

B71

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

88. ÉVFOLYAM • 2012. • 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés
2012. december 6–8.**

165-216 • 2012. december – ISSN 0006-7768

ko

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2012

Magyar Dermatológiai Társulat 85. Nagygyűlése és XI. Dermato-Pharma Szakkiállítás

Rendezvény kezdete: 2012. 12. 06.

Rendezvény vége: 2012. 12. 08.

Helyszín: Budapest, Nagyvárad tér 4., NET épülete
(Nagyvárad téri Elméleti Tömb)

Információ: Convention Budapest Kft., Papp Zsombor,
zspapp@convention.hu

Bőrgyógyászati kötelező szinten tartó tanfolyam

Rendezvény kezdete: 2013. 02. 14.

Rendezvény vége: 2013. 02. 16.

Helyszín: Budapest

Szervező: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta,

SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

Információ: Convention Budapest Kft.,

HIV betegség a mindennapi gyakorlatban

Rendezvény kezdete: 2013. 03. 09.

Rendezvény vége: 2013. 03. 09.

Helyszín: Budapest

Szervező: Prof. Dr. Marschalkó Márta,

SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

Információ: Convention Budapest Kft.

„Gyakorlati Allergológia” tanfolyam

Rendezvény kezdete: 2013. 04. 12.

Rendezvény vége: 2013. 04. 13.

Helyszín: Budapest

Szervező: Prof. Dr. Temesvári Erzsébet,

SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

Információ: Convention Budapest Kft.,

Controversies in Rheumatology & Autoimmunity (CORA)

Rendezvény kezdete: 2013. 04. 04.

Rendezvény vége: 2013. 04. 06.

Helyszín: Budapest

Szervező: Kenes Group – Kenes International

Információ: www.kenes.com/cora

9th World Congress of Cosmetic Dermatology

Rendezvény kezdete: 2013. 06. 27.

Rendezvény vége: 2013. 06. 30.

Helyszín: Athén

Szervező: International Academy of Cosmetic Dermatology

Információ: www.wcoed2013.com

3rd Munich International Summer Academy of Practical Dermatology

Rendezvény kezdete: 2013. 07. 21.

Rendezvény vége: 2013. 07. 26.

Helyszín: München

Szervező: Prof. Thomas Ruzicka, Dr. Tatjana Pavicic,
Prof. Markus Braun-Falco

Department of Dermatology, University of Munich,
Germany

Technikai szervező: INTERPLAN Fortbildungswoche GmbH

Email: isa@interplan.de



Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

2013 JAN 16.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

Pónyai Györgyi dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

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

TARTALOM

88. évf. 2012. 6. szám

SEMMELWEIS EGYETEM

Budapest, 1085 Üllői út 26.

Központi Könyvtár



| | |
|--|-----|
| Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés absztraktjai 2012. december 6-8. | 167 |
| Szerzők névsora | 198 |
| <i>Schneider Imre dr.:</i> Dr. Kaposi Mór 175 éve született (1837 — 2012) | 200 |
| THERÁPIA | |
| <i>Szoták Judit dr., Veres Imre dr., Soltész Pál dr., Remenyik Éva dr.:</i> Terápiás lehetőségek pemphigus vulgarisban egy eset kapcsán | 203 |
| <i>Károlyi Zsuzsanna dr.:</i> Az ustekinumab kezelés 5 éves hatásossági és biztonságossági eredményei közepesen súlyos és súlyos plakkos típusú psoriasisban | 209 |
| Könyvismertetés | 211 |

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőségé
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

Editor:

É. Ablonczy MD

Gy. Pónyai MD

Editorial Board:

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

CONTENTS

Vol. 88. N° 6. 2012.

| | |
|--|-----|
| The Hungarian Dermatological Society Annual Meeting 6-8. december 2012 | 167 |
| Authors Index | 198 |
| <i>Imre Schneider:</i> To the 175th anniversary of birth of Moriz Kaposi MD (1837 – 2012) | 200 |
| THERAPY | |
| <i>Judit Szoták, Imre Veres, Pál Soltész, Éva Remenyik:</i> Therapeutic options of pemphigus vulgaris, a case report | 203 |
| <i>Zsuzsanna Károlyi:</i> 5 years efficacy and safety data of ustekinumab treatment in moderate to severe plaque psoriasis | 209 |
| Book reviews | 211 |

Magyar Dermatológiai Társulat 85. Nagygyűlése

Budapest, 2012. december 6-8.

Továbbképző előadások

Temesvári Erzsébet dr.:

Kontakt allergének a XXI. században

(Semmelweis Egyetem Bőr Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A kontakt szenzibilizációt kiváltó allergének – hasonlóan az aerogén és élelmiszer allergénekhez – a globalizáció eredményeként a XXI. században a korábbi évtizedekhez viszonyítva nagyobb variációt és fluktuációt mutatnak, az ismert kontakt allergének expozíciójának bővülésével, valamint új allergének megjelenésével. A kontakt allergének forgalmazását befolyásoló nemzetközi szabályozások – EU direktívák – igen jó határfokkal elsősorban a korábban ismert kontakt allergéneket érintik, ezen előírások revideálása az allergén expozíciók bővülését folyamatosan követi. Ezek, a többnyire már utólag hozott intézkedések ugyanakkor nem tudják megelőzni az országhatárokon átívelő új technológiák eredményezte, rövid idő alatt „nemzetközivé” váló allergének elterjedését (dimetilfumarat).

A globalizáció eredményeként helyi kultikus szokásokhoz kötött allergének más földrészekre országokba is eljutnak, alkalmanként egzotikus emlékként, majd az új divattá váló használat következményeként.

Az előadó továbbképző előadásában, a század első évtizedének jellemző „új” és „rég” kontakt allergénjeit valamint az expozíciók variációit ismerteti.

Juhász István dr.:

Dermatofibrosarcoma protuberans

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, Égési Bőrsébeszeti és Rekonstrukciós Osztály, Debrecen)

A dermatofibrosarcoma protuberans egy ritka malignus lágyrész tumor, mely leggyakrabban felnőttek törzsén és végtagjain fordul

elő. Alacsony metasztázis képző potenciállal jellemezhető, emiatt a prognózisa kedvező („szemi-malignitás”). A gyakori extenzív látens növekedés miatt nagyon gyakori a lokális recidíva képződés aránya. Az előadás a daganat terápiai lehetőségeit veszi számba. Az alapvető kezelés sebészi: cél a daganat totális extirpációja. Ez kiterjesztett, széles kimetszéssel vagy mikroszkóposan kontrollált sebészi módszerrel („Mohs micrographic surgery”) segítségével érhető el, amely a tumor széli és mélybeli határait egyaránt figyelembe veszi. Az adjuváns kezelés olyan esetekben jön szóba, amikor a daganat nem reszekálható, recidíva, vagy metasztázis lép fel. Korábban gyakorta a tumor ágy besugarazásával egészítették ki a sebészi kezelést. Újabban a célzott molekuláris terápiai eljárások közé sorolható imatinib mesylate (szelektív tirozin kináz inhibitor) alkalmazásával érhető el jó eredmény a dermatofibrosarcoma protuberans adjuváns kezelésében.

Emri Gabriella dr.:

Prognosztika és predikció melanoma malignumban

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A bőrre lokalizálódó melanoma malignum (CMM) korai stádiumban történő sebészi kimetszése esetén a betegek prognózisa nagyon jó. Előrehaladott CMM-ban az agresszív tumor-növekedés és a terápiazisztencia miatt a prognózis általában rossz. A jelenleg használt stádiumbeosztás a betegek túlélési esélyét legjobban prognosztizáló független patológiai tényezőkön alapszik, de korántsem képes egyéni rizikó meghatározására vagy terápia hatékonyság prediktálására. A primer melanoma és az áttétek fejlődésével kapcsolt molekuláris mintázatokról nyert információk növelik a lehetőségét a „nagy rizikójú” betegek azonosíthatóságának, illetve akiknél az immunterápia hatékony lehet, vagy akiknek a kezelésében célzott molekuláris inhibitorok alkalmazhatóak.

Károlyi Zsuzsanna dr., Nagy Gabriella dr.:

Tumornekrózisfaktor-gátló kezelés által provokált psoriasis

(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Nonprofit Kft. Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

A tumornekrózisfaktor-alfa (TNF- α) gátlókat közel másfél évtizede eredményesen alkalmazzák számos immun-mediált, gyulladásos betegség kezelésében, mint pl. rheumatoid arthritis, Crohn betegség, psoriasis és arthritis psoriatica. Kiváló klinikai hatékonyságuk mellett alkalmazásuk általában biztonságos, a súlyos mellékhatások előfordulása ritka. Az ismert infekciós szövődményeken túl, a citokin egyensúly felborulása következtében ritkán autoimmun betegségeket, valamint paradox módon újonnan kialakuló psoriasist provokálhatnak. A jelenséget valamennyi TNF- α gátló kiváltja, hajlamosító tényező nem ismert. Az újonnan fellépő psoriaticus bőrtünetek általában enyhék, az esetek felében palmo-plantaris pustulosis formájában lépnek fel, legtöbbször a biológiai kezelés felfüggesztése nélkül is regrediálnak. A pontos patofiziológia még ismeretlen, a jelenség kialakulásában a TNF- α gátlás következtében megemelkedett interferon- α (INF- α) termelésnek tulajdonítanak döntő szerepet.

A szerzők a Miskolci Bőrgyógyászati Osztályon az elmúlt három évben reumatológiai, bőrgyógyászati és gastroenterológiai indikáció miatt TNF- α gátlóval kezelt betegek között 10 esetben észlelték psoriasis szokatlan formában történő fellobbanását, illetve új psoriasis kialakulását. Eseteik elemzése mellett, előadásukban ismertetik a TNF- α gátlók által provokált psoriasis terápiás algoritmusát.

Várszegi Dalma dr.:

„Japán betegségek”

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

A japán szerzők által leírt megbetegedések összefoglaló bemutatása az előadás célja. A betegségek kóroka, terápiája és előfordulásának okainak taglalása.

Holló Péter dr., Jókai Hajnalka dr., Szalai Klára dr.,

Kárpáti Sarolta dr.:

A plakkos psoriasis hosszútávú, eredményes TNF-alpha gátló kezelésének kedvező hatása az artériás érfalvastagságra

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

Az immunmediálta gyulladásos betegségek csoportjába tartozó psoriasis vulgaris esetén a gyulladás szisztémás jellegéből adódóan az atherosclerosis és a következményes kardiovaszkuláris betegségek emelkedett incidenciáját igazolták az érintett betegpopulációban. A betegek körében kimutatott artériás érfal intima-media vastagságának normál, egészséges felnőtt átlagpopulációhoz viszonyított emelkedése a tartós érfali gyulladás következményének tekinthető. A psoriasis és az atherosclerosis pathogenezisében kulcsfontosságú, közös citokinmolekulák meghatározó szerepet játszanak a psoriasisos társuló, kezdetben reverzibilis érfalgyulladásban, mely a manifest atherosclerotikus plakkok megjelenését előzi meg. Az ultrahanggal mért carotis intima-media vastagság a szisztémás atherosclerosis mértékének elfogadott markere.

Pilot-vizsgálatunk keretében a súlyos plakkos psoriasisban alkalmazott, sikeres TNF-alpha gátló biológiai válaszmódosító kezelés artériás érfalvastagságra gyakorolt hatását kívántuk tisztázni.

16 súlyos psoriasis vulgarisban szenvedő beteg esetében határoztuk meg a körkép klinikai súlyosságát reprezentáló PASI (Psoriasis Area and Severity Index) pontértéket a biológiai terápia megkezdése előtt, majd 6 hónapos kezelési időtartamot követően. Ugyanezen időközökben nagy felbontású, B-módú ultrahanggal detektáltuk mindkét oldali arteria carotisok és arteria brachialisok intima-media vastagságát. A kezdeti és a 6 hónapos értékek között észlelt különbségeket statisztikailag értékeltük kollektívan, az összes vizsgált érre

vonatkoztatva, valamint külön-külön a carotis és brachialis ércsoportban.

A 6 hónapos kezelés végére minden beteg elérte a PASI75 klinikai állapotjavulást, míg 14/16 beteg esetében PASI90 javulást is sikerült felmutatni. Az eredmények és az életkor alapján a betegek két nagy csoportba voltak oszthatók. Az első csoportba tartozó 13 páciens (mind 60 év alatt, kimutatható érfali meszesedés nélkül a kezelés megkezdése előtt) esetében szignifikáns érfalvastagság-csökkenést detektáltunk az összes vizsgált ér együttes értékelésekor ($p=0,000150$), illetve külön mérve a carotis ($p=0,011032$) és brachialis ($p=0,005652$) csoportban is. A második csoportba tartozó 3 betegnél (mind 60 év felett, meszes plakkokkal a kezelés megkezdése előtt) az intima-media vastagság emelkedő tendenciáját figyeltük meg. Az első csoport 11/13, míg a második 3/3 tagja mutatott a terápia indítása előtt emelkedett intima-media vastagságot az egészséges felnőtt populáció korszoportokra lebontott normálértékeihez viszonyítva.

Míndezen eredmények alapján felmerül, hogy a hosszútávú, sikeres TNF-alpha gátló kezelés hatékonyan képes csökkenteni az artériás érfalvastagságot súlyos plakkos psoriasisban - elsősorban a detektálható, manifest atherosclerotikus plakkokkal nem rendelkező, fiatalabb betegcsoportban. A psoriasisos asszociált kardiovaszkuláris morbiditás tényleges csökkentésének egyértelmű megítéléséhez további vizsgálatok szükségesek.

Gyulai Rolland dr., Kemény Lajos dr.:

A psoriasis methotrexat kezelésének klinikai gyakorlata Magyarországon, Európában és a világon

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A methotrexat a jelenleg alkalmazott klasszikus antipszoriaticus szerek közül az egyik leghatékonyabb és legszélesebb körben alkalmazott készítmény. A methotrexat alkalmazásának fontos gyakorlati kérdéseire – pl. a kezdő, a maximális és kumulatív dózis nagysága, a folsav szupplementáció gyakorlata, a szükséges vizsgálatok menete – az érvényben lévő szakmai ajánlások csak részben vagy egyáltalán nem adnak választ. A Psoriasis International Network nevében ezért egy világméretű internet alapú kérdőíves felmérést végeztünk, melyben a részt vevő orvosokat a methotrexat terápia gyakorlati problémáiról kérdeztük. A kérdések az alábbi témákat érintették: dozírozás, biztonságosság, hatékonyság, folsav szupplementáció, kombinációs kezelések. A felmérésben az absztrakt elkészítésének időpontjáig csaknem 500 orvos vett részt. A válaszokból egyértelmű, hogy a methotrexat kezelés klinikai gyakorlata a válaszadók jelentős részénél erőteljesen eltér a szakmai ajánlásokban megfogalmazottaktól, valamint jelentős nem-, életkor/tapasztalat szerinti, illetve földrajzi különbségek észlelhetők a válaszadók gyakorlata között.

Dalmady Szandra dr.¹, Kovács Fruzsina dr.¹, Kiss Mária dr.¹,

Gyulai Rolland dr.¹, Kovács László dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Anti-MCV antitestek kimutatása és klinikai összefüggések keresése arthritis psoriaticában

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológia Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem Rheumatológiai Klinika², Szeged)

A citrullinált proteinek elleni antitestek (ACPA) a rheumatoid arthritis (RA) korai, érzékeny és specifikus markerei. Az ACPA csoportnak több tagja, sőt generációja ismeretes, ezek egyike citrullinált vimentin elleni autoantitestek (anti-MCV), melyeket újabban a legérzékenyebb és legspecifikusabb biomarkerek között tartanak számon. Több ismert kutatási eredmény utal arra, hogy az enzimatikus citrullináció és az ACPA termelés más gyulladásos ízületi betegségekhez is társulhat. Mivel az anti-MCV antitestek előfordulását arthritis psoriaticában (PsA) széles körben még nem vizsgálták,

valamint a PsA diagnosztikájában nagy igény lenne új és szenzitív biomarkerek alkalmazhatóságára, ezért e retrospektív kutatás céljából tűztük ki az anti-MCV autoantitestek jelenlétének vizsgálatát 46 arthritis psoriaticában, 42 psoriasis vulgarisban szenvedő beteg esetében, valamint 40 egészséges személyt tartalmazó kontrollcsoportban. A kapott eredmények alapján olyan klinikai vagy laboratóriumi paramétert kerestünk, mely segítségével egyértelműen jellemezhető az anti-MCV pozitív betegcsoport. Az anti-MCV IgG antitestek meghatározása ELISA- kit használatával történt. A cut off érték 20 U/ml volt. Az anti-MCV pozitívitás és a különböző klinikai paraméterek közti asszociációk statisztikai elemzése során Fischer exact tesztet alkalmaztunk. Az PsA betegek között 11 anti-MCV pozitív esetet találtunk (23,91%) és az antitestek átlagos koncentrációja a pozitív esetekben 102,41 U/ml volt. Ugyanakkor az ízületi tünetekkel nem rendelkező 42 psoriasisos beteg esetében mindössze 4 bizonyult anti-MCV pozitívnak (9,52%). A kontroll egyének között egyetlen esetben sem találtunk autoantitest pozitívítást. Az anti-MCV pozitív PsA betegcsoport klinikai adatait részletesen elemeztük és összehasonlítottuk az anti-MCV negatív PsA-s betegek jellemzőivel és azt találtuk, hogy a köröm psoriasisos érintettsége szignifikánsan magasabb volt az anti-MCV pozitív esetekben ($P=0,006$). Mindezen eredményeink mellett sem állítjuk, hogy a körömpsoriasisos kizárólagos tünet az anti-MCV pozitív PsA-s betegek klinikai jellemzésére. A patológiai sajátságok megismerése további kutatást igényel, illetve a betegszám növelésével valamint egyéb biomarkerek bevonásával további összefüggések is meghatározhatók lehetnek.

Oroján Iván dr.:

Diabetes és a psoriasis

(Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

A szerző a co-morbiditási adatok közül a szisztémás gyulladással járó folyamatok és a kialakuló inzulin rezisztenciát mutatja be a psoriasisal összefüggésben.

Fábos Beáta dr., Battyáni Zita dr.:

A PPD allergia jelentősége a mindennapi gyakorlatban

(Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár)

A PPD allergia gyakorisága az utóbbi időben növekszik, a szenzibilizálódáshoz hozzá járul a divat (ideiglenes tetoválás, a hajfestési szokások változása) valamint bizonyos foglalkozások. A PPD egy olyan vegyi anyag, mely széles körben megtalálható: tartós hajfestékek, textil-, szőrme festékek, sötét színű kozmetikumok, fénymásoló-nyomdafestékek, fényképezeti előhívók, litográfiai lemezek, fekete gumi, benzín, olaj egyik alkotóeleme. Az előadásban a KMOK Bőrgyógyászatán végzett 5 éves standard cután tesztesztelés eredményét áttekintve vizsgálja a PPD szerepét, és helyét a többi allergén között, illetve a tünetek sokszínűségét, mely a nagyon enyhe, bizonytalan reakcióktól az egészen kifejezett allergiás reakciókig terjed.

Irinyi Beatrix dr.¹, Gyimesi Edit dr.², Garaczi Edina dr.³,

Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.³, Kemény Lajos dr.³, Hodosi Katalin dr.²,

Remenyik Éva dr.¹, Szegedi Andrea dr.¹:

Autoimmun urticariás betegek autológ szérumszerteszteinek összehasonlítása

Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹,

III. Belgyógyászati Klinika², Debrecen, Szegedi Tudományegyetem,

Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika³, Szeged)

Saját munkacsoportunk 2004-ben, az irodalomban először, sikeresen alkalmazta a CD63 molekula sejtfelszíni kimutatására épülő módszer módosított változatát a krónikus urticaria autoimmun formájának diagnosztizálására. A funkcionális teszt segítségével kimutattuk, hogy az erősen szenzibilizált D_A bazofil sejteit IL-3-mal történő kezelés nélkül sikeresen használhatók in vitro az autoimmun urticaria áramlási citofluorimetriás vizsgálatában. Pozitív korrelációt mutattunk ki a bazofil CD63 expressziós vizsgálat és az autológ serum skin teszt (ASST) között, bár ekkor tömény, szérumsort alkalmaztunk.

Jelen munkánkban az autoimmun urticariás betegek saját szérumszerteszteivel (1/10, 1/100) is elvégeztük az ASST-t. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a hígított saját szérumszerteszteivel jobb korrelációt mutat-e a CD63 assay eredményeivel, illetve a klinikai súlyossággal. Vagyis szükséges-e az ASST elvégzése a hígított szérumszerteszteivel.

50 autoimmun urticariás beteget vizsgáltunk, akiknél az ASST tömény és hígított szérumszerteszteivel elvégeztük. Pearson-féle korrelációval összefüggést kerestünk az autoimmun urticariás betegek CD63 assay mértéke és a betegek klinikai súlyossága között.

Eredményeink szerint a hígított szérumszerteszteivel végzett ASST nem mutatott korrelációt a CD63 assayvel, viszont a CD63 és a klinikai súlyosságot reprezentáló SCORE érték szignifikáns összefüggést mutatott.

A klinikai gyakorlatban az ASST-t legelőször tömény savóval elvégezni. A CD63 expressziós assay mértékéből következtethetünk az urticaria súlyosságára.

Pónyai Györgyi dr., Németh Ilona, Máté Borbála,

Temesvári Erzsébet dr.:

Élelmiszer atopy patch teszt diagnosztikus szerepe

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

Az atópiás dermatitis (AD) felnőttkori formájának prevalenciája emelkedő tendenciát mutat. A genetikai hajlam és a barrier-defektus mellett különféle környezeti tényezők, provokáló faktorok felelősek a bőrtünetek fellobbantásáért vagy a terápia rezisztenciáért. Ezek közül az élelmiszer-allergének szerepe elsősorban gyermekekben jelentős, felnőtteknél az egyes élelmiszerek és az AD bőrtünetek kapcsolata nem jellemző és ellentmondásos. A diagnosztikában az inhalatív atopy patch teszt (APT) mellett az utóbbi években az élelmiszerek epicután tesztelését is bevezették, elsősorban gyermek betegekben. Felnőtt atópiások élelmiszer APT vizsgálatairól eddig kevés közlemény látott napvilágot.

Szerzők a SE Bőr-Nemikórtani- és Bőronkológiai Klinika Atópiás Szakrendelésén gondozott, az anamnézis és a bőrtünetek alapján célszerűen kiválasztott 25, 18 éven felüli páciens APT vizsgálatát végezték el. Késői élelmiszer APT pozitívítást négy betegnél észleltek. Az élelmiszerekhez kapcsolódó bőrtünetek hátterében a pollen-zöldség/gyümölcs keresztreakciók, mediátordús ételek fogyasztása, egyes élelmiszerek kontakt irritáló szerepe több betegnél is igazolódott. Szerzők az eredmények analízisével, a nemzetközi irodalmi adatokkal összevetve vizsgálták az élelmiszerek és AD bőrtünetek lehetséges összefüggését és az élelmiszer APT diagnosztikus értékét.

Duray Éva dr.:

Human Papilloma Virus által indukált genitális szemölcsök kezelése új, originalis készítménnyel

(DERMA-MED Bőrgyógyászati Rendelő, Budapest)

A humán papilloma vírusok okozta genitális infekciók világviszonylatban a leggyakoribb STI-k. Incidenciájuk a WHO által közölt adatok szerint az utóbbi években jelentősen emelkedett.

A genitoanalízis regio magas contagiositású benignus epithelialis lesioi, a genitális szemölcsök fellépése mellett a cervicalis neoplasziák döntő többségének kialakulásáért is felelőssé tehetőek.

A HPV vírusok DNS szekvenciájának ismeretében több mint 130 genotípus különíthető el, melyek legalább 30%-a elsősorban szexuális kontaktus során terjed.

A genitoanalízis HPV fertőzés 94%-ban latens és szubklinikus formái mellett a klinikailag manifesztálódóinfekcióra jellemző a tüneti polymorpha, valamint a nagyfokú szövettani és virológiai variabilitás.

A papilloma vírus indukált condyloma az átlag populációban 10% prevalenciát mutat, a szexuálisan aktív fiatal nők 30%-át élete során legalább 1x érinti. A genitális szemölcsökkel bíró páciensek szexuális partnereinek 65%-ában fejlődik ki 1 éven belül identikus klinikai tünet.

A genitoanalízis condylomák és egyéb klinikai kórfomák kezelésében többféle lehetőség áll rendelkezésre - a választandó metodikát befolyásolja a lézió topográfiája, kiterjedése, klinikai megnyilvánulása, a korábbi kezelések hatékonysága és egyéb faktorok is. A je-

lenleg elérhető módszerek sebészi eljárás, cytotoxicus externák alkalmazásán illetve immunterápián alapulnak.

A genitális szemölcsök kezelésében alkalmazott új cytodestructív módszer hatékonyságát és biztonságosságát vizsgáltuk 60 betegen, több centrumban, nemzetközi vizsgálokkal (Blouard B., Namur Belgium; Bourlong J., Arlon Belgium; Dr. Parents D., Brüsszel, Belgium; Duray E., Budapest) nyílt vizsgálatban. Az acidum nitricumot, egyéb organikus savakat és katalizároként nyomelemeket tartalmazó vizes oldat redox-rendszert alkot, melynek a HPV indukált lesiókra történő applikációja során, döntően NO₂ produkciót követően a condylomás szövet mummifikációja következik be.

A kezelést követően kialakuló toxicus epidermalis necrosist szövettani és immunhistológiai vizsgálattal, valamint a virális DNS és vírus proteinek destruktív PCR módszerrel és géll elektroforézissel ellenőrizték (Prof. Humbert Ph, Besancon, Franciaország).

A készítmény csak lokálisan hat, condylomás epitheliumhoz való szöveti fixáció gyors, a basalmembránt nem törli át. Hatékonysága a folyékony nitrogén kezeléséhez hasonló, vizuálisan jól kontrollálható az azonnali hatás, alkalmazása egyszerű, fájdalommentes, gyors, hegesevést nem indukál.

Az újszerű terápiás modalitás ígéretesnek mutatkozik a HPV indukált anogenitális szemölcsök szokványos formáiban, a ritkább klinikai entitások kezelésében, recurráló esetekben, gyermekek és gravidák kezelésében – egyszerű, fájdalommentes, különleges technikai hátteret nem igénylő jellege miatt. Különleges sajátossága, hogy a papilloma vírusra is hatással van.

Szondy Györgyi dr., Együd Katalin dr.:

A syphillis és a terhesség coincidenciája Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében az elmúlt 20 évben.

(Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft. Bőr- Nemibeteg gondozó Intézet, Nyíregyháza)

1990-napjainkig a nyíregyházi Bőr- Nemibeteg gondozóban a 469 syphillises esetet vettünk kezelésbe és gondozásba, amelynek 52%-a nő volt, ebből 69 volt terhes syphillises nőbeteg.

A szerzők az adatok feldolgozása során több megállapításra jutottak:

- a terhes nők syphillises fertőzésében szerepet játszik a határon átvélő prostitúció
- a fertőzés bekerült a romák közé, akik nem kellő időben jelennek meg a terhesgondozáson – szűrővizsgálat elmarad, vagy későn történik meg
- a nem kellő időben végzett szűrővizsgálat eredménye a connatalis syphillises esetek számának növekedése.

