia dr.<sup>1</sup>:

#### Subungualis terime a gyermekbőrgyógyászatban – diagnosztikus kihívások

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Heim Pál Gyermekkorház, Pathológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

A 8 éves fiúgyermek jobb lábán, a IV. ujjon először 2014. tavaszán észlelték köröm megvastagodást. Orvosi ellátásban először fél évvel később részesült: a körme alatti növedék cryoterápiájára történt két alkalommal, majd otthonában verruca ellenes ecsetelést alkalmazott. Progrediáló tünetei miatt 1 hónappal később a subungualis teri-

me sebészetileg in toto eltávolításra került. A szövettan superficiális acralis fibromyxoma lehetőségét vetette fel.

2 hónappal később a korábban eltávolított képlet helyén recidíva jelentkezett. Érzékeny, fájdalmas, jól körülhatárolt, erythemás nodust észleltünk, ekkor a gyermeket hospitalizáltuk. A szövettani mintavétel megelőzően csontérintettség kizárására röntgen felvétel készült: szabálytalan körömperc, illetve az oldalirányú felvételen dorsalisán elődomborodó csontdarab ábrázolódott. A klinikai kép és a típusos röntgenlelet birtokában a szövettani diagnózist revideáltuk és subungualis exostosisként kezeltük az elváltozást.

A subungualis exostosis típusos esetben a hallux distalis-medialis részén jelentkező, nagy recidíva hajlamot mutató, gyakran fájdalmas, körmöt deformáló, benignus elváltozás. A subungualis lokalizáció miatt a diagnosztikus lehetőségek szűkkörűek, de a malignus tumorok lehetőségének kizárása alapvető fontosságú. A terápia minden esetben a képlet teljes eltávolítása, hiszen gyakran megfelelő sebészi excisio után is recidivál.

Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet a subungualisan észlelt terimék esetén a könnyen elérhető röntgenvizsgálat fontosságára, mely diagnosztikus jelentőségű, a subungualis exostosis bizonyításhoz vagy kizárásához elengedhetetlen.

*Bánvölgyi András dr.<sup>1</sup>, Tóth Orsolya dr.<sup>1</sup>, Hidvégi Bernadett dr.<sup>1</sup>, Arányi Zsuzsanna dr.<sup>2</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>:*

#### **Conus-cauda szindróma okozta szokatlan lokalizációjú fekélyek fiatal férfinel**

(Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Budapest, Semmelweis Egyetem ÁOK, Neurológiai Klinika<sup>2</sup>, Budapest)

A conus-cauda szindróma a lumbo-sacralis gerincszakasz conus medullaris és cauda equina részének együttes károsodása miatt kialakuló folyamat. A beidegzési területeknek megfelelően motoros, szenoros, illetve viscerális károsodások léphetnek fel. 26 éves férfi esetét mutatjuk be, akinél nyolc évvel ezelőtt bicikli baleset következtében az L1 csigolya fracturája miatt alakult ki a permanens perinealis hypaesthesia, átmeneti részleges vizelelési zavar mellett, a motoros funkciók nem károsodtak. A sérülést követően nyolc évvel perianalisan, az anussatornába terjedően, illetve a gluteusok medialis oldalán, mindkét oldalt egy-egy fájdalmas, hyperkeratoticus szegélyű, tiszta sebalapú fekély jelent meg. A beteg fiatal életkora miatt felmerült szexuálisan terjedő betegségek lehetősége, mint syphilis, LGV vagy CMV fertőzés, melyeket laboratóriumi vizsgálatokkal kizártunk. Ideggyógyászati vizsgálat, illetve képalkotó vizsgálatok igazolták a conus-cauda szindrómát. A fekélyek szokatlan lokalizációját a beteg mindennapos biciklizése, a nyereg mechanikus hatása magyarázta. Terápiaként a provokáló faktor kiküszöbölése után hidrokolloid és kettős antimikrobiális habkötszereket alkalmaztunk, emellett a glutealis fekélyek gyorsan gyógyultak, a perianalis seb is javult. Esetünkkel ezen ritka neurológiai kórkép egyedi szövődésére szeretnénk felhívni a figyelmet.

*Czirbesz Kata dr.<sup>1</sup>, Gorka Eszter dr.<sup>1</sup>, Horváthy-Kovács Anikó dr.<sup>1</sup>, Pörneczy Edit dr.<sup>1</sup>, Melegh Krisztina dr.<sup>1</sup>, Pánczél Gitta dr.<sup>1</sup>, Kovács Péter<sup>2</sup>, Liszky Gabriella dr.<sup>1</sup>:*

#### **Cutan angiosarcoma. Esetbemutató**

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Budapest, Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg<sup>2</sup>, Budapest)

A cutan angiosarcoma egy ritka, az erek, nyirokerek endotheljéből vagy angioblastokból lappangva kialakuló, az esetek többségében rossz prognózisú, agresszív tumor. 74 éves férfi betegünk 2013. júniusában jelentkezett a homlokán fél éve növekvő, a bőr szintjében elhelyezkedő, kb. 6 cm átmérőjű, halványbarna, szinte alig észrevehető, hámló, distalisán tágult érrel határolt plakk miatt. Az előző évben több alkalommal fordult emiatt orvoshoz, kontakt dermatitisnek, illetve egyéb benignus bőrelváltozásnak gondolták. Az atípusos klinikai képre való tekintettel biopsziás mintavétel történt, a szövettani vizsgálat jól differenciált angiosarcomát véleményezett. 2013. júliusában koponya CT vizsgálat a homlokban bal oldali dominanciával intenzív felszíni cutan-subcutan kontraszthalmozást írt le csontérintettségre utaló jel nélkül. 2013. szeptemberében intézetünk fej-nyak sebészetén megtör-

tént a tumor excíziója, a szövettani vizsgálat a dermis teljes vastagságát, subcutist, izomzatot involváló Gr1 morphológiájú angiosarcomát igazolt. Mivel a tumor eltávolítása az épben, de basalisan csupán 0,5 mm-es biztonsági sávval történt, felmerült posztoperatív irradiáció lehetősége, azonban az a bőrlebeny megtapadását oly mértékben veszélyeztette volna, hogy onkoteam szakbizottság a beteg szoros observációját javasolta. Betegünk kontroll vizsgálati során, illetve legutóbbi 2015. szeptemberi megjelenésekor mind fizikálisan, mind képalkotó vizsgálatokkal tumormentes volt. Az angiosarcomának jellegzetes klinikai megjelenési típusa idősebb férfiak homlokán, hajas fejbőrén kialakuló daganat. Etiológiája nem ismert. Az esetek 10%-ában krónikus lymphoedemához társul, például regionális blokkdisszekciót követően, illetve ismert posztirradiációs, vagy beültetett idegen testekhez társuló formája. A bőr angiosarcomájának klinikai képe kezdetben félrevezető lehet. A soliter vagy multifokális erythema, később elmosódott szélű, vöröseslilás foltok, plakkok és csomók formájában jelentkezik, mely mélyen betérjed a környező bőrterületek állományába. Gyakori a lokális recidíva, satellita laesiók, távoli áttét. Magas malignitású daganat, 5 éves túlélése 10-30%. A terápiás lehetőségek közül a sebészeti excíziót követően a rosszul definiált tumorszélek miatt posztoperatív irradiáció, valamint kemoterápia állhat rendelkezésünkre. A klinikumban a markáns megjelenésű cutan tumor diagnózisának felállítása nem nehéz, de esetükben a szövettanilag igazolt daganat klinikailag diagnosztikus nehézségeket okozott.

*Dobrea Noémi dr.<sup>1</sup>, Hajnal-Papp Rozália dr.<sup>2</sup>, Oroján Iván dr.<sup>1</sup>, Cserni Gábor dr.<sup>2,3</sup>, Tusa Magdolna dr.<sup>4</sup>:*

#### **Hirtelen halál háttérben álló polyangitis-szel járó eosinophil granulomatosis**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Patológiai Intézet<sup>3</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Központi Radiológiai Osztály<sup>4</sup>, Kecskemét)

Egy 49 éves, anamnézisében évekig asthmás betegsége miatt szisztémás kortikoszteroiddal, majd az utóbbi leépítésével leukotrien antagonistával is kezelt nőbeteg esetét szeretnénk bemutatni. Betegünk vasculitis történetével, diffúz ízületi panaszokkal került kórházi felvételre kivizsgálás céljából. Rövid hospitalizációja ideje alatt készült mellkasröntgene tüdőgyulladás és tumor lehetőségét is felvetette, majd nem specifikus mellkasi fájdalmat követően a beteg hirtelen meghalt. Távolabbi anamnézisében feltételezett restrictív cardiomyopathia miatti kivizsgálás is szerepelt, a vérében eosinophilia régebben fennállt. A kórboncolás eredménye és az anamnézis utólagos megismerése is alátámasztották a polyangitis-szel járó eosinophil granulomatosis diagnózist.

*Erdei Irén dr.<sup>1,3</sup>, Dr. Kocsis Rita dr.<sup>1,2</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>, Veres Imre dr.<sup>1</sup>:*

#### **A „szépségnek” néha ára van**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Tanszék<sup>1</sup>, Debrecen; Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály és Nemibeteg Gondozó<sup>2</sup>, Nyíregyháza; Debreceni Egyetem ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék<sup>3</sup>, Debrecen)

A szépségre való törekvés a történelem kezdete óta a világ minden pontján hatalmas jelentőséggel bír. Elsősorban a divat határozza meg, mit tekintünk szépnek. Viszont, ami divatos, sokszor nem egészséges.

Az utóbbi években egyre népszerűbbé vált a tetoválás. 2012-re a nyugati országokban már a lakosság 26%-ának volt tetoválása. Ez azonban nem mindenki számára hozza meg a várt „szépséget”. A tetoválást viselők egy részénél különböző bőrgyógyászati betegségek jelentkezhetnek, amelyek lehetnek gyógyíthatók, de maradandó bőrelváltozások is kialakulhatnak. Ilyen kórképek a granulomatosis, liceoid és hypersensitiv allergiás reakciók, az infekciók és a tumorok.

Klinikánkon is jelentkeztek betegek a közelmúltban a tetoválást követően kialakuló kontakt dermatitis, keloid képződés és erysipelas miatt. Ezek mellett egy 26 éves nőbetegünk esetét szeretném ismer-



tetni, akinek a sacrum területén kb. 8 éve meglévő tetoválásában 2-5 mm nagyságú, verrucosus felszínű, barna papulák jelentek meg néhány évvel a beavatkozás után. Az elváltozásokból biopszia történt. Szövetteni vizsgálat keratosis seborrhocát igazolt.

Jelenleg a betegség etiológiája ismeretlen, hátterében genetikai hajlam, UV-fény expozíció, trauma, növekedési faktorok (EGF), FGFR3 mutáció és a HPV oki szerepe is feltételezett.

Felvetődött a kérdés, hogy esetünkben vajon miért szigorúan csak a tetoválás területére lokalizálódott a bőrelváltozás. Úgy tűnik, hogy kapcsolat lehet a verruca seborrhocica és a tetoválás jelenléte között, hátterében elsősorban valamilyen vírusos eredet állhat, a genitális régió relatív közelsége a HPV szerepét is felveti. A tetoválás mentén megjelenő verruca seborrhocáról ez idáig kevés tanulmányt közöltek, így esetünk is hozzájárulhat az eddig ismeretlen eredetűnek tartott betegség hátterének megismeréséhez.

A tetováltak számának növekedésével megjelenésük a bőrgyógyászati ambulanciákon egyre gyakrabban várható különböző kórképekkel. Viszont a mellékhatások egy része elkerülhető lenne, ha a beavatkozás előtt bőrgyógyászati vizsgálatok történnének, pl.: allergológiai kivizsgálás, keloid képzési hajlam vizsgálata, ill. egyéb, már ismert bőrbetegség esetén (atopiás dermatitis, psoriasis) szakvélemény adása az esetleges szövődményekről.

*Hodossy-Virág Andor dr., Oroján Iván dr.:*

#### **Pemphigoid gestationis**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A pemphigoid gestationis a terhesség során, jellemzően a második és harmadik trimeszterben jelentkező, ritka autoimmun bőrbetegség.

A betegség során apai hemidesmosomalis antigének prezentálódnak a placentán, melyeket a grávida immunrendszere idegenként ismer fel. A vérben basalis membrán elleni (BPAg180) kerinogén autoantitestek mutathatók ki, amelyek a pemphigoid kialakulásához vezetnek.

Betegbemutatásunkban egy 15 hetes gravidán jelentkező terhességi pemphigoid típusos tüneteit, diagnosztikáját, illetve kezelését ismertetjük.

Az esetbemutatás során kiemelt jelentőséggel bír a betegség differenciáldiagnosztikája és a lehetséges szövődmények.

Esetünket differenciáldiagnosztikai szempontból tartjuk alkalmasnak a bemutatásra, kiemelve a szövettani mintavétel jelentőségét a minél hamarabbi helyes diagnózis felállításának érdekében.

*Mareczky Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>, Oroján Iván dr.<sup>1</sup>:*

#### **DRESS-szindróma**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

A 32 éves nő betegen légúti infekció és fül-fájás miatt beszedett Augmentin, Algoflex Forte után néhány nappal testszerte, arcon égő, viszkető, helyenként összefolyó erythemás maculo-papulosus exanthema jelentkezett. Nyálkahártyatünet nem volt látható. Laboratóriumi vizsgálat során kifejezetten magas fehérvérsejtszám, balra-tolt vérkép, kifejezett eosinophilia igazolódott. Kivizsgálása során

kezdetben szisztémás érintettséget nem találtunk. Szövetteni vizsgálat DRESS-szindrómát igazolt. Mellékleteként nephrolithiasisra derült fény. Szisztémás antihisztamin, steroid és külső megnyugtató kezelés hatására tünetei remisszióba kerültek. A kezelés során átmeneti májfunkció emelkedés jelentkezett, mely a steroid leépítése után fokozatosan normál tartományba került. Ezzel párhuzamosan ízületi panaszok jelentkeztek, mely szintén a szindróma részjelensége. Döntő jelentőségű, hogy a tüneteket kiváltó gyógyszer időben állítsuk le, különben a folyamat akár toxicus epidermalis necrolysis-be is átmehet. A szindrómával járó hepatitis fulmináns is lehet.

*Oroján Iván dr.<sup>1</sup>, Veréb Klára dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>:*

#### **Zoon vulvitis, mint önálló entitás, beteganyagunkban.**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

A Zoon vulvitis, vagy más néven plasma sejtes vulvitis vagy vulvitis plasmacellulare, a női nemi szerv benignus elváltozása, melyet *Johann Jacobus Zoon*, holland bőrgyógyász és munkatársai írtak le 1954-ben, mint önálló entitást.

A Zoon vulvitis etiológiája a mai napig ismeretlen, feltételezhetően multikauzális, azaz több különféle behatás is létrehozhatja. A klinikai megjelenés és az ebből adódó tünetek az esetek többségében a genitáliákra lokalizáltak, de ismert egyéb lokalizációja is, mint például a szájnyalkahártyát, konjunktívát, uretrát érintő formája.

Előadásunk beteganyagunk két esetét mutatja be, részletesen kitérve a betegség tüneteire és a hasonló klinikai megjelenéssel járó egyéb megbetegedések differenciáldiagnosztikájára.

Eseteinket ritka előfordulásuk miatt tartjuk érdemesnek a bemutatásra.

*Szántó Hajnalka dr.<sup>1</sup>, Kunos Csaba dr.<sup>1</sup>, Kocsis Lajos dr.<sup>2</sup>,*

*Oroján Iván dr.<sup>1</sup>:*

#### **Ritka elhelyezkedésű, rosszul differenciált bőrtumor**

(Bács-Kiskun Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Bács-Kiskun Megyei Kórház Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Kecskemét)

81 éves férfi beteg esetét ismertetjük, aki a jobb csuklón 3 éve növekedő 7x6 cm-es tumor miatt jelentkezett ambulanciánkon.

A kifejezett expanzív növekedést mutató tumorból diagnosztikus célra először sebészi biopszia történt, mely basalioid sejtes laphám carcinómát véleményezett, a HE festett metszetek alapján a korábban felmerült klinikai kép az adnexalis (poroid) tumort bizonyítani nem tudta. A végleges szövettani eredményt azonban a tumor teljes plasztikai sebészi eltávolítását követő, szövettani vizsgálat mondta ki, mely „High grade laphám carcinoma világos-sejtes, ductalis és pilaris differenciációval” diagnózist igazolt.

A kimetszést követően jelentkező defectus fedését másodlagosan későbbi időpontban terveztük, de a kontrollok során jól látható volt per secundam történő sebgyógyulás, mely miatt a beteg a felajánlott bőrátültetést nem fogadta el.

Az esetet ritka nagysága, lokalizációja, szövettani eredménye és a beteg kora ellenére létrejövő másodlagos sebgyógyulás miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.



## Szakedolgozói szekció

*Albertiné Trömböczky Andrea, Majorosné Vadnai Judit, Sziray Ágnes dr.:*

**Syphilises betegek kezelése terhesség alatt és a szülést követően**  
(Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 1999-től kezdődően megháromszorozódott az új syphilises fertőzések száma. 2011-ben jelentős kiugrás történt, 81 friss eset került diagnosztizálásra, mely nemcsak a bőr- és nemibeteg gondozóra rótt terhetet, hanem az érintett kismamák kezelése kapcsán osztályunkra is.

Osztályunkon 2000. és 2014. között kezelt 15 lues szeropozitív várandós és gyermekágyas nő kapcsán elemezzük a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei epidemiológiai adatok változását, áttekintjük a szükséges laboratóriumi vizsgálatokat, valamint a kismamákat érintő speciális terápiás és ápolási teendőket, figyelembe véve a magzat-ra, újszülöttre gyakorolt hatást is.

*Bencsés Ilona<sup>1</sup>, Paulovkin András<sup>2</sup>:*

### **Mindennapi bogaraink**

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Kórházhigiénés Osztály<sup>2</sup>, Budapest)

Az ízeltlábúak okozta bőrbetegségekkel bármikor találkozhatunk a dermatológiában, de, egy-két kivételtől eltekintve, nem jellemző mindennapi előfordulásuk az ambulanciákon. Éppen ezért időnként még a gyakorlott szemnek is kihívást okozhatnak.

Nem tartoznak tehát a legsúlyosabb bőrgyógyászati kórképek közé, ugyanakkor kezelésük hatékonysága és az esetleges további fertőzésveszély eliminálása nagymértékben attól is függ, hogy a páciens milyen betegedukációban részesül. Ebben viszont igen nagy szerepe van az ápolói és asszisztensi tevékenységnek is.

Hatékonyan oktatni csak kellő elméleti és gyakorlati ismeret birtokában lehet, és nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a laikus számára is egyértelmű, logikus és könnyen megjegyezhető formában kell mindezt megtenni.

Előadásom célja olyan érdekességekre való figyelemfelhívás, amely megkönnyíti a hatékony edukáció kivitelezését.

*Fabók Ilona, Barkóczy Árpádné, Juhászné Rigó Csilla, Tóth Ágnes dr., Nagy Gabriella dr.:*

### **Epikután tesztekkel szerzett tapasztalataink allergológiai beteganyagunkban**

(Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

Az allergia a modern kor „járványa”. Korábban ritka betegségnek számított, előfordulása a XX. század második felétől kezdett el növekedni, ma a lakosság kb. 20-25%-át érinti. Az allergia a szervezet immunrendszerének fokozott reakciója egy vagy több környezetünkben előforduló allergénnel szemben. Antigén-antitest reakción alapul és változatos klinikai (bőr, légúti, gasztrointesztinális és általános) tünetekkel jár. A betegség kezelésében a gyógyszeres terápia mellett elengedhetetlen a kiváltó allergének elkerülése. Ennek meghatározásához in vivo és in vitro allergológiai vizsgálatok szükségesek. Kontakt allergia gyanúja esetén epikután próbákat alkalmazunk az allergének verifikálására, melyek az anamnézis alapján célzottan kiválasztott tesztsoporttal történnek. A szerzők elemzik osztályunk allergológiai szakrendelésén 2013. január 01– 2015. szeptember 14. között megjelent 1328 epikután teszttel vizsgált betegek adatait és vizsgálati eredményeit és részletesen kitérnek a szakasszisztensi feladatok bemutatására is.

*Fodorné Barát Ágnes, Ungi Lászlóné:*

### **Az immunglobulin pótlása során szerzett ápolói tapasztalataink, feladataink**

(SZTE ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az ismétlődő fertőző megbetegedések hátterében gyakran immunhiányos állapotok diagnosztizálhatók.

Az előadás során megosztjuk a hallgatósággal a terápia alkalmazása során szerzett tapasztalatainkat.

Az immunterápia történhet kórházi keretek között, de ma már lehetőség van otthoni kezelés biztosítására is. A választás az alapbetegség típusától, ill. a beteg compliance-től függ.

Ismertetjük azon ápolói feladatokat, melyek feltételei zavartalan infúziós, injekciós terápiának, ezáltal a gyógyulásnak.

Felkészítjük a beteget a helyes öninjekciózás kivitelezésére, valamint életmódbeli tanácsokkal látjuk el a fertőzések elkerülése érdekében.

Az immunhiányos betegek gondozása életre szóló, teammunkát igénylő feladat.

*Gazdag Marianna, Jónás Beáta, Ungi Lászlóné:*

### **Fehérjeterápiás eljárás onkológiai betegségekben**

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A legújabb kutatások megállapítása alapján a metastatikus melanomában javasolt fehérje tartalmú terápia a nivolumab. Klinikánkon 2015. júliusától alkalmazzuk a nivolumab terápiát. A gyógyszer a szervezet immunrendszerét serkenti a ráksejtek leküzdésére. A nivolumab működése eltér az eddig alkalmazott kemoterápiák hatásmechanizmusától, ezért a várható mellékhatások is más mutatóknak. Előadásunkban a nivolumab hatóanyagot tartalmazó Opdivo alkalmazását mutatjuk be szakápolói szempontból, kiemelten az infúziós szakszerű összeállítására, a várható mellékhatásokra és a betegoktatásra.

*Matolcsi Krisztina:*

### **A nyiroködéma kezelés eredményei a debreceni klinikánkon**

(Debreceni Egyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A lymphoedema nyirokkeringési zavar következtében kialakuló betegség, melynek primer és szekunder formáját különböztetjük meg. A téma aktualitását a daganatok megbetegedések növekvő gyakorisága, a daganatok műtéti és sugár kezelése, valamint a népbetegségnek számító krónikus vénás elégtelenség talaján kialakuló szekunder lymphoedemás esetek nagy száma indokolja. Fontos a betegség korai felismerése és kezelése, mert a súlyos szövödmények kialakulásához vezető progrediáló kórkép, a beteg rokkanttá válásához vezet. A nyiroködéma kezelésére ma az egyedüli és hatékony eljárásnak a manuális nyirokdrenázs, a kiegészítő kompressziós terápia és a speciális tornagyakorlatok kombinációján alapuló konzervatív kezelést tartjuk.

Sajnos a betegek nagy része túlsúlyos ezért is szeretném előadásomban a nyiroködémás mozgásprogramot bemutatni a hallgatóságunknak.

A nyiroködéma esetén az első lépés az alapbetegség kezelése, ezt követi a komplex nyirokdrenázs terápia, amit a szakorvosi javaslat alapján lymphoterapeuta gyógytornász végez. A kezelés első lépése a központi nyirokutak stimulálása speciális masszázssal, majd az érintett végtagok manuális kezelése. Ezt követi a gépi lymphodrenázs terápia, majd többrétegű bandázs felhelyezése. Ezután a gyógytornász irányításával gyógytornát végeznek a betegek. A kezelés csak akkor lehet hatékony, ha a kompressziós és mozgásterápiát otthonukban is folytatják. Szükség esetén a nyirokdrenázs kezelést a bőrgyógyászati terápia, életmódbeli tanácsadás, pszichológiai és diétás tanácsadás is kiegészíti.

Klinikánkon lymphoterapeuta gyógytornász végzi a nyirokdrenázs kezelést. Az ödémamentesítő kúra általában 5 kezelést jelent, melyet 3-5 havonta ismételnünk a beteg állapotának megfelelően. A kezelés csak akkor lehet sikeres, ha a beteg, orvos és gyógytornász együttműködése megfelelő.

*Molnár Andrea:*

**Étel adalékanyagok jelentősége allergiás reakciók kiváltásában**  
(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

Ismert, hogy az allergiás reakciók kiváltásában az étel adalékanyagok nagy jelentőséggel bírnak. A szerző a Pécsi Bőrgyógyászati Klinika Allergológiai Ambulanciáján étel additív anyag allergiával diagnosztizált betegek számára készített betegtájékoztatót és a tájékoztatás menetét mutatja be. Részletesen ismerteti a leggyakoribb adalékanyagokat (színezőanyagok, ízfokozók, állományjavítók), felhasználásuk formáit, illetve az általuk okozott leggyakoribb tüneteket. Felhívja a figyelmet a betegtájékoztató jelentőségére a jó beteg-asszisztens kapcsolat kialakításában, illetve a beteg jobb együttműködésének eléréséhez.