Rozgonyi Ferenc dr.¹, Ostorházi Eszter dr.¹, Vörös Krisztina², Győriné Becze Ildikó¹, Vörös Elvira¹, Törő Klára dr.², Szakonyi József dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Az ulcus cruris fertőzések pathogenesis, rizikó tényezői, mikroflórája és a leggyakoribb kórokozók antibiotikum rezisztenciája

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet², Budapest)

A krónikus sebekből különböző baktériumfajok tenyésztethetők ki. Ezek tapadási faktoraikkal a sebben felszínre kerülő gazdaszervezeti receptorokhoz kötődnek. A baktériumok jelenléte nem feltétlenül jelenti az elhúzódó sebgógyulást, azonban a sebek kezdeti kolonizációjából infekció, később sepsis is kialakulhat, ami ulcus cruris esetén az adott végtag megtartását és a beteg életét is veszélyeztetheti.

A népbetegségek számára érzékeny lábszárfelekében kolonizáló baktériumok és az ulcus cruris rizikótényezői megoszlásának vizsgálatuk.

A Bőrklinika Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratóriumában 2009. január 1. és 2010. december 31. között a Klinika ambulanciáiról és fekvőbeteg osztályairól összesen 621 betegről (324 férfi, 297 nő) 1137 genny mintát érkezett: 926 az ambulanciákról, 211 a fekvő osztályokról. A 621 betegből 274 volt lábszárfelekélyes, 135 férfi, 139 nő, közülük összesen 497 minta származott, 410 az ambulanciákról, 87 a fekvő osztályokról. A baktériumok faji azonosítása hagyományos és API bioMérieux automata biokémiai módszerrel, az antibiotikum érzékenység meghatározás korong diffúziós módszerrel történt.

Az ulcus cruris diagnosztizálásának időpontjában a betegek átlagéletkora 61,9 év volt. A fekélyek átlag 5,3 éve állnak fenn. A leggyakoribb rizikótényezők a hipertónia (75,4%), krónikus vénás elégtelenség (67,0%), atherosclerosis (64,7%). A legtöbb ulcus vénás elégtelenség eredetű (54,4%). A fekélyes mintákból 24 aerob és/vagy fakultatív anaerob baktériumfaj összesen 823-szor tenyésztett ki, ebből 504 Gram-negatív, 319 Gram-pozitív. A leggyakoribb kórokozók: *Staphylococcus aureus* (29,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (27,0%), *Escherichia coli* (9,5%). A multirezisztens baktériumok 8,9%-ban fordultak elő, leggyakrabban methicillin-rezisztens *S.aureus* (MRSA).

A lábszárfelek előfordulása az idősödő korosztálynál a leggyakoribb, kialakulásukban az érrendszer és a keringés diszfunkciója a meghatározó, fennállásuk több év, melyhez a patogén bakteriális felülterhelés feltétlenül hozzájárul. Megelőzésükben a rizikótényező csökkenése a legfontosabb. A fertőzött fekély célzott antibiotikus kezelése szükséges.

Szakos Erzsébet dr.¹, Szontágh Sz. Endréné¹, Vizi Jánosné¹, Vámosi Ildikó¹, Tamási Katalin¹

Helicobacter pylori szerepe a steril gyulladási folyamatokban

(Borsod-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház,

Velkey László Gyermekegészségügyi Központ Csecsemő és Gyermeosztály¹, Központi Klinikai Laboratórium², Miskolc)

Az autoimmun gyulladási folyamatok kialakulásában a genetikailag hajlamos egyéneknél feltételezett a mikrobiológiai ágensek által elindított molekuláris mimikri szerepe. A szerzők nem primeren gasztrointesztinális panaszok miatt vizsgált, steril gyulladási folyamatoktól szenvedő betegek esetében elemezték a *Helicobacter pylori* (HP) esetleges kóroki szerepét.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Bőrgyógyászati-immunológiai rendelésén 2005-2008 években nyilvántartott 165, steril gyulladási betegségben szenvedő egyén klinikai és laboratóriumi adatait vizsgálták részben prospektív, részben retrospektív módon. Alap vércémiai vizsgálatok mellett komplex autoantitest és *Helicobacter pylori* szerológiai vizsgálat is történt. Kontroll csoportként *Helicobacter pylori* szerológiai pozitívitás tekintetében a gyermekgasztroenterológiai rendelésen hasi panaszokkal 2011. július 01. - 2012. június 30. között megjelent betegek szolgáltak.

A 165 beteg közül 113 életkora 2-18, 52-é 18-52 év között volt. A nemi megoszlás gyermekekénél: 71 lány, 42 fiú, felnőtteknél: 43 nő, 9 férfi. *Helicobacter* szerológiai pozitívitás összesen 40 betegnél (18 gyerek, 22 felnőtt) fordult elő. A 18 HP pozitív gyermek közül 9 lány, 9 fiú, a 22 felnőtt közül 16 nő, 6 férfi volt. A HP pozitívitás gyakorisága az autoimmun betegségben szenvedő gyermekek körében 15,8% (lányoknál: 12,6%, fiúknál: 21,4%), felnőtteknél: 42,3% (nőknél: 37,7%, férfiaknál: 66,6%). A 40 betegnél összesen 85 steril gyulladási szervi manifesztáció fordult elő. 18 arthritis-artralgia, 16 thyreoiditis, 8 krónikus, nem allergiás urticaria, 7 alopecia areata, 5-5 cutan vasculitis, psoriasis, habituais aphtha, 4 vitiligo, 3-3 Raynaud szindróma, habituais vetélés, 2-2 scleroderma, lichen sclerosus, coeliakia, 1-1 granuloma anulare, 1-es tipus diabetes mellitus, conglobat acne, obesitas, rosacea. A 40 HP pozitív betegből 10-nek atopiás tünetei is voltak. Extrahálható nukleáris antigének keveréke elleni antitest fordult elő leggyakrabban. A HP pozitív csoportban: 17/40, a nem HP pozitívaknál 25/125. Odds hányados 1,875. Anti smRNP antitest előfordulása 2/40 a HP pozitívaknál ill. 20/125 a HP negatívaknál. Odds hányados: 0,31. A dupla szálú DNS elleni antitestek előfordulása 5/40 a HP pozitív, 28/125 a HP negatív csoportban. Odds hányados 0,55.

Az irodalmi adatoknak megfelelően a felnőttek körében gyakoribb volt a HP szerológiai pozitívitás. A nem szerinti eltérő pozitívitás korábbi tanulmányok szerint gasztroenterológiai, illetve random esetekben felnőtteknél női túlsúlyt mutatott, ill. gyermekek esetén szignifikáns eltérést nem jelzett. Összességében a O és A vércsoportú, nem dohányzó felnőtt nők a leginkább HP pozitívak az irodalmi adatok alapján. A szerzők autoinflammatorikus betegeinél is igaz, hogy a felnőttek nagyobb hányada kolonizált, mint a gyermekeké, de a HP pozitív férfiak aránya mindkét korcsoportban magasabb a HP pozitív nőkénel. Emellett az irodalmi adatoknak megfelelően az autoinflammatorikus betegek körében egyértelmű a női dominancia, különösen a felnőtteknél. A vizsgált populációban az autoantitestek közül a leg-

gyakrabban előforduló, elsősorban Sjögren szindrómára és kevert kötőszöveti betegségre jellemző ENA (sulubilis citoplazmatikus és nukleáris antigének) pozitív korrelációt mutat a HP pozitivitással, míg a dupla szálú DNS ellenes és az ENA sm.RNP komponensei elleni antitestek, melyek elsősorban szisztémás lupus erythematosusra specifikusak, negatívan korrelálnak a HP szerológiai pozitivitással.

Az eredmények felvetik a HP lehetséges szerepét az autoinflammatorikus betegségek patomechanizmusában. A szisztémás polyserozitis, nephritis csoportú betegségekre jellemző autoantitestek negatív, míg a szervspecifikusabb jellegűek pozitív korrelációra suspectek a vizsgált csoportban. Az irodalmi adatoktól eltérően az autoinflammatorikus betegségekben szenvedők körében a férfiaknál gyakoribbnak találták a szerzők a HP pozitivitást, mint a nőknél. Javasolják a szerológiai szűrés és szükség esetén az eradikációs kezelést az ilyen betegeknek.

Szabó Éva dr., Remenyik Éva dr.:

Erbium-YAG lézer alkalmazása bőrgyógyászati betegségek kezelésében

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

Lézerek bőrgyógyászati alkalmazását említve legtöbbször kozmetológiai problémát jelentő kezelések kerülnek említésre. Sok esetben azonban bőrbetegségek terápiájában is alkalmazhatjuk. Számos egyéb, hagyományos terápiára nem, vagy kevésbé reagáló bőrgyógyászati kórkép esetén helye van a lézerek alkalmazásának.

Az előadás Erbium-YAG lézer bőrbetegségekben történő alkalmazásait foglalja össze. Irodalmi áttekintést nyújt, továbbá saját eseteiről is beszámolnak az előadók.

Várady Zoltán dr.:

Vágás nélküli visszéreltávolítás

(Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden-Venenklinik, Frankfurt)

A visszérbetegek nagy része nő, akiknek nem csak az orvosi, hanem a kozmetikai eredmény is fontos. A tradicionális módszer narkózzal nagy sebekkel jár, aminek semmi előnye nincsen, hiszen egy jó százalékból recidivál jár, és a hegek a visszafolyás zavarásával örökké tartó ödémát is okozhatnak. Nem beszélve arról, hogy a narkózis veszélye magasan fölülte van a vágásnélküli visszéreltávolításnak.

A kezelés egyedi és nem sematikus. Meg kell mérni a hemodinamikai állapotot, és nem csak a visszereket, hanem a hemodinamikát is rendezni kell.

Az operáció helyi érzéstelenítésben, a bőr 1-2 mm-es szikével lesz szúrva és nem vágva!

A spatulával való fellazítás után el lehet távolítani a visszereket a kis lyukakon át, amelyek a bőr rugalmassága miatt összeugranak, és hegesedés nélkül gyógyulnak.

Ezt a speciális módszert és az ehhez tartozó műszereket én dolgoztam ki, ami idővel az egész világon elterjedt. Magyarország minden klinikáján, sok nagyobb korházban és a TV-ben is bemutatottam. Sokan csinálják is, mégis a szerző több tippet tud adni ezenkívül több filmet is bemutatok a laptopomon az előadótermen kívül.

Kovács L. András dr.¹, Kádár Zsolt dr.¹, Fekets Tamás dr.¹, Szász Orsolya dr.¹, Battyáni Zita dr.¹, Molnár Krisztián dr.², Várszegi Dalma dr.¹:

A negatív nyomásterápia (NPWT) bőrgyógyászati alkalmazása (Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, Radiológiai Klinika², Pécs)

A negatív nyomásterápia (Negative Pressure Wound Therapy – NPWT) alkalmazása a sebekben zárt rendszeren keresztül drainage segítségével eltávolítja a sebváladékot, csökkenti a seb bakteriális terhelését, meggyorsítja a seb feltisztulását. A szubatmoszférás nyomás hatására csökken a seb és a sebkörnyéki oedema, javul a vér és nyirokerek dekompressziója, fokozódik a seb vérellátása, a vascularizáció. A módszer stimulálja a granulációs szövetképződést, a nedves sebbezelés feltételeit megteremtve a sebgyógyulás számára ideális körülményeket hoz létre, összehúzza a sebszéléket és segíti a

transzplantátum megtapadását. A zárt rendszer révén csökken a külső kontamináció veszélye, a kötésváltások gyakorisága, ill. egyszerre több seb kezelhető. Az NPWT-nek széles körű az indikációja: traumás sebek, krónikus, konzervatív kezelésre nem reagáló fekélyek, égés és bőrtranszplantáció, nehezen gyógyuló műtéti sebek, sebszétválás, decubitus, diabeteses fekélyek. A szerzők a negatív nyomásterápia bőrgyógyászati alkalmazási lehetőségeit mutatják be különböző etiológiájú fekélyek kezelésében. A vénás keringési elégtelenség, súlyos bőr-lágyrészfertőzés, továbbá égés következtében kialakult fekélyek, ritka etiológiájú fekélyek, mint rheumatoid arthritishez társuló ulcus és pyoderma gangrenosum esetei az NPWT hatékonyságát prezentálják. Az alapbetegség kezelése – az oki terápia mellett alkalmazott NPWT költséghatékony módszer konzervatív terápiára rezisztens lábszársebek gyógyításában, mérsékli a magas járóbeteg-ellátási és kótszerköltötséget, az ismételt kórházi felvétel igénylő esetek rövid idő alatt gyógyíthatók. Ajánlatos lenne a negatív nyomásterápia társadalombiztosító által történő finanszírozása Magyarországon.

Rozsos István dr.:

Krónikus sebek – sebkörnyék kezelésének lehetősége – intelligens kötszerekkel és Curiosa géllal – klinikai megfigyelések és laboratóriumi modellek

(Théta Egészségügyi és Esztétikai Központ, Pécs)

A krónikus sebek – a gyógyulás különböző fázisaiban aktív – követő magatartást igényelnek a gyógyítótól. A statikus sebbezelés sebalapra és a sebfelszínre fókuszál, a sebkörnyék gyakran ellátatlan marad. A dinamikus sebgógyítás során a nedves sebbezelés sebálya szerint eljárva – a sebkörnyék szerepe is felerősödik – a jó ütemben történő kötszerváltások és kombinációk a seb gyógyulás idejét rövidítve gazdaságossági szempontból is előnyös.

Az ismert hatású cink- hialuronát - tartalmú gél- hatásainak megfigyelése :

Granulálódo – nagyméretű ulcusokat övező sebszéli területeken – Hámosodás fázisban lévő sebekben és a gyulladáshoz vezető folyamatok megléte eseteiben.

Ismert alaptulajdonságu intelligens kötszerek vizsgálata labormodelleken a klinikai észlelések elemzésére

A betegek kiválasztása – A megfigyelési vizsgálatba olyan betegeket választottunk –, akiknek nehezen gyógyuló, vénás keringési és/vagy cukorbetegség szövődményeként kialakult krónikus sebe van emellett ismert, jól követhető a kórelőzménye – és már korábban is korszerű kötszerekkel történtek a kezeléseik és nem volt egyéb kizáró oka – például allergia – a Curiosa gél lokális alkalmazásának. A megfigyelési periódus 3 hónapja alatt 30 naponként elvégeztük a betegek részletes fizikai vizsgálatát – és foto dokumentációt készítettünk – mely kép sorozatok alkalmasak a sebgógyulás változásainak nyomon követésére. Nem alkalmaztunk placebo kontroll csoportot – az eredményesség minden esetben önkontrollos – a korábbi állapothoz képest mutatott változások meghatározásaiból következtek.

A klinikai észlelések magyarázatait a kötszerek és az alkalmazott sebgógyítási katalizátor hidrogél kölcsönhatásainak elemzésével értelmeztük. A modelleken a kötszerek változásait, a váladékfelszívási és tartási tulajdonságait, és azok változásait elemmeztük.

Megfigyeléseinket 45 betegen – 28 férfibeteg és 17 nőbeteg – végeztük melyek közül 9 dohányzó beteg volt.

Sebparaméterek változása:

Az egyéni sebméret változások százalékainak összegzése alapján megállapítható, hogy átlagosan az eredeti sebméret 75 százaléka gyógyult – így a záró vizsgálatok során a még be nem gyógyult sebfelszín kevesebb, mint egyharmadra csökkent.

22 betegnél teljes – 100%-os gyógyulást láttunk a megfigyelési időszakban.

Általános megállapítások:

Az alkalmazási időszakban a betegeknek a kezelés megszakítását igénylő jelenséggel nem találkozunk.

Sebállapot hanyatlást egyetlen esetben sem észleltünk

Határozott gyulladás csökkenés (a hyperaemia területének mérséklése) és fájdalom csökkenés (fájdalomscore alkalmazásával) volt megfigyelhető .

A kísérletes modelleken a gélesedő kötszerek kedvező reakcióit tapasztaltunk a megkötött folyadékmennyiség csökkenésével – de a

változatlan folyadékötlettel – így a vizsgált kötszerek alap tulajdonságainak lényeges változatlanúsága igazolódott.

A Curiosa gél megfelelő indikációs területen javítja illetve javíthatja a granuláló hamosodó sebek gyógyulásának dinamikáját így rövidülhet a sebgyógyulás ideje.

A napjainkban egyre nagyobb teret követelő nedves sebkezelési technikákkal ötvözve – mérsékelte váladékozás esetén jó kiegészítője az eddig alkalmazott terápiáknak.

A tényleges seb gyógyulása nem áll meg a hamosodási fázisnál így a sebérési folyamat további segítségének is jó eszköze lehet már fedőkötések alkalmazása nélkül is.

Daróczy Judit dr., Telkes Márta dr., Ménesi Eszter dr., Gyöngyössi Orsolya dr., Virágh Zsófia dr.

A diagnosztikus pontosság jelentőségének értékelése 75 cellulitisz diagnózissal kórházba utalt betegnél

(Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Szakrendelő és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A cellulitisz gyakori krónikus lágyrész infekció, amelyben szisztémás antibiotikum és kórházi kezelés szükséges. A téves diagnózis és a felesleges kórházi és antibiotikum kezelés gyakori, ami magas költségekkel és rezisztens baktérium törzsek kialakulásával jár. A helytelen diagnózis elkerülésére fontos a differenciál diagnosztika lehetőségeinek áttekintése.

2009-2011 időszakban 75 cellulitisz diagnózissal beküldött beteg kórtörténete került kiértékelésre.

A differenciál diagnosztika lehetőségei – stasis dermatitis, phlebothrombosis, kontakt ekcéma, gyulladási nyirokódéma. A hasonló felmérést végző University of California Los Angeles School of Medicine és University of Rochester hasonló vizsgálataival (175 beteg) való összehasonlítást értékeltük (2011)

Az amerikai egyetemeken a 145 cellulitisz beküldő diagnózis az Univ. Calif. felmérésben 65% és a Rochester Univ. esetében 80% volt helyes. A magyarországi 75 cellulitisz beküldő diagnózis csak 18 esetben, azaz 24%-ban volt helyes. A többi esetben a diagnózis stasis dermatitis (29/75), gyulladási nyirokódéma (16/75), kontakt ekcéma (9/75), phlebothrombosis (3/75) volt.

A cellulitisz diagnosztikájának nincsenek evidencián alapuló kritériumai, ezért a „túldiagnosztizálás” általában a defenzív medicina jegyében felesleges kórházi és antibiotikum kezeléshez, azaz magas költségekhez és a felesleges antibiotikum kezelés szövődményeihez vezet. Az „aluldiagnosztizált” cellulitisz korai antibiotikum kezelésének elmaradása súlyos lágyrészfertőzést (fasciitis necroticans) eredményezhet. Magyarországon a téves diagnózisok aránya magas.

Baló-Banga J. Máttyás dr., Vajda Adrienne dr.:

Erysipelas cephalosporin kezelése

(MH Honvédkórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

Az erysipelas (orbánc) kezelésében a 2009-ben megjelent „Bőrgyógyászati Útmutató” országosan javasolt protokollja szerint a szokványos esetekben i.m. 2,4 millió NE benzatin-benzilpenicillint javasolta, 3-7 naponta történő ismétléssel, alternatív terápiaként pedig a procain-benzilpenicillint (Retardillint®) 2-4 millió NE/nap adagolásban. Csak a súlyos szövődményes formákban (bullosus vagy gangrenosus) társuló thrombophilia gyanúja és kevert Staphylococcus koinfekció gyanúja esetén említik a penicillináz rezisztens aminopenicillineket (ampicillin és enzimgátló, amoxicillin és enzimgátló) továbbá az első és második generációs cephalosporinokkal (cefazolin, cefuroxim) történő kezelést. Ilyen esetek további terápiás alternatívája lehet még a nagyhatású fluorokinolonok bevetése. A szövődményes formákra dózis ajánlás nem történt.

Kiindulva abból a tényből, hogy fekvőbeteg osztályra zömmel a szövődményes, vagy a megelőzőleg hibásan választott antibiotikum(ok)kal vagy adekvát szerekkel, de elégtelen dozírozásban kezelt, így nem gyógyul esetek kerülnek, a 2009-2011. év folyamán felvett orbáncos eseteket 2 csoportra osztva, az amoxicillin-clavulansav kombinációt a cefazolin, és/vagy cefuroxim monoterápia hatásával hasonlítottuk össze.

Összesen 70 beteget kezeltünk parenterális antibiotikum adagolással; vagy 3x1,2 ME Augmentinnel®, melyet 10-10 ml oldószerben intravénásan adtunk, vagy napi 2 alkalommal 100-100 ml fiziológiás sóoldatban oldott 2-2 g Cefasolin® i.v. vagy 3x750 mg Zinaceff® i.v. 10-10 ml oldószerben. Egyetlen beteg kapott 2x500 mg cefuroxim készítményt. A betegek csoportosítása nem volt tudatosan randomizált; pl. a már sikertelenül p. os amoxicillin+ enzimgátlót kapott eseteket cephalosporin készítmény megfelelő adagjával i.v. kezeltük tovább. A kezelések időtartama egyéni volt; a végpontot a klinikai és laboratóriumi paraméterek jelentős javulása (látalanság, hólyagok, fájdalom, oedema teljes megszűnése, az erythema részleges megszűnése) határozta meg.

Az összehasonlításba retrospektív módon beválasztott betegek közül 30 kapott Augmentint a fenti adagolásban, 25 pedig Cefasolin®-t, vagy cefuroximot. A kezelt esetek enyhe férfi dominanciát mutattak.

A férfiak átlag életkora 58 év, a nők 63 év volt. Betegeink zöménél (71%) a tünetek a lábfejen és a lábszáron manifesztálódtak és csak az egyik alsó végtagot érintették. A fej-nyaki régióból indult ki az orbánc 18%-ban, míg a felső végtagon 7%-ban, a törzsen, a mellék alatt 4%-ban fordult elő.

A társuló betegségek közül a diabetes mellitus mely férfiaknál 28%-ban, nőknél 36%-ban volt kimutatható; a szív-érrendszeri megbetegedés férfiaknál 34%, nőknél 21%-ban fordult elő. A csatlakozó súlyos, kezeletlen lábmikozis férfiaknál 13%-ban, nőknél 4%-ban fordult elő. Egy idős nő és 2 fiatal férfi esetében a folyamat kezdete rovarcsípéshez volt köthető. Trichilemmális cysták műtéti eltávolítása a hajas fejbőrrel / homlokról 2 esetben előzte meg erysipelas kialakulását. A két csoport összehasonlítása a kezelés időtartama szerint az amoxicillin+clavulansavval kezeltéknél 4,9±2,2 nap, szemben a cephalosporin kezeltéknél 4,5±1,0 napot eredményezett. Az átlag napi dózisok 3,3±1,2 g Augmentin®, szemben 3,6±1,3 g Cefasolin® voltak. Kiszámoltuk az idő x dózis betegenkénti átlagértékeit, mely az aminopenicillint kapott csoportban 15,1±7,2; a cephalosporint kapott csoportban 15,3±6,1 értéket adott.

A hospitalizációt indokló orbáncos esetek parenterális antibiotikummal kezelendők. Augmentinnel kombinált kezelést, míg cephalosporinokkal monoterápiát végzünk. Utóbbi az orálisan antibiotikumokkal már elégtelenül kezelt és/vagy szövődményes esetekben is hatásos. Irodalmi adatok szerint a kétfajta béta-laktám antibiotikum közötti kereszt-allergia valószínűsége csekély. A kórházi teljes kezelési költség cephalosporinokkal jelentősen alacsonyabb, mint az aminopenicillin+enzimgátlók esetén.

Török László dr.¹, Krenács László dr.², Bagdi Enikő dr.², Kocsis Lajos dr.³:

Primer cutan CD4 pozitív kis/közép nagy pleomorph T-sejtes lymphoma

(Megyei Kórház Bőrgyógyászat, Kecskemét¹, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Szeged², Megyei Kórház Patológia, Kecskemét³)

A primer cutan CD4 pozitív kis/közép nagy pleomorph T-sejtes lymphoma a perifériás cutan lymphomák nem specifikus csoportjába tartozik, mint provizórikus entitás. A lymphoma a kis/közép nagy CD4 pozitív pleomorph T-sejtek predomináns proliferációjaként jön létre. Az esetismertetésben egy lokalizált soliter és egy disszeminált cután formát mutatnak be indolens lefolyással. A hisztopatológia kapcsán kitérnek a PD-1 expresszió diagnosztikus jelentőségére.

Ócsai Henriette dr., Gyulai Roland dr., Baltás Eszter dr., Kemény Lajos dr., Oláh Judit dr.:

Melanomás betegek magas dózisu interferon kezelésével szerzett kezdeti tapasztalataink

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A magas rizikójú melanomás betegek adjuváns kezelésében világszerte elfogadott és használatos az interferon alfa terápia, az adagolását illetően azonban már eltérő protokollok vannak a különböző

országokban. A három leggyakrabban használatos forma a magas, közepes és alacsony dózisu kezelés. Az USA-ban közel 20 éve a magas dózisu interferon kezelést alkalmazzák a magas kockázatú (St.IIB,C és III) betegeknek. A kezelés indukciós fázisában 4 héten keresztül heti 5 alkalommal intravenásan 20ME/m², majd a fenntartó fázisban heti 3 alkalommal subcutan formában 10ME/m² adagban 1 éven át kapják a betegek az interferont. Ennél a magas dózisu kezelésnél sikerült csak randomizált prospectiv vizsgálattal igazolni a betegségmentes túlélési idő megnyúlása mellett a teljes túlélési idő megnövekedését. A magasabb toxicitástól tartva 2011 szeptemberéig Magyarországon nem alkalmazták ezt a kezelési formát.

A szerzők 2011 és 2012 szeptembere között tíz III-as stádiumban szenvedő, jó általános állapotban lévő betegnél indították el a magas dózisu terápiát. A betegek (5 férfi, 5 nő) átlag életkora 53,3 év (38-68 év). A betegek a kezelést elfogadhatóan tolerálják. Jól ismert átmeneti akut mellékhatások a flu-like tünetek, láz, myalgia, arthralgia, mely miatt dózisredukcióra nincs szükség. Emellett gyakori mellékhatás a leukopenia, vérszűk emelkedése, azonban dózis-csökkentést csak ritkán igényel. Krónikus mellékhatásként étvágytalanság, fogyás lép fel leggyakrabban. Előfordul hangulati zavar, mely pszichiatéer, pszichológus szoros együttműködését igényli.

A szerzők összefoglalják 1 éves tapasztalataikat a kezelés menetéről és az észlelt mellékhatásokról és azok ellátásáról, áttekintve az irodalmi adatokat is. Megállapítják, hogy a magas dózisu interferon kezelés a beteg megfelelő ellenőrzése és pszichés vezetése mellett egy jól alkalmazható és tolerálható kezelési forma.