*Petricz Andrea Nikolett:*

**Egy ritkán előforduló, súlyos bőrgyógyászati kórkép esetei**  
(Debreceni Tudományegyetem ÁOK, Bőrgyógyászati Klinika Égés-Dermatocirurgia Osztály, Debrecen)

Az allergiás betegség hallatán elsősorban talán a leggyakrabban előforduló szénanátha jut eszünkbe. Emellett azonban számos típusa ismeretes az allergiának, mint például az asztma, a darázs- és méhcsípés okozta allergiás reakció, a nap-, az étel-, a bőr-, a fém- és a gyógyszerallergia. Mindezek közül az egyik legsúlyosabb a magas mortalitással járó, ritkán előforduló, nagyon súlyos bőrbetegség, a toxicus epidermalis necrolysis (TEN) vagy más néven Lyell szindróma, amelyet leggyakrabban gyógyszer indukál. Morbiditási adatok Magyarországon nem állnak rendelkezésre. A betegség pathogenetikai hátterében a felfokozott sejthalál áll, és ez a bőr és a nyálkahártyák leválását hozza létre. A kiterjedt hámiány miatt a másodfokú égési sérülésre jellemző folyadékvesztés alakul ki, és ezért indokolt égési intenzív osztályon ezen betegek kezelése.

Az előadásban részletesebben ismertetném e kórképet, kiemelve az ápolói teendőket, a teammunka jelentőségét, amely elsősorban kezelés szempontjából a szupportív terápiát hangsúlyozza.

Esetbemutatóval vázolnám e kórképben szenvedő betegek intenzív osztályos ellátásának speciális ismérveit, a terápia mellékhatásainak speciális kivédési módszereit ápolói szemszögből.

A TEN-ben szenvedő betegek ellátása nagyon összetett. A kezelés során végig a sepsis kivédése a legfontosabb feladat, mert a betegek magas mortalitását a TEN-ben alkalmazott masszív immunuszuppresszív kezelés következménye okozza. A sikeres gyógyítás elképzelhetetlen a jól együttműködő team nélkül.

*Sebőkné Farkas Éva, Együd Katalin dr.:*

**Externák régen és most**  
(Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház (Jósa András Oktatókórház) Bőrgyógyászati Osztály és Nemibeteg Gondozó, Nyíregyháza)

A szerző a helyi kezelésben használt externák formáit, készítését mutatja be az őskortól napjainkig és ezen kezelések szerepét a bőrbetegségekben szenvedő betegek gyógyításában, valamint ápolásában.

Szakirodalom segítségével tesz történeti áttekintés az externák formáiról és a felhasznált anyagokról az őskorban, a honfoglalás korában népünk hiedelmeiben és a szabolcsi nép babonáiban.

Továbbiakban ismerteti az externák készítésének fejlődése kapcsán a patikák/gyógyszertárak, gyógyszergyárak kialakulását, fejlődését. Bemutatja az Intézeti Gyógyszertárban a Magisztrális Labor kenőcs készítéséhez szükséges eszközeit és osztályunkon használt externák összetételét, azok gyógyhatását, kiegészítve a modern kor helyi kezelésben szereplő eszközeivel, gépeivel és kötszereivel. Végezetül a helyi kezelések fontosságát és eredményességét alátámasztó képsor látható, amelyet a kezelés előtt és után készített fotók segítségével hangsúlyoz bemutatva a különböző bőrbetegségekben szenvedő betegek bőrtüneteit és gyógyulási fázisait, kiemelve az ápolói szerepét, szaktudását betegeink állapotának javulásában, gyógyulásában.

*Szabóné Kovács Szilvia, Együd Katalin dr., Gyüre Lászlóné, Tarné Czirják Krisztina:*

**A nyíregyházi bőrgyógyászat elmúlt 100 éve**  
(Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály és Nemibeteg Gondozó, Nyíregyháza)

Előadásában a szerző a nyíregyházi bőrgyógyászat elmúlt 100 évének a történetét ismerteti. A nyíregyházi bőrgyógyászat múltja az 1800-as évekig vezethető vissza. Kezdetektől fogva a bőrgyógyászat a belgyógyászati osztály keretein belül, 1863-tól Korányi Frigyes által alapított szükségkórházban Nagyállóban, majd az 1899-ben megnyitott új Erzsébet Kórházban működött. A kórház megnyitásakor az összes ágyszám 165 volt. 1915-től különítik el a bőrgyógyászati és venereus betegeket a belgyógyászati osztálytól. 1930-ban a kórház 600 ágyból 127-et a bőr- és nemibeteg részleg foglalt el.

1943-ban kezdte meg működését Nyíregyházán a nemibeteg-gondozó intézet, ahol tanácsadás, gyógykezelés és házasság előtti vizsgálatok történtek.

1945-ben a nemi betegek számának szignifikáns emelkedése miatt országosan a korábbi 28-ról 108-ra emelkedett a gondozók száma.

Napjainkban megyénkben csak Nyíregyházán működik Bőrgyógyászati Osztály. Jelenleg 20 ágyon történik a betegellátás. Bőr-, Nemibeteg Gondozó Mátészalkán és Nyíregyházán látja el a betegeket.

*Szeckler Melinda:*

**A klinikai vizsgálatok során felmerülő ápolási, asszisztens feladatok**

(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A klinikai vizsgálatok során speciális feladatkör hárul az ápolókra és az asszisztensekre. A betegekkel való folyamatos kapcsolattartás, a bizalmas, jó viszony kialakítása mellett a precíz, gyors, sokszor időre végzett vérvételek, ellátás és ezek pontosan végzett adminisztrációja speciális figyelmet igényel. Emellett a vizsgálatban résztvevő orvosokkal, koordinátorokkal való folyamatos, összehangolt kommunikáció is elengedhetetlen. A szerző röviden ismerteti a klinikai vizsgálatok, orvostudományi kutatások típusait, valamint azok célkitűzéseit. Összefoglalja a vizsgálatban résztvevő ápolók és asszisztensek feladatait, felelősségét és azokat a gyakorlati kérdéseket, amelyekkel gondülke-nyebbé tehető a klinikai vizsgálatban résztvevő betegek ellátása.

*Szilágyi Imre:*

**Súlyos szepszissel társuló pemphigus vulgaris ápolási nehézségei**  
(Pécsi Tudományegyetem KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerző egy 26 éves férfibeteg esetét ismerteti, aki pemphigus vulgaris miatt került felvételre a PTE Bőrklínikára. A beteg kiterjedt hólyagos bőrtünetei, eróziói mellett septicus állapotban volt, a kezelése során az együttműködést jelentősen nehezítette az agitált, agresszív viselkedése. A testszerte kialakult nedvedző, pörkkel fedett elváltozások rendkívül fájdalmasak voltak, ezért a beteg fürdetése, tisztítása nagyon nehezen volt kivitelezhető, a bőrön keresztüli folyadékvesztés miatt naponta többször történt teljes ágyműcsere. A beteg felfokozott pszichés státusza, halálfélelme miatt gyakorlatilag a nap 24 órájában felügyeletre szorult. A gyógyszeres kezelés mellett a lokális kezelés nehezítettsége miatt az állapota romlott, ezért intenzív osztályos átvételre került, ahol fluid ágyon fektették, másnaponta altatásban antiszeptikus fürdetést kapott, majd steril ezüstös kötéssel fedték. A fürdetés egy-egy alkalommal legalább 5-6 ember közreműködését igényelte (aneszteziológia, beteghordó, ápolók, orvosok). A fenti terápiára a bőrtünetei jelentősen javultak, az eróziók hámosodni kezdtek, azonban a jelentős fogyás és az állandó fekvés miatt sacralis decubitus alakult ki. A bőrgyógyászati osztályra való visszahelyezését követően a hámosodó bőrtünetek és a decubitus kötözése a jelentősen csökkent fájdalom miatt már könnyebben megoldható volt, további gyors javulás jelentkezett. A beteg 3 hónapos osztályos kezelést követően került hazabocsátásra maradványtünetekkel. Az esetismertetés a súlyos betegek kezelésében szükséges szoros együttműködés és a szakmák közötti összefogás jelentőségére szeretné felhívni a figyelmet.

## A SZERZŐK NÉVSORA / AUTHORS INDEX

### A, Á

Ábrahám Rita 217, 218, 220,  
226, 234  
Ádám Éva 235  
Ágoston Dóra 220  
Albertiné Trömböczky  
Andrea 241  
Altmayer Anita 207, 225  
Arányi Zsuzsanna 239  
Asbóth Dorottya 217, 218,  
219

### B

Bagdi Enikő 210  
Bai Péter 222  
Bakki Judit 217, 234  
Balatoni Tímea 213  
Bálint Ágnes 209  
Baló-Banga J. Mátyás 215  
Balog Judit 220  
Baltás Eszter 213, 226  
Bánvölgyi András 239  
Baráth Sándor 235  
Barkóczy Árpádné 241  
Bartos Zsuzsanna 210, 231  
Bata-Csörgő Zsuzsanna 221,  
222, 223, 226, 236, 237  
Bátor Anna 228, 230  
Battyáni Zita 215  
Bayner Ágnes 229  
Bebes Attila 223, 236  
Béke Gabriella 220  
Bencés Ilona 241  
Bende Balázs 211  
Bérci Zsuzsanna 228  
Bíró Tamás 220, 238  
Blahó Zsuzsanna 226  
Bodnár Edina 223  
Bojtor Adrienn 227  
Bolla Beáta Szilvia 220, 221  
Bor Andrea 218  
Borbély Katalin 213  
Boros Gábor 221, 222  
Bottyán Krisztina 226  
Bozó Renáta 237  
Bócs Katalin 229  
Bölcskei Kata 223  
Brodszky Valentin 236  
Buknicz Tünde 234

### C, CS

Charty Michael P. 235  
Czirbesz Kata 213, 214, 239  
Csatornai Márta 218  
Cserni Gábor 239  
Csitos Ágnes 217  
Csóka Mónika 219  
Csoma Zsanett Renáta 217,  
218, 220, 225, 226, 234  
Csomor Judit 219  
Csontos Csaba 230  
Csordás Anikó 223  
Csőre Krisztián 211  
Csősz Judit 234

### D

Dajnoki Zsolt 220  
Dalgard Florence 225  
Dalmády Szandra 226  
Danis Judit 221, 222  
Danyi Tímea 214, 229  
Debreczeni Béla 211  
Diczig Brigitte 227  
Dobrea Noémi 239  
Dohán Judit 210  
Doró Péter 217, 218, 220  
Dózsa Anikó 234  
Dutronic Yves 236

### E

Együd Katalin 228, 242  
Emri Eszter 222  
Emri Gabriella 209, 221, 222  
Erdei Irén 227, 239  
Erdei Lilla 220, 221

### F

F. Medzihradzsky Katalin 237  
Fábián Melinda 235  
Fabók Ilona 241  
Fábos Beáta 215, 225  
Farkas Katalin 221, 224, 225,  
228  
Fazekas Barbara 235  
Filep Annamária 227  
Fodorné Barát Ágnes 241  
Fórizs Erzsébet 228  
Földesi Irén 211  
Franczia Péter 218  
Frecska Irén 225

### G, GY

Gaál János 209  
Gaál Magdolna 207  
Gál Andrea Izabella 238  
Gáspár Krisztián 209, 219,  
220, 223, 235  
Gazdag Marianna 241

Géhl Zsuzsanna 210  
Gergely Brigitta 235  
Gergely László Hunor 227  
Gorka Eszter 213, 214, 239  
Göblös Anikó 221, 222  
Görög Petra 228  
Groma Gergely 234, 236,  
237  
Gubán Barbara 236  
Gulácsi László 236  
Gyimesi Alíz 228, 230  
Gyömörei Csaba 223, 228,  
229, 230  
Gyöngyösi Nóra 222  
Gyulai Rolland 214, 223,  
224, 228, 230  
Gyurkovits Zita 217, 234  
Gyüre Lászlóné 242

### H

Hajdu Krisztina 220  
Hajnal-Papp Rozália 239  
Halmy Csaba 211  
Halmy Klára 209  
Haluszka Dóra 222, 224  
Hársing Judit 219, 227, 235  
Hegedűs Csaba 222  
Herédi Emese 209, 223  
Hersényi Krisztina 236  
Hidvégi Bernadett 210, 239  
Hodossy-Virágh Andor 238  
240  
Holló Péter 210, 214, 227,  
236  
Horkay Irén 221  
Horváth Szabina 223, 224  
Horváthy-Kovács Anikó  
213, 239  
Hufnagel Csilla 228  
Hunyadi-Gulyás Éva 237  
Hyblova Michaela 224

### I

Ildikó Irtó 236  
Inotai Dóra 236

### J

Jakab Ádám 234  
Jakobicz Eszter 223  
Janka Eszter Anna 221, 223  
Jókai Hajnalka 236  
Jónás Beáta 241  
Juhász Ágnes 209  
Juhász István 207, 227  
Juhászné Rigó Csilla 241

### K

Kahán Zsuzsanna 226  
Kálmán Endre 228  
Kapitány Anikó 220, 235  
Káplár Zoltán 235  
Karikó Katalin 221, 222  
Károlyi Zsuzsanna 209, 215  
234  
Kárpáti Sarolta 209, 210, 214,  
222, 224, 227, 230, 231,  
235, 236  
Kassay Erzsébet 217, 218, 219  
Kemény Ágnes 223  
Kemény Lajos 209, 211, 217,  
220, 221, 222, 223, 224,  
225, 226, 228, 234, 235,  
236, 237, 238  
Kemény Lajos V. 234  
Kincse Gyöngyvér 209  
Kinyó Ágnes 207, 224, 228, 230  
Kis Erika 211, 226  
Kiss Dorottya 227  
Knausz Zoltán 230  
Kocsis Ádám 211  
Kocsis Lajos 210, 234, 235,  
237, 240  
Kocsis Rita 239  
Kocsis Tibor 210  
Koller Ágnes Hanna 215  
Koltai Pál 229  
Komlodi Rita 223  
Kónya Zoltán 238  
Korom Irma 209, 226  
Kósa Péter 219  
Kosztolányi Gábor 237  
Kovács Ilona 220  
Kovács L. András 228  
Kovács Péter 213, 239  
Kőműves Zsuzsa 227  
Krenács László 210  
Kun Edina 228  
Kunos Csaba 234, 237, 240  
Kurgyis Zsuzsanna 234  
Kuroli Enikő 222, 227, 230,  
235  
Kutasi Zsuzsanna 215  
Kuzmanovszki Daniella 214,  
235

**L**

Lacour Jean Philippe 236  
 Lázár György 226  
 Lengyel Zsolt 213  
 Lengyel Zsuzsanna 214, 224, 228  
 Liszkay Gabriella 213, 214, 229, 239  
 Lőcsei Zoltán 229  
 Lőrincz Kende 222, 224  
 Lőrincz Lenke Csilla 213  
 Lukács Andrea 209

**M**

Majorosné Vadnai Judit 241  
 Manczinger Máté 236, 237  
 Mareczky Zsuzsanna 240  
 Mari Béla 237  
 Marschalkó Márta 210, 227, 231, 239  
 Matolcsi Krisztina 241  
 Mayer Balázs 224  
 Mazán Mercédesz 224  
 Mázor Melinda 228  
 Melegh Krisztina 213, 229, 239  
 Meszes Angéla 217, 234  
 Miko Edit 222  
 Mohos Gábor 211  
 Molnár Andrea 214  
 Molnár Katalin 219

**N**

Nádai Zoltán 211  
 Nagy D. András 224  
 Nagy Dóra 226  
 Nagy Éva 229  
 Nagy Ferenc 235  
 Nagy Gabriella 209, 215, 241  
 Nagy Nikoletta 218, 221, 224, 225, 226, 228  
 Nemes Edina 229  
 Németh Ilona 209, 215  
 Németh István Balázs 221, 226, 234, 235  
 Németh Klára 214  
 Németh Réka 229  
 Noll Judit 217, 218, 219, 231, 238  
 Novoth Béla 217

**O**

Oláh Judit 207, 226  
 Oláh Péter 237  
 Ónodi Katinka 223  
 Oroján Iván 231, 234, 235, 237, 238, 239, 240  
 Orvos Hajnalka 217, 234  
 Ostorházi Eszter 210  
 Ottó Iringó Ágnes 211

**P**

Palotás Zsuzsanna 223, 238  
 Paluska Márta 231, 237  
 Pánczél Gitta 213, 229, 239  
 Pap Dalma 236  
 Paulovkin András 241  
 Péter Zoltán 227  
 Petri Klára 229  
 Petricz Andrea Nikoletta 242  
 Pintér Dóra 224  
 Pintér Erika 223  
 Plótár Vanda 229  
 Pogácsás Lilla 209, 230  
 Polgár Karolina 236  
 Polman Erzsébet 229  
 Pónyai Györgyi 215  
 Poór Adrienn Katalin 230  
 Pozsgai Melánia 214  
 Pörnczy Edit 213, 214, 239  
 Puskás Róbert 238

**R**

Rédling Marianna 211  
 Remenyik Éva 221, 222, 223, 230, 239  
 Rencz Fanni 235, 236  
 Rózsa Annamária 237

**S, SZ**

Sápi Zoltán 217  
 Sawhney Irina 223  
 Schaig Krisztián 230  
 Sebőkné Farkas Éva 242  
 Siklós Krisztina 231  
 Sikos Géza 211  
 Silló Pálma 224  
 Somlai Beáta 235  
 Sulák Adrienn 221, 224, 225, 228  
 Szabó Csanád 225

Szabó Éva 207, 218  
 Szabó Hajnalka 218, 226  
 Szabó Kornélia 220, 221, 237, 238  
 Szabóné Kovács Szilvia 242  
 Szakonyi József 235  
 Szalai Zsuzsanna 217, 218, 219, 231, 238  
 Szántó Hajnalka 231, 240  
 Szeckler Melinda 242  
 Szegedi Andrea 209, 219, 220, 223, 235  
 Szél Edit 237  
 Szélig Lívია 230  
 Széll Márta 218, 221, 222, 224, 225, 228, 235, 236, 237  
 Szemes Tomas 224  
 Szigeti Ágnes 227  
 Szilágyi Imre 242  
 Szima Georgina 230  
 Szipőcs Róbert 222, 224  
 Sziray Ágnes 209, 241  
 Szlávicz Eszter 237  
 Szoboszlai Istvánné 215  
 Szolnok Győző 208  
 Szondy Györgyi 228, 230  
 Szöllősi Szilvia 231, 238

**T**

Tálosi Gyula 217, 218, 226  
 Tamási Béla 210  
 Tarné Czirják Krisztina 242  
 Tarr Ildikó 230  
 Tax Gábor 220, 221, 238  
 Telegdy Enikő 228, 229, 230  
 Telkes Márta 211  
 Temesvári Erzsébet 208, 209, 215, 216  
 Tímár Botond 217  
 Toka-Farkas Tünde 223  
 Tordai Attila 236  
 Tóth Ágnes 215, 241  
 Tóth Béla 210, 231, 235  
 Tóth Csaba 229  
 Tóth Lola 225  
 Tóth Orsolya 231, 239  
 Tóth Veronika 235  
 Tóth-Molnár Edit 218, 226  
 Törőcsik Dániel 220, 223

Török László 210, 238  
 Tripolszki Kornélia 221, 224, 225, 228  
 Tusa Magdolna 239

**U**

Ungi Lászlóné 241  
 Urbán Edit 220, 221, 238

**V, W**

Vajda Adrienne 210, 211  
 Várady Zoltán 238  
 Varga Ákos 211  
 Varga Emese 231  
 Varga Erika 209, 226, 228  
 Varga János 211  
 Varga József 209  
 Várvölgyi Tünde 230  
 Vas Krisztina 222, 236  
 Vass Gábor 211  
 Vass Viktória 217, 218, 238  
 Végh Judit 209  
 Veréb Klára 240  
 Veres Imre 230, 239  
 Veres Klára 238  
 Wikonkál Norbert 210, 222, 224, 230, 231, 236

**Z**

Zhang Lu 236  
 Zehér Margit 209



## In Memoriam

### Prof. Dr. med. Marghescu Sándor

Temesvár: 1929. 08. 28. – Szentendre: 2015. 09. 02.



Szaktudományát ismét pótolhatatlan veszteség érte; a XX. század európai dermatológiájának, ezen belül a német és magyar bőrgyógyászatnak egyik meghatározó egyénisége távozott örökre. Életútja kalandregénybe illő. Magyar-román családban született, de 2 éves korától erdélyi magyar édesanyja nevelte.

Iskoláit Temesváron végezte, majd római katolikusként Kalocsán, a jezsuitáknál érettségizett.

1948-ban kezdte meg tanulmányait a Szegedi Egyetem orvosi karán, ahol felvételét visszautasították „klerikális beállítottsága, miatt, így egyszerűen „csak bejárt”. 1949. februárban eltávolították, bár az összes tárgyból jól vizsgázott, és ezt igazolták is.

Az 1948-as kommunista hatalomátvétel nyomán be kellett látnia, hogy az akkor formálódó rákosista diktatúrában jövője nem biztosított. Minthogy a határokat lezárták, kétségbeesett, de elszánt tettet hajtott végre. A robogó Arlberg Expressz egyik kocsijának aljára erősített deszkán utazva hagyta el a „béketábor”, és érkezett meg az akkor a világháborúban győztes négy hatalom által megszállt Ausztriába. Itt az Innsbrucki Egyetemre sikerült bejutnia és folytatnia a Szegeden félbemaradt tanulmányait. Az első félét elismerték. A háború utáni általános nincstelenség és

éhezés közepette szerezte meg az öfenntartáshoz szükséges anyagiakat – barátai és a katolikus egyház támogatták. A helyi opera kórusában is énekelt. Orvosi diplomáját Innsbruckban 1955. júl. 17-én kapta meg.

Szorgalma és tehetsége révén a végzés után egy továbbképzési ösztöndíj segítségével jutott el Párizsba, hogy a *R. G. Degos* által vezetett dermato-venerológiai tanszéken és a Hôpital Saint Louis bőrklinikáján szerezze meg a szakorvosi képesítést. Ez a klinika a *Dermatologia Mekkája* volt abban az időben, vezetője pedig a francia bőrgyógyász „pápája”, a méltán világhírű tudós klinikus (papulosis atrophicans maligna, morbus Morbihan, világossejtes akanthoma).

Élete 1956-ban ismét drámai fordulatot vett. A Magyar Forradalom kitörésének hírére illegálisan Budapestre utazott, hogy orvosként segítségére legyen a felkelőknek. Medikus barátjával (Jankó Bélával\*) együtt a Corvin Köz harcosait segítette és látta el a sérülteket Baross utcai Sebészeti Klinikán. Egy alkalommal az oroszok igazoltatták, és az érvényben lévő statárium következtében hajszál híján kivégezték.

A kórházban ismerte meg az orvostanhallgatóként ott serénykedő *Hunor Marikát*, további életének társát, későbbi feleségét. A forradalom bukását követően másodszor is sikerült kijutnia Magyarországról, először ismét Ausztriába került. Véletlenül ismét találkoztak Marikával Bécsben.

\* Dr. Jankó Béla, a San-franciscói Stanford University szülésznőgyógyász Emeritus Professzora. Az 1956-os forradalom Budapesti Orvos Egyetem diákmegmozdulásainak egyik vezetője.

Visszatért Párizsba, Marika is éppen oda került, 1958. jan. 31-én összeházasodtak. A szakorvosképzés befejeződött, a szakvizsgát 1959-ben tette le. Első fiúk Tamás 1958-ban, Katalin lányuk 1960-ban született Párizsban. A 3. gyermek, Ágnes 1963-ban Marburgban, végül a 4. gyermek, ismét egy fiú, András, 1970. karácsonyán jött a világra Münchenben.

A szakvizsga után állást azonban nem sikerült kapnia, mert nem volt francia állampolgár. Marokkóba készült és utazott, de az ajánlat komolytalannak bizonyult. Végül az egyik régebbi innsbrucki évfolyamtársnője segítségével a Ruhr-vidéken kapott munkát egy belgyógyászati kórházi osztályon. A cél azonban nem lehetett más, mint a *bőrgyógyászat*, ezért a véletlen segítségével, újsághirdetés révén bemutatkozott Marburgban *Prof. O. Braun-Falconak*, aki azonnal alkalmazta, hiszen ő Saar-vidéki volt és fel tudta mérni a *Degosnál* eltöltött évek értékét. Marburgban jött össze először az a kitűnő orvos csapat, melynek tagjai között *Barbara Rassner, Detlef Petzold, Gernot Rassner, Michael Wolf és Enno Christophers* mellett Marghescu Sándor is beléphetett a későbbiekben a német bőrgyógyászatot évtizedekre meghatározó „felsőházi” körbe. Marburgban a bőrbetegek laboratóriumi és immunszerológiai vizsgálatának témájából éppen sikerült habilitálnia 1967-ben, majd napokkal később *Braun-Falco* Münchenbe távozásakor Sándor is vele ment. Még a marburgi termékeny évek során írta le a később *Marghescu Braun-Falco Rodermund szindrómának* nevezett **kongenitális bullosis, poikiloderma és bőratrófia** tünetegyüttesét, melyet ma az epidermolysis bullosa családba sorolnak.