Geszti Franciska dr., Liskay Gabriella dr., Serester Orsolya dr., Plotár Vanda dr., Tóth Erika dr.:

BRAF mutációs vizsgálatok eredménye metasztatikus melanómában

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A melanoma pathogenezisében fontos szerepet játszik a BRAF mutáció. Irodalmi adatok alapján a melanómában szenvedő betegek 40-60 százalékában mutatható ki ez az elváltozás. A meggyőző eredményeket mutató BRAF kináz inhibitor gyógyszerek használata reményében kezdünk betegeinknél Intézetünkben BRAF mutációs vizsgálatokat végezni.

Valós idejű PCR-t követő olvadáspont analízist végeztünk formalin fixált, paraffinba ágyazott mintákból izolált DNS-ből a BRAF mutáció kimutatására. 76 betegnél történt meg a molekuláris patológiai vizsgálat. 22 betegnél (28,9%) primer tumorból történt a meghatározás, a többi 54 esetben (71,1%) metasztatizisból. Vizsgáltuk a BRAF mutáns melanomák előfordulását nem, kor, lokalizáció és szövettani típus szerinti eloszlásban. Nemek szerint a betegek majdnem egyenlő arányban vettek részt (40 férfi, 36 nő).

A betegek átlag életkora a primer tumor diagnózisánál 54,1 év volt.

A 76 vizsgált mintából 53 esetben (68%) hozható összefüggésbe a lokalizáció alapján UV sugárzással a primer tumor. A szövettani típusok szerint a primer tumorok 35,5%-a (n=27) volt nodularis melanoma, 30,2% -a (n=23) SSM. Egy in-situ melanoma és ALM és két esetben LMM volt a primer tumor. Öt esetben „nem osztályozható” primer melanoma szerepel szövettani típusként. A primer tumorok 8%-nál (n=6) nem áll rendelkezésre adat a szövettani típust illetően és 14,4%-ban (n=11) ismeretlen volt a primer tumor.

A vizsgált anyagokban összesen 42 esetben (55,2%) sikerült funkcionyerő mutációt kimutatni. A 22 primer tumorból vett mintánál 11 esetben (50%), az 54 metasztatizisból származó anyagból 31 esetben (57%) találtunk BRAF mutációt.

Az UV sugárzással összefüggésbe hozható melanomáknál 32 esetben volt kimutatható BRAF mutáció (60,3%), míg a napfényvel nem érintkező területekről származó mintáknál mindössze 4 esetben (30,7%). Ismeretlen primer tumor esetén (n=11) az arány 54,5% (n=6).

Az 50 év alatti populációban 79% (n=19), míg az 50 év feletti korcsoportban 50% (n=15) volt a mutáció aránya (p=0,015)

A férfiaknál 65% (n=26), a nőknél 44,4% (n=16) volt a mutáns típusok aránya.

A nodularis melanomák 59,2%-ban (n=16) sikerült funkcionyerő

mutációt kimutatni. SSM esetében ez az arány 52,1% (n=12) volt. Az ALM, LMM esetében vad típust azonosítottunk.

A saját vizsgálatunkban kimutatott 55,2%-os mutáció arány megfelel az eddig közlteknek. A fiatal betegeknek kimutatott szignifikánsan magasabb BRAF mutációs arányt több szerző is írta. A mi adataink is arra utalnak, hogy a magasabb funkcionyerő mutációk aránya a napfény kóroki szerepével összefüggésbe hozható. Bár a BRAF mutáció pontos etiológiai és prognosztikai jelentőségének meghatározásához további vizsgálatok szükségesek, a BRAF inhibitor célzott terápia megválasztásához a mutációs státusz ismerete alapvető fontosságú.

Balatonai Tímea dr., Borbola Kinga dr., Gorka Eszter dr., Kovács Fruzsina dr., Liskay Gabriella dr.:

Egy onkodermatológiai szűrővizsgálat tapasztalatai az Országos Onkológiai Intézetben

(Országos Onkológiai Intézet, Kemoterápia D Osztály, Budapest)

A populáció szintű nem szelektált betegcsoporton végzett onkodermatológiai szűrési indikációja kérdéses, az irodalmi adatok ellentmondóak e tekintetben.

Intézetünkben gyógyszerügyi sponzor inicializálta, önkéntes szűrővizsgálatot végeztünk 2011 január 1. és 2012 június 31-e közötti időszakban négy fővárosi kerület lakosainak körében. A szűrővizsgálatra való jelentkezés a háziorvosi rendelők váróiban elhelyezett szórólapokon szereplő telefonszám felhívásával, illetve interneten történő hirdetés alapján volt lehetséges. A csoportok közötti különbséget khi-négyzet próbával elemeztük.

Az adott időszakban a fenti kritériumok szerint n= 1256 beteg jelent meg a szűrővizsgálaton. Az előjegyzett páciensek átlagosan 90%-a jelent meg rendelésükben. A vizsgálatot kérők átlagéletkorát 42 évként számoltuk és jelentős többségben voltak a nők (71%). Iskolai végzettség vonatkozásában azt tapasztaltuk, hogy a megjelenetek döntő többsége felsőfokú (52,4%), vagy középfokú (39,3%) végzettséggel rendelkezett. 32% tartozott az onkodermatológiai szempontból rizikócsoportnak tartott populációhoz, többségüknek (68%) átlagos számú anyajegyve és legalább III-as bőrtípusa volt. A vizsgálaton résztvevők 72%-nak (n= 908 beteg) esetében nem találtunk eltávolításra javasolható elváltozást. Melanomát 4 esetben (0,3%), basaliomát 26 esetben (2,1%) diagnosztizáltunk, laphámrákra gyanús elváltozást egyetlen esetben sem találtunk. A melanomák stádiuma pT₁-2 volt. Solaris keratosist 7 esetben (0,6%), atypusos vagy irritált anyajegyvet 308 esetben (24,5%), egyéb növedéket 3 esetben (0,2%) javasoltunk megelőző célú eltávolításra. A nem, az iskolai végzettség és a bőrtípus összefüggéseit vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a betegcsoportok között.

Az önkéntes szűrővizsgálaton diagnosztizálásra és eltávolításra került bőrdaganatok száma alapján megállapítható, hogy bár a szűrésen nem elsősorban az előzetesen magas rizikójúnak tartott betegek jelentek meg; még az ilyen jellegű, önkéntes populáció szintű onkodermatológiai vizsgálatoknak is van létjogosultsága, a találati arány pedig, előzetes rizikó felméréssel, irányított beutalással valószínűleg fokozható lenne.

Szalai Zsuzsanna dr.:

Az atopiás dermatitis pathomechanizmusának, kezelésének új elemei

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

Az atopiás dermatitis hátterében felelőssé tehetően mára több mint húsz gént ismerünk. A népesség keveredésének köszönhetően Európában sokkal többféle típusát lehet megtalálni, ezzel szemben Afrika egyes területein, csak néhány típust izoláltak.

A genetikai és környezeti hatások egyaránt hatással vannak a betegség kialakulására.

Prognosztikai szempontból érdekes új adat, hogy a köldökvér alacsony úgynevezett

„Treg” sejtszáma előre jelezheti a későbbi atopiás betegség kialakulását.

A patogenezis tekintetében megismert új adat az úgynevezett „thymic stromal lymphopoietin” (TSLP), amelynek fontos szerepére hívják fel a figyelmet egyes szerzők.

A korábban ismert kezelési módszerek mellett érdemes a komplexen kezelési lehetőségek közül kiemelni a vitaminok és a nyomelemek kérdéskörét. A D vitamin számtalan korábban ismert hatásán túl, kulcsszerepet játszik az immunrendszer működésében is, a Toll-like receptorok stimulációja, a T-helper sejtek kiváltotta válaszreakció fokozása révén. Ezek a mechanizmusok magyarázhatják az összefüggést a D-vitamin és az allergiás betegségek kialakulása között. Az atopiás dermatitis és az átmeneti hiányállapotok érdekes új szemléletet vetnek fel. Az alternatív gyógymódok okozta mellékhatások veszélyeire különös figyelmet kell fordítanunk.

Az atopiás dermatitis kezelésének legújabbban megjelent vezérforrása a „Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I-II.”, részletesen foglalkozik az evidenciákon alapuló kezelési stratégiákkal.

Harangi Ferenc dr.¹, Fogarasy Anita dr.²:

Csecsemőkorban jelentkező atopiás dermatitis és tranzitorikus hypogammaglobulinaemia

(Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gyermekosztály¹, Szekszárd Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Bőrgyógyászati Klinika², Pécs)

A gyermekkori atopiás dermatitis (AD) az esetek 60%-ában az éves kor előtt, a legsúlyosabb formákban már az első élethónapokban kezdődik. Néhány ritkábban előforduló congenitális immundeficienciának vezető tünete az AD, míg a gyakrabban jelentkező kisgyermekkori tranzitorikus hypogammaglobulinaemiás (TH) esetek 80%-ában lehet jelen a bőrfolyamat. A szerzők 12 súlyos AD-es csecsemőt követtek nyomon 2-3 hónapos kortól 15-24 hónapos korig. A hypogammaglobulinaemia diagnózisa 5-10 hónapos korban (átlagosan 6,8 hó) született meg, az átlagos IgG érték 162 mg/dl volt. A kezelése hatására a bőrtünetek javulását észlelték, ezzel párhuzamosan az IgG értékek emelkedését látták és a kisgyermekkori TH diagnózisát állapíthatták meg. 7 betegben az IgE érték normális volt, 5 betegben magas (átlagosan 345 IU/ml) – ebből 4 esetben az allergén specifikus IgE meghatározás tejfehérje allergiát igazolt. A lokális gyulladáscsökkentő és hidratáló terápia mellett minden beteg tejmentes diétát és az anyatej helyett vagy annak elhagyása után nagymértékben hidrolizált vagy aminosav alapú tápszert kapott. A 10-20 hónapos nyomon követés után a szerzők megállapították, hogy a csecsemőkori súlyos AD-ben és TH-ban a megfelelő lokális kenőcsös és diétás kezelések hatására a bőrtünetek fokozatosan javulnak, vagy megszűnnek, ezzel párhuzamosan a betegek IgG szintje emelkedik és normalizálódik, ugyanakkor váratlan komplikációk nem lépek fel.

Kassay Erzsébet dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Lineáris scleroderma/ en coup de sabre esetünk

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A gyermekkori lokalizált scleroderma nem ritka betegség. Az összes eset 15%-a 10 éves kor alatt fordul elő. Az en coup de sabre forma jelentőségét a központi idegrendszer esetleges érintettségéből adódó szövődmények és a kozmetikai eltérés okozza. Az immunszelológiai eltérések nem korrelálnak a betegség súlyosságával, aktivitásával és kimenetelével. Öntörvényű folyamat, melynél a különböző szisztémás terápia (penicillin, kortikoszteroid, cyclosporin stb.) sem feltétlen hoznak eredményt. Általában a szemöldöktől a hajas fejbőre terjedő paramedián elhelyezkedő bőrtünettel jár. A 8 éves kislánúnál 2008. december óta észlelték a bal felső pillisor részleges hiányát, melyet állandó hunyorgás kísért. 4 hónappal később a bal temporális régióban fehér folt jelent meg. Folyamatosan allergia ellenes szemcseppet használt, mely mellett állandó hunyorgása nem változott. 2012. szeptemberben kezdtük meg kivizsgálását. A klinikai kép lineáris sclerodermának felelt meg. Szemészeten mélyebb érintettség nem igazolódott, neurológiai gócjel nem volt. Koponya MR és immunszelológiai vizsgálata folyamatban van. A terápia beállításakor a betegség lassú progressziójának és az enyhe enyhe tüneteknek megfelelően a lokális kortikoszteroid kezelés mellett döntöttünk.

Az eset érdekessége a lappangó kezdet és a nem szokványos lokalizáció

Szalai Zsuzsanna dr.¹, Mihály Ilona dr.², Trethon András dr.³

Vírusexanthemák gyermekkorban – a 2011-es Parvovirus B19 esethalmozódás tanulságai

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály Budapest¹, Egyesített Szent István Szent László Kórház és Rendelőintézet, Budapest Virologiai laboratórium², IV. Fertőző Belgyógyászat³, Budapest)

A vírusok okozta bőrbetegségek gyermekkorban igen gyakoriak. A korábbi klasszikus vírusfertőzések klinikai megjelenésükben, lefolyásukban és a várható szövődmények tekintetében is megváltoztak.

A védőoltások nagy száma ellenére a vírusbetegségek egy része mitígtált formában jelentkezik. Megjelenésük általában diagnosztikus kihívást jelent. A korábban ismeretlen vírusbetegségek és az ezekhez társuló bőrtünetek száma a határok nélküli világban tovább nő. Bővültek az ismereteink a vírusszelológia és molekuláris genetikai területén is. Az új kórképeket, mint pl. DRESS, AGEP, APEC szindróma is érdemes ismernünk.

Az előadásban külön hangsúlyt kap a 2011-es évben diagnosztizált Parvovirus B19 esetek halmozódásával kapcsolatos tanulságok ismertetése. A diagnosztizált ambuláns vagy kórházi ellátást igénylő aktuális B19V fertőzések klinikai és laboratóriumi adatainak megismerése alapján a 2011-es évben az előző húsz év átlagát sokszorosán meghaladó szerológiai igazolt B19V fertőzés volt. A klinikai kép változékonyságának leírása mellett az új, korábban nem ismert szövődményes esetek jellegzetességeinek számba vétele volt célunk. A vizsgált betegek klinikai, laboratóriumi és vírus-szerológiai módszerrel alátámasztott esetek voltak.

A vírusexanthemák felismerése nem csak a gyermekbőrgyógyászok számára, hanem a felnőttekkel foglalkozó bőrgyógyász kollégák és a gyermekorvosok számára is alapvető jelentőségű.

Noll Judit dr.¹, Hársing Judit dr.², Csomor Judit dr.³,

Csóka Mónika dr.⁴, Szalai Zsuzsanna dr.¹:

Rapidan növekvő terime gyermekkorban

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika², Semmelweis Egyetem I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet³, Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekklinika, Haemato-onkológiai Osztály⁴, Budapest)

A szerzők egy 9 éves leány esetét ismertetik, kinek bal belbojája felett 3 hét alatt egy 3 cm átmérőjű, kifehélyesedő képlet alakult ki. Az elvégzett szövettani vizsgálat primer cutan anaplasticus nagysejtes lymphomát igazolt. Staging során belszervi érintettségre nem derült fény, az elváltozás diszkrét heg hátrahagyásával gyógyult. 1 év elteltével az áll bal oldalán szövettanilag megegyező terime jelent meg, egyéb szervi manifesztáció ezúttal sem volt kimutatható. A daganat az egyéb borderline CD30+ laesiókkal együtt a CD30 (Ki-1) cutan lymphoproliferatív megbetegedések közé tartozik, melyek a cutan T-sejtes lymphomák kb. 25%-ért felelősek. A primer cutan CD30+ lymphoproliferatív megbetegedés idősebb korban jelentkezik, az esetek többségében a bőrre lokalizálódik, általában soliter, gyakran kifehélyesedő nodusként jelenik meg, elvéve (10%-ban) regionális nyirokcsomó érintettséggel társul. Recidíva nem rendkívüli. Az ajánlott kezelés a sebészi eltávolítás vagy helyi besugárzás, kemoterápia csak az extracutan érintettséget mutató esetekben indokolt. Az esetet a ritka gyermekkori megjelenés, a cutan non-Hodgkin lymphomák eltérő terápiai algoritmusának ismertetése miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Solymosi Ágnes dr.¹, Noll Judit dr.¹, Kőbányai Rita dr.²,

Szalai Zsuzsanna dr.¹:

Incontinentia pigmenti ritka megjelenési formában

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Patológia²)

Az incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger szindróma) ritka, leggyakrabban X-kromoszómához kötött domináns öröklődésmenetet mutató genodermatosis. A bőrtünetek 3 fő szakaszban zajlanak,

ezek a vesiculosus-bullosus, verrucosus és a pigmentált stádiumok. Felöltökorra a bőrtünetek hypopigmentált, a Blaschko vonalakat követő csíkok formájában láthatóak. Ettől eltérő, igen ritka forma, amikor a bőrtünetek hyperpigmentált formában stagnálnak. Az extracutan tünetek leggyakrabban az idegrendszert, a szemet és a csontrendszert érintik.

A betegség az X-hez kötött domináns öröklődésment miatt a leánygyermekket érinti elsősorban, a fiúmagzatokban csaknem mindig letális. Abnormális karyotípus és posztzigóta mutáció esetén azonban a betegség fiúgyermeknél is látható. A 16 éves fiúgyermek családfája ismeretlen. Kiterjedt bőrtünetei születése óta észlelik, jelenleg testszerte örvényszerű lefutásban láthatóak hyperpigmentált, helyenként verrucosus plakkok. A szövettani vizsgálat a feltelezett diagnózist megerősítette. Kivizsgálása során szemészeti, neurológiai érintettségre utaló eltérés nem igazolódott. Státusából a féldoldali gynecomastia még kiemelendő.

Az eset érdekességét a tünetek férfibetegben való megjelenése, a féldoldali gynecomastia társulása és az igen ritka, évekig stagnáló hyperpigmentált, verrucosus forma adja.

Siklós Krisztina dr., Kassay Erzsébet dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Granuloma anulare gyermekkorban ritkán előforduló disszeminált formája

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A granuloma anulare a dermis és/vagy a subcutis gyulladásos megbetegedése, melyre a kötőszövet degenerációja és azt körülvevő, főleg histiocytákból álló gyulladásos sejtes infiltráció jellemző. A kórkép bármely életkorban előfordulhat, leggyakoribb azonban a gyermekkorban vagy a fiatal felnőttkori megjelenés. Bizonyos altípusa, a subcutan forma, mely klinikailag „pseudorheumatoid csomó” képeben nyilvánul meg, szinte kizárólag gyermekkorban észlelhető. Ebben a korcsoportban jóval ritkábban találkozunk a disszeminált vagy generalizált formával.

A szerzők egy 10 éves fiúbeteg esetét ismertetik, akinek fél éve kezdődő, főleg a törzsön, majd a végtagokon és a homlokon is megjelenő, apró elemű, bőrszínű, monomorf papulosus exanthaemáját házi orvos kezdetben vírusexanthaemának véleményezte. A léziókból vett minta szövettani vizsgálata alapján granuloma anulare igazolódott. Szisztémás acitretin adása mellett bőrtünetei javuló tendenciát mutattak.

A bemutatott eset kapcsán a szerzők összefoglalják a granuloma anulare gyermekkorban és felnőttkorban megjelenési formái közötti különbségeket, klinikai megjelenés, abnormális glükóz toleranciával való összefüggés és terápiás lehetőségek vonatkozásában.

Asbóth Dorottya dr.¹, Kassay Erzsébet dr.¹, Hársing Judit dr.², Szalai Zsuzsanna dr.¹

Dermalis melanocytas léziók

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest²)

A dermalis melanocytas léziók kék színűvel emelkednek ki a pigmentált jelenségek köréből, melyet a Tyndall effektus magyaráz.

A születéskor észlelhető mongolfolt, gyakrabban a sötétbőrűeknél, de 5-10%-ban a kaukázusiaknál is előfordul, néha szokatlan lokalizációban és kiterjedésben, de többségükben pubertás korra elhalványul.

Az esetek felében veleszületett, másik felében később – néha terhesség kapcsán – jelenik meg az Ota naevus, mely a nervus trigeminus ophthalmicus és maxillaris ágai által ellátott bőrtünet és az ipsilaterális szem hátyáinak kékes elszíneződése.

Naevus coeruleus bármely életkorban megjelenhet, klinikai, dermatoscopus képe ill. szövettana alapján több fajtáját ismerjük. Leggyakrabban solitaer, multiplex előfordulásának szindromatológiai jelentősége van.

Összefoglalónkban a dermalis melanocytas léziókra mutatunk be példákat, ill. részletesebben Carney szindrómás betegünket ismertetjük.

Gyomlai Győző dr.:

Nem kell félni, nem fog fájni (?) – kommunikáció a bőrgyógyászati rendelésben (Magánrendelő, Nyíregyháza)

Feszültséggel, szorongással járó helyzetekben, mint amilyen egy eszközös, műtéti beavatkozás, betegség, vagy akár bőrgyógyászati „rák”-szűrővizsgálat, betegünk – vagy kliensünk? – fokozottan érzékeny a felé érkező jelzésekre, szuggesztiókra. Hajlamos mindent magára vonatkoztatni, ráadásul mindezt az elképzelhető legrosszabb, legkedvezőtlenebb értelmezéssel.

Mindez nem csupán a közérzetét, hangulatát, elégedettségét befolyásolja, hanem az esetleges fájdalom erősségét és átélését, saját kompetenciájának érzését, együttműködését a kezelésben, gyógyulási esélyeit és a gyógyulás minőségét is.

Ezt figyelembe véve viszont lehetőségünk van a negatív, káros hatású szuggesztiók elkerülésére, pl. nem kérdezzük meg, hogy fájt-e, esetleg mennyire fájt a beavatkozás. A hozott – betegtájékoztató során, vagy gyógyszerreklámban kapott - sugalmazásokat átdolgozhatjuk, más értelmezési keretet adhatunk nekik. A beteg bizonytalan, érdemes-e bőrgyógyászhoz fordulnia, hiszen a pikkelysömör, ekcéma „gyógyíthatatlan”, „csak átmenetileg enyhíthető, de kiújul”, vagy az „atopiás menetelés” értelmezése: idővel biztosan rosszabb lesz, és más betegség is ki fog alakulni. A folyamatot, a teendőket, a kedvező lehetőségeket és kimenetelt előtérbe állítva fokozhatjuk páciensünk gyógyulást elősegítő aktivitását, együttműködését, ezáltal is jobb eredmény elérését tesszük lehetővé.

Kovács Erika dr.:

Pszichodermatológia: „hid” a lélektan és a hagyományos szomatikus medicina között (Lélek – Tér Bt., Kecskemét)

2004-2010-ig a Bács-Kiskun Megyei Kórház Bőrgyógyászati Gondozója keretei között működő Pszichodermatológiai Szakrendelésen szerzett tapasztalataimat kívánom megosztani néhány esetrészlettel illusztrálva.

Betegeim „szokványos” dermatológiai betegségektől kerültek ki: ekcéma, urtikária, alopecia areata, trichotillomania, akne.

A bőr az a szervünk, amely az életünk során belénk ivódott nyomokat – változása révén – kívülről megjeleníti. Mint a test burka, „vetítőtáskaként” szolgál, megkülönböztetve az „ént” a „nem éntől”. A központi idegrendszer ektodermális részeként képes arra, hogy az ember pszichoszomatikus szerveként jelenjen meg, mint minden észrevételezés alapszerve. A bőr emócióink egyik lényeges kifejezési eszköze, ahogy azt az érzelmi színezetű izgalmak következményein (elpirulás, elsápadás, izzadás, viszketés, lüdbörzés stb.) láthatjuk. Legfőképp a belső konfliktusok külső homlokzata, sorompó a bel-, és a külvilág között.

Pszichoszomatikusnál emocionális és szomatikus tényezők együttes előfordulásáról van szó, a pszichoszomatikus medicina olyan elmélet, mely a testi, lelki és társadalmi kölcsönhatásokat vizsgálja a megbetegedések keletkezésében, lefolyásában és kezelésében.

Pszichoterápiás rendelésem pozitív mérlegű tapasztalata alapján a szakmák együttműködésének fontosságára, a holisztikus szemléletű gyógyításra, test és lélek együttesének szétválaszthatatlanságára szeretném irányítani a tisztelt hallgatóság figyelmét.

„A legjobb orvosság az ember számára maga az ember.” (Paracelsus)

Költő András, Tamási Béla dr., Poór Adrienn dr., Holló Péter dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Deluzív parazitózis (Ekbom-szindróma) esete (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az 53 éves nőbeteg elmondása szerint külföldi társasutazáson egy rovar csípte meg, azóta észleli bőrtüneteit. Bal térdhajlatában kb. 5 cm nagyságú, halványvörös heg volt, állítása szerint itt csípte meg a rovar. Bőrnél testszerte 2-3 cm átmérőjű, szabálytalan alakú,

livid vörös hámfosztott, illetve helyenként sárgás pörkkel fedett nodusok, illetve plakkok jelentkeztek, melyek prurigo simplexnek feleltek meg. Pszichológiai vizsgálatára az artefact eredet tisztázása céljából került sor.

A páciens intellektusa jónak imponált, beszéde csapongó, logorrhoeás volt; bizarr, modoros kifejezéseket használt. Hangulatát agitáció, irritabilitás jellemezte. A beszélgetés tematikáját a kezelő személyzettel szembeni interperszonális szenzitivitás határozta meg. A páciens az elvégzett számos, parazitikus eredetet kizáró vizsgálat ellenére fenntartotta azt a doxzmát, hogy tüneteit a rovar sebbe lera-kott petéi okozták.

Az explorációt követően a pszichológus Rorschach-tesztet vett föl a pácienssel. A teszt veszély-projekciókat, paranoid élményfeldolgozást, a realitásvizsgálatban pedig jelentős funkcióromlást jelzett. A páciens a felajánlott pszichiátriai segítséget, illetve további pszichológiai konzultációt elutasította, majd klinikánkról önkényesen távozott. Későbbi orvosi konzultációk során kezelőinek olyan bogarakat mutatott, melyek állítása szerint a bőre alól keltek ki.

Az egy alkalmas pszichológiai vizsgálatból nyert információk alapján egyértelműnek tűnik, hogy a prurigónak megfelelő klinikai tünetek valójában Ekbohm-szindróma manifesztációi. Az Ekbohm-szindróma esetei példázják, hogy a bőrtünetek pszichiátriai etiológiájuk is lehetnek. A korszerű, interdiszciplináris bőrgyógyászati kezelés ezért nem nélkülözheti a pszichodermatológiában képzett szakemberek – bőrgyógyász, pszichológus, pszichiáter, ill. nővér – munkáját.

*Kőműves Zsuzsanna, Bodnár Edina dr.¹, Irinyi Beatrix dr.^{1,2},
Szegedi Andrea dr.², Remenyik Éva dr.¹:*

Pszichológiai támogatás jelentősége krónikus bőrbetegségben szenvedő serdülőknél

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék², Debrecen)

Összehasonlító vizsgálatok szerint a krónikus bőrbetegségek hasonló mértékben ronthatják a betegséget elszenvedők életminőségét, mint az epilepszia, diabetes, arthritis vagy asthma esetében tapasztalható. A gyerekkorúak számára önmagában a betegség megjelenési formája, a betegséggel kapcsolatos óvó, tiltó eljárások gyakran megnehezítik a kortárs csoportba való beilleszkedést. Serdülők és fiatal felnőttek esetében, ha az érintett terület az arc, kéz, és hát, (mint pl. az atópiás dermatitisz, acne, pszoriázis esetében), felfokozott életminőség romlással kell számolni, akár enyhe klinikai tünetek mellett is, hiszen ebben a korban a betegek számára kiemelkedően fontos a megjelenésükkel kiváltott hatás, és különösen érzékenyek környezetük negatívnak értelmezhető visszajelzéseire. Általában elmondható, hogy a betegek életminősége ugrásszerűen javul a kezelések sikerének függvényében, és elegendő pszichológiai támogatást nyújt a megfelelő orvos – beteg kapcsolat. Klinikánkon, egyéni mérlegelés alapján, az optimális compliance és a gyógyulás érdekében, ha szükséges, szorongás, depresszió, szociális tevékenységeket érintő visszahúzó hatás esetén az osztályos kezelést 4 üléses serdülő pszichoterápiával egészítjük ki, amelynek fókuszában az önbecsülés, környezettel való kapcsolat, interperszonális készségek erősítése áll. Jelen előadásban a 2009-2012 közötti pszichoterápiával kiegészített esetek rövid összefoglalóját mutatjuk be.