Marikára a gyarapodó család adta feladatok hárultak, így nem fejezhette be az orvosi tanulmányait, de labor-technikusi végzettséget szerzett. Tehetségét e mellett, mint művészettörténész kiteljesítve először Marburgban, majd Münchenben hozott létre kiállító galériákat (pl. Galerie Grafing, München mellett).

Sándor fontos szakmai kapcsolata is a bajor fővárosban kezdődött *Christine Neumannal*, tanítványával, későbbi hannoveri munkatársával. 1973-ban Münchenben professzori kinevezést nyert. 1976-ban vette át a hannoveri bőrgyógyászat vezetését, melyet ott töltött 18 éve alatt az egészségügyi főiskola egyetemi szintű klinikájává fejlesztett. A hannoveri évek is nehéz gyakorlatnak bizonyultak. Hivatali elődje az osztály fontos pozícióiba (főnővér, főorvos) vele nem szimpatizáló kollégákat helyezett közvetlen távozása előtt. Ezt tetézte, hogy hannoveri megérkezése után súlyos autóbalesetet szenvedett, melyből maradandó károsodása (egyik szemének elvesztése) származott. Számos újítást vezetett be, a gyógyító munkája igen sikeres volt. Immundermatológiai labort hozott létre a klinikán, melynek vezetésével *Ch. Neumann*t bízta meg, aki később általános helyettese is lett. Pályafutása itt teljesedett ki. Érdeklődése széles körű volt, amit bizonyít több, mint 200 publikáció, 3 könyv, 23 könyvrészlet és több, mint 350 di-

daktikus, sokszor finom humorral fűszerezett előadás. A leginkább maradandónak bizonyult ebből 82 általa vagy szerzőtársként jegyzett, jelenleg a világhálón fellelhető német, angol és francia nyelvű publikáció, valamint a 3 könyv, ezek között a későbbi lübecki professzorral, *H. H. Wolffal* együtt írott bőr- és nemigyógyászati metodikákat összefoglaló kézikönyv, mely három kiadást ért meg.

Marghescu professzor klinikáján mindig szívesen látta a fiatal, tanulni vágyó magyar kollégákat (pl. dr. Szabó Zoltánt Budapestről). 1990-ben a német újraegyesítés után ő rendezhette az akkor még kétévenként sorra kerülő DDG Kongresszust. Ezen legalább 25 magyar bőrgyógyászt látott vendégül a legmagasabb szintű gondoskodással. A Kongresszus kirobbanó sikeréhez az is hozzájárult, hogy a záró bankettre az egész Magyar Állami Népiegyüttest Hannoverbe hozta, akik fergeteges műsort adtak a városi színház épületében. Így tanszéki távozása előtt még egyszer ő rendezhette a DDG-t 1992-ben.

Aktív pályafutásának befejezésekor tanítványa és barátja *H. H. Wolff* professzor írt köszöntőt a *Hautarzt*-ban (1994; 45: 727-728). Ekkorra gyermekei tanulmányaikat már jórészt befejezték, és kirepültek a családi fészekből. Sándor és Marika elhatározták, hogy hazatérnek.

Sándort sokként érte, hogy távozása előtt egy üzemorvosi vizsgálat során rosszindulatú daganatot állapítottak meg. Az idejében megkezdett kezelés még 21 évet adott számára. Szentendrén telepedtek le Marikával, és egy belvárosi házat újítottak fel művészi ízléssel. Sándor még a szülő művelésbe is belefogott, de a szakmától fokozatosan visszavonult. Erejéhez mérten támogatta továbbra is a hozzá forduló hazai szakembereket (pl. prof. Török Lászlót és e sorok íróját a „Fekete Zoltán” Alapítványban öt évig viselt kuratóriumi tagságával).

Utolsó éveiben a depresszió uralta régebben felhőtlen kedélyét. Ezt az állandó gyógyszeres terápia és állapotának lassú, de fokozatos romlása is okozhatta. 2015-ben már nagyon beteg, gyengülő, de még mindig tiszta hangján CD-re énekelte kedvenc nótáit. Szentendrén helyezték örök nyugalomra 2015. szeptember 21-én. Temetésén jelen voltak német és magyar barátai: *Prof. Gernot Rassner* Tübingenből, *Prof. Christine Neumann* Kölnből. Társulatunkat *Prof. Kárpáti Sarolta és Prof. Török László* képviselték. A jelenlévők emlékére a sírnál Kodály Zoltán Esti Dalát énekelték.

*Marghescu Sándor professzor úr* gyógyító művészete, alkotásai, híre tovább élnek betegei testében, az irodalomban és pályatársai emlékezetében. A XX. század egyik legnagyobb és kontinensünkön széles körben elismert magyar bőrgyógyászatát veszítettük el.

Baló-Banga J. Mátyás dr.

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ  
Bőrgyógyászati Osztály és Szakambulanciái, Budapest

## A tünetmentesség jelentősége a psoriasisos betegek életében

### The effect of complete clearing of symptoms on quality of life in psoriatic patients

DR. WIKONKÁL NORBERT

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar,  
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A pikkelysömör kezelésében a legújabban bevezetésre kerülő szerek már olyan terápiás hatással bírnak, ami a páciensek jelentős százalékában teljes tünetmentességhez vezet. Jelen közleményben a tünetmentesség vagy ahhoz nagyon közeli bőrstátusz és a páciens életminőségére gyakorolt hatás közötti összefüggést vizsgáljuk az irodalom áttekintésével.

#### SUMMARY

The latest therapies in psoriasis treatment reach such high level of efficacy that results in a complete clearing of symptoms in a significant percentage of patients. In this publication we provide an analysis on the effect on quality of life when the patient becomes nearly or fully free of skin symptoms of psoriasis during therapy.

**Kulcsszavak:**  
psoriasis - PASI - DLQI - IL-17

**Key words:**  
psoriasis - PASI - DLQI - IL-17

A psoriasis kezelés az elmúlt évtizedekben korábban elképzelhetetlen változáson ment át.

Ennek a folyamatnak több egymásra épülő lépcsője volt, elsőként a szisztémás terápiák térnyerését lehetett megfigyelni. A ma használatos hatékony szisztémás kezelések közül a ciclosporin volt az első, ahol széles körben elterjedtté vált a tünetek kiterjedésének objektív mérése és a kezelés hatására észlelhető javulás mérése (1). A PASI érték meghatározása, mint egy antipszoriaticus kezelés objektív mérőszáma is, még relatív rövid múltra tekint vissza (2), azonban még ennél is újabb a páciens életminőségére gyakorolt hatás, a DLQI (3).

A gyógyszerek regisztrációs folyamata is jelentős változáson ment át, sokkal komplexebb hatékonysági és biztonságossági paramétereknek kell a piacra lépő készítményeknek megfelelniük. Erre kitűnő példa a methotrexat, amelynek piacra lépésekor a mai szemmel nézett hatékonysági vizsgálat nem készült, hiszen akkor a ma elvárt mérőeszközök nem léteztek. A methotrexat valódi hatékonysága jelentős részben empirikus alapon volt ismert, pontos hatékonyságbeli számok mára úgy váltak ismertté, hogy az új szerek klinikai vizsgálatainál egyes karokon csak a methotrexátot kapják a páciensek, és az így tapasztalt értékeket tudjuk használni (4).

A hagyományos szisztémás terápiák azonban korlátozott hatékonyságot mutattak. Az alapkezelés eredményeinek a gyógyszerfejlesztésben való megjelenésével kerültek regisztrációra a biológiai terápia első szerepei, a TNF-alfa támadáspontú infliximab és etanercept. Ezek voltak azok az első készítmények, amelyek korábban elképzelhetetlen hatékonyságot mutattak (5, 6).

A költséghatékonyság mérése a terápiák egyre költségesebbé válásával az egészségügyi közgazdaságtan önálló területévé vált. A világ minden részén az egészségbiztosítók lehetőségei korlátozottak, nem lehetséges minden terápia minden biztosított számára való elérését lehetővé tenni pusztán a rendelkezésre álló kezelések egyre bővülő lehetőségei miatt. Ezzel párhuzamosan a gyógyszerek árai is jelentősen emelkedtek minden újonnan befogadásra kerülő készítmény kapcsán. Ennek a magyarázata jelentős részben a piacra lépés előtti klinikai vizsgálatok egyre komplexebb természetéből fakad, másrészt a biológiai terápiás szereknél maga az előállítás bonyolult jellege, az alkalmazott minőségbiztosítás magas színvonala és a fogyasztóhoz való eljuttatás végig zárt hűtőláncja is a költségek és ezáltal az árak emelése irányába hat. A biztosítótól elvárja a társadalom, hogy olyan gyógyszereket finanszírozzanak, amelyek hatékonyak. A bőrgyógyászatban az első generációs anti-TNF szerek után már az IL-12/23 támadáspontú ustekinumab is előrelépést jelentett a hatékonyságban (7),

\* Szponzorált közlemény

Levelező szerző: Dr. Wikonkál Norbert, Semmelweis Egyetem ÁOK, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest  
e-mail: wikonkal.norbert@med.semmelweis-univ.hu

azonban az IL-17 támadáspontú terápia volt az, amikor a PASI 75 mellett nagyobb súllyal vették figyelembe a PASI 90 és PASI 100 értékeket (8). A praxisban dolgozva az orvos elégedetten konstatálja, hogy a terápiás lehetőségek bővülésével és a hatékonyság javulásával a páciensek elvárásai miképp emelkednek. Amíg csak az acitretin, esetleg ennek fototerápiával kombinált változata volt elterjedt Magyarországon, addig egy több hónapos kezeléssel elért közel tünetmentes állapotot nagy sikerként lehetett elkönyvelni. Ehhez is azonban egy igen eltökélt páciensre és egy hasonlóan elkötelezett egészségügyi ellátó rendszerre, orvosra és nővérré volt szükség. A súlyos pikkelysömörben szenvedő páciensek a szisztémás és fototerápia mellett nagyon nagy súllyal kellett a helyi kezelés különböző formái mellett is elkötelezettek legyenek, akár kórházi fekvőbeteg ellátás vállalása mellett is. Hosszadalmas kezeléssel lehetett csak elérni a tünetek jelentős csökkenését, és a tünetmentesség is általában csak rövid ideig tartott. Nem véletlen az sem, hogy a kezelésben alkalmazott egységes irányelvek is hiányoztak. Az első egységes nemzetközi irányelvek is csak a 2000-es évek második felében kerültek felállításra és kerülnek azóta is rendszeres felülvizsgálatra (9-12). Az új terápiás lehetőségeknek köszönhetően a különböző biztosítók világszerte is elvárásként fogalmazták meg, hogy az adott szakma kövesse, hogy milyen páciensek milyen súlyossági fokú tünetek esetén részesülnek az új, költséges terápiákban. A regiszterek létrejötte tehát mind az ellátásban részt vevők, mind az ellátását finanszírozók számára elkerülhetetlenné vált, hiszen megfelelő adatok nélkül sem orvosi, sem finanszírozói oldalról megfontolt döntés nem születhet (13).

A PASI 90 érték meghatározása már a biológiai terápia korai időszakában megtörtént, már az infliximabdal végzett vizsgálatok kapcsán ez az érték meghatározásra került, azonban a jelentősége akkor még nem volt kiemelt (14, 15). Mára elérkezetté vált az idő, hogy a PASI 90 érték fontossága jelentős hangsúlyt kapjon.

A PASI és a DLQI viszonya meglehetősen különbséget tud mutatni. Már a páciens első vizsgálatánál kiszámolt PASI érték és az ehhez társuló DLQI is jelentős eltérést mutat; néha jelentősen magasabb, mint azt a PASI alapján az orvos vélelmezne. A PASI 10 alatti psoriasist egységes konszenzus alapján enyhének tartjuk orvosi és finanszírozói oldalról (16), azonban, ha látható testfelszín, pl. a kéz hát, a homlok és a hajás fejbőr érintettségével jár, akkor a páciens életminőségére nézve jelentősen nagyobb terhet jelent a pikkelysömör. Külön entitásként szükséges megemlíteni az izolált köröm psoriasist, amikor a páciens PASI értéke nagyon alacsony, azonban az életminőség kérdőívben jelentős fokú érintettséget dokumentál a beteg. A PASI és a DLQI viszonya azonban ennél még komplexebb, hiszen a PASI érték metodikájából adódóan nem tesz különbséget a látható vagy a ruha által könnyen takarható bőrfelszín között, így a PASI érték és a DLQI jelentős disszociációja ellentétes irányban is gyakran előfordul. Főként a terápia alatt álló betegeknél előfordulhat, hogy a bőrtünetek relatív szerény csökkenése a szubjektív panaszok jelentős javulásával jár együtt, így az előbbi pél-

da ellentétét látjuk: nagyobb kiterjedésű pikkelysömör jár együtt szerény életminőség romlással, ebben önálló mérőeszközként a Patient Reported Outcome fogalma került felállításra (17).