Altmayer Anita dr.:

Kábítószeres hatások – „cutan stigmák”

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Drog vagy kábítószer azon természetes vagy mesterséges anyagok, melyek a központi idegrendszerre hatva megváltoztatják annak működését, funkcióját. A hiányuk elvonási tünetekkel jár. Az előadás részletesen tárgyalja a napjainkban forgalomban lévő és beszerezhető kábítószer csoportokat, valamint ezek kimutathatóságait és azon klinikai tüneteket, melyek utalhatnak a páciens függőségére.

Kísérletes szekció előadásai

Mócsai Gábor¹, Gáspár Krisztián dr.^{1,2}, Nagy Georgina dr.^{1,2},
Irinnyi Beatrix dr.^{1,2}, Remenyik Éva dr.¹, Szegedi Andrea dr.^{1,2}:

Filaggrin mutáció és a bőrbarrier károsodás kapcsolatának vizsgálata atopiás dermatitisben

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék², Debrecen)

A filaggrin (FLG) fehérje a normál bőrbarrier egyik legfontosabb összetevője, és mutációi, valamint szerzett károsodásai fontos szerepet játszanak az atopiás dermatitis (AD) kialakulásában. Bár korábbi vizsgálatok egyértelmű kapcsolatot találtak a FLG mutációk és egyes AD-hez kapcsolható klinikai és laboratóriumi paraméterek (allergiás szenzitizáció, transepidermális vízvesztés – TEWL, stb.) között, mindmáig ellentmondások az eredmények ezen kapcsolatokat megítélésére. Célunk az volt, hogy elkülönítsük egymástól azokat a paramétereket, amelyek a FLG mutációkkal és amelyek a bőrgyulladás aktuális súlyosságával függnek össze. Ezért a FLG genotípus és a klinikai súlyosságot jelző paraméter (SCORAD) alapján három csoportra osztottuk a betegeket (n=49): enyhe vad típus, súlyos vad típus és súlyos heterozigóta. Az egyes csoportok betegeinél meghatároztuk az AD-hez kapcsolódó fő laboratóriumi és klinikai (TEWL, szérumszint TSLP, totál és specifikus IgE) paramétereket, valamint immunhisztokémiai vizsgálatokat végeztünk a FLG fehérje expressziójának meghatározására bőrbioszipsziás mintákon. Eredményeink alapján a két súlyos csoport nem különbözött egymástól a SCORAD, a TEWL, valamint a szérumszint TSLP értékekben, míg ezen csoportok szignifikáns eltérést mutattak az enyhe AD csoporthoz képest. Az immunhisztokémiai analízis esetében szignifikánsan alacsonyabb FLG festődést találtunk mindkét súlyos csoportban az egészséges és enyhe betegekhez képest. Másrésztől azonban az allergiás szenzitizációt jelző totál IgE esetében markáns, míg a specifikus IgE értékekben (macskaszőr és parlagfű allergénekkel szemben) és az allergiás szenzitizációra vonatkozó anamnesztikus adatokban szignifikáns különbségeket találtunk a FLG heterozigóta és a vad típusú csoportok között. Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy a szerzett FLG károsodások hasonlóan súlyos bőrbarrier deficienciákhoz vezethetnek, mint a FLG genetikai eltérései, azonban mivel a FLG mutációk egy állandóan fennálló károsodást okoznak a bőrben, az allergiás szenzitizációhoz kapcsolódó paraméterek súlyosabban jelentkeznek a vad típusú betegekhez képest.

Szabó Éva dr.¹, Bodnár Edina dr.¹, Virág László dr.²:

Oxidatív stressz szerepe a sebgyógyulásban

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika¹, Orvosi Vegytani Intézet², Debrecen)

A szövettanilag részletesen jellemzett sebgyógyulási folyamat szabályozásának molekuláris mechanizmusai csak részben ismertek. A sebgyógyulási folyamat komplex regulációs hálózatának felborulása a sebgyógyulás elhúzódásához vezethet. A krónikus sebek (diabetes láb, krónikus vénás elégtelenség következtében kialakult ulcus, decubitus) népbetegségnek tekinthetők, kezelésük nehéz, költséges feladat. A különböző krónikus sebek közös jellemzői a perisztens gyulladás, a hipoxia, a bakteriális kolonizáció és az öregedéssel összefüggésben megváltozott stresszválasz.

Az előadás rámutat a nitrogén monoxid (NO), a belőle keletkező peroxinitrit és az oxidatív stressz okozta DNS törések által is aktivált poli(ADP-ribóz) polimeráz-1 (PARP-1) szerepére normál és káros sebgyógyulásban. Továbbá oxidatív stressz-markerek és gyulladáshoz vezető mediátorok lehetséges szerepét elemzi akut és krónikus sebekben.

Támogatás: TÁMOP-4.2.1/B-09/KONV-2010-0007, TÁMOP-4.2.2. A-11/1/KONV-2012-0025, TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024, TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024, OTKA (K82009, K75864)

Tax Gábor¹, Urbán Edit dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Szabó Kornélia dr.²:

Propionibacterium acnes szerepe az acnes vulgaris patogenezisében

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², Szegei Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet¹, Szegei)

Munkacsoportunk az egyik leggyakoribb gyulladáshoz vezető bőrbetegség, az acné vulgaris kialakulásában szerepet játszó tényezőket vizsgálja. A betegség patogenezisében fontos szerepet tölt be a bőrt kolonizáló, kommenszális *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) baktérium, melyről ismert, hogy egyes törzsei eltérően befolyásolják a normál humán keratinociták proliferációját és életképességét.

Munkánk során három különböző *P. acnes* törzs (889, 6609, ATCC 11828) hatását vizsgáltuk *in vitro* tenyésztett immortalizált humán keratinociták (HPV-KER) sejtbioológiai folyamataira való idejű, impedancia elvén alapuló technológia felhasználásával.

Ennek során a HPV-KER sejteket a *P. acnes* törzsekkel különböző arányban kezeltük (multiplicity of infection (MOI) 1:25, 50, 100, 200 és 300), majd folyamatosan követtük a mérhető impedancia változásokat, melyből egy dimenzió nélküli sejt index (CI) értéket határoztunk meg.

Emelkedett CI értékeket figyeltünk meg 24-36 órási *P. acnes* 889 kezelést követően, magas MOI (200, 300) alkalmazása esetén. 36-72 óra elteltével a *P. acnes* 889 és az ATCC 11828 (MOI 200, 300) törzsekkel kezelt sejtek CI értékei jelentős csökkenést mutattak, míg a *P. acnes* 6609 esetében ez a hatás nem volt megfigyelhető. A mért CI változások okainak vizsgálatára a HPV-KER sejtek sejtszámváltozását is követtük kontroll és *P. acnes* kezelt mintákban. Eredményeink arra utalnak, hogy a *P. acnes* 889 (MOI 300) kezelés hatására a HPV-KER sejtek fokozott proliferációja figyelhető meg, majd a későbbi CI csökkenés hátterében a sejtek pusztulása áll.

Ezen eredményeink arra utalnak, hogy dózis-, és törzs-specifikus különbségek figyelhetők meg egyes *P. acnes* klinikai izolátumok keratinocitákra gyakorolt hatásában, és ezek a különbségek hozzájárulhatnak az egyéni tünetek súlyosságának eltéréseihez.

Haluszka Dóra¹, Gyöngyösi Nóra dr.¹, Bánvölgyi András dr.¹,
Lőrincz Kende dr.¹, Kolonics Attila dr.², Szipőcs Róbert dr.²,
Wikonkál Norbert dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹ :

Multifoton lézerek diagnosztikai célú felhasználása a bőrgyógyászatban

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Magyar Tudományos Akadémia, Wigner Fizikai Kutatóközpont Szilárdtest-fizikai és Optikai Intézet², Budapest)

A szöveti képkalkotás fő célja lehet a betegségek diagnosztizálása és a fiziológiai eltérések megállapítása az emberi testben.

A kétfoton abszorpciós fluoreszcens mikroszkópia egy olyan képalkotó módszer, amely feltárja a bőr szerkezeti elváltozásait, részletgazdag információt szolgáltat az adott szövet kémiai összetételéről és a sejtek szerkezetéről nagy térbeli és időbeli felbontás mellett, *in vivo* körülmények között.

A bőrön belül a természetes fluorofórok (elasztin, NADH, FAD) és a másod harmonikus generált rezgésre érzékeny molekulák (pl.: kollagén) infravörös környéki femtoszekundumos lézer impulzus gerjesztéssel a 650-1300nm-es színtartományban láthatóvá tehető. Ezen a hullámhossz tartományon belül a szöveti abszorpció minimális.

Munkánk során *ex vivo* humán mintákon idős és fiatal bőr kollagén szerkezetét, illetve naevusok és bazálisjeszes karcinómák kétfoton karakterisztikáját vizsgáltuk. Ezek mellett *ex vivo* egér bőrmintákon a nem-enzimatis glikáció meghatározására végeztünk méréseket. Morfológiai és spektrális különbségeket detektáltunk a fenti minták vizsgálata során.

Eredményeink igazolják, hogy a kétfoton fluoreszcens mikroszkópia megfelelő módszer lehet a jövőben az in vivo kísérletekben és a diagnosztikában.

Vas Krisztina dr., Kormos Bernadett dr., Bebes Attila dr., Belső Nóra dr., Hambalkó Szabolcs dr., Kúri Róbert dr., Bende Balázs dr., Kocsis Ádám dr., Kemény Lajos dr., Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.:

Pikkelysömör betegség pathomechanizmusának ex vivo és in vitro vizsgálata

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A pikkelysömörös betegek tünetmentes bőre kóros eltéréseket mutat a normál bőrhöz képest, ezért a keratinocita növekedési faktornak (KGF), és receptorának (KGFR), valamint az onkofótaliss fibronectinnek (EDA'FN) és fő receptorának az alfa 5 integrinnek ($\alpha 5$ ITGN) gén és fehérje szinten történő változását vizsgáltuk mechanikai behatás nélkül és azt követően pikkelysömörös betegek tünetmentes bőrén és egészséges önkéntesek bőrén.

Megvizsgáltuk, hogy KGF, KGFR, EDA'FN, $\alpha 5$ ITGN fehérje szintű kifejeződése mechanikai irritációtól függetlenül fokozottabb a pikkelysömörös tünetmentes bőrben, mint az egészséges bőrben. A különbség mechanikai irritáció hatására valamelyest fokozódik.

Mivel a pikkelysömörös betegek dermiszében lévő fibroblaszt sejtek kórosan nagy mennyiségben termelik az EDA'FN-t és a keratinocita növekedési faktort. A keratinocita növekedési faktor indukálja az $\alpha 5$ -integrin expresszióját, amely hatására fokozódik a hámsejtek proliferációja.

Megvizsgáltuk a KGF és az EDA'FN ($\alpha 5$ ITGN fő ligandja) közötti szabályozási mechanizmusokat.

Normál humán fibroblaszt sejteket különböző koncentrációjú exogén humán rekombináns KGF-el kezeltünk, majd 24 óra elteltével detektáltuk az EDA'FN gén- és fehérje szintű kifejeződését.

Az onkofótaliss fibronectin expressziója mind mRNS (n=4) mind fehérje (n=4) szinten szignifikánsan emelkedett 25 ng/ml koncentrációjú KGF kezelés hatására.

A mechanikai irritáció nélkül és azt követően bekövetkező gén- és fehérje szintű eltérések igazolják a pikkelysömörös bőr kóros reakciókészségét. Kísérleti eredményeink azt sugallják, hogy az irodalomban leírt IIIc KGFR receptor variánsnál a IIIb variáns is jelen van a fibroblaszt felszínén, amelyekhez kötődő exogén rekombináns KGF fokozza a sejtek EDA'FN termelését.

Az általunk észlelt eltérések vizsgálata új terápiás célpontok kijelölését segítheti elő, amely fontos lehet a pikkelysömör kezelése szempontjából.

Szödényi Annamária¹ ÁOK orvostanhallgató, Bai Péter dr.², Virág László dr.², Remenyik Éva dr.¹, Szegedi Andrea dr.¹, Kiss Borbála dr.¹:

Imiquimod-indukálta psoriasis vizsgálata PARP-1 knockout egérmodellen

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika¹, Orvosi Vegytani Intézet², Debrecen)

A psoriasis (pikkelysömör) krónikus, immun-mediált gyulladási kórkép, mely jellegzetes klinikai tünetekkel jár. Korábban e betegség modellezésére igen nehézkesen használható egérmodellek álltak rendelkezésünkre. Van der Fits és munkatársai imiquimod (IMQ, Aldara®) helyi alkalmazásával a pikkelysömörre jellemző klinikai és szövettani jellegzetességeket mutató gyulladást hozott létre a kezelt egerek bőrén.

A PARP-1 (poli(ADP-ribóz)-polimeráz) gyulladási folyamatokban játszott szerepe régóta ismert. Ezen enzimek a gyulladási kaskádokat több ponton képesek befolyásolni. A PARP-1 delécioja gátolja a gyulladást.

Kísérleteink során a PARP-1 (poli(ADP-ribóz)-polimeráz) szerepét kívántuk vizsgálni a psoriasis kialakulásában. E célból imiquimod-indukálta psoriasis modellt alkalmaztunk PARP-1 knockout egereken.

Az imiquimod helyi alkalmazásával mind a vad típusú, mind pedig a PARP-1 knockout egerekben sikerült pikkelysömört indukálni, melyet a szövettani vizsgálat is megerősített.

Várakozásunkkal ellentétben azonban a PARP-1 delécioja érzékenyítette az egereket az IMQ psoriasisra. A PARP-1^{-/-} egerek bőrén az IMQ hatására fokozott hyperkeratosis, erythemás beszűrtséget tapasztaltunk. A bőrből vett biopsziák mikroszkópos vizsgálata során a PARP-1^{-/-} IMQ kezelt egerekben a PARP-1^{+/+} egerekhez képest korábban jelentkező és nagyobb mértékű hyper-, parakeratosis tapaszaltunk, ami a keratinociták proliferációjának megváltozására utalt.

Kiterjedt génexpressziós profilozást végeztünk el, és a PARP-1^{-/-} IMQ kezelt egerekben és az IL17F expresszió megemelkedését tapasztaltuk, ami a Th17 típusú sejtek fokozott működésére utal.

Eredményeink arra utalnak, hogy a PARP-TLR7-IL-17 kaskád fontos, új útvonal lehet a psoriasis patogenezisének során, mely később terápiás jelentőséggel is bírhat.

Munkánkat támogatta: Bolyai ösztöndíj (BP); TÉT_09-2010-0023, Baross program (Seahorse), TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007, TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024, TÁMOP-4.2.2./A-11/1/KONV-2012-0025 grants, OTKA PD83473, CNK80709, K81381, K77712, K105872, K75864, K82009, Mec-8/2011, Norway grants (HU0046).

Szabó-Papp Judit dr.^{1,2}, Oláh Attila dr.¹, Bíró Tamás dr., Juhász István dr.²:

Glycerol és Xylitol hatása az epidermalis keratinocyták biológiai folyamataira

(Debreceni Egyetem OEC, Élettani Intézet¹, Bőrgyógyászati Klinika², Debrecen)

A humán bőr betegségei között prevalenciájukat tekintve előkelő helyet foglalnak el barrierfunkció defektusával jellemezhető kórképek (pl. atopias dermatitis). Mivel a számos terápiás próbálkozás (gyulladásgátlás, lipidtartalom-pótlás) ellenére a mai napig sem tekinthetjük megoldottnak ezen betegségek kezelését, így érthető, hogy a barrierdefektusok helyreállítását célzó kezelési módok felkutatása napjainkban is intenzíven kutatott területét képezik a kísérletes bőrgyógyászatnak. Az érdeklődés intenzitását jól jelzi, hogy az elmúlt években számos olyan újszerű terápiás megközelítést alkalmazó kozmetológiai cikk vált elérhetővé a piacon, amelyek szorosan vett laboratóriumi kutatások nélkül „tapasztalati alapon” bizonyultak hasznosnak ezen betegségek tüneti kezelésében. Mivel az ebbe a csoportba tartozó készítmények közül legígéretesebb hatást a glycerol és xylitol tartalmú krémek mutatták, ezért jelen kísérleteink során ezek epidermalis keratinocyták biológiai folyamataira gyakorolt hatásainak vizsgálatát tűztük ki célul.

Kísérleteink során primer normál humán epidermalis keratinocytákat (NHEK) kezeltünk 0,27% glycerol vagy 0,45% xylitol tartalmú oldattal, és vizsgáltuk a sejtek differenciálódására gyakorolt hatásukat, valamint ezek háttérben álló jelátviteli folyamatokat.

Eredményeink szerint 24 óra elteltével a xylitol mind mRNS (kvantitatív PCR), mind fehérje szinten (Western blot) jelentősen és dóziszfüggő módon fokozta a filaggrin kifejeződését, azonban a glycerol nem volt képes ugyanezt a hatást kiváltani. Következő lépésben az atópiában szintén jellemző kóros immunválasz egyik szereplőjének, az antigén prezentációban szerepet játszó HLA-DR-nek az mRNS-szintű expresszióját vizsgáltuk meg. 24 órás kezelést követően a glycerol jelentős mértékben csökkentette a molekula kifejeződését, míg a xylitol ezáltal hatástalannak bizonyult. A jelátviteli folyamatok vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a glycerol és a xylitol egyaránt fokozza az Erk1/2 foszforilációját (Western blot), vagyis a kezelések hatását (legalábbis részben) a mitogén aktivált protein kináz (MAPK) kaskád közvetítheti. A xylitol emellett filopódiumok megjelenését és a protein kináz C delta transzlokációját is indukálta.

Ezen vizsgálataink alapján úgy tűnik, hogy a xylitol hatására jelentősen nő a hámsejtek filaggrin expressziója, aminek háttérben a PKC δ , illetve a MAP kináz kaskád aktiválódása állhat, míg a gliceros kezelés – vélhetőleg szintén legalább részben a MAP kináz rendszer aktiválásával – jelentősen csökkenti a HLA-DR expresszióját. Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy a xylitol a keratinociták érését segíti elő, míg a glycerol inkább az immunválasz lefolyá-

sát befolyásolhatja, és ezzel anti-irritáns és gyulladásgátló hatásokat válthat ki. Mivel a két folyamat, azaz a differenciáció elősegítése, illetve gyulladásgátló hatás egyaránt értékes és egymást kiegészítő eszköz lehet az atópiás állapotok kezelésében. Így adja magát, hogy a két szert egymással kombinációban lenne érdemes használni, illetve a továbbiakban vizsgálni is.

Támogatás: Lendület LP2011-003/2011, OTKA NK78398, TAMOP-4.2.2-08/1/2008-0019, TAMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007, TAMOP-4.2.2./A-11/1/KONV-2012-0025, FP7-REGPOT-2008-1/229920

Szabó Kornélia dr.¹, Tax Gábor², Bolla Beáta Szilvia², Erdei Lilla², Tábory Bettina², Urbán Edit dr.², Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Propionibacterium acnes indukált dózisfüggő keratinocita aktiváció

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika², Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet³, Szeged)

Különböző külső ingerek hatására koordinált jelátviteli események indulnak a bőr sejteiben, melyek kulcsfontosságú szerepet töltenek be annak eldöntésében, hogy a sejtek hogyan reagálnak az érzékelt hatásokra. Ezen változások eredményeképpen a keratinocyták aktiválódnak, mely állapot számos bőrbetegség kialakulása során fontos szerepet tölt be.

Munkacsoportunk korábbi eredményei alapján ismert, hogy az acné vulgaris kialakulása során is fontos szerepet játszhatnak ezek a folyamatok, melyek kialakításában a kommenzális *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) baktériumnak is szerepe van. Megmutattuk, hogy a keratinocita aktivációban szerepet játszó marker gének (IL-1 α , TNF α , TGF β , K6, K16, ICAM1) mRNS szintű kifejeződése változik immortalizált humán keratinocitákban (HPV-KER) *P. acnes* kezelés hatására.

Jelenlegi munkánk célja annak vizsgálata, hogy hogyan függenek ezek a folyamatok a *P. acnes* törzsek típusától, és a kezelés során alkalmazott dózistól.

Ehhez HPV-KER sejteket kezeltünk *P. acnes* baktérium különböző dózisaival (multiplicity of infection = MOI: 25, 50, 100, 200, 300), és vizsgáltuk a TNF α , IL1 α és az NF- κ B negatív szabályozójaként ismert TNFAIP3 mRNS szintű kifejeződésének változását.

Dózisfüggő emelkedést figyeltünk meg 6 órával a baktérium-kezelést követően a fenti gének kifejeződésében, mely hatás magas MOI (200, 300) alkalmazása mellett még 24 órával a kezelést követően is megfigyelhető volt. Emelkedő MOI alkalmazása esetén a gyulladáskeltő TNF α , és IL1 α , valamint az anti-inflammatorikus TNFAIP3 aránya egyre növekedett, mely fokozott keratinocita aktivációval járt együtt, melynek hátterében az NF- κ B fokozódó mértékű aktivációja áll.

Eredményeink arra utalnak, hogy a *P. acnes* baktérium képes kiváltani keratinocita aktivációt, mely folyamatok mértéke függ az alkalmazott *P. acnes* törzstől, és a baktérium mennyiségétől. A fenti különbségek hozzájárulhatnak az acnés tünetek súlyosságában megfigyelhető egyéni eltérések kialakulásához.

Posta Edit dr., Remenyik Éva dr., Törőcsik Dániel dr.:

A leptin indukálja a lipid testek kialakulását valamint a gyulladási citokinek szekrécióját SZ95 sebocytákban (Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A faggyúmirigy által termelt sebum az egyik legfontosabb tényező a lipid barrier szabályozásában. A sebocyták a bőr természetes immunválaszában is fontos szereppel bírnak. Toll-like receptorokat expresszálnak, valamint IL-6, IL8 citokinek szekretálnak, melyekre hatással vannak a mintázatfelismerő receptorok ligandjai, valamint különböző hormonális változások. A leptin ismert adipokin, serum szintje a zsírszövet mennyiségével arányos, étvágycsökkentő hatással rendelkezik és fontos szereppel bír a zsírsanyagcsere szabályozásában. Ezen kívül immunológiai hatásai is vannak. A leptin szerepét sebocytákon eddig nem vizsgálták, célunk volt meghatározni, hogy a leptin befolyásolja-e a sebocyták ismert funkcióit.

A leptin receptor expresszióját áramlási citometriával vizsgáltuk. A leptin receptor jelátvitelében fontos szereppel bíró STAT3 molekula aktivációját Western blot vizsgálattal követtük. A citokinek ELISA-val mértük, míg a lipidtestek mennyiségét, illetve eloszlását áramlási citometriával és fluoreszcens mikroszkóppal mértük BODIPY neutrális lipidfestéket alkalmazva. Immunhisztokémiával vizsgáltuk a leptin receptor és a leptin expresszióját egészséges bőr faggyúmirigyében.

Kísérleteink alapján a sebocyták funkcióképes leptinreceptort expresszálnak, a STAT3 útvonal leptin kezelés hatására aktiválódik a sebocytákban. A leptin kezelés szignifikánsan növeli az IL-6, IL-8 citokinek szekrécióját, valamint a lipid testek számát és méretét. A sebocyták arachidonsav hatására leptint szekretálnak. Egészséges bőr faggyúmirigyében mind a leptin receptor, mind a leptin megjelenik. Eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy a leptin szerepet játszhat a faggyúmirigy működésének szabályozásában, valamint az acné patogenezisében.

Ostorházi Eszter dr., Varga Dóra, Nemes-Nikodém Éva, Marschalkó Márta dr., Pónyai Katinka dr., Tóth Béla dr., Rozgonyi Ferenc dr.:

A Neisseria gonorrhoeae törzsek molekuláris genetikai tipizálási módszerei, és azok gyakorlati alkalmazhatósága a mindennapi venerológiában

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

A purulens urethritis hagyományos diagnosztikai eljárásai mellett, mint a tenyésztésen vagy direkt antigén kimutatáson alapuló módszerek mellett, egyre gyakrabban alkalmazzák a diagnosztikai laboratóriumok a multiplex PCR eljárásokat. Ezzel a módszerrel néhány óra alatt egy vizsgálati anyagból több lehetséges kórokozó jelenléte igazolható vagy kizárható. A Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Mikrobiológiai laboratóriumában használt multiplex Real-Time PCR rendszer egy mintából 7 kórokozó kimutatására képes, így az *Ureaplasma urealyticum*/ *parvum*, a *Mycoplasma hominis*/ *genitalium*, a *Trichomonas vaginalis*, a *Neisseria gonorrhoeae* és a *Chlamydia trachomatis* identifikálására. A módszer segíti a tünetmentes hordozók megtalálását is, valamint a terápia ellenére visszamaradó tüneteket okozó koinfekciók gyors felismerését is. A *Neisseria gonorrhoeae* diagnosztikában azonban elengedhetetlen a tenyésztés és az antibiotikum érzékenységi vizsgálat elvégzése, hiszen a baktériumfajnak világszerte megjelentek multirezisztens törzsei már.

Számos molekuláris genetikai tipizáló módszer közül mi az ARDRA (*Amplified Ribosomal DNA Restriction Analysis*) és a REP-PCR (*Repetitive element between PCR*) eljárásokat választottuk, hogy a különböző betegekből kitenyésztett *N. gonorrhoeae* törzsek között rokonságot vagy különbséget láthassunk. Mindkét módszerrel látható volt, hogy az azonos típusok időszakonként halmozottan fordulnak elő. Mindkét módszerrel különbséget lehet tenni egy betegből származó különböző típusú törzsek között is. A molekuláris genetikai tipizáló eljárások felhasználhatók a kontaktuskutatásban, valamint magyarázatot adhatnak, ha a célzott terápia sikertelennek tűnik.

Mihalik Noémi dr.¹, Pónyai Katinka dr.¹, Ostorházi Eszter dr.¹, Farkas Balázs dr.², Marschalkó Márta dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹, Rozgonyi Ferenc dr.¹:

Ureaplasma urealyticum és Mycoplasma hominis előfordulási gyakorisága és antibiotikum rezisztencia viszonyai szexuálisan aktív egyének genitális mintáiban

(Semmelweis Egyetem, Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Synlab Hungaria Kft.², Budapest)

Az *Ureaplasma urealyticum* és *Mycoplasma hominis* urogenitális fertőzések kórokozói.

A Semmelweis Egyetem, Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD-Centrumában 2008. május 1. és 2011. december 31. között vizsgált betegek genitális mintáiban a genitális mycoplasmák előfordulási gyakoriságának és antibiotikum rezisztencia viszonyainak elemzése.

Módszerek: Férfiaknál a húgycsőből, nőknél a cervixből és a húgycsőből vett minták Urea-Myc Duo kit (Bio-Rad®) segítségével

vel történő tenyésztése, majd a pozitívnak bizonyult minták antibiotikum rezisztencia meghatározása U9 levesben SIR Mycoplasma kittel (Bio-Rad®).

A vizsgált 4466 beteg genitális mintájából 373 esetben (8,35%) *U. urealyticum*, 41 esetben (0,91%) *M. hominis* tenyésztett ki.

Nők esetében a cervixből 12,54%-ban *U. urealyticum*, 1,33%-ban *M. hominis*, férfiak esetében az urethrából 4,1% *U. urealyticum*, 0,51%-ban *M. hominis* tenyésztett ki. A két genitális mycoplasma a 21-60 év között minden korcsoportban megtalálható volt.

U. urealyticum törzsek többsége érzékeny volt tetracycline (95,9%), doxycycline (97,32%), azithromycinre (85,79%), és rezisztens volt erythromycinre (81,23%), clindamycinre (75,06%) és ofloxacinra (25,2%). *M. hominis* törzsek több, mint 95%-a érzékenységet mutatott clindamycinre, ofloxacinra és doxycycline, valamint 82,92%-ban tetracycline.

Az *U. urealyticum* és *M. hominis* minden vizsgált korosztályban előfordult. Az *U. urealyticum* törzsek magas rezisztencia aránya miatt feltétlenül szükséges a tenyésztés és az antibiotikum rezisztencia meghatározás a terápia elkezdése előtt vett mintából. Bármilyen célból adott clindamycin szelektálja a clindamycin-erythromycin keresztrezisztens törzseket. Javasoljuk kihagyni a protokollból az erythromycint a 81,23%-os rezisztencia miatt.

Lőrincz Kende dr.¹, Bánvölgyi András dr.¹, Gyöngyösi Nóra dr.¹, Haluszka Dóra¹, Meinhard Wlaschek dr.^{2,2}, Karin Scharffetter-Kochanek³, Wikonkál Norbert dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Hosszú távú PUVA besugárzás hatása a bőr korai öregedésének mértékére epidermalisan homozigóta MnSOD deficiens (-/-) egértörzsnél

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Department of Dermatology University of Ulm Life Science Building N27 James Franck-Ring/ Ulm², Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm³)

A mangán-szuperoxid diszmutáz (MnSOD) a sejtek szabadgyökök eliminációs rendszerének egyik kulcsfehérjeje. Teljes szomatikus hiánya letális, ugyanakkor egyes szervekben való részleges vagy teljes hiánya korai öregedéséhez és funkció csökkenéshez vezethet. Vizsgálatunkban 23 darab epidermalisan MnSOD homozigóta knockout (-/-) egéren vizsgáltuk a PUVA kezelés következményeit a bőr öregedésének tekintetében 18 normál MnSOD aktivitású egérral összehasonlítva. Összesen 30 héten át heti 3 alkalommal, 2-3 J/int dózissal megfelelő UVA besugárzást végeztünk, psoralennel történő fotoszenzibilizációt követően. Az egerek bőrének makroszkópos értékelése mellett a különböző sugárázsmennyiségnek kitett területeken (nyak, hát, farok, has), bőrredő vastagság inéretét illetve, szövettani mintavételt hajtottunk végre.

A makroszkópos kép alapján valamint egy képelemző szoftver segítségével elvégeztük a ráncosodás súlyosságának értékelését és mértékének számszerű meghatározását. A szövettani minták feldolgozásánál a Hematoxylin-Eosin festés mellett egy speciális háromszínű festési eljárást (Masson's trichrome) is alkalmaztunk mely lehetővé teszi a sejtek és a kötőszövet pontosabb differenciálását és vizsgálatát.

Eredményeink alapján a bőrredő vastagodása, illetve a ráncosság mértéke is szignifikánsan fokozottabb az MnSOD deficiens egerekben, tehát hajlamosabbak a fény okozta öregedés jelenségére. Ezt alátámasztja a szövettani vizsgálat is, miszerint az MnSOD deficiens bőr, illetve kötőszövet fokozottabb mértékben károsodott a vad típusúhoz képest.

Összességében a kísérlet igazolta, hogy a MnSOD fehérje jelentős szerepet játszik a sejtek szabadgyökök eliminációs rendszerében, hiánya esetén a megnövekedett szabadgyökök képződés pedig összefüggésbe hozható a bőr korai öregedésével.

Fejős Zsuzsanna dr.¹, Barbai Tamás dr.², Tímár József dr.², Rásó Erzsébet dr.²:

A BRAF V600E mutáció gyakorisága és a humán melanómák progressziója közötti összefüggés vizsgálata klinikai mintákon (Zugligeri Klinika¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet², Budapest)

A melanóma incidenciája világszerte drámaian növekszik. A legyorsabban progrediáló tumorok egyike és egyben az áttétet hordozó betegek terápiaja szempontjából a legkevésbé megoldott. Minden olyan kezelési stratégia, amely akár részleges eredménnyel kecsegtet, kitüntetett figyelmet érdemel. A BRAF proto-onkogén egy *serin/treonin protein kináz*. Számos mutációja közül a V600E a humán melanómák jelentős részében megtalálható, mely a MAP kináz/ERK kaskád folyamatos stimulálása révén számos proliferációs és dedifferenciációs változást eredményez a sejten. Alapját képezi néhány új targetált terápiának, amely a kevésbé terápia-szenzitív melanómák kezelésében új távlatokat nyit. A mutáció előfordulásának gyakorisága aránylag magas, az irodalomban tág határok között (40-80%) változik. Felmerül a mutáció progresszió-asszociált szerepe is, amelyre vonatkozóan kevés adattal rendelkezünk.

Célunk egy olyan, statisztikailag már egyértelműen értékelhető elemszámú humán melanóma mintasor BRAF mutációs mintázatának jellemzése volt, amelyben az 5 éven túli követés után is közel azonos számban voltak áttétet adó és nem áttétképző primer tumorok.

50 fagyaszttá tárolt primer humán melanómából mRNS-t izoláltunk. Reverz transzkripciót követően target-specifikus primerekkel felsokszoroztuk BRAF potenciálisan V600E mutációt tartalmazó régióját. A termékből TspRI hasítást követően (PCR-RFLP) igazoltuk a mutáció jelenlétét.

A vizsgált humán melanómák 70%-a bizonyult BRAF V600E mutánsnak. Nem találtunk lényeges különbséget a BRAF mutáns és vad típusú melanóma csoport között az életkor, a nem, a primer melanóma ulcerációja és regressziója valamint a Clark és Breslow szövettani paraméterek tekintetében. A törzsi melanómák BRAF V600E mutációja az átlagnál magasabb volt (79%). A noduláris melanómák (NM) nagyobb arányban (76,2 %) mutattak BRAF mutációt a többi csoporthoz képest és igen érdekes (bár emelt esetszámmal további bizonyítást igénylő tény) hogy a nem mutáns csoporthoz hasonlóan háromszor gyakrabban adtak első vonalbeli távoli áttétet.

Vizsgálataink felvetik annak a lehetőségét, hogy a BRAF V600E mutációnak érintőleges szerepe van a melanómák progressziójában, de azzal szoros ok-okozati összefüggésbe nem hozható.

Göblös Anikó dr.¹, Bacsá Sarolta dr.¹, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.^{2,2}:

A PRINS nem-kódoló RNS kifejeződésének és együtttható partnerének tanulmányozása

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², SZTE-ÁOK Orvosi Genetikai Intézet¹, Szeged)

Kutatócsoportunk korábbi munkája során azonosította a PRINS nem-kódoló (nc) RNS-t, mely szerepet játszik a pikkelysömörre való hajlam kialakításában. In vitro kísérleteink során megállapított nyert, hogy a PRINS kifejeződését környezeti stressz faktorok indukálják. Ezt követően sikerült azonosítani a nukleofozmint (NPM), mint a PRINS ncRNS közvetlen interakciós partnerét. A NPM-ről ismert, hogy egy multifunkcionális foszfoprotein, és UV-sugárzás hatására a magvacskából a magplazmába vándorol fibroblasztokban és tumoros sejtvonalakban.

Célunk volt megvizsgálni a PRINS ncRNS sejten belüli eloszlását in situ hibridizációs technikával, valamint szándékunkban állt a PRINS génspecifikus csendesítésének hatását megvizsgálni a NPM sejten belüli elhelyezkedésére UV-B besugárzott humán keratinocitákban.

Az in situ vizsgálatok során igen eltérő festődési mértéket és mintázatot tapasztaltunk a különböző szövetekben: a PRINS ncRNS magas kifejeződést mutat bél-, bőr-, here-, méh-, nyirok-, és tüdőszövetben, ezzel szemben a kis-, és nagyagyyszövetben nem detektáltunk festődést. Az epidermiszben és izolált keratinocitákban szöveti- és sejttestet követően egyaránt kifejezett nukleoláris és perinukleáris festődés látható, illetve homogén citoplazmás eloszlás.

A PRINS ncRNS génspecifikus csendesítését követően immunkémiai kísérleteink azt mutatták, hogy a PRINS csendesítés gátolta a NPM UV-B sugárzást követő transzlokációját, amely arra utal, hogy a NPM és a PRINS ncRNS között fizikai és funkcionális kapcsolat egyaránt fennáll.

Eredményeink arra utalnak, hogy a PRINS ncRNS kifejeződik számos szövetben, de kifejeződésének mértéke nagyban eltér. Funkcionális vizsgálataink pedig azt sugallják, hogy a PRINS szerepet játszik a sejtek NPM-mediált stressz válaszában.

Fazekas Barbara dr.¹, Polyánka Hilda dr.², Bebes Attila dr.¹,
Tax Gábor dr.¹, Nagy Ferenc dr.³, Kemény Lajos dr.^{1,2},
Ádám Éva dr.¹, Széll Márta dr.^{2,4}:

Constitutive Photomorphogenic Protein 1 (COP1) szerepének vizsgálata a humán keratinociták fényválaszában

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², MTA-SZBK Növénybiológiai Intézet³, SZTE Orvosi Genetikai Intézet⁴, Szeged)

A COP1 gént először lúdfűben (*Arabidopsis thaliana*) írták le. Egy E3 típusú ubiquitin ligáz kódol, mely számos transzkripció faktor proteozóma-dependens degradációjában játszik szerepet és a fotomorfogenezis, vagyis a fény-indukálta növekedés központi regulátora növényekben. A gén humán ortológjának (huCOP1) szerepe még nem teljesen tisztázott. Rákos sejtekben a huCOP1 overexpressziót mutat, ennek következtében az általa ubiquitínált p53 mennyisége csökken, így a p53 nem képes hatékonyan indukálni az apoptózist, illetve gátolni a sejtosztódást. Munkám célja, hogy tisztázzuk a huCOP1 szerepét humán keratinocitákban, elsősorban ezen sejtek UV B sugárzásra adott válaszreakciójában.

Kísérleteink során sikerült megvalósítani a COP1 gén csendesítését HPV-vel immortalizált keratinocita sejtvonalban. Jelenleg a csendesített sejtvonal jellemzését végezzük fehérje szinten. Western blottal, illetve immuncitokémiával meghatároztuk a COP1 fehérjeszintet a kontroll és a csendesített sejtvonalakban.

Előzetes eredményeink alapján a COP1 alacsonyabb expressziójának következtében a p53 fehérjeszint megemelkedik, melyet immunfluoreszcens sejtfestések támasztanak alá. Jövőbeni terveink között szerepel, hogy összehasonlíttuk a normál és a csendesített sejtvonalak génextpressziós profilját kezeletlen és UV-B-sugárzott sejtekben PCR alapú Superarray és cDNA microarray módszerekkel.

Dózsa Anikó dr.¹, Dezső Balázs dr.², Nagy László dr.³,
Juhász István dr.⁴, Remenyik Éva dr.⁴:

A PPAR γ (Peroxiszóma Proliferáció Aktivált Receptor gamma) molekula expressziója és aktivitása lézer mikrodisszekált faggyúmirigyekben két eset kapcsán: extrém rhinophymában és Torre – Muir szindrómában

(Miskolci Egészségügyi Központ¹, Miskolc, Debreceni Egyetem OEC, Patológiai Intézet², Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet³, Bőrgyógyászati Klinika⁴, Debrecen)

A PPAR γ molekula egy magreceptor, mely transzkripció faktor-ként képes lipid természetű ligandokat kötni. Ezek a ligandok agonista- vagy antagonistá hatással szabályozzák a különböző célgének transzkripcióját. A PPAR γ -nak eddigi kutatási eredmények szerint kulcsfontosságú szerepe van a lipidmetabolizmusban, és ismert, hogy a molekula jelen van a faggyúmirigyekben is. Ezek alapján lehetségesnek tűnik, hogy a PPAR γ szerepet játszhat a faggyúmirigy sejtek normál működésében, illetve felmerül a molekula diszfunkciója a faggyúmirigy kóros működése során.

Jelen munkánk során kétféle sebaceus tumort: sebaceous hyperplasiát és sebaceous adenomát vizsgáltunk.

Első betegünk extrém oto- és rhinophymával jelentkezett szakrendelésünkön, a szövettani képen faggyúmirigy hyperplasiát észleltünk. A második beteg Torre-Muir szindrómában szenvedett, multiplex bőrtumorok miatt számos alkalommal kellett operálni. Egy sebaceous hyperplasia mintát és egy sebaceous adenomát vizsgáltunk meg.

A betegekben származó szövetminták formalinnal fixált, paraffinba ágyazott metszeteiből immunhisztokémiai módszerrel a PPAR γ molekula fehérje szintjét jelenlétét igazoltuk. A receptor aktivitását a receptor célgénjeinek vizsgálatával lehet bizonyítani. Ezért friss fagyasztott metszeteiből lézer mikrodisszekcióval nyert faggyúmirigyből izolált RNS-ből valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakciós (RT-qPCR) módszerrel a PPAR γ molekula célgénjeinek (ADRP, PGAR) expressziós szintjét vizsgáltuk meg és össze-

hasonlítottuk 5 önkéntesből származó ép faggyúmirigyben észlelt expressziós szinttel.

Sikerült kimutatnunk normál, hyperplasiás humán faggyúmirigyben és sebaceous adenomában a PPAR γ molekulát és célgénjeit. A PPAR γ molekula expressziós szintje a normál faggyúmirigyekben detektálható képest az adenoma mintában alacsonyabb volt, a PPAR γ molekula célgénjeinek (ADRP, PGAR) expressziós szintje a normál faggyúmirigyben észlelhető képest a kóros faggyúmirigyekben alacsonyabb volt. Eredményeink alapján a PPAR γ molekula szükséges lehet a faggyúmirigy normál működéséhez, míg a kóros faggyúmirigysejtekben csökkent szintje és működése észlelhető.

Emri Eszter¹, Miko Edit¹, Nagy Georgina², Boros Gábor³,
Rózsa Dávid¹, Mócsai Gábor², Remenyik Éva dr.¹,
Emri Gabriella dr.:

A cink UVB sugárzás utáni sejtválaszra gyakorolt hatása keratinocitákban

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹, Bőrgyógyászati Klinika és Allergológiai Tanszék², Debrecen)

A cink homeosztázis számos élettani folyamatban szerepet játszik, többek között a bőr fiziológiájában, ahol az epidermális differenciáció, barrier funkció, gyulladás, és sebgyógyulásban tölt be szabályozó szerepet. Ezáltal a cink a terápiás alkalmazások fontos célpontját képezheti. Továbbá a cink-kötő metallothionein fehérjével végzett vizsgálatok alapján a cink összefüggésben állhat a bőrdaganatok kimenetelével is. Viszont amellet, hogy azok kialakulásában, terjedésében az UVB sugárzás tölt be kulcsszerepet, nem teljesen tisztázott, hogy milyen hatással van az intracelluláris cink koncentráció megváltoztatása az UVB sugárzás okozta sejtéleti válaszokra, mint például a DNS reparáció, sejtciklus, apoptózis és gyulladás folyamataira. Kísérleteink célja a cink és UVB irradiáció kapcsolatának vizsgálata, mely segítségével közelebb juthatunk annak megértéséhez, hogy milyen szerepe lehet a cink homeosztázis változtatásának a bőrök kialakulásában, terjedésében.

A ZnCl₂ kezelés (100 μ M) és az UVB sugárzás (20 mJ/cm², TLW12) együttes hatását génextpressziós szinten 96 génből felépülő TaqMan Low Density Array technika segítségével, a fehérjeszinten bekövetkező változásokat metallothionein immuncitokémia segítségével tanulmányoztuk HaCaT sejtvonalon. A funkcionális változások esetében a sejtproliferációra, apoptózisra, és az UVB sugárzás okozta ciklobutan pirimidin dimer (CPD) léziók mennyiségének változására gyakorolt hatást követtük nyomon.

Eredményeink azt mutatják, hogy a ZnCl₂ kezelés szignifikánsan növelte a sejtek proliferációját a kezelést követő 72. órában, és szignifikánsan csökkentette az UVB sugárzás okozta korai apoptózist. Továbbá kimutattuk, hogy a cink javítja az UVB sugárzás során keletkezett CPD mennyiséget, a sugárzást követő 3. órában, valamint, hogy a metallothionein fehérje ugyanebben az időpontban a sejtmagba transzlokálódik. Mindezen eredmények azt mutatják, hogy a metallothionein fontos szabályozó szerepet tölthet be az UVB sugárzás okozta sejtbiológiai folyamatokban, feltételezhető, hogy az intracelluláris cink koncentráció megváltoztatása az UVB indukálta DNS károsodásra adott válasz kimenetelének befolyásolásában van szerepe.

Támogatás: TÁMOP 4.2.2.-08/1-2008-0019 DERMINOVA;
TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0031; TÁMOP 4.2.1./B-09/1/
KONV-2010-0007; OTKA K 105872

Bánvölgyi András dr.¹, Lőrincz Kende dr.¹, Gyöngyösi Nóra dr.¹,
Haluszka Dóra¹, Meinhard Wlaschek dr.²,
Karin Scharffetter-Kochanek³, Wikonkál Norbert dr.¹,
Kárpáti Sarolta dr.:

Hosszú távú PUVA besugárzás hatása a daganatképződés mértékére epidermalisan homozigóta MnSOD2 deficiens (-/-) egértörzsnél

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Budapest, Department of Dermatology University of Ulm², Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Ulm³, Ulm)

A mangán-szuperoxid diszmutáz 2 (MnSOD2) a sejtek szabadgyökök eliminációs rendszerének egyik kulcsfehérjéje. Teljes szomatikus hiánya letális, egyes szervekben való részleges vagy teljes hiánya pedig súlyos funkció csökkenéshez, korai daganatképződéshez vezethet.

Vizsgálatunkban epidermalisan MnSOD2 homozigóta knockout (-/-) egereken vizsgáltuk PUVA kezelés hatását a daganatképződésre normál MnSOD2 aktivitású egerekkel összehasonlítva.

Összesen 30 héten át heti 3 alkalommal, 2-3 J/m² dózissal megfelelő UVA besugárzást adtunk, psoralennel végzett fotoszenzibilizációt követően.

Az egerek bőrének makroszkópos értékelése mellett a különböző sugárzás mennyiségnek kitett területekről (nyak, hát, farok, has), illetve a daganatokból szövettani mintavételt, majd ezek értékelését végeztük.

A daganatképződés mértékének megállapítására a makroszkópos kép alapján, képelemző szoftver segítségével meghatároztuk a daganatok kialakulásának időbeli eloszlását, a kialakult daganatok számát, összterületét illetve az egyes daganatok átmérőjét. A szövettani minták értékelése alapján történt a daganatok típusának meghatározása.

A kapott eredmények igazolták, hogy az epidermalisan MnSOD2 homozigóta knockout egereken szignifikánsan súlyosabb mértékben, nagyobb számban és átmérőben képződtek daganatok, melyek közül kizárólag a knockout csoportban több malignusnak, spinocellularis carcinomának bizonyult.

Összességében a kísérlet igazolta, hogy a MnSOD2 fehérje jelentős szerepet játszik a sejtek szabadgyökök eliminációs rendszerében, hiánya esetén a megnövekedett szabadgyökök képződés pedig összefüggésbe hozható a fokozott daganatképződéssel.

Boros Gábor¹, Miko Edit¹, Emri Eszter¹,
Gijsbertus van der Horst dr.², Muramatsu Hiromi dr.²,
Drew Weissman dr.³, Horkay Irén dr.¹, Emri Gabriella dr.¹,
Karikó Katalin dr.⁴, Remenyik Éva dr.¹;

UVB-indukált CPD-függő géneexpressziós mintázat feltérképezése fotoliáz mRNS-sel transzfektált humán keratinocitákban

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika¹, Debrecen, Department of Genetics, Center for Biomedical Genetics, Erasmus University Medical Center², Rotterdam, Department of Neurosurgery, University of Pennsylvania³, Department of Medicine, University of Pennsylvania⁴, Philadelphia)

Az UVB sugárzás különböző gének aktivációjának vagy szupressziójának indukálásán keresztül számos biológiai folyamatot befolyásol a bőrben, mint például a sejtciklust, apoptózist, sejtnövekedést és immunválaszt. Ismert, hogy az UVB által kiváltott leggyakoribb DNS-léziók, a ciklobután pirimidin dimerek (CPD) az UVB több celluláris károsító hatásait közvetítik. Kutatásunk célja új, CPD-vezérelt jelátviteli útvonalak detektálása, valamint a CPD-függő -és független molekuláris folyamatok elkülönítése. Jelen tanulmányunk bemutat egy erre alkalmas modellrendszert, melyben a tranziensen transzfektált fotoliáz mRNS-nek köszönhetően a CPD-k száma több mint 90%-kal csökkent humán keratinocitákban. A transzfekciót követő 12. órában, amikor a fotoliáz mRNS transzlációs szintje igen magas, a sejteket 20 mJ/cm² UVB dózissal tettük ki, majd rögtön fotoreaktiváltuk, vagy sötétben tartottuk őket. Oligonukleotid microarray technika segítségével feltérképeztük ezen sejtek globális géneexpressziós mintázatát. Eredményeink azt mutatják, hogy az UVB irradációt követő 6. órában közel háromszor több gén (2068 gén) mutat eltérő expressziós szintet, mint a 24. órában (712 gén). Mindkét időpontnál megfigyelhető, hogy az alkalmazott UVB dózis hatására az alacsony szinten expresszálódó gének száma közel kétszer annyi, mint a magas szinten expresszálódó géneké. Az UVB hatására eltérő expressziós szintet mutató gének több mint fele CPD-függő, hiszen expressziós szintjük jelentősen változott a fotoreaktivációt követően. Az Ingenuity Pathway Analysis (IPA) szoftver segítségével kimutattuk, hogy ezen gének elsősorban géneexpresszióval, sejtciklussal, sejtnövekedéssel, sejtmigrációval kap-

csolt jelátviteli hálózatokat alkotnak. Több központi transzkripciószabályozó fehérjét is azonosítottunk, például TP53, TNF α , FOXO, SMAD. Összességében elmondható, hogy mRNS-alapú gén transzfekciós modellrendszerünk újszerű megközelítést kínál az UVB indukálta CPD-függő -és független celluláris és molekuláris folyamatok elkülönítésére. Eredményeink hozzájárulnak a napsugárzás okozta káros hatások elleni védelmi mechanizmusok jobb megértéséhez.

Támogatás: TÁMOP 4.2.2.-08/1-2008-0019 DERMINOVA; TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0031; TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007; OTKA K 105872

Bebes Attila dr.¹, Németh István Balázs dr.¹, Vas Krisztina dr.¹,
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.²,
Tubak Vilmos dr.²

Keratinociták által termelt szolubilis TL1A citokin felhalmozódása pikkelysömörös dermiszben

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², Creative Laboratory Kft.³, Szeged)

A tumor nekrozis faktor alfa (TNF-alfa)-szerű citokin (TL1A) és receptora a *death receptor 3* (DR3) meghatározó szerepet játszanak a gyulladási immunválasz modulációjában. Számos sejttípusról, többek között endotél sejtekről, makrofágokról és dendritikus sejtekről ismert, hogy megfelelő indukciót követően TL1A fehérjét termelnek. A DR3 receptor aktivált T-sejteken jelenik meg, a sejtek proliferációját és citokin termelését szabályozza. A TL1A és a DR3 funkciója a reumatoid artritisz és a gyulladási bélbetegség patogenezisében is nagy jelentőségű. Célunk a TL1A mRNS és fehérje kifejeződésének vizsgálata volt tenyésztett humán keratinocitákban, valamint a krónikus gyulladással járó pikkelysömörben tanulmányoztuk a TL1A és a DR3 fehérjék expresszióját. Eredményeink szerint a TL1A mRNS TNF-alfa által indukálható módon fejeződik ki tenyésztett keratinocitákban. Western blot vizsgálataink alapján a TL1A fehérje a sejtekben alig detektálható, ellenben a keratinociták felülszójában nagy mennyiségben van jelen. Egészséges epidermiszhez képest jelentősen emelkedett a TL1A gén kifejeződése pikkelysömörös betegek léziós epidermiszében. Nagymértékű TL1A fehérje felhalmozódás volt jellemző pikkelysömörös léziós dermiszben, ahol a DR3 receptor expresszióját is számos sejten megfigyeltük. Feltételezésünk szerint az epidermális keratinociták fontos szerepet játszanak a pikkelysömörös léziókban megfigyelt emelkedett TL1A citokin szint kialakításában, amely a T-sejteken kifejeződő DR3 receptoron keresztül hozzájárulhat a krónikus gyulladás fenntartásához.

Széll Márta dr.:

Ivarsejtvonalbeli és szomatikus mutációk a melanoma pathogenezisében és terápiájában

(Szegedi Tudományegyetem, Orvosi Genetikai Intézet, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged)

A melanoma malignum, a legrosszabb prognózisú bőrrák multifaktoriális betegség, melynek kialakulásában mind környezeti, mind örökletes tényezők szerepet játszanak. Mivel a melanoma incidenciája mind hazánkban, mind világszerte nagymértékű növekedést mutat, egyre nagyobb jelentősége van diagnosztikájában és terápiájában is a szomatikus és csírasejtvonal mutációk ill. polimorfizmusok azonosításának. Az összefoglaló előadás első részében azokról az áttörő jelentőségű genomikai kutatásokról lesz szó, amelyek a melanoma növekedése során keletkező szomatikus mutációk azonosítását követően célzott terápiás megoldásokat eredményeztek.

Az előadás második részében a melanoma pathogenezisében szerepet játszó ciklin dependens kináz 2A (CDKN2A) és melanokortin-1 receptor (MC1-R) csírasejtvonal mutációk és polimorfizmusok jelentősége kerül ismertetésre, saját adatok bemutatásával.

Betegbemutatók

Törőcsik Dániel dr.¹, Bálint Ágnes dr.², Remenyik Éva dr.¹:

A külföldi „Nagybácsi”

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika¹,
Bőr- és Nemibeteg- Gondozó², Debrecen)

Ambulanciánkon kiterjedt, felülfertőződött zosterrel jelentkező 33 éves férfi beteg esetét mutatjuk be, aki az utóbbi hónapokban csaknem 20 kg-ot fogyott és kifejezett gyengeségről számolt be. Elmondása alapján nem tudott fertőző betegségről. Elvégzett szerológiai vizsgálatokban HIV pozitívítás igazolódott, egyéb nemi betegség negatív volt. Kísérője egy vele egykorú, magyar TAJ számmal rendelkező, külföldön élő fiatal ember volt, aki magát „Nagybácsinak” adta ki. Többszörri rákérdezésre is negálta HIV pozitívítását, azonban elvégzett teszt nála is HIV pozitívítást igazolt. Az eredmény ismeretében a Szent László Kórház nyilvántartásában megtaláltuk a „Nagybácsit” mint nyilvántartott HIV pozitív beteget.