Az újabb terápiák előretörésével a korábbi kezelési célokat újra kell fogalmazni. A klinikai vizsgálatokban gyakran terápiás sikerként jelent meg a DLQI 5, vagy annál nagyobb pontszámmal történő csökkenése, amit azonban mára helyesebb, ha az abszolút DLQI érték 2 vagy 3-as értékre, vagy az alá való csökkenése vált fel. Ennél ma már messzebbre tekintő ajánlások is megfogalmazásra kerültek: ezek szerint 5-ös DLQI esetén a terápia váltása ma már egyértelműen ajánlottnak tekinthető (8). A secukinumab fázis III. vizsgálatok során a PASI 90 választ a 300 mg dózis karon lévő páciensek 69,8–72,4%-a elérte a 16. hét végére (18). A tökéletes tünetmentesség, a PASI 100 válasz is a páciensek közel 40%-a számára elérhető volt. Minden klinikai vizsgálat azt mutatja, hogy a korábban nagyon jelentősnek elkönyvelt PASI 75 válasz az esetek egy jelentős részében a páciens életminőségét nem változtatta meg annyira jelentősen, mint azt a kezelőorvos várta volna (19). Érthető, hogy egy nagyon kiterjedt psoriasis esetén az orvos az újabb kezelések elérhetővé válása után arra számít, hogy a páciens nagyon elégedett lesz a tünetei 3/4-ének elvesztésével, azonban az is érthető, hogy a beteg számára a maradék néhány plakk is óriási jelentőséggel bír. Különösen igaz ez, ha a psoriasisos tünetek mások által látható helyeken maradnak meg, ekkor szinte biztos, hogy a páciens a tünetek jelentős csökkenését nem éli meg a pikkelysömör teljes életminőségre gyakorolt hatásának javulásával. A PASI 100 érték elérése sem jelent teljes garanciát arra, hogy a páciensek mindegyike DLQI-nak 0-át, azaz a psoriasis mindennapi életet nehezítő hatásai alóli teljes felszabadulást jelöljön meg. Látható egyebek mellett két adalimumab klinikai vizsgálatban résztvevő 1400 beteg adatait vizsgálva, hogy szignifikáns különbség volt észlelhető a PASI 75-90 közötti javulást elérő és a PASI 90-100 közötti csoport között (19). Érdekes az is, hogy a PASI 75-90, PASI 90-100 és a PASI 100 csoportok között is jelentős különbség mutatkozik, ha azt nézzük, hogy a páciensek hány százaléka értékelte a saját életminőségét a psoriasis által teljesen érintetlennek, a DLQI-t 0-nak. A fenti három csoportban ezek a számok 24,3, 44,3 és 65,1% voltak, ami azt mutatja, hogy az orvosi vélekedéssel ellentétben a teljes tünetmentesség vagy egészen minimális tünet markánsan különbözik és a PASI 100 csoportban is csak a betegek 2/3-a igazán elégedett a kezeléssel. Természetesen nem szabad arról a tényről elfelejtkezni, hogy az életminőség kérdőív nem objektív, vannak korlátai a kérdések értelmezésének, és nagyban mutatja a vizsgálatkori pillanatnyi hangulatát a páciensnek, még akkor is, ha a kérdések az elmúlt egy hétre vonatkoznak.

A másik fontos szempont, hogy az elért hatás mennyire lesz hosszabb távon fenntartható. A biológiai terápia korai korszakában kiderült, hogy az infliximab esetén a nagyon drámai javulás nem volt minden páciensnél állandó, hanem a betegek egy jelentős részénél visszaesés jelentkezett. Ilyenkor, bár egyértelmű klinikai vizsgálati adatok erre nézve nincsenek, a praxisban azt látjuk,



hogy az életminőség romlása már kisebb bőrstátusz romlásnál megjelenik és markánsan megjelenik a páciensek beszámolójában, a megjelölt DLQI értékben. Az antiTNF-alfa készítmények egyedüli elérhetősége után az új támadáspontú készítmények esetén a hosszabb távú eredmények is igen reménykeltőek mind az ustekinumab, mind a secukinumab esetén. Az utóbbit elemző klinikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a kezelés 16. hetére a PASI 90 a páciensek 72,4%-ban volt elérhető, és ez az érték a kezelés 52-ik hetére is csupán 65%-ra csökkent (18).

Összegezve a fentieket elmondható, hogy a pikkelysömör kezelésében jóváhagyott új biológiai terápiás szerek a páciensek minden korábbinál magasabb százalékában képesek teljes tünetmentességet elérni. Ezzel együtt a pikkelysömörös betegek egy részében a tünetek komplett elmúlása nem jelenti a pikkelysömörrel járó pszichés terhek alóli teljes felszabadulást, aminek nyilván jelentős részben az aktív tünetes állapotban megélt rengeteg frusztráció az oka. Más esetekben a tünetek egy jelentős részének a visszahúzódása az életminőségre jelentősen kedvezőbb hatással van, mint amennyi a bőrtünetek javulása alapján várható lenne. Ezen diszkrépanciának egyrészt a jelenleg alkalmazott PASI és DLQI mérőszámok tökéletlensége, másrészt a páciensek terápiára mutatott eltérő pszichés reakciója szolgál magyarázatul. Utóbbi miatt a terápiás hatékonyság maximalizálása mellett a beteg elvárásainak és lelki állapotának a mind pontosabb megismerésére és figyelembe vételére van szükség a terápia kiválasztása során.

*A szakmai cikk megjelenését a Novartis Hungária Kft. támogatta. A szakmai cikk tartalma az szerző önálló szakmai álláspontját tükrözi és nem tekinthető a Novartis Hungária Kft. részéről közzétett szakmai vagy egyéb tájékoztatásnak vagy állásfoglalásnak. A cikkben megemlített termékek használatakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.*

Lezárási dátum: 2015. 11. 15., HU1511406026

## IRODALOM

1. Lowe N. J., Wieder J. M., Rosenbach A. et al.: Long-term low-dose cyclosporine therapy for severe psoriasis: effects on renal function and structure. *J Am Acad Dermatol*, (1996) 35, 710-9.
2. Fredriksson T., Pettersson U.: Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, (1978) 157, 238-44.
3. Finlay A. Y., Khan G. K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*, (1994) 19, 210-6.
4. Dogra, S., Krishna V., Kanwar A. J.: Efficacy and safety of systemic methotrexate in two fixed doses of 10 mg or 25 mg orally once weekly in adult patients with severe plaque-type psoriasis: a prospective, randomized, double-blind, dose-ranging study. *Clin Exp Dermatol*, (2012) 37, 729-34.
5. Mease, P. J., Goffe B. S., Metz J. et al.: Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. *Lancet*, (2000) 356, 385-90.
6. Gall J. S., Kalb R. E.: Infliximab for the treatment of plaque psoriasis. *Biologics*, (2008) 2, 115-24.
7. Thaci D., Blauvelt A., Reich K. et al.: Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate to severe plaque psoriasis: CLEAR, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*, (2015) 73, 400-9.
8. Puig L.: PASI90 response: the new standard in therapeutic efficacy for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, (2015) 29, 645-8.
9. Zweegers, J., de Jong E. M., Nijsten T. E. et al.: Summary of the Dutch S3-guidelines on the treatment of psoriasis 2011. Dutch Society of Dermatology and Venereology. *Dermatol Online J*, (2014) 20.
10. Nast A., Gisondi P., Ormerod A. D. et al.: European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, (2015)
11. American Academy of Dermatology Work, G., et al., Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*, (2011) 65, 137-74.
12. Menter A., Gottlieb A., Feldman S. R. et al.: Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*, (2008) 58, 826-50.
13. Rencz F., Kemény L., Gajdócsi J. Z. et al.: Use of biologics for psoriasis in Central and Eastern European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, (2015) 29, 2222-30.
14. Reich K., Nestle F. O., Papp K. et al.: Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis: a phase III, multicentre, double-blind trial. *Lancet*, (2005) 366, 1367-74.
15. Chaudhari U., Romano P., Mulcahy L. D. et al.: Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomised trial. *Lancet*, (2001) 357, 1842-7.
16. Mrowietz U., Kragballe K., Reich K. et al.: Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res*, (2011) 303, 1-10.
17. Kitchen H., Cordingley L., Young H. et al.: Patient-reported outcome measures in psoriasis: the good, the bad and the missing! *Br J Dermatol*, (2015) 172, 1210-21.
18. Langley R. G., Elewski B. E., Lebwohl M. et al.: Secukinumab in plaque psoriasis—results of two phase 3 trials. *N Engl J Med*, (2014) 371, 326-38.
19. Revicki D. A., Willian M. K., Menter A. et al.: Relationship between clinical response to therapy and health-related quality of life outcomes in patients with moderate to severe plaque psoriasis. *Dermatology*, (2008) 216, 260-70.

Érkezett: 2015. 10. 20.

Közlésre elfogadva: 2015. 11. 02.

## A krónikus spontán urticaria Xolair (omalizumab) kezelésével szerzett országos tapasztalataink retrospektív eredményei

### A retrospective analysis of our experience with Xolair (omalizumab) therapy in chronic spontaneous urticaria patients in Hungary

BATA-CSÖRGŐ ZSUZSANNA DR.<sup>1</sup>, HIDVÉGI BERNADETT DR.<sup>2</sup>, IRINYI BEATRIX DR.<sup>3</sup>, KINYÓ ÁGNES DR.<sup>4</sup>, SZEGEDI ANDREA DR.<sup>3</sup>, VAS KRISZTINA DR.<sup>1</sup>

SZTE ÁOK Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék, Debrecen<sup>3</sup>, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs<sup>4</sup>

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A krónikus spontán urticaria gyógykezelésében az utóbbi években klinikai vizsgálatokkal alátámasztott hatékony kezelés alkalmazására vált lehetőség. Az anti-IgE (omalizumab) biológiai terápiás készítményt mind az amerikai, mind az európai gyógyszerhatóság befogadta, mint a krónikus spontán urticaria kezelésére alkalmas új terápiát. A jelen közleményben összefoglaltuk a Magyarországon szerzett tapasztalatokat a kezelés alkalmazásával kapcsolatban. Eredményeink a nemzetközi adatokkal egybehangzóan a terápia hatékonyságát és jól tolerálható voltát támasztották alá.

**Kulcsszavak:**  
krónikus spontán urticaria - terápia - anti-IgE

#### SUMMARY

In recent years, clinical studies have proved the effectiveness of a novel biological therapy in the treatment of chronic spontaneous urticaria. The anti-IgE (omalizumab) therapy has been approved both in the US and in Europe as an effective new treatment for chronic spontaneous urticaria. In this report we collected results of omalizumab therapy in Hungarian patients. Similar to the experience of others, we found anti-IgE (omalizumab) therapy effective and well tolerated among our chronic spontaneous urticaria patients.

**Key words:**  
chronic spontaneous urticaria - therapy - anti-IgE

A legújabb szakmai egyeztetésen alapuló nemzetközi megegyezés szerint a csalánbetegséget a következő csoportokra oszthatjuk: spontán urticaria, ami lehet akut és krónikus, illetve indukálható urticariák, utóbbiak a régebben fizikai urticariáknak nevezett, tehát a bőrt érő külső hatások következtében kialakuló urticariák. Az indukálható urticariák csoportjába tartozik a szimptomatikus dermografizmus (urticaria factitia), hideg-, meleg-urticaria, nyomási-, szoláris-, vibrációs-, kolinerg-, kontakt- és aquagén-urticaria (1).