Esetünkkel fel kívánjuk hívni a figyelmet az ismert HIV betegek felelősségére, valamint kiemelni szükségességét a hazai regiszterek elérhetőségének az ellátást végző szaksemélyzet számára. A nemzetközi, vagy legalábbis a környező országok regisztereivel való összekapcsolását a hazai regisztereknek is fel kívánjuk vetni további diszkusszióra.

Pánczél Gitta dr.¹, Vajda Adrienne dr.², Kárpáti Sarolta dr.³,
Baló-Banga Máttyás dr.²:

Paraneoplasticus pemphigus

(Országos Onkológiai Intézet, Onkodermatológiai Osztály¹,
MH Honvéd Kórház, Bőrgyógyászati Osztály², Semmelweis
Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika³, Budapest)

Célunk a differenciáldiagnosztikai nehézségeket okozó, ritka és tanulságos paraneoplasticus pemphigus esetének bemutatása.

A 82 éves, hipertóniás, diabéteszes, ismert aritmias nöbeteg 2012. februárban jelentkezett az alhason lévő viszkető hólyagok miatt. Locális kezelés ellenére tünetei testszerte kiterjedté váltak, a szájnálkahártya megkímélt maradt. A diagnosztikus céllal elvégzett szövettani mintavétel nem specifikus lobbak felelt meg, hólyagos bőrbetegséget nem tudott bizonyítani. További progressio miatt ismételt biopsia történt, pemphigus foliaceus igazolódott. Nagy dózisu per os szteroid és localis kezelés mellett csaknem teljesen tünetmentessé vált. Tumorkutatás során készült vizsgálatainak ekkor negatívnak voltak. Öt hónappal bőrbetegségek megjelenését követően, többszöri elesés után észlelt alsó végtagi, distalis hangsúlyú paraparesis miatt, testszerte recidiváló pemphigusos tünetek mellett került neurológiai osztályra, ahol az elvégzett vizsgálatok funicularis myelosis gyanúját, az anaemia és alacsony B12 szint, tumor asszociált vérképzési zavar lehetőségét vetették fel. Tumor irányú kivizsgálása során jobb felső lebenyi primer pulmonalis terfgalás igazolódott. A hasi, kismencedei UH multiplex hepaticus folyamatot, valamint intraabdominalis nyirokcsomó propagatit ábrázolt. A jelentősen emelkedett serum cortisol szint hormontermelő daganat gyanúját vetett fel. Gyors, fokozatos állapotromlás további vizsgálatokat nem tett lehetővé, a beteg júliusban exítált. Sectiója során a jobb tüdő felső lebenyében nagy kiterjedésű, a fali pleurával összekapaszkodó tüdőrák diagnóza megerősítést nyert, mely számos szervbe adott áttétet (máj, mellékvesék, nyirokcsomók, pleura, csigolyák, epicardium).

Az pemphigusos elváltozásokból 3 mm-es punch biopsziás túvel történt a mintavétel. A szövethengerek fagyasztott metszeteit fénymikroszkóp alatt vizsgáltuk, direkt immunfluoreszcencia során IgA, IgG, IgM és C3 ellenes antitestekkel végeztünk vizsgálatot. A paraneoplasticus pemphigusra specifikus IgG antitest kimutatását vérszérumból, indirekt immunfluoreszcenciával, patkány-húgyhólyagon vizsgáltuk.

A tünetes bőrterületből vett biopátumon elvégzett direkt IF vizsgálatokkal IgG, IgM és C3 ellenes antitestekkel mindkét alkalommal negatív reakciót láttunk, a hematoxylin-eosin festett metszeten acantholysis volt látható. A vérszérumból indirekt immunfluoreszcencia vizsgálattal patkány húgyhólyagon IgG 1:10, 1:100 higításban keringő IgG antitest nem volt detektálható.

A paraneoplasticus pemphigus egy autoimmun eredetű, hólyagos bőrbetegség, mely a mucocutan szöveteket és a belső szerveket érinti, háttérben neoplasma áll. A sejtfelépítésért és szöveti kohézióért felelős plakín és kadherin család fehérjéi ellen képződő autoantitestek jellemzik. Ezen autoantitestek kimutatásának legmegfelelőbb szubsztátja a patkány vagy a majom húgyhólyag, mivel itt kifejezett a plakín expressio. A perilaesionalisan vett szövetminta direkt immunfluoreszcencia vizsgálata intraepithelialisan intracelluláris IgG/C3 deposititot mutat. A pemphigus minden formájában a majom oesophaguson elvégzett indirekt immunfluoreszcencia vizsgálat intracellulárisan IgG, gyakran C3 deposititot is mutat. A hólyagos bőrből vett minta szövettanára jellemző a suprabasalis acantholysis, továbbá a lymphocytás inflammáció. A hisztológiai eltérések a direkt immunfluoreszcencia negatív esetekben különösen fontosak. Bár a paraneoplasticus pemphigus pathogenesise ismeretlen, valószínűsíthető, hogy egy 170 kDa molekulású protein is szerepet játszik kialakulásában. E fehérje legmegbízhatóbban keratinocytá extraktum immunprecipitációs vizsgálatával (ELISA, Western-blot) mutatható ki, így a patkányhúgyhólyag sejteken végzett negatív immunfluoreszcencia nem zárja ki a klinikailag paraneoplasticus pemphigus fennállását.

Veres Klára VI. é. o.h., Kinyó Ágnes dr., Kemény Lajos dr.,
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.:

Periarthritis nodosa cutanea benigna

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

Az előadásban a szerzők a periarthritis nodosa bőrre lokalizált formájának diagnosztikus és terápiás nehézségeit foglalják össze a Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikáján az utóbbi években előforduló esetek példáján keresztül. Két eset kapcsán a warfarin terápia eredményéről számolnak be.

Halmy Klára dr.¹, Juhász Ágnes dr.¹, Bálint Ágnes dr.²:

Népbetegség-e az onychomycosis?

Felmérő vizsgálatok 2000-2011 között

(Laboratóriumi Kft., Mikrobiológiai Laboratórium Debrecen¹,
Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. Bőr- és
Nemibeteg-gondozó Debrecen²)

Az onychomycosis superficialis, krónikus infekció, melynek prevalenciája Európában 2-10% között van. Vizsgálataink szerint a kórkép incidenciája 11 éves periódusban átlagosan 34%-os volt. A betegek átlagéletkora 52,5 év, a kórkép előfordulása nőknél gyakoribb volt, mint férfiaknál. A lábujjkorom fertőzés incidenciája meghaladta a kézkörmökét. Az onychomycosis típus megoszlásában a distolaterális subungualis típus volt a leggyakoribb. A kórokozók közül a dermatophytonok elsősorban a *Trichophyton rubrum* volt a vezető kórokozó, ezt követően a sarjadzógombák és elenyésző arányban a nem dermatophyton penészek. A predisponáló tényezők közül a diabetes, magas vércukor szint, a vénás és artériás keringési zavarok, a sérülések, közös fürdő, családi fertőzés voltak a leggyakoribbak. A körmök betegsége 8,3%-ban felszínes mikotikus fertőzésekkel járt együtt. Szövődményként 7 esetben (0,2%) erylipelas alakult ki.

Eddigi megfigyeléseink szerint az onychomycosisist népbetegség irányába hajló megbetegedésként tekinthetjük.

Baltás Eszter dr., Ócsai Henriette dr., Nemes Edina dr.,
Gyulai Roland dr., Varga Erika dr., Korom Irma dr.,
Németh István Balázs dr., Csoma Zsanett dr., Varga János dr.,
Kemény Lajos dr., Oláh Judit dr.:

Pigmentált léziók diagnosztikai és kezelési nehézségei gyermek- és fiatal korban

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

A gyermek- és fiatalkorban megjelenő pigmentált léziók diagnosztikája és kezelése a mindennapi gyakorlat része a bőrgyógyász számára. A Spitz-tumorkok, a Reed-nevus, a kék nevus, valamint a klonális nevus klinikai megjelenésének és szövettani képének értékelése komoly kihívást jelenthet még a dermatookológiában jártas bőrgyógyász és patológus számára is. A változatos lokalizációban előforduló, gyakran bizarr dermatoszkópos képpel járó kongenitális nevusok esetén fontos a változások követése és a malignizáció rizikójának mérlegelése. Gyakori kérdés a pigmentált léziók sebészi eltávolításának szükségessége és időzítése gyermek- és fiatalkorban. Míg a melanoma incidenciája serdülő- és felnőttkorban drámai növekedést mutatott az elmúlt néhány évtizedben, gyermekkorban viszonylag ritkán fordul elő. A melanoma diagnózisának felállítását követően a kezelés és gondozás során különös gondot kell fordítani a fiatal beteg és a család pszichés vezetésére.

A szerzők az előadás során a szegedi dermatookológiai ambulancia gyermek- és fiatalkorban előforduló pigmentált elváltozásokkal kapcsolatos tapasztalataikról számolnak be ismertette a diagnosztikai lehetőségeket és a kezelés általános elveit.

Polman Erzsébet dr.¹, Gyömörei Csaba dr.², Tóth Csaba dr.², Telegdy Enikő dr.¹

Multiplex pilaris leiomyoma

(Vas Megyei Markusovszky Kórház, Egyetemi Oktatókórház Nonprofit Zrt., Bőrgyógyászati osztály¹, Patológiai osztály², Szombathely)

A szerzők a szőremelő izmok kifejezetten ritka, jóindulatú simai-zom daganatát mutatják be. A beteg photocontact dermatitis története miatt fordult orvoshoz, vizsgálatok multiplex pilaris leiomyomát is diagnosztizáltak. A photocontact dermatitis meggyógyult.

A multiplex pilaris leiomyoma kezelése főként kisszámú elváltozás esetén eredményes. Az életminőséget rontó betegségekkel, esetenként rosszindulatú daganatokkal társulhat, kórismézésekor el kell végezteni a társbetegségek felderítéséhez szükséges vizsgálatokat.

Paschali Ekaterine dr.¹, Papp Ferenc dr.², Vályi Péter dr.¹, Nagy Nikolett dr.¹, Kemény Lajos dr.¹, Csoma Zsanett dr.¹

Papillon-Lefèvre szindróma előfordulása testvérpárban

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ², Fogászati és Szájsebészeti Klinika³, Szeged)

A szerzők egy 2 és egy 11 éves testvérpár esetét ismertetik, akiknél néhány hónapos korban a tenyereken és a talpakon kifejezett hyperkeratosis, majd súlyos fogágy gyulladás, a tejfogak, később a maradandó fogazat meglazulása lépett fel. A kisebbik gyermek anamnézisében gyakori pyogén bőrfertőzések szerepeltek. A klinikai tünetek alapján egy ritka autoszómális recesszív öröklésű betegség, a Papillon-Lefèvre szindróma merült fel. Betegeink genetikai vizsgálata során a cathepsin C gén 7 bázis delécióval járó frameshift mutációja igazolódott, amely alátámasztotta a klinikai diagnózist. A szimmetrikus palmoplantaris keratodermán kívül a szindrómát psoriasiform bőrtünetek, gyakori cután és szisztémás pyogén fertőzések, valamint súlyos gingivitis periodontosis jellemzik, amelyek eredményeként mind a tej-, mind a maradandó fogazat idő előtti elvesztése következik be. A betegség multidiszciplináris kezelési tervet igényel, a bőrgyógyász, a gyermekgyógyász és a fogszakorvos közreműködésével.

Nagy Nikolett dr.^{1,2,3}, Neil Rajan dr.⁴, Farkas Katalin dr.², Kinyó Ágnes dr.¹, Kemény Lajos dr.^{2,3}, Széll Márta dr.^{1,2}

Egy Brooke-Spiegler szindrómában szenvedő magyar család genetikai vizsgálata

(Szegedi Tudományegyetem, Orvos Genetikai Intézet¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika³, Szeged, Institute of Genetic Medicine, Newcastle University⁴, Newcastle upon Tyne)

A Brooke-Spiegler szindróma (BSS; OMIM 605041) egy autoszómális domináns öröklésű mutató, bőrfülgelék tumorokkal,

főként cilindrómákkal és trichoepiteliómákkal, ritkán spiradenómával járó kórkép. A BSS kialakulásának hátterében a *CYLD* tumor szupresszor gén mutációi állnak. Kutatásaink célja egy BSS-ben szenvedő 7 generációs bukovinai származású magyar család genetikai vizsgálata volt, melynek tagjai között 21, a betegség által érintett családtagot azonosítottak. Vizsgálataink során elvégeztük a *CYLD* gén kódoló szakaszainak szekvenálását, és a 20. exonban egy nonszensz mutációt azonosítottunk (c.2806C>T, p.Arg936X). Ezt a mutációt mindaddig csupán egy Nagy-Britannia északi részén élő angolszász család tagjaiban azonosították. Mivel az általunk azonosított mutációt egy észak-angliai BSS család is hordozza, nemzetközi együttműködésben haplotípus vizsgálatot végeztünk, mely eredményei alapján megállapítottuk, hogy a két, földrajzilag távoli családban a hordozott mutáció két független mutációs esemény eredménye. Genetikai vizsgálataink orvostörténeti jelentőséggel bírnak, mivel ez a család közel 50 éve áll bőrgyógyászati gondozásban és betegségük öröklésmentét számos hazai publikációban ismertették a bőrgyógyász kollégák, de a hátterében álló kóroki mutáció azonosítására csak most került sor.

Majors Tibor dr.¹, Károlyi Zsuzsanna dr.¹, Marjas László dr.²

Papillomatosis cutis carcinoides két esete

(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Nonprofit Kft., Bőrgyógyászati Osztály¹, Általános Sebészeti és Mellkassebészeti Osztály², Miskolc)

A papillomatosis cutis carcinoides egy ritkán előforduló, a pseudocarcinosus csoportjába tartozó entitás, mely leginkább időskorú betegek körében jelentkezik. Kialakulhat priméren az ép bőrön, azonban jellemzően más, krónikus lefolyású bőrbetegség talaján észlelhető a rapidan, exophyticusan növekvő, papillomatosis felszínű tumorosus szövetszaporulat. Az elváltozás jellemzően az alszárra lokalizálódik, lefolyását tekintve krónikus, extirpációját követően recidiva készsége nagy. A verrucosus felszínű, akár tenyérméretű nagyságot is elérő szövetszaporulat mind a gyakorló bőrgyógyász, mind a szövettani mintát véleményező patológus számára komoly differenciáldiagnosztikai problémát okozhat.

A szerzők két esetet mutatnak be. Mindkét beteg évek óta fennálló, terápiareszistens ulcus cruris miatt állt gondozás alatt. Kezelésük során a fekélyben karfiolszerű szövetszaporulat alakult ki, mely felvetette malignus folyamat lehetőségét, az ismételt elvégzett szövettani minták hisztológiai feldolgozása során azonban benignus elváltozást véleményeztek.

Lukács Péter dr.¹, Károlyi Zsuzsanna dr.¹, Kiszeley Péter dr.²

Cutis verticis gyrata képében jelentkező óriás naevus

(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Nonprofit Kft., Bőrgyógyászati Osztály¹, Patológiai Osztály², Miskolc)

A szerzők egy 35 éves férfi esetét mutatják be, akinek a hajas fejbőr bal oldalán 5 évvel ezelőtt egy kb. 1 cm-es, fokozatosan növekvő, jelenleg kb. 18,5x13,5 cm nagyságú, cerebriform, éles határú, puha tapintatú, területében elszórtan gombostüfejni-borsónyi, bőrszínű-livid, papulosus növedékeket mutató terime alakult ki. A klinikai kép alapján cutis verticis gyrata, illetve – tekintettel az éles határra és féldoldaliságra – ennek képében jelentkező óriás naevus lehetősége merült fel. Próbabioopszia történt, a szövettani vizsgálat naevus naevocellularis dermalis cutist igazolt. A cutis verticis gyrata 2 alapvető típusa a primer és a sekunder forma. Primer esetben egyéb fizikális eltérés nincs, sekunder esetben számos egyéb anomáliával társulhat (pl. mentális retardatio, neurológiai elváltozások, pszichiátriai betegségek, szemészeti eltérések, naevusok). Esetünkben egy intradermalis naevus szolgált a sekunder CVG kifejlődéséhez, melyet ritkasága és esetleges malignizálódása (kb 4,5-12%) miatt tartunk bemutatásra érdemesnek.

Kiss Borbála dr.¹, Szödegyi Annamária^{1}, Bai Péter dr.², Szegedi Andrea dr.¹, Remenyik Éva dr.¹*

Progeroid szindrómák - egy eset tükrében

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika¹, ugyanitt^{*} ÁOK orvostanhallgató, Orvosi Vegytani Intézet², Debrecen)

A progeroid szindrómák elnevezés heterogén betegségecsoportot jelöl, melyet igen ritka előfordulású kórfarmák alkotnak. Ezen betegségek közös jellemzője az idő előtti öregedési folyamatok megjelenése, a fokozott „aging”-hez vezető sejtszintű biokémiai folyamatok megléte. A felgyorsult öregedést eredményező molekuláris hátter azonban igen eltérő genetikai zavarok következményeként jöhet létre. Ritkaságuk miatt e körképek diagnosztikája nehéz lehet, gondozásuk sok esetben nem megoldott, így a sokféle szövődmény ellátása közben a betegek „elveszhetnek” az egészségügy útvesztőjében.

Az utóbbi évtizedek molekuláris biológiai kutatásai jelentős előrelépést hoztak ezen kórfarmák - és így az öregedés - patogenezisének megértésében. Az új géndiagnosztikai eljárások fejlődésével már nem csak a klinikai megjelenés alapján születhet diagnózis, hanem a génhiba pontos feltárására, a mutációk részletes analizésére, a hibás fehérje szerkezetének és funkciójának vizsgálatára is lehetőség nyílik.

Az előadásban egy korábban Cockayne szindrómásként diagnosztizált és publikált nőbeteg esetét ismertetjük. A nőbeteg ellentmondásos tünetei – mint a cataracta hiánya, a normál testmagasság, a kifejezetten magas intelligencia és a megélt magas életkor, mérsékelt fényérzékenység – miatt korábbi diagnózisa megkérdőjeleződött, egyéb korai öregedést eredményező szindrómák gyanúja merült fel. Ezért a jelenleg elérhető molekuláris diagnosztikai módszerek alapján igazoljuk a progeroid szindrómát eredményező biokémiai folyamatot.

Az eset kapcsán klinikusai szemmel ismertetjük a progeroid szindrómák megjelenési formáit, főbb klinikai jellemzőiket.

Támogatás: Bolyai ösztöndíj (BP); TÉT_09-2010-0023, Baross program (Seahorse), TAMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007, TAMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024, TAMOP-4.2.2./A-11/1/KONV-2012-0025 grants, OTKA PD83473, CNK80709, K81381, K77712, K105872, K75864, K82009, Mec-8/2011, Norway grants (HU0046).

Farkas Katalin dr.¹, Nagy Nikolett dr.^{1,2}, Szolnoky Győző dr.², Kemény Lajos dr.^{1,3}, Széll Márta dr.^{1,2}

Egyes típusú neurofibromatózissal kombinált Klippel-Trenaunay szindrómában szenvedő beteg esete

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport¹, Szegedi Tudományegyetem, Orvos Genetikai Intézet², Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika³, Szeged)

Az 1-es típusú neurofibromatózis (NF1; OMIM 162200) egy autoszómális domináns öröklésmentet mutató kórkép, melynek jellegzetes tünetei a tejskávfejfoltok, hónaljhi szepők, Lisch nóduszok, kután fibrómák, gerincferdülés és fokozott hajlam a rosszindulatú daganatok kialakulására. A NF1 kialakulásának hátterében a neurofibromin (NF1) gén mutációi ismertek. A Klippel-Trenaunay szindróma (KTS; OMIM 149000) angio-osteohipertrófiával járó, jellemzően egyoldali lokalizációjú, általában az alsó végtagokra kiterjedő betegség, melynek a genetikai háttere még nem teljesen tisztázott. Vizsgálataink során célul tűztük ki egy 52 éves, 1-es típusú neurofibromatózisban és Klippel-Trenaunay szindrómában egyaránt szenvedő nőbeteg genetikai vizsgálatát. Kutatásaink során elvégeztük az NF1 gén kódoló szakaszainak szekvenálását és a gén 39. exonjában egy eddig még nem ismert, új frameshift mutációt (c.5727insT, p.V1909fsX1912) azonosítottunk heterozigóta formában. A genetikai vizsgálatba bevont kontroll egyének esetében az NF1 gén 39. exonjában mutációt nem találtunk. Az eset bemutatását a nőbeteg esetében detektált kombinált fenotípus és az NF1 gén újonnan azonosított mutációja miatt tartottuk érdekesnek. Azonban további vizsgálatokra van szükség annak megállapításához, hogy az együttes megjelenő kórképek hátterében az újonnan azonosított mutáció vagy egy másik, még ismeretlen mutáció áll.

Kovács Fruzsina Anna dr., Balatoni Tímea dr., Gorka Eszter dr., Liskay Gabriella dr.:

Transzformált dermatofibrosarcoma protuberans (Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A 92 éves férfibeteg anamnézisében gyógyszeresen kezelt hypertonia és BPH szerepel. 2009. decemberében bal vállról bi-

zontalan ideje meglévő 14x8 mm-es cutan-subcutan tumor került eltávolításra. A szövettan dermatofibrosarcoma protuberans-t vélemezett. Ezt követő évben az elégtelen biztonsági zónára, illetve a kifejezett mitotikus aktivitásra való tekintettel kétszer történt reexcízió. A 2011. júniusi kontroll vizsgálat során a heg alatt egy 8 cm-es subcutan csomót észleltünk, mely eltávolításra került. A hisztológiai lelet dermatofibrosarcoma recidíváját igazolta gócos fibrosarcomás átalakulással. Októberben ismételt lokális recidíva opusa történt, a szövettan malignus fibrosus histiocytomás átalakulást mutató dermatofibrosarcoma protuberans multiplex recidíváját igazolta. A decemberi MRI vizsgálat a bal váll területén egy 4x11 cm-es körülírt lágyrészt, mellette intramuscularisan és a subcutisban 1 cm körüli satelita gócot írt le. Decemberben az Onco Team Szakbizottság palliatív irradíciót javasolt. Mivel a C-kit mutációs vizsgálat negatív volt, Glivec kezelés nem jött szóba. 2012. januárban Epirubicin kemoterápiát indítottunk. A kontroll CT vizsgálatok kezdetben a bal váll területén lévő lágyrészképlet regresszióját mutatták, azonban a 2012. júliusi mellkas-has-kismedence CT a bal válltájéki lágyrészgóc kifejezett progresszióját, valamint a bal axillában 2 kóros nyirokcsomót írt le, mely aspirációs cytológiai mintavétellel a dermatofibrosarcoma metasztatizálásának bizonyult. 2012. júliusában, 5 sorozat Epirubicin adása után a progresszióra való tekintettel a kezelést felfüggesztettük. A következőkben Sunitinib adását tervezzük OEP egyedi méltányosság alapján.

A dermatofibrosarcoma protuberans egy ritka, intermediér malignitású fibrohistiocytás lágyrésztumor. Irodalmi adatok szerint, metasztatizál 5%-ban ad, a lokális recidíva gyakorisága 20-50%. A transzformált DFSP agresszivitása feltehetőleg transzformált sejtszövetek előfordulásával mutat összefüggést. A prognózis szempontjából a tumor kiterjesztett biztonsági zónával történő sebészeti eltávolítása elsődleges.

Almádi Tamás dr., Remenyik Éva dr.:

A szokatlan helyen kialakult ulcus, mint differenciáldiagnosztikai probléma

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A 44 éves férfibeteget szokatlan lokalizációban megjelenő ulcus, erosiok, valamint bizarr, pruriginosus hypo, és hyperpigmentált papulák miatt hospitalizáltuk. A klinikai kép, és az anamnézis alapján felmerült az arteficiális eredet, melyet megerősített az, hogy a szövettani feldolgozás a szoba került differenciáldiagnosztikai körképek kizárta. A szerzők ezen eset bemutatásán keresztül szeretnének rávilágítani a nonverbális kommunikáció eme szélsőséges megnyilvánulási formájára. A börtüneteket a beteg önmagának okozza, és tudattalan, elfojtott lelki problémák fizikai manifesztációként foghatóak fel. A tünetek segélykiáltásként, felhívásként értékelendők, melyeken keresztül szeretné önmagára, a problémáira irányítani a figyelmet. A kórkép gyakran társul pszichiátriai betegségekkel, illetve az anamnézisben rendszerint szerepel valamilyen krónikus bőrbetegség is. Kezelése multidiszciplináris megközelítést kíván. A bőrgyógyászati kezelésen kívül a pszichológus, illetve pszichiáter összehangolt munkájára van szükség a sikeres gyógyuláshoz.

Csős: Judit dr., Kocsis Lajos dr., Török László dr., Oroján Iván dr.:

Perifériás T-sejtes lymphomához társuló erythroderma (Bács-Kiskun Megyei Kórház, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

2010 decemberében 65 éves férfibeteg jelentkezett osztályunkon erythrodermás börtünetekkel. Anamnesiséből jobb oldali lágyéki nyirokcsomóból igazolt perifériás T-sejtes lymphoma, tovább nem osztályozható típusába sorolható Lennert lymphoma emelendő ki. Klinikai kép alapján felmerült cutan T-sejtes lymphoma lehetősége, melyet szövettani vizsgálat nem támasztott alá, így perifériás T-sejtes lymphomához társuló erythroderma diagnózisát állítottuk fel. Szisztémás szteroid, majd PUVA kezelés kezdtünk. A szerzők vizsgálják az erythrodermák és lymphomák kapcsolatát.

Tamási Béla dr.¹, Mihalik Noémi dr.¹, Dohán Judit dr.²,
Kovács Tibor dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Bánhegyi Dénes dr.²,
Hidvégi Bernadett dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Holló Péter dr.¹,
Kárpáti Sarolta dr.¹:

HIV-asszociált papularis mucinosis és neurosyphilis

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika¹, Szemészeti Klinika², Neurológiai Klinika¹,
Budapest Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent
László Kórház, V. Infektológiai Osztály¹, Budapest)

A cutan mucinosisok körébe jól definiált, ám ritkán előforduló bőrgyógyászati kórképek tartoznak, társulásuk egyéb betegségekkel gyakori. A papularis mucinosis igen ritka társulása HIV fertőzéshez ismert, ám syphilishez való társulásáról nincsenek adataink.

A szerzők egy 30 éves, testszerte észlelt bőrtünetekkel, diffúz alopeciával, valamint szédüléssel és látásromlással jelentkező páciens esetét ismertetik. Kivizsgálása során a bőrszöveti vizsgálat papularis mucinosis, további vizsgálata pedig neurosyphilis, panuveitis syphilitica és A2 stádiumú HIV fertőzés egyidejű fennállását igazolta. Neurosyphilis-protokoll szerinti intravénás benzilpenicillin és a HAART terápia megkezdését követően bőr- és neurológiai tünetei lassú regresszióját észleltük.

Tóth Béla dr., Marschalkó Márta dr., Ostorházi Eszter dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:

Polietiológias genitális fekély HIV pozitív betegnél

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

A 28 éves férfi beteg 2 hete észlelte a sulcus coronariusban foltok, majd fájdalmas sebek megjelenését. A fenti régióban két, 10 mm-es, alávált, mély, infiltrált, lepedékes, tömött szegély nélküli ulcussal, a bal inguinális régióban fájdalmas megnagyobbodott nyirokcsomóval jelentkezett intézetünkben. A sötétlátóes vizsgálat és az RPR vizsgálat 1:2-es hígításig pozitív volt. Bár a fenti vizsgálatok syphilist igazoltak a klinikai kép alapján felmerült egyéb, genitális fekélyt okozó, kórokozók szerepe is. HSV, CMV, EBV, *C. trachomatis*, *T. pallidum* PCR vizsgálat, HIV szerológia és *N. gonorrhoeae* tenyésztés történt. *T. pallidum*, EBV és CMV PCR pozitív, HSV, *C. trachomatis* PCR negatív, TPPA, TP ELISA és HIV szerológia pozitív eredményt adott. CD4, CD8 szám, illetve víruskópia meghatározást végeztünk (CD4: 315/ul, CD8: 752/il, víruskópia: 15.300/ml).

Parenterális benzathine benzilpenicillin kezelés mellett p.o. aciclovir kezelést indítottunk, a fekélyek mélysége, fájdalma és a nyirokcsomók mérete csökkent. Tekintettel a CMV fertőzésre valaciclovir kezelést javasoltunk, melyet a beteg finansziális okok miatt nem kezdett el, ennek ellenére a fekélyek 2 hét alatt gyógyultak.

Esetünket kombinált etiológiájú (*T. pallidum*, CMV) fekélynek tartjuk, mely immunosupprimált betegen jelentkezett. Az EBV kóroki szerepe esetünkben felmerül, melynek genitális fekélyt okozó szerepét elsősorban ulcus vulvae acutumnál tételezzük fel. Esetünkkel az immunosuppresszió mellett a CMV és EBV genitális fekélyt okozó lehetséges kóroki szerepére hívjuk a figyelmet.

Szoták Judit dr., Együd Katalin dr.:

„Mi van a torokban?” – esetbemutató

(Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft. Bőr-Nemibeteg gondozó
Intézet, Nyíregyháza)

A nyíregyházi Bőr- Nemibeteg gondozónkban az utóbbi időben a gonorrhoeás megbetegedések száma növekedést mutat.

A szexuális szokások megváltozásának köszönhetően nemcsak az urogenitális traktusból, hanem a garatból is *Neisseria gonorrhoeae* tenyészik ki, melynek a kimutatása nehézkes.

A szerzők egy homoszexuális férfi esetét szeretnék bemutatni, aki urethritis panaszai miatt kereste fel a gondozót partnerrel együtt.

Kenetvizsgálat és tenyésztéses vizsgálat során az egyik betegnél az uretrából *Neisseria gonorrhoeae* és más STI kórokozó, és a partnernél a torokból *Neisseria meningitidis* tenyésztett ki.

A szakma szabálya szerint a betegeket kezelésbe és gondozásba vettük.

Dózsa Anikó dr.¹, Posta János dr.², Gonda Géza dr.³,
Károlyi Zsuzsanna dr.⁴:

Intravénás kábítószer fogyasztás során kialakult cellulitis

(Miskolci Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály¹,
Miskolc, Debreceni Egyetem OEC Igazságügyi Orvostani Intézet²,
Debrecen, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Traumatológia
Osztály³, Miskolci Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály⁴,
Miskolc)

A kábítószer fogyasztás hazánkban növekvő tendenciát mutat. Riasztó, hogy évente több, mint 50 új drog kerül piacra. A klasszikus kábítószerrel mellett, mint amfetamin, cannabis, kokain, γ -OH-butirát, LSD, ópiátszármazékok az újabb szerek hatása kevésbé kiszámítható és részben ismeretlen. Az intravénás kábítószer fogyasztása során a bőr az egyik leggyakrabban károsodott szerv, a komplikációk egyrészt a drogok lokális és szisztémás toxikus és/vagy allergiás hatása miatt, másrészt a nem steril drogok és eszközök használata miatt alakulnak ki. A drogokhoz adagolt adalékanyagok, mint laktóz, mannitol, dextróz vagy kinin extravazációja szöveti irritációt és károsodást okoznak. Jellemző bőrtünetek cellulitis, abscessus, ulceráció, nekrosis, phlebitis, lymphangitis, melyekhez társulhat osteomyelitis, endocarditis. Maradványtünetként a bőrön hegesezés, hyperpigmentáció alakulhat ki. Leggyakoribb kórokozó a *St. pyogenes*, *St. aureus*, de gyakoriak a gram negatív baktériumok, és előfordult *Clostridium difficile* fertőzés is.

Egy 38 éves férfi ismeretlen összetételű kábítószerrel adagolt mindkét alkarjába a cubitalis vénákba. A kristályos port önmaga oldotta fel és adta be. Mindkét alkar hajlító felszínén, a vénák lefutása mentén mogorónyi –diónyi, néhol fluktuáló pörkkel fedett csomók, lencsényi pörkkel fedett ulcerációk alakultak ki, mindkét alkar diffúzán oedemás és erythemás volt. Baktérium és gombatenyésztéssel kórokozó ágenszt igazolni nem tudunk. Feltételezésünk szerint az ismeretlen eredetű kábítószerben levő adalékanyagok irritatív hatása okozta a szöveti nekrozist. Kombinált antibiotikus terápiára a beteg nem reagált, ismételt sebészi feltárásokra volt szükség. A lefoglalt kábítószer minta toxikológiai elemzése folyamatban van.

Meszes Angéla dr.:

Atypusos mycobacterium fertőzés

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

A szerző egy 34 éves férfibeteg esetét ismerteti, akit a hát területén elhelyezkedő multiplex pustulosus, abszcedáló bőrtünetek miatt irányítottak klinikánkra. Bőrtünetei a beteg elmondása szerint a Duna-deltában történt fürdözést követően jelentkeztek. A beteg anamnesisében súlyos obesitáson kívül egyéb betegség nem szerepelt. Bőrtünetei miatt korábban különböző kezeléseket (antibiotikumok, isotretinoin, kortikoszteroid) részesült, de mindezek csak átmeneti javulást eredményeztek állapotában.

Kivizsgálása során pustuláiból/abszcessususaiból végzett mikrobiológiai vizsgálat számos kórokozó (*Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, anaerob baktériumok) jelenlétét igazolta. Szöveti vizsgálattal a bőrben kiterjedt akut és krónikus folliculitist, idegentest típusú óriássejteket igazolt. Endokrinológiai vizsgálata enyhe hypothyreosis igazolt. A bőrmintából végzett *Mycobacterium tuberculosis* complex PCR vizsgálat negatív eredményt adott, ugyanakkor mycobacterium genus PCR pozitívra bizonyult. Bár a sebváladékban mikroszkópos vizsgálattal nagyszámú saválló baktériumot lehetett észlelni, a mycobacterium további identifikálására végzett kiterjedt vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. Egyéb szervi manifesztaációt az elvégzett vizsgálatok nem igazoltak.

A beteg bőrtünetei az alkalmazott elhúzódó antibiotikus kezelések ellenére csak minimális javulást mutattak, ezért pulmonológiai konzultációt követően elhúzódó kombinált antituberkulotikus kezelést indítottunk. Esetünket az atypusos mycobacterium fertőzés diagnosztikai és terápiás nehézségei miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Varga József dr.:

Tuberculosis cutis verrucosa

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

A 44 éves férfibeteget a végtagokon jelentkező, váladékot ürítő, mély, infiltrált, fistulosus bőrtünetei miatt korábban évekig acne inversa diagnózissal kezelték eredménytelenül. Klinikánkon történt első észlelésekor tünetei háttérben tuberculosis cutis verrucosa is felmerült, melyet szövettani-, valamint Mycobacterium PCR vizsgálat is alátámasztott. A kivizsgálása során belszervi érintettség nem igazolódott. Immunstatusában lényeges kóros eltérés nem volt, de a vizsgálatok során súlyos, nem kezelt diabetes mellitust diagnosztizáltunk. Bőrtünetei a 2011 februárja óta beállított antituberculoitikus terápia, az alsó végtagon jelentkező cellulitisek miatti elhúzódó antibiotikum kezelés valamint a cukorbetegség rendezésének következtében jelentős javulást mutatnak.

*Paragh Lilla dr., Veres Imre dr., Remenyik Éva dr.,
Szegei Andrea dr.:*

Diagnosztikai problémát okozó súlyos bőrtünetek immunuszuprimált betegen

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

Cushingoid küllemű, számos, a test több táján elhelyezkedő súlyos striákkal rendelkező, SLE-vel és annak ritka tüdő manifestációjával kezelt 1988-as születésű női beteg több hónapja fennálló, alsó végtagon és törzsön lévő 1-2 mm-es pustulák, 2-4 mm-es göbcsék, néhol pörkkel fedett ulcusok és következményes szepitkos állapotot jelentkezett. Sebváladékból *K. pneumoniae* tenyésztett ki, haemokultúra negatív lett. Klinikai kép alapján granulomatosus betegséget feltételeztünk, differenciál diagnózisként felmerült sarcoidosis, Churg Strauss szindróma illetve TBC. Jobb combról történt szövettani mintavétel során DIF negatív lett, HE festés granuloma jelenlétét erősítette meg. Széles spektrumú kombinált antibiotikum, magas dózisú szisztémás szteroid és lokális intelligens ezüst tartalmú kötszerek hatására az erosiok hámosodásnak indultak. A nagy kiterjedésű tünetekre való tekintettel plazma cserében részesült. Mivel a Churg Strauss szindróma diagnosztikus kritériumait a tünetek nem merítették ki, sarcoidosis nem igazolódott, továbbra is felmerült a fertőzéses eredet. Időközben újabb 1-2 mm-es subcután csomók jelentek meg, rájuk nyomva nagy mennyiségű purulens váladék ürült. Sebváladék tenyésztésre mintavétel történt, direkt kenet saválló pálcákat mutatott. Ismételt biopszia történt, mely elsajtosodást nem mutatott ki, de Ziel Nielsen festéssel saválló pozitív lett. PCR vizsgálat tuberculosis komplexre negatív volt. Pulmonális TBC-re anamnesztikus adat nem volt, mellkas RTG negatív volt. A leletek birtokában atipusos mycobacterium vagy *Nocardia* fertőzés merült fel. Így Avelox és Klacid indult. Idő közben a Korányi TBC laborban a tenyésztési eredmények elkészültek, valamennyi mintából *Mycobacterium Chelonae* tenyésztett ki. Avelox és Klacid mellett tüneteire regrediáltak, jelenleg is antibiotikus terápiát folytat.

*Sándor Noémi Katalin dr., Szenes Éva dr., Egyházi Zsolt dr.,
Veress Gábor dr., Battyáni Zita dr.:*

Scabies norvegica (crustosus scabies)- betegbemutató

(Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Patológiai Osztály², Kaposvár)

A szerzők egy szociális otthonban élő, 93 éves, érlelmeszedésben szenvedő, ischiemiás szívbeteget, agyinfarktuson átesett nő esetét mutatják be, aki 5 hónap alatt több sikertelen antiscabieses kezelést követően került az Osztályra felvételre. Felvételkor a fejen, arcon, fülkagylókon, de legfőképp a tenyereken, körömágyakon crustosus felrakódásokat, hyperkeratoticus plakkokat észleltek. A diagnózis a klinikai kép alapján egyértelműen scabies norvegica volt, a hámkaparákból a ruhátka kimutatására került. A laboratóriumi vizsgálatokban eosinophiliát, emelkedett IgG szintet észleltek. A hyperkeratosis leválasztása után több alkalommal elvégzett antiscabieses kezelésre a beteg tüneteire gyorsan gyógyultak. A kivizsgálás során a bal tüdőfélben malignus folyamat igazolódott. A szerzők által bemutatott scabies norvegica megjelenését a beteg idős kora, önellátás képességének hiánya, malnutritio, csökkent immunrendszer segítette elő. A heteroanamnézis alapján a beteg családjában 3 és a lakókörnyezetében (szociális otthon) 4 enyhébb scabieses esetet diagnosztizáltak, melyek a szokványos kezelésre tünetmentesedtek. A szerzők felhív-

ják a figyelmet az ápolási otthonokban egyre gyakrabban járvány-szerűen jelentkező scabies fontosságára és a megfelelő higiénés szabályok betartásának meghatározó szerepére.

*Herédi Emese dr.¹, Bodnár Edina dr.¹, Bodolay Edit dr.²,
Szegei Andrea dr.¹, Remenyik Éva dr.¹:*

Postoperatív heg necrosis és subcután csomók

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹,
Debreceni Egyetem OEC III. sz. Belgyógyászati Klinika²,
Debrecen)

A középkorú nőbetegnél jobb alhasi panaszok miatt exploratív laparotomia során salphingo-oophorectomia történt jobb oldali adnexitis miatt. Postoperatív szakban a műtési területben kialakult induratio, felületes necrosis, anaemia, láz miatt kombinált antibiotikus kezelést kapott Szülészeti-Nőgyógyászati Osztályon, de javulást nem észleltek. A műtési heg körül észlelt illetve szintén a posztoperatív szakban kialakult gluteusra lokalizált induratio, inflammatio miatt Bőrgyógyászati Klinikára vették át a beteget további kezelésre. A klinikai kép alapján felvetődött pyoderma gangrenosum és panniculitis lehetősége, de diagnózist csak a második, kellő mélységű, subcután zsírszövetet is tartalmazó vizsgálat adott. Septalis panniculitis igazolódott. Már a klinikai tünetek alapján megkezdett szteroid terápia során egy nap alatt lázlatánna vált, a subcután induratio szanálódott. A perzisztáló és fokozódó macrocytaer anaemia, mérsékelt leukopenia, lymphocita túlsúly, panniculitis háttérben myelodysplasia igazolódott. A betegnek 0,5 mg/kg dózissal szteroid mellett bőrtünetei nincsenek, a csontvelő működési zavara szoros követést igényel haematológiai ellátás keretében.

*Szakos Erzsébet dr.¹, Bikszádi Ilona dr.¹, Minik Károly dr.²,
Huszanyik István dr.³, Barkai László dr.¹:*

Nem PAPA szindrómás több szervi neutrofil gyulladás

(Borsod-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház,
Velkey László Gyermekegészségügyi Központ Csecsemő és
Gyermekosztály¹, Patológiai Osztály², Ortopédsebészeti Osztály³,
Miskolc)

A szerzők egy 17 éves, több szervet érintő neutrofil steril gyulladásban szenvedő fiú esetét mutatják be, akinek komplex autoinflammatorikus betegsége 11 éves korban kezdődött.

A 11 éves fiú bal térdé különösebb előzmény nélkül megduzzadt. Általános tüneteire akkor nem voltak. 1 hónappal később véres hasmenés indult. Proctitis ulcerosával induló, terápiareszisztens colitis manifestálódott. 12 éves korban micropustulosus dermatosis, zajlott. 12,5 évesen total colectomián, majd rekonstrukciós műtéteken esett át. Colectomia előtt pyoderma gangrenosum kezdődött. Az immunuszuppresszív terápiát önkényesen elhagyták. Hullámzó térdízületi panaszok, autoantitest pozitívitas mutakoztak. 16 éves korban múló jobb alszár oedema, majd kétoldali térdízületi duzzanat, fájdalom, véres székletürítés jelentkezett. Nonsteroid, azathioprin, szteroid, methotrexat hatástalan volt. Gasztrointestinalis endoscopia erosív gastritist, az 5cm-es rezidualis colon nyálkahártyán és az ilealis rezervoárban aktív gyulladást igazolt. A fájdalom és beszűkülő térdmozgások, valamint visszatérő duzzanatok miatt kétoldali térdízületi synovectomia és jobb oldali Baker ciszta eltávolítás történt, ami az ízületi panaszok gyors csökkenéséhez vezetett. Műtét során a jelentősen megvastagodott gyulladással szövialis hátya mellett a porc felszínre is rákúszó, azt destruáló synovitis volt észlelhető. Mind a pyoderma gangrenosum, mind az ulceratív colitis és synovium szövettani vizsgálata során steril neutrofil gyulladással reagáló is jelen volt. A fiziológiás makrofág aktiváció PAPA (Pyogen Arthritis - Pyoderma gangrenosum - Acne) szindróma ellen szólt. Néhány hónappal a műtét után az ízületekben ismét folyadékgyülem jelent meg. A komplex hagyományos kezelés ellenére aktív gyulladás miatt biológiai terápia bevezetése vált szükségessé.

Az autoimmun gyulladást több szervet érintő, összetett kezelést, a beteg együttműködését igénylő állapothoz vezet. Gyulladásos bélbetegségben nem szokványos a destruáló arthritis, de előfordul és időnként ortopédsebészeti beavatkozás is szükséges, ami az alapproblémát nem oldja meg, de a mozgásfunkciók megtartásához elengedhetetlen.

Virágh Zsófia dr.¹, Poroszkai Mária dr.¹, Z. Szabó László dr.²,
Domján Gyula dr.³, Gadó Klára dr.⁴, Daróczy Judit dr.¹:

Ismeretlen etiológiájú fájdalmas háti seb, mint a

Wegener-granulomatosis szokatlan megjelenése

(Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet-Bőrgyógyászati Szakrendelő és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak-Fül-Orr-Gége és Szájsebészeti Osztály², SE I. sz. Belgyógyászati Klinika³, Budapest)

A Wegener-granulomatosis az immunvasculitisek csoportjába tartozó ismeretlen eredetű betegség, melyre jellemző, főként a felső és alsó légutak necrotizáló granulomatosisus kisérgyulladás, valamint generalizált formában glomerulonephritis, de gyakran érintheti a szájnyalvakahártyát illetve a bőrt is. A Wegener granulomatosis kután manifesztációja gyakori, mely az esetek 32-50%-ban jelentkezik. A patológiai és klinikai jellemzők mellett a diagnózis felállításában a magas specificitású antineutrofil citoplazmatikus autoantitestek kimutatásának van jelentősége.

48 éves nőbeteg a jobb vállán meglévő, több mint fél éve, növekvő seb miatt jelentkezett ambulanciánkon, előzetesen több bőrgyógyászati magánrendelésen is járt. A betegről érdemi anamnézist nyerni nem lehetett, évek óta meglévő szénanátháról és orrszárszágról számolt be, és fül-orr-gégészeti panaszai miatt számos szakrendelésen megfordult. Első ambuláns megjelenésekor 12x6 cm-es 3 mm mély felhányt szélű, gyulladt környezetű, alapján granulációs szövetet tartalmazó nem gyógyuló szövethiány volt. Ornyereg deformitás volt észlelhető. A sebből végzett biopszia nem volt kórjelző. A beteg rossz általános állapota miatt tumorkutatást indítottunk. Az ismételt fül-orr-gégészeti konzílium, az elvégzett immunserológia ill. mellkas CT vizsgálatok alapján Wegener-granulomatosis igazolódott.

Az előadás a beteg esetén keresztül kíván rávilágítani a gyakori bőr manifesztáció miatt a bőrgyógyász szerepének fontosságára, az anamnézis felvétel nehézségeire, a nem gyógyuló sebek esetében az etiológia kiderítésének fontosságára.

Nagy Éva dr.¹, Tóth Szilvia dr.², Bátor György dr.², Nagy Lajos dr.⁴,
Gyömörei Csaba dr.⁴, Tóth Csaba dr.⁴, Lőcsei Zoltán dr.⁵,
Sámson Zoltán dr.⁵, Kisely Mihály dr.⁶, Telegdy Enikő dr.¹:

Kétoldali arteria centralis retinae ágélzáródás,

livedo racemosa / polyarteritis nodosa esete

(Vas Megyei Markusovszky Kórház NonProfit Zrt., Egyetemi Oktatókórház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Szemészeti Osztály²,
Kardiológiai Osztály³, Patológia⁴, Belgyógyászati Osztály⁵,
Fül-Orr-Gégészeti Osztály⁶, Szombathely)

A 45 éves férfibeteg fél év különbséggel bekövetkezett kétoldali hirtelen látásromlást követően kb. 1 hónappal került vizsgálatra, kórházunk Szemészeti ambulanciájára. A hirtelen látásromlás hátterében a kétoldali arteria centralis retinae ágélzáródás már igazolódott, mely miatt más intézetekben a szakmai protokollnak megfelelő ellátásban részesült. Az elzáródás hátterének felderítésére végzett kiegészítő vizsgálatok mikroembolizáció és trombofilia irányában, valamint az immunológiai, kardiológiai és neurológiai vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak. Az arckoponya CT-vel is igazolt chronicus ethmoiditise miatt ethmoidectomia történt.

Ezután került a beteg bőrgyógyászati ambulanciánkra vizsgálatra a lábszáron 4 éve nyaranta visszatérően jelentkező fekélyek miatt. Korábban bőrgyógyászati panaszai miatt is más megye bőrszakrendeléseire látta. Ekkor már eltelt 1 év a szemészeti történések után. A bőrgyógyászati vizsgálat során vasculitis gyanúja merült fel. Az aktív bőrelváltozásokból vett szövettani minta livedoid vasculopathiát mutatott, amelynek hátterében csökkent protein-S szint igazolódott. A későbbiekben megjelenő generalizált livedo racemosa miatt újrametszett szövettani anyag polyarteritis nodosa véleményezett, amely a livedoid vasculopathiához hasonlóan szintén állhat a livedo racemosa bőrjelensége mögött, és viszonylag gyakori következménye az arteria centralis retinae vagy valamely ágának elzáródása.

Eredményeink korrelálnak az idevonatkozó szakirodalmi adatokkal. A fenti diagnózisnak megfelelően antikoaguláns és immun-suppresszív terápiát indítottak kórházunk Belgyógyászati Osztá-

lyán, mely bőrgyógyászati tünetmentesedést eredményezett, szemészeti tüneteinek jelentős javulása nélkül.

Rózsa Annamária dr.¹, Kovács L. András dr.¹, Szász Orsolya dr.¹,
Battyáni Zita dr.¹, Várszegi Dalma dr.¹, Kálmán Endre dr.²:

Paraneoplasias dermatomyositis

(Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, Patológiai Intézet², Pécs)

A szerzők 3 dermatomyositis kóresetét ismertetik. Mindhárom esetben tumorkutatás során malignitás igazolódott. Eseteikkel a dermatomyositis paraneoplasias jellegére, valamint a korán elkezdett, széles körű tumorkutatás jelentőségére hívják fel a figyelmet.

Nyirő Ilona dr.¹, Egyházi Zoltán dr.², Karácsony Erzsébet dr.³,
Herczegfalvi Ágnes dr.¹:

Serdülő fiú dermatomyositis esete

(Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Patológiai Osztály², Csecsemő- és Gyermekosztály³,
Simmelweis Egyetem, II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika⁴)

A szerzők 15 éves fiú esetét mutatják be, akinél 3 hónapja fennálló hát fájdalmak, gyengeség, típusos laboratóriumi eltérések és bőrtünetei alapján felmerült dermatomyositis valószínűsége. A diagnózist EMG és a szövettani vizsgálat is igazolta. A beteg tünete és panaszai kortikoszteroid terapia mellett gyorsan javultak, majd a dózisok csökkentése során Imurán tbl. adásával egészítették ki kezelését, mely mellett panaszai megszűntek. Gyógyszerei csökkentése, majd elhagyása óta is jól van. Esetünket a juvenilis dermatomyositis típusos bőrtünetei, jó terápiás válasza és a legtöbbször benignus lefolyása miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Poroszkai Mária dr.¹, Sótér Szabolcs dr.², Daróczy Judit dr.¹:

Tüdő carcinoma indukálta dermatomyositis esete

(Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet,
Bőrgyógyászati Szakrendelő és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály¹; Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,
XIV. Tüdőbelsőosztály², Budapest)

62 éves férfi beteg ügyeletben jelentkezett 2-3 hete kezdődő arci és nyaki erythema miatt, a végtagok gyengeségét, lépcsőn járás nehezítettségét panaszolta. Felvételkor az arcon, nyakon élénk bőrpír, a szemhéjakon ödéma, az ujjak feszítő felszínén halványvörös papulák, a körömágyban pontszerű, fájdalmas bőrvérzések voltak. Észlelünk alatt nyelési nehézség is kialakult. Az elvégzett vszserológiai vizsgálatok emelkedett CK, LDH, CKMB és gyorsult süllýedést bizonyítottak. A felkar izomból végzett szövettani vizsgálat és immunserológiai leletek dermatomyositis diagnózisát támasztották alá.

A felnőttkori dermatomyositis hátterében 7-66%-ban malignus daganat húzódnak meg, ezért tumorkutatást indítottunk. Tumormarkerek (PSA, CEA, CA19-9) negatív eredményt adtak, azonban a mellkas röntgen a bal hilusban kb. 7 cm-es lágyrészműveket mutatott. A mellkas CT a bal felső lebenyben a térfoglaló folyamatot megerősítette, kóros nyirokcsomókat igazolt. A malignus tüdőfolyamat feltételezett diagnózisa miatt a beteget észlelése 9. napján a területileg illetékes pulmonológiai intézetbe irányítottuk. A célzott biopsziás anyag szövettani vizsgálata adenocarcinómát igazolt. A kemoterápiás kezelést (paclitaxel) megkezdték. Az alkalmazott kezelésre tüdőfolyamata, általános állapota javult, dermatomyositisre jellemző bőr-, és szisztémás tünetei megszűntek. Az 5. ciklus végén bőrtünetei ismét jelentkeztek. A bőrtünetek kiújulása után állapotromlás alakult ki, légzési nehezítettség miatt a beteg tartós oxigén terápia mellett ismételt kórházi kezelést igényelt.

A dermatomyositisnek 6 formája ismert –polymyositis, dermatomyositis, juvenilis polymyositis, kötőszöveti betegséghez társuló polymyositis/dermatomyositis, amyopathias dermatomyositis, malignus tumorhoz társuló dermatomyositis. A szerzők hangsúlyozzák a tumorkutatás jelentőségét a felnőttkori polymyositis/dermatomyositis esetében. A betegség kimenetelében a malignus tumor progressiójának meghatározó szerepe van.