Az akut urticariák egy részének hátterében valódi IgE-mediálta, allergiás reakció áll, melyet gyógyszerek, ételek, rovarmérgek, ritkábban légúti allergének, pollenek, növényi eredetű egyéb anyagok váltanak ki. Gyakori az

\* Szponzorált közlemény

akut infekció miatt szedett gyógyszerek mellett kialakuló akut urticaria, ebben az esetben nem mindig valódi gyógyszerallergia áll a tünetek hátterében, ilyenkor fordul elő, hogy a beteg más alkalommal a gyógyszert panaszmentesen szedheti. A leggyakoribb urticariát okozó ételallergének: tej, tojás, gabonafélék, tengeri rákok, kagylók, olajos magvak. Az olajos magvakra (dió, mogyoró stb.) jellemző, hogy igen súlyos reakciót válthatnak ki. Hasonlóan súlyos korai típusú allergiás reakciót latex és rovarmérgek (méh-, darázmérgek) allergia okozhat. A gyógyszerek közül leggyakrabban a penicillin és származékai, cephalosporinok okoznak súlyosabb reakciót. Az akut urticaria klinikai tünetei: különböző méretű, szimmetrikusan elhelyezkedő csalánkiütések testszerte, az arc, a nyelv, a torokképletek vizenyős duzzanata, hypotonia, súlyos eset-

Levelező szerző: Dr. Bata-Csörgő Zsuzsanna, SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, 6720 Szeged, Korányi fasor 6.  
e-mail: bata.zsuzsa@med.u-szeged.hu

ben sokk. Generalizált akut urticaria tünetei gyakran jelentkeznek angioödéma és anafilaxia kialakulása nélkül is, súlyos esetben azonban az akut urticaria az anafilaxiás sokk reakció részeként jelentkezik. A csalángöbcse 24 óránál tovább nem marad meg, az akut urticaria tünetei általában pár nap alatt elmúlnak. Az akut urticaria nagyon gyakori, egyes becslések szerint az emberek 20-30%-ánál fordul elő élete során akut urticaria epizód. Akut urticaria esetén a kiváltó ok feltárása és eliminálása a megfelelő terápia. Az ok felderítése időigényes feladat, mind az orvos, mind a beteg aktív részvételét igényli, de általában nem szabad, hogy nehézséget okozzon. Ha az okot nem tárjuk fel, a tünetek jelentkezése krónikussá válhat. Tüneti terapiaként nem szedáló H1-antihisztaminok alkalmazása javasolt.

A krónikus – 6 hétnél tovább fennálló – spontán urticaria hátterében már jóval kevésbé tudunk valódi allergiát azonosítani. Krónikus spontán urticariában testszerte különböző méretű, szimmetrikusan elhelyezkedő csalánkiütések jelentkeznek általában napi gyakorisággal, heteken át, a bőrtünetek mellett intermittálóan az arc, a nyelv, a torokképletek, ritkábban a genitáliák és a végtagok vizenyős duzzanata is kialakul. Krónikus urticaria esetében az anamnéziséből az esetek többségében nem határozható meg egyértelműen a betegséget kiváltó ok. A krónikus spontán urticariában szenvedő betegek körülbelül 50%-a nem reagál megfelelően a H1-antihisztaminok szokásos adagjára (2), a betegek körülbelül 30%-a a H1-antihisztaminok jóváhagyott adagjának négyszeresére sem reagál (3). Az antihisztamin kezelésen kívül klinikai vizsgálatokkal alátámasztott, törzskönyvezett kezelési lehetőség nem volt a krónikus spontán urticariás betegek kezelésére. Számos terapiás próbálkozás (például: methotrexát, kortikoszteroidok, ciklosporin, szulfaszalazin, dapson, hidroxiklorokvin, ketotifen és doxepin) lehetőségét említette az irodalom, de a terapiás hatékonyság bizonyítékainak szintje minden esetben alacsony volt (4). *Weller és mtsai* 2013-ban közzétették a betegek és az őket kezelő orvosok véleményének felmérési eredményét, melyből kiderült, hogy a betegséget súlyosnak, elhúzódó lefolyásúnak tartják és a kezelési eredményekkel elégedetlenek (5). Mind a betegek, mind az őket kezelő orvosok számára nagy jelentőségű, hogy az elmúlt pár évben klinikai vizsgálatok bizonyították, hogy az omalizumab, egy az IgE ellen készült rekombináns, humanizált monoklonális antitest, a krónikus spontán urticaria gyors és hatékony kezelését biztosítja azoknál a betegeknél, akiknél a H1-antihisztamin-kezelés ellenére is megmaradnak a tünetek (6, 7, 8, 9), és ennek alapján 2014. február 28-án az *Európai Gyógyszerügyi Hatóság* a Xolair-t (omalizumab) törzskönyvezte kiegészítő kezelésként krónikus spontán urticariában szenvedő betegek részére.

Az elmúlt másfél évben Magyarországon is lehetőség nyílt omalizumab terápia alkalmazására, olyan krónikus spontán urticariás betegeknél, akik sem a szokványos emelt dózisú antihisztamin terapiára, sem más, a króni-

kus spontán urticariában ajánlott egyéb terapiákra nem reagáltak korábban. Közleményünkben a négy klinikai központban kezelt első 20 beteg kezelésének retrospektív elemzését mutatjuk be.

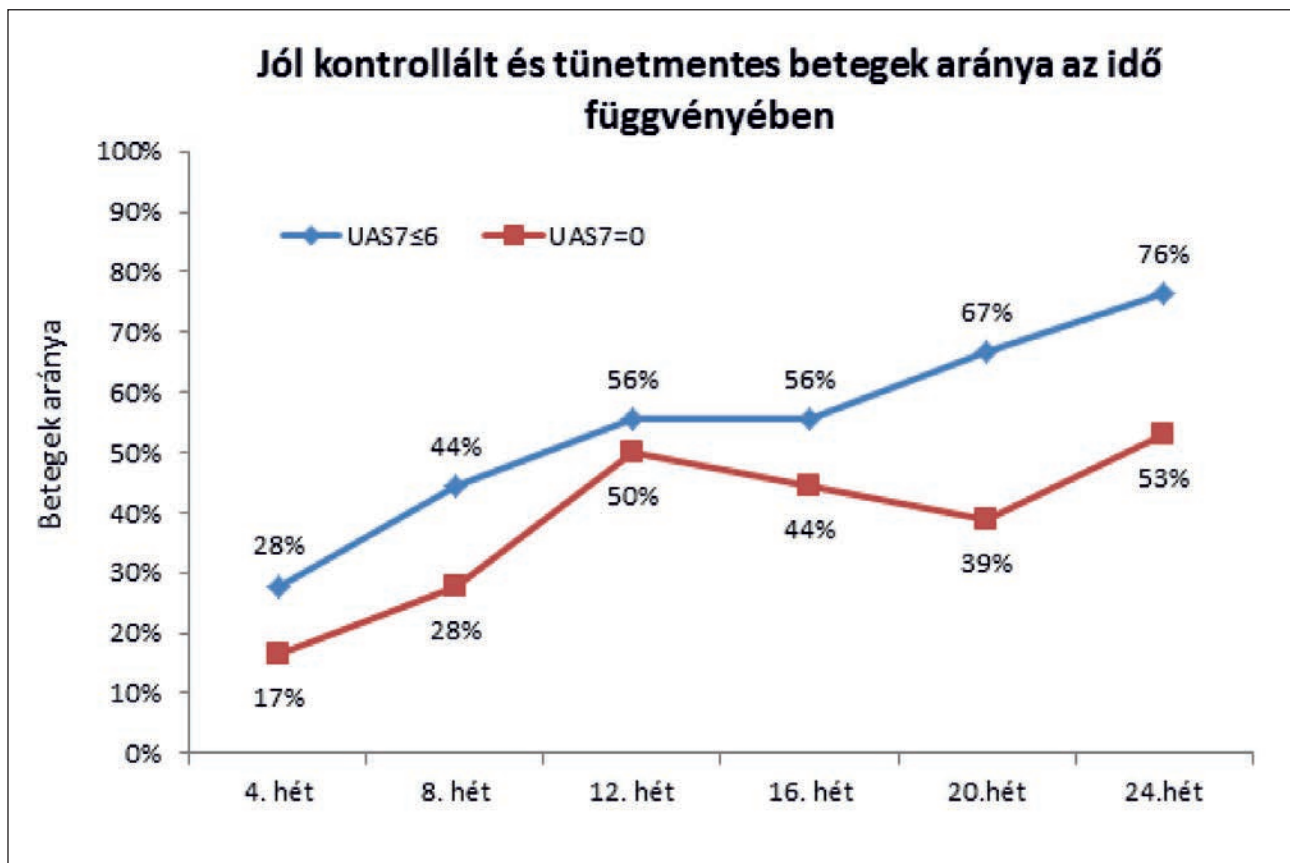
## Betegek és módszerek

Omalizumab terápia elindítására a súlyos, egyéb terapiákra rezisztens krónikus spontán urticariás betegek esetén van lehetőség az alkalmazási előírás szerint. A betegség súlyosságának meghatározása a heti urticaria aktivitási skála alapján történt (UAS7), ezt használtuk a terapiás hatás megítélésére is. Az UAS 7 mérése a betegek naponta rögzített csalánjainak száma: 0 pont=nincs csalán, 1 pont=kevesebb, mint 20 csalán, 2 pont=20 és 50 közötti csalán, 3 pont=50 feletti csalán naponta és a naponta rögzített viszketés súlyossága: 0= nincs, 1= enyhe viszketés, 2= közepes súlyos viszketés, 3= súlyos viszketés alapján történik. Az angiooedema jelenlétét külön rögzítjük. A napi maximum pontszám 6, ez alapján a heti maximum pontszám 42. A betegek a korábbi klinikai vizsgálatok alapján leghatékonyabbnak bizonyult 300 mg-os dózisban kapták az omalizumab subcutan injekciót minden negyedik héten, hat hónapon át.

## Eredmények

A kezelésben részesülő betegek UAS 7 értéke átlagosan 30 volt. 4 betegnél kísérő angiooedema is jelen volt. Dominált a nőbetegek száma, a 20 betegből 17 nő volt. A betegek átlagéletkora 52 év volt, panaszaik legkevesebb 1, legtöbb 15 éve álltak fenn, átlagosan 5 éves urticariás panaszokkal küzdöttek. Minden betegnél történt göckutatás és szükség szerint göctalanítás a kezelés előtti időszakban. Az autoimmun urticaria megítélésére autológ savó próbát minden betegnél végeztek, a 20 beteg közül 15-nél ez pozitívnak bizonyult. A leggyakoribb kísérő betegségek autoimmun pajzsmirigybetegség, rhinitis allergica, asthma és hypertonia voltak. A betegek emelt dózisú antihisztamin mellett steroid, ciklosporin, dapson kezelésben részesültek eredmény nélkül, egy betegnél plazmaferézis is történt. Négy beteg fokozott dermatographizmus (factitia) miatt cinnerizine+iprazochrome terapiában is részesült, eredmény nélkül.

Az omalizumabbal kezelt betegek közül 7 esetben drámai javulás mutatkozott már az első injekció beadását követően, ebben a csoportban a 27 átlag UAS7 kezelés előtti érték 3-ra esett vissza átlagosan az első injekciót követően, ami gyakorlatilag tünetmentességet jelent. Az első ábrán lehet látni a jól kontrollált, tehát jelentős javulást mutató és a tünetmentes betegek százalékos arányát az idő függvényében. Az *1. ábra* 18 beteg adatait mutatja, 2 beteg esetén nem állnak rendelkezésünkre UAS7 adatok. Látható, hogy a betegek közel fele tünetmentes a kezelés ideje alatt, de a 24. hétre már 76%-a a betegeknél jól kontrollált, azaz a  $UAS7 \leq 6$ . Ezek az adatok teljesen megegyeznek három hármás fázisú vizsgálat (ASTERIA I és II, és GLACIAL) adatai-



1. ábra

UAS7 ≤ 6 jól kontrollált, UAS7 = 0 tünetmentes, n = 18. A betegek 4 hetente sc. 300 mg omalizumab kezelésben részesültek 6 hónapon át

val, melyről most jelent meg egy összefoglaló közlemény (10). Saját tapasztalatainkból és a nemzetközi adatokból is az derül ki, hogy két betegpopuláció van, az egyik gyorsan reagál a kezelésre, már 3 hónap alatt teljesen jól vannak a terápia hatására, a másik csoport 6 hónapos kezelést igényel a javuláshoz. Külön kiemelendő, hogy azok a betegek, akiknél angiooedema is jelentkezett a kezelés hatására, ettől a tünetről gyorsan megszabadultak. A betegeknél a kezelés kapcsán nem jelentkezett mellékhatás, a kezelés jól tolerálható volt.

### Megbeszélés

Az omalizumab rekombináns technikával előállított humanizált monoklonális antitest, amely szelektíven kötődik a humán immunglobulin E-hez (IgE). Az antitest az IgG1 alosztályba tartozik (a könnyűlánc típusa kappa). Humán vész régiókat, valamint az IgE-hez kötődő, egér antitestből származó hipervariábilis régiókat (CDR) tartalmaz. Azáltal, hogy az IgE molekulához kötődik, csökkenti a szabad IgE szintet és csökkenti a sejteken levő IgE receptorok (FcεRI) kifejeződését, ezáltal stabilizálva a sejtek membránját. Bár az omalizumab pontos hatásmechanizmusa krónikus spontán urticariában nem teljesen tisztázott, a receptor kifejeződés csökkentése és ezáltal a membrán stabilizálása valószínűleg jelentős szerepet játszik a szer hatékonyságában (11). Figyelemre méltó, hogy

a betegeink 3/4-e saját savó próbában pozitívást mutatott. Ennek hátterében akár az IgE receptorok (FcεRI) ellen termelődött ellenanyagok is állhatnak, így az omalizumab hatására bekövetkező receptorszint csökkenése megmagyarázhatja a tünetek javulását. Bár a saját savó próba pozitivitása nem jelenti egyértelműen azt, hogy a betegeknél FcεRI ellenes ellenanyagaik vannak, ez egy lehetséges mechanizmus lehet a szer hatékonyságában ebben a betegcsoportban. Az is igaz, hogy nem csak a saját savó próba pozitív esetekben bizonyul hatékonynak a kezelés, ezt a saját betegeinknél is tapasztaltuk. Egyelőre arra sincs magyarázat, hogy mi a különbség a nagyon gyorsan és jól reagáló és a kevésbé gyorsan és jól reagáló betegcsoport között. Az a korábbi klinikai vizsgálatokból kiderült, hogy a teljes vizsgálati populáció tekintetében jóval hatékonyabb a magasabb, 300 mg-os dózis, mint a 150 mg-os, ugyanakkor egyelőre nyitott kérdés, hogy lehetséges-e olyan prognosztikai faktort azonosítani, amellyel esetleg előre megjósolható a terápiára adott válasz, vagy lehetséges-e olyan adagolási sémát kidolgozni – amely mellett a lassabban reagáló csoportban is gyorsabb és jobb hatékonyságot lehetne elérni. A hazai, kis elemszámú, retrospektív eredményeink a nemzetközi tapasztalatokkal egybehangzóan azt igazolják, hogy az omalizumab hatékony, kedvező mellékhatás-profilú terápia az egyébként más terápiákra rezisztens krónikus spontán urticariás betegek kezelésében.



A szakmai cikk megjelenését a Novartis Hungária Kft. támogatta. A szakmai cikk tartalma a szerző(k) eredményeit és önálló szakmai álláspontját tükrözi és nem tekinthető a Novartis Hungária Kft. részéről közzétett szakmai vagy egyéb tájékoztatásnak vagy állásfoglalásnak. A cikkben megemlített termékek használatakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

Lezárás dátuma: 2015. 11. 10., HU1511404190

#### IRODALOM

1. Zuberbier T., Aberer W., Asero R. és mtsai.: The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. (2014) 69, 868-887.
2. Maurer M., Weller K., Bindslev-Jensen C. és mtsai.: Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA(2)LEN task force report. *Allergy*. (2011) 66, 633-641.
3. Staevska M., Popov T. A., Kralimarkova T. és mtsai.: The effectiveness of levocetirizine and desloratadine in up to 4 times conventional doses in difficult-to-treat urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. (2010) 125, 676-682.
4. Zuberbier T.: A summary of the New International EAACI/GA2LEN/EDF/ WAO Guidelines in Urticaria. *World Allergy Organ J*. (2012) 5, S1-S5.
5. Weller K., Viehmann K., Bräutigam M. és mtsai.: Management of chronic spontaneous urticaria in real life—in accordance with the guidelines? A cross-sectional physician-based survey study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. (2013) 27, 43-50.
6. Saini S., Rosen K. E., Hsieh H. J. és mtsai.: A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H(1)-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. (2011) 128, 567-573.
7. Kaplan A., Ledford D., Ashby M. és mtsai.: Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy. *J Allergy Clin Immunol*. (2013) 132, 101-109.
8. Maurer M., Altrichter S., Bieber T. és mtsai.: Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic urticaria who exhibit IgE against thyroperoxidase. *J Allergy Clin Immunol*. (2011) 128, 202-209.
9. Maurer M., Rosén K., Hsieh H. J. és mtsai.: Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med*. (2013) 368, 924-935.
10. Kaplan A., Ferrer M., Bernstein J. A. és mtsai.: Timing and duration of omalizumab response in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. (2015) Oct 16. pii: S0091-6749(15)01247-6. doi:10.1016/j.jaci.2015.08.023. [Epub ahead of print]
11. Chang T. W., Chen C., Lin C-J. J. és mtsai.: The potential pharmacologic mechanisms of omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. (2015) 135, 337-342.

Érkezett: 2015. 10. 20.

Közlésre elfogadva: 2015. 11. 02.

## Útmutató Szerzőinknek a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemlébe írott közleményekhez

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle célja a dermo-venerológia és kozmetológia területeinek fejlesztése, a tudományág módszertanának terjesztése, a tudományág hazai és külföldi eredményeinek ismertetése, a tudományos eredmények gyakorlati felhasználásának elősegítése, magyar kutatási eredmények minél szélesebb körű megismertetése belföldön és külföldön egyaránt, a hazai és nemzetközi dermatológusok tudományos ismeretnek bővítése és orvostudományi nevelése.

Kérjük szerzőinket, hogy a szerkesztőség és a nyomda munkájának megkönnyítése érdekében a kézirat szerkesztését a következő irányelvek szerint végezzék:

A publikálás feltétele, hogy a cikket korábban nem jelentették meg, a kézirat benyújtását az összes szerző jóváhagyta, a közlemény a Helsinki deklaráció (1975, revízió 2008) előírásait nem sérti. Ezenkívül összeférhetetlenségi nyilatkozatot, beleegyező nyilatkozatot, és állatkísérletekkel kapcsolatos nyilatkozatot minden közleményhez kérünk mellékelni.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti, a beküldött kéziratok egy peer review eljárás mennek keresztül.

Az első oldalon sorrendben a következők szerepeljenek:

- a dolgozat magyar nyelvű címe (legyen rövid és fedje a tartalmát),
- a dolgozat angol nyelvű címe,
- a szerzők teljes neve, felső index hozzárendelésével a nevek alatt az intézmény/intézet pontos megnevezése, város és ország megjelölésével, valamint a levelező szerzőnél az e-mail cím,

Például: Szerző Neve<sup>1</sup>

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest, Magyarország<sup>1</sup>;  
[levelezoszerzo.neve@email.hu](mailto:levelezoszerzo.neve@email.hu)

- az intézet-, illetve osztályvezető a kéziratot kézírással láttatja,
- magyar nyelvű összefoglaló,
- kulcsszavak (max. 4-6).

A kézirat 2. oldala tartalmazza az angol nyelvű összefoglalást és kulcsszavakat, szintén 4-6 szóval.

Mind a magyar, mind az angol nyelvű kulcsszavak megadása a MeSH (Medical Subject Headings) szótár alapján történjen.

Az összefoglalók többes szám 3. személy használatával írójának és tartalmazzák a közlemény célját, a vizsgálati adatokat, az eredményt és a megbeszélést, értelemszerűen, pontosan kivonatolva. A leütés-szám az angol és magyar absztrakt esetében is minimum 600, maximum 750 leütés legyen.

A kézirat 3. oldalától kezdődik a közlemény szövege. A kézirat A/4 méretű papírra, egyoldalas gépeléssel, kettes sortávolsággal, oldalszámozva, egy sorban kb. 60-80 leütéssel, egy oldalon 28-30 gépelt sorral készül. A dőltbetűs kiemelések (kurzív): a szerzők nevei, az ábrákra és a táblázatokra történő hivatkozások a kéziratban egyszer húzandók alá, a félkövér szedést kétszeri aláhúzás jelöli. Az apróbetűs (petit) szedésre szánt szövegrészek is kettes sortávolságúak és a szöveg bal oldalán vonallal jelöltek.

A kézirat terjedelme: referátumnál, összefoglalónál 10-20 oldalt, eredeti közleménynél 10-15 oldalt, kazuisztika, terápiás közlemény esetén 20 oldalt nem meghaladó terjedelmű. A dolgo-

zatban lehetőleg a szokásos tagolás alkalmazása javasolt. A dolgozat *bevezetése* exponálja a kézirat tárgyát, az *anyag és módszer* fejezetben az alkalmazott módszereket olyan mértékig kell részletezni, hogy az reprodukálható legyen. Az *eredmények* között csak a lényeges adatokat szükséges felsorolni. A *megbeszélés* alfejezet akkor indokolt, ha megvitatható anyag van. A *köszönetnyilvánítás* a dolgozat szövege és az *irodalomjegyzék* közé kerül petit jelzéssel.

Az *irodalomjegyzék* külön oldalon, folytatott oldalszámozással a szerzők neve, az idézett cikk címe, a folyóirat nemzetközi rövidítése (National Library of Medicine's Title Abbreviation/NLM katalógus – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/>), megjelenés éve, kötet-szám és oldalszám (-tól, -ig) adatokat tartalmazza. Háromnál több szerző esetén, az első három szerző neve után „*mtsai.*” rövidítés alkalmazandó.

Hivatkozásminták:

1. Meneton P., Jeunemaitre X., de Wardener H. E., MacGregor G. A.: Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev.* (2005) 85(2), 679-715.
2. Eyre H. J., Lange D. P., Morris L. B.: Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; (2002) 768 p.
3. Kaul S., Diamond G. A.: Good enough: a primer on the analysis and interpretation of non-inferiority trials. *Ann Intern Med* [Internet]. 2006 Jul 4 [cited 2007 Jan 4];145(1):62-9. Available from: <http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/62.pdf>.

A *táblázatokat, ábrákat* külön lapra, hátoldalán a szerző nevének, közlemény címének és az elhelyezés jelzésére szolgáló nyílra a bejelölésével kérjük elkészíteni és külön borítékban kérjük mellékelni. Az ábraalírás külön lapra írandó, az ábraszöveg legyen rövid. Az ábrák és a táblázatok helyét minden esetben a margón, vagy a szövegben kérjük jelölni. Csak igen jó minőségű fotók, ábrák közlése lehetséges, tekintettel az Interneten való megjelenésre. Az ábrákat lektorhoz való küldés előtt a szerkesztőbizottság több tagja véleményezi. Betegek fotójának közlése előtt minden esetben szükséges a beteg írásbeli beleegyezése, melyet a kézirattal együtt kérünk mellékelni. A felismerhetőség elkerülésére a szemek takarása kötelező, a szövegben a monogramok jelölése is kerülendő. Korábban már közölt ábra, kép csak a szerző és a kiadó engedélye esetén közölhető a forrás megjelölésével.

A dolgozatban kerülendő az idegen szavak halmozása. A rövidítéseket első használatkor zárójelben javasolt megadni. Nem alkalmazható rövidítés a címben és az összefoglalásban.

Az egységes helyesírás érdekében az Orvosi Helyesírási Szótár (Akadémia Kiadó, 1992.) által ajánlott írásmód az irányadó.

A szerzőktől kérjük, hogy a nyomtatott kézirat mellett a kéziratokat elektronikus úton (E-mail, CD) is juttassák el a szerkesztőségbe, a levelező szerző e-mail címének feltüntetésével.

Kéréseink figyelembevételével megtakarítható a kézirat visszaküldése és a nyomdai kívánalmakat kielégítő újragépelgetés, valamint ezzel rövidülhet az átfutási idő is.

Szerkesztőség címe:  
1085 Budapest, Mária u. 41.

## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2015

### **Jahrestagung der Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie**

Rendezvény időpontja: 2015.12.04-06.

Helyszín: Ausztria, Bécs

Információ:

<http://www.oegdv.at/web/index.php/jahrestagung-2015>

### **Gyakorlati Allergológia Továbbképző Tanfolyam**

Rendezvény időpontja: 2016.04.08-09.

Helyszín: Magyarország, Budapest

Információ:

<http://www.convention.hu/Rendezveny/Reszletek/GYATT2016>

### **13th EADV Spring Symposium**

Rendezvény időpontja: 2016.05.19-22.

Helyszín: Görögország, Athén

### **16th World Congress on Cancers of the Skin**

Rendezvény időpontja: 2016.08.31-09.03.

Helyszín: Ausztria, Bécs

Információ: <http://www.wccs2016.com/>

### **ESDR 2016 - 46th Annual ESDR Meeting**

Rendezvény időpontja: 2016.09.06-10.

Helyszín: Németország, München

### **25th EADV Congress**

Rendezvény időpontja: 2016.09.28-10.2.

Helyszín: Ausztria, Bécs

### **3rd Meeting of Middle - European Societies for Immunology and Allergology**

Rendezvény időpontja: 2016.12.01-04.

Helyszín: Magyarország, Budapest

### **26th EADV Congress**

Rendezvény időpontja: 2017.09.13-17.

Helyszín: Svájc, Genf

### **ESDR 2017 - 47th Annual ESDR Meeting**

Rendezvény időpontja: 2017.09.27-30.

Helyszín: Ausztria, Salzburg

### **EADV Fostering training courses for Residents 2016**

Információ: <http://www.eadv.org/fostering-courses/current-residents-courses/educational-programme-2016/>

### **Trainee Course - Itch**

21-23 January 2016 - Brussels, Belgium