Csordás Anikó dr., Veres Imre dr., Remenyik Éva dr.,
Szegedi Andrea dr.:

Scleroderma differenciál diagnosztikai nehézségei (Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

9 éves leánygyermek anamnézisében nagyobb megbetegedés nem ismert. 2011. szeptemberében jobb oldali combra, lábszárra diffúzan kiterjedő duzzanat és hyperaemia jelentkezett. Laborokban eosinophilia, emelkedett szérumszintű dsDNA elleni, simaizom elleni antitest, rheuma faktor és IgM szint volt kimutatható. 2012. áprilisban készült szövettan lokalizált sclerodermat valószínűsített. Ismételt laborokban emelkedett ENA, dsDNA és mitokondrium elleni antitest volt kimutatható. Felvételekor jobb alsó végtagon, valamint a has jobb oldalán több tenyérszerű összefolyó hyperpigmentált, tömött tapintatú plakkok voltak láthatók, melyeket helyenként ujjbenyi atrophias hypopigmentált területek tarkítottak. A bal külboka területén hasonló elváltozás volt látható. Szisztémás érintettségre utaló eltérései nem voltak. A látott klinikai tünetek és elvégzett vizsgálatok alapján felmerült lokalizált scleroderma súlyos generalizált formája, gyermekkori pansclerotikus morphea, eosinophil fasciitis (Shulman) lehetősége. A betegbemutatásban a differenciál diagnosztikai nehézségeket ismertetjük. Kezelésként korábban lokális és szisztémás szteroidot, chloroquint, methotrexate-ot alkalmaztak, melyek mellett tünetei progresszíváltak, egy újabb plakk jelentkezett ellen oldali külboka felett. Országunkon szisztémás fény PUVA indult, szteroid dózist átmenetileg megemeltük, mely mellett methotrexate dózist is növeltük. Az így alkalmazott kezelés hatására a plakkok tömörsége jelentősen csökkent, újabb tünetek nem jelentkeztek.

Kovács Péter dr., Pánczél Gitta dr., Borbola Kinga dr.,
Liszka Gabriella dr.:

Az adjuváns interferon kezelés pszichológiai vonatkozásai melanoma malignumban (Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A melanoma malignum egyre nagyobb mértékben növekvő incidenciája fókuszpontba helyezi az orvosi ellátás során és következtében kialakuló pszichológiai/pszichiátriai mellékhatások kezelésének szükségességét. A tumormentes betegek adjuváns immunterápiája hosszú távon leggyakrabban depressziós mellékhatásokkal jár. Ez a mellékhatás, az életminőség fokozatos romlása által, a terápia felfüggesztését, illetve korábban történő befejezését okozhatja, csökkentve így a tünetmentes túlélés hosszát. Az Országos Onkológiai Intézetben évente több mint 400 új melanomát diagnosztizálnak, ez a tíz évvel ezelőtti esetszámnak mintegy duplája.

Kutatásunkban 1,5 mm-nél nagyobb primer tumorvastagságú, interferon terápiaiban részesülő férfiakat és nőket vizsgáltunk (N=52 fő). Az utánkövetés során bebizonyosodott, hogy az adjuváns interferon terápia hosszú távon a depressziós tünetek fokozódását eredményezheti. A növekedés szignifikáns ($p < 0,01$). Különbség van a depresszió szintjét tekintve férfiak és nők között: a nők (N=19 fő) átlagosan magasabb szintű depressziós értékeket mutatnak, mint a férfiak (N= 33 fő). A szorongás értékeit tekintve a két nem között nem találtunk számottevő különbséget.

Eredményeink további hatásvizsgálatok szükségességét irányozzák elő, és rehabilitációs szempontból, egy praktikus (jól, gyorsan és költséghatékonyan) működtethető onkopszichológiai szűrési protokollrendszer kialakítását teszik egyre inkább sürgetővé. A megfelelő kezeléshez, valamint a pszichológiai problémák, illetve a társuló mellékhatások kézben tartásához multidiszciplináris team-munkára van szükség, olyan együttműködésre, amely egyénre szabottan tud segítséget és támogatást adni, megfelelő gyógyulási feltételeket biztosítani a páciens számára.

Vajda Adrienne dr., Schmidt Emese dr.:

Nagy dózisú interferon terápia magas kockázatú melanómában (MH Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztály², telephely, Budapest)

A melanoma malignum incidenciája rohamosan növekszik az utóbbi években, különös tekintettel a fiataloknál nagyobb rizikójú daganatokra. Manapság az interferon- α -2b az egyetlen hatásos adju-

váns terápia a szervi áttéttel nem rendelkező, nagy metastatikus kockázatú, ún. nagy rizikójú melanoma malignumban szenvedő beteg kezelésében, mely a betegségmentes túlélés esélyét jelentősen javítja. A nemzetközi ajánlás szerint high dose interferon (HDI) kezelést indikált a IIB/IC/III stádiumban lévő betegeknek. Kirkwood szerinti protokoll alapján a kezelés bevezető fázisában az interferont 4 héti heti 5x20 ME/m² intravénásan alkalmazzuk, majd ezt követően a fenntartó fázisban 11 hónapig heti 3x20ME/m² dózisban sc. folytatjuk a terápiát folyadékpótlás mellett. Az interferon széles mellékhatás spektruma miatt a klinikai vizsgálatok mellett rendszeres laboratóriumi kontrollra van szükség.

A MH Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztályán 2012. júliusban kezeltük be a HDI adjuváns terápiát két fiatal férfibetegnél. A 45 éves férfibetegnél bal felkarról Clark III mélységű, Breslow 4,5 mm vastagságú malignus blue naevus eltávolítás, sentinel pozitívitás miatt blokkdissectio történt. A 42 éves férfibetegnél a scrotum bőréből Clark IV, Breslow 3,9 mm vastag, exulcerált SSM eltávolítás, sentinel pozitívitás miatt szintén blokkdissectio történt. Negatív staging vizsgálatokat és részletes kivizsgálást követően osztályos befekvés során kezeltük be a HDI kezelést. Mindkét esetben heti 3x labor- és heti 1x EKG kontroll történt. A 42 férfibetegnél a fvs és thr szám végig a normál tartományban maradt, a GOT, GPT és CK kezdeti enyhe emelkedése után a 4. hétre normalizálódott. A 45 éves férfibeteg esetében a 2. héten észleltünk dózisredukciót nem indokló leukopeniát és thrombocytopeniát, valamint enyhén emelkedett GOT, GPT, GGT és jelentősen emelkedett CK értékeket. A terápia folytatása mellett a 3. hétre az értékek kissé javultak, majd stagnáltak. A fenntartó fázis kezdetekor a CK átmenetileg emelkedett, majd 6 hetes kontrollnál jelentősen csökkent. Kifejezett szubjektív, influenza-szerű mellékhatásokat a szignifikánsabb laboreltérésekkel összefüggésben tapasztaltunk, azonban a forszírozott folyadékpótlás és lázcsillapítás jelentősen javította a betegek compliancát.

Hanyecz Anita dr.¹, Koller Ágnes Hanna dr.¹, Szász Orsolya dr.¹,
Moezzi Mehdi dr.¹, Várszegi Dalma dr.¹, Batyáni Zita dr.²:

Lyell-szindróma két különböző sikeres kezelési stratégiája (Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, Pécs, Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály², Kaposvár)

Két súlyos gyógyszerallergiás esetet mutatunk be, amelyek Lyell-szindróma klinikai képében jelentkeztek. Kiemeljük a sokszor indokolatlanul, tünetmentes, mérsékelt hyperuricaemiában felírt allopurinol etiológiai szerepét e kórképekben, illetve Lyell-szindrómában a szisztémás kortikoszteroid kezelés mellett alkalmazott nagy dózisú intravénás immunglobulin terápia előnyös, a gyógyulási folyamatot jelentősen gyorsító hatását.

Czirbesz Kata dr., Borbola Kinga dr., Pánczél Gitta dr.,
Gorka Eszter dr., Liszka Gabriella dr.:

Úvealis melanoma malignum, ductalis emlő carcinoma és pulmonalis adenocarcinoma együttes előfordulása (Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A 63 éves nőbeteg anamnézisében hypertonia és II-es típusú diabetes mellitus szerepel.

1992. óta Intézetünkben jobb oldali invazív ductalis emlőcarcinoma miatt részresectióban, majd adjuváns irradiációban és Zitazonium kezelésben részesült. 2005. novemberében más intézményben bal oldali enucleációt végeztek. Szövettani leletével, extraoculáris terjedést mutató irido-cilio-choroidalis melanoma malignum miatt további kezelés céljából jelentkezett ambulanciánkon. Negatív staging vizsgálatokat követően a beteg 3 évig nem-specifikus BCG immunterápiában, illetve a bal orbitális régióra irradiációban részesült. 2009. májusában emlőcarcinoma recidívája miatt ismételt opus és jobb oldali axillaris lymphadenectomia történt. 2009. júliusában készült PET-CT vizsgálat kétoldali, kétgócú pulmonalis, ill. solitaer mediastinalis malignitást véleményezett, a tüdő jobb oldali alsó lebenyéből történt biopsziás mintavétel szövettani vizsgálata az oculáris melanoma propagációját bizonyította. DTIC monokemoterápiát indítottunk. 2010. szeptemberében készült kontroll CT vizsgálat a pulmo jobb S10-ben

és a bal felső lebenyében található góc progressióját véleményezte, az utóbbi képlet morfológiája felvetette primer tüdő tumor lehetőségét is. Perthoracalis tüdőbiopsziát követően a cytológiai vizsgálat alacsony differenciált adenocarcinomára utaló képet mutatott. A pulmonalis progressióra való tekintettel DTIC-Platidiam kombinációra váltottunk. Tüdő onco-team szakbizottság véleményének értelmében a primer tüdő adenocarcinoma miatt az immunhisztokémiai és K-RAS gén mutáció vizsgálatok eredménye alapján Tarceva kezelés nem jött szóba, palliatív foton besugárzásban részesült. A mediastinalis nyirokcsomó és a jobb alsó tüdőlebenyi góc progressiójára való tekintettel PBD-séma szerinti polykemoterápiát vezettünk be. Júliusi kontroll CT vizsgálat további pulmonalis progressiót írt le, a heparban látott góccok eredetének tisztázására májbiopsziát végeztünk, mely hisztológiai lelete a melanoma malignum hepaticus metastasist igazolta. A tüdőben észlelt progressió miatt feltételezhető volt, hogy a tüdőcarcinoma progrediál, de miután a tüdőprogressióval szinkron a májban multiplex melanoma metastasisek jelentek meg, a klinikumot, a betegség dinamikáját tekintve a szinkron tüdőbeli progressiót is a melanoma progressiójának tekintettük. Erre való tekintettel BOLD protokoll szerinti polykemoterápiát kezdtünk. Utolsó mellkas-has-kismedence kontroll CT vizsgálata a mesenterialis nyirokcsomók kismértékű regresszióját, azonban pulmonalis, hepaticus progressiót, valamint novumként mesenterialis nyirokcsomók megjelenését véleményezte. A betegnél rossz általános állapotára, súlyos belgyógyászati betegségeire és a kiterjedt disszeminációra való tekintettel további aktív onkoterápia nem jött szóba.

A nemzetközi irodalom szerint az uveal melanoma az összes melanoma esetek 2,9%-a, felnőttkorban a leggyakrabban előforduló intraocularis tumor. Az Országos Rákregiszterben összesített betegek közül primer ocularis melanoma malignum 693 esetben fordult elő legalább 2 egyéb primer tumoral, melyből 44 esetben a második tumor a tüdő, 33 esetben az emlő rosszindulatú daganata volt.

Miendezek alapján összegzésül kiemelni, hogy bár 3 különböző primer tumor előfordulása ritka, ezen betegek teljes körű ellátása érdekében a különböző szakágak folyamatos konzultációja, multidiszciplinális medicina szükségessége elengedhetetlen.

Betegünk kórtörténetét azért tartottuk bemutatásra érdemesnek, mert primer melanoma mellett 2 egyéb primer tumor lépett fel.

Borbola Kinga dr.¹, Remenár Éva dr.², Böcs Katalin dr.², Liszkay Gabriella dr.¹

Irrezekálilis nyálkahártyai melanoma malignum sikeres kezelése

(Országos Onkológiai Intézet, Dermatoonkológia¹, Fej-Nyak-, Állcsont és Rekonstrukciós Sebészet², Radiológiai Diagnosztika³, Budapest)

Az 55 éves férfibeteg anamnézisében gyógyszeresen kezelt hypertonia szerepel. A beteg 2010. év eleje óta észlelte bal arcfelének duzzanatát, több alkalommal előforduló orrvérzést. Márciusban arckoponya CT vizsgálatra került sor, melynek során bal oldalon az alsó orrjáratban, a középső orrjáratba és az orrszájnyílás bőre alá, dorsal felé az epipharynxba terjedően 7,5x2 cm-es, intenzív kontrasztalmozást mutató lágyrészképlet került leírásra. Nasendoscopia során végzett biopszia hisztológiai lelete melanoma malignumot valószínűsített, S-100 és HMB-45 immunhisztokémiai reakciók pozitívnak bizonyultak. 2010. áprilisban jelentkezett Ambulanciánkon. Sürgős CT vizsgálat a bal orrüregben környezetét infiltráló kóros lágyrészképletet véleményezett, mely a keményszájpadot, a maxilla fogmedri nyúlványát, a septum nasit és a rostasejteket destrualta. Bal oldalon jugulodigastricusan megnagyobbodott nyirokcsomó került leírásra, UH vezérelt aspirációs cytológia malignitást nem igazolt. Belső szervek disseminatio nem igazolódott. Arckoponya MRI 9,4 cm legnagyobb átmérőjű, csontdestrukcióval járó, a középső koponyabázisig és a bal arcüregbe terjedő tumort véleményezett, intracranialis és intraorbitalis terjedés nem volt kimutatható. Többcsörös radiológiai és fej-nyak-sebészeti konzílium a daganatot a kiterjedtségére való tekintettel inoperábilisnak véleményezte. Onco-Team Szakbizottság véleménye alapján DTIC monokemoterápiát indítottunk, valamint telekobalt irradiatióban részesült palliatív céllal. Sorozatos képminták kontrollonként jelentős lokális regressziót igazoltak. Tekintettel arra, hogy belső szervek disseminatio továbbra sem volt kimutatható,

2011. február végén fej-nyak-sebészetben bal oldali laterális rhinotomia történt, melynek során a residuális tumor eltávolítására került sor. A szövettani lelet több gócban melanoma malignum residuumát igazolta. Tekintettel arra, hogy a daganat a kimetszési síkot érintette, márciusban reoperációt végeztünk, a hisztológia további tumort nem írt le. A műtétet követően kemoterápiát folytattunk. 2011. májusi CT, júniusi arckoponya MRI és júliusi PET CT vizsgálatok, valamint fej-nyak-sebészeti kontrollja sem lokális recidívára, sem disseminációra nem utaltak. A betegnél 2011. április végén interferon immunterápiát állítottunk be, melyet 1,5 évig kapott. Legutolszó, 2012. augusztus végi kontroll arckoponya-nyak-mellkas-hasi CT és fej-nyak-sebészeti kontroll vizsgálat sem lokális recidívára, sem belső szervek disseminációra nem utalt.

Az individuális megítélést igénylő, diagnosztikusan és terápiásan magas szintű hozzáértést követelő esetünket a centrumban történő multidiszciplinális team munka segítségével végzett eredményes onkoterápia mintájaként tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Gorka Eszter dr.¹, Pánczél Gitta dr.¹, Juhász Edina dr.², Liszkay Gabriella dr.¹

Az ipilimumab immunrendszerhez kötődő ritka mellékhatása: autoimmun nephritis

(Országos Onkológiai Intézet¹, Péterfy Sándor utcai Kórház, Nephrológia Részleg², Budapest)

Az ipilimumab az első túlélést meghosszabbító immunterápiás szer metasztázisú melanómában. Mellékhatásai is az immunrendszerhez köthetők. Betegünknel autoimmun nephritis alakult ki, ami ritkán előforduló nem kívánatos esemény ipilimumab terápiában.

A 72 éves férfi beteg anamnézisében 1999-ben a hátáról eltávolított Clark V, Breslow 5 mm-es, majd 2004-ben a jobb válltájék újabb, Clark IV, Breslow 1,7 mm-es noduláris melanomája szerepel. Mindkét esetben adjuváns alacsony dózisu interferon alfa terápiát kapott. 2009. decemberben mellkas CT vizsgálat multiplex pulmonális metasztázist írt le. Kemoterápiát kezdtünk. DTIC monokemoterápia, majd kemoterápiás kombinációk ellenére 2011. júniusra a pulmonális státusz progressiója mellett mediastinalis, mellékvese és ossealis propagáció lépett fel. Anamnézisében jelentősebb egyéb betegség nem szerepelt, ezért jó fizikai erőnlétére való tekintettel Expanded Acces Programme keretein belül 3 mg/tskg ipilimumab kezelést kezdtünk. Az első terápia után duplex cerebrális metasztázis jelentkezett, ami miatt sztereotaxiás besugárzásban részesült.

A harmadik ipilimumab kezelést követően Grade 2-es dermatitis, diarrhoea és lázas állapot lépett fel, ami szisztémás és lokális szteroid adására gyógyult. A negyedik terápiára nem került sor, mert Grade 3-as immun-mediált nephritis alakult ki (szérum kreatinin 2007 µmol/l, karbamid 42,8 µmol/l). 250 mg/nap Medrol alkalmazása sikertelennek bizonyult, a beteg folyamatos haemodialízisre szorult. 2011. novemberi képalkotó vizsgálatok nem jeleztek progressiót, 2012. márciusban multiplex cerebrális áttétek jelentek meg.

Az ipilimumab leggyakoribb immunrendszerhez kötődő mellékhatása a bőr, a gasztrointesztinális és endokrin rendszert érinti, de fontos kiemelni, hogy egyéb autoimmun betegség is felléphet.

Betegünknel tehát súlyos, haemodialízis dependens nephritis alakult ki, azonban a melanoma mintegy kilenc hónapig nem progrediált.

Somogyi Tihamér dr.¹, Oroján Iván dr.¹, Kocsis Lajos dr.², Török László dr.¹

GVHD jellemző bőrtünetek

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórház, Bőrgyógyászat¹, Patológia², Kecskemét)

Az anamnesis szerint páciensünknel csontvelő átültetést, röntgen besugárzást és herpes zooster lezajlását követően háton, mellék alatt, kiterjedten, egybefüggő, mellkason, felkarokon, lumbalisán, kisebb gócban jelentkező, poikiloderma-szerű bőrtünetek jelentek meg. Az egyes góccokon belül, illetve a góccok között atróphiás, elvékonyodott, fénylő bőrterületek váltakoztak az infiltráltabb, cicatrisáló, keloidos jellegű, de atróphiás felszínű területekkel. Helyenként hypopigmentáltak, máshol inkább hyperpigmentáltak, illetve jelzetten livide-

sek voltak az elmosódott szélű góccok. Az anamnesis és a bőrtünetek alapján a krónikus GVHD diagnózisát állítottuk fel, melyet a histológiai vizsgálat is megerősített. Mivel gyakran találkozunk csontvelő transzplantált betegekkel, fontos, hogy felismerjük az acut-, illetve krónikus GVHD bőrtüneteit, melyek gyakran első, illetve legkönnyebben diagnosztikához vezető tünetei a betegségnek. A GVDH felismerésének pedig az alapbetegség prognózisa és terápiája szempontjából lehet jelentősége.

*Poór Adrienn dr., Tamási Béla dr., Holló Péter dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:*

Impetigo herpetiformis bemutatása két eset kapcsán
(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika, Budapest)

Az impetigo herpetiformis ritka, döntően várandós anyákban előforduló pustulosus betegség, mely gyakran hypocalcaemiához társul. A bőrtünet hasonlít a psoriasis pustulosához, ugyanakkor az impetigo herpetiformisban szenvedő nők többségének saját vagy családi anamnézisében nem fordul elő psoriasis. Nem eldöntött tény, hogy az impetigo herpetiformis önálló entitás, melyet a terhesség vált ki, vagy a várandósság által triggerelt pustularis psoriasis.

A szerzők két hypocalcaemiás, – egy 35 éves secundigravida, illetve egy 31 éves primigravida – nőbeteg esetét ismertetik, akiknek terhességük 29., illetve 12. hetében testszerte jelentkező bőrtüneteik háttérben impetigo herpetiformis igazolódott.

Kuzmanovszki Daniella dr., Somlai Beáta dr.:

Komplett remisszió vemurafenibbel kezelt metasztatikus melanomában
(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika, Budapest)

A szerzők 50 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél a jobb láb-szárról eltávolított melanomát követően 4 évvel alakultak ki metasztatikusok, mely miatt citosztatikumot kapott más intézetben.

Klinikánkon a jobb alsó végtagon számtalan in tranzit metasztatizással, következményes lymphoedemával és multiplex tüdőáttekkel jelentkezett.

Fázis III vizsgálat keretében vemurafenib (BRAF inhibitor) kezelésben részesült, mely mellett gyors regresszió indult, majd teljes remisszió alakult ki.

A szerzők az eset kapcsán részletesen kitérnek a remisszió dinamikájára, és az észlelt mellékhatások ismertetésére.

A BRAF inhibitorok a melanoma kezelésében új korszakot jelentenek.

*Lukács Andrea dr., Németh Ilona, Hársing Judit dr.,
Hidvégi Bernadett dr., Bánvölgyi András dr., Kárpáti Sarolta dr.,
Temesvári Erzsébet dr.:*

In vivo és in vitro gyógyszerallergia vizsgálatok fix gyógyszerexanthemában
(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika, Budapest)

A szerzők egy 76 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél livid-erythemás plakkok megjelenését követően hólyagos bőrtünetek jelentkeztek. Szövetteni vizsgálat bullosus fix gyógyszerexanthemát igazolt. Kiváltó ágensként metamizol és diclofenac kezelés merült fel a megelőző két hétben. Lokális szteroid terápia alkalmazása, a diclofenac és metamizol tartalmú készítmények elhagyása mellett a bőrtünetek szanálódtak.

A gyógyszerprovokáció tisztázása céljából in vivo és in vitro tesztek is végeztünk. 2 hónap múlva standard gyógyszer sorozattal epicutan tesztelést indítottunk. A feltételezhetően tünetet okozó diclofenac és metamizol allergéneket a gyógyult bőrtünetekre helyeztük fel. A hyperpigmentált maradványtünet területén a metamizolnak megfelelően 24 órás expozíciót követően bullosus reakció jelentkezett. A pozitív reakcióból bőrbioopszia készült, szövettani vizsgálat bullosus fix gyógyszerexanthemát vélelményezett. A metamizollal végzett lymphocita transzformációs teszt különböző koncentrációkban pozitív eredményt adott.

Az idei évtől a fix gyógyszerexanthemával jelentkező betegeknek rutinszerűen elvégezzük klinikánkon az epicutan tesztelést és a lymphocita transzformációs tesztet. A fenti eset kapcsán beszámolunk a 2012-ben fix gyógyszerexanthemával kivizsgált betegek eredményeiről.

Támogatás: OTKA K 73296

*Meszes Angéla dr.¹, Tólosi Gyula dr.², Orvos Hajnalka dr.³,
Sánta Csilla¹, Vasas Judit¹, Kemény Lajos dr.¹, Csoma Zsanett dr.¹:*

Sebkezelés kora- és újszülött korban
(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika¹, Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi
Központ², Szegedi Tudományegyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati
Klinika³, Szeged)

Moezzi Mehdi dr.¹, Fekecs Tamás dr.¹, Zapf István dr.²,
Ferencz Andrea dr.³, Lőrinczy Dénes dr.³:

A humán vérplazma differenciális scanning kalorimetriával (DSC) történő elemzése a psoriasis különböző szakaszaiban
(Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, Sebészeti Klinika², Pécs, Semmelweis Egyetem Kísérletes és Sebészeti Műtéti Intézet³, Budapest, Biophysical⁴, Pécs)

A psoriasis vulgaris krónikus autoimmun, gyulladásos és proliferatív bőrbetegség. Napjainkban igény mutatkozik arra, hogy új módszerekkel mutassuk ki és figyeljük meg ezt a bőrgyógyászati szindrómát annak bármely szakaszában. A differenciális scanning kalorimetria (DSC) alkalmazása új diagnosztikai módszer lehetne, amely humán plazmát használ a psoriasis kimutatására és megfigyelésére. Az volt a célunk, hogy DSC-vel kimutassuk a vérplazma összetevőket psoriasisos betegeknél. A vizsgálatban 18 fehér felnőtt (8 férfi és 10 nő, átlagéletkor 55,7 év) vett részt, akik teljes, psoriasisra irányuló bőrvizsgálaton estek át. A kiterjedtségi és súlyosság Index (PASI) alapján 3 csoportba soroltuk a betegeket: PASI: 0 (tünetmentes), PASI: 1-6 (minimális tünetek), PASI: > 7 (nagy kiterjedésű tünetek). Az orvosi kezeléssel összehangolva vérplazma mintákat gyűjtöttünk egészséges kontroll alanyoktól, kezelt és kezeletlen betegektől, majd a mintákat DSC technikával elemeztük. Ebben az előzetes tanulmányban azt tapasztaltuk, hogy a vérplazma termikus változásai (T_m, kalorimetriás entalpia) a szoros korrelációt mutat a psoriasis súlyosságával és az orvosi kezeléssel. További vizsgálatok szükségesek a szóban forgó összefüggések tisztázására, de a DSC módszer alkalmazása új eszközt adott a kezünkbe a psoriasis korai diagnosztizálásához és a betegek állapotának figyelemmel kíséréséhez.

Szabó Csanád¹, Csabai Márta dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Dermatológusok, bőrgyógyászati ápolók és pácienseik orvos-beteg együttműködésével kapcsolatos attitűdjei és reprezentációi

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Pszichológiai Intézet², Szeged)

Az orvos-beteg együttműködés fontos tényezője a bőrgyógyászati gyógyító munkának, mivel hatással van a betegség súlyosságának alakulására, és egyes kezelések sikertelenségéhez vezethet. A nemzetközi vizsgálatok szerint a dermatológiai kezelésekre kapcsolatos adherencia mértéke 55% és 66% között mozog, amely egy viszonylag alacsony érték. Az együttműködésről alkotott reprezentációknak is lehet szerepe ebben.

Dermatológusok, ápolók és pácienseik együttműködéséről és ellátási szükségletekről alkotott reprezentációinak feltárása volt.

40 strukturált interjúvettünk fel a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika orvosaival. Az egyes tartalmi kategóriákhoz tartozó legjellemzőbb állításokból egy 12 tételből álló attitűd-kérdőívet alakítottunk ki, melyet 150 krónikus bőrbetegséggel rendelkező szegedi járóbeteggel vettünk fel. 20 ápolóval interjúra és kérdőíves vizsgálatra is sor került.

A dermatológusok az együttműködés létrejöttében leginkább a bizalomteli kapcsolatot, a részletes tájékoztatást, a környezet szerepét és a beteg anyagi helyzetét tartották lényegesnek. A betegek leginkább az orvos érthető beszédét, a részletes tájékoztatást és a beteg személyiséget tartották fontosnak, illetve négy faktorra (külső tényezők, a kezelés körülményei, az orvos tulajdonságai, kapcsolat és megértés) különíthetők el a páciensek szerint az együttműködés tényezői. A páciensek neme, életkora, és betegségük fennállásának ideje befolyásolta, hogy milyen tényezőket tartottak fontosnak az együttműködés létrejöttében, iskolai végzettségük nem volt hatással. Az ápolók elsősorban a részletes tájékoztatást, az érthető beszédet, és a megbeszélésre szánt időt tartották lényegesnek.

Lényeges a kommunikáció fejlesztése, hogy az elvárások transzparenssé váljanak, a „szerződés” világos legyen, és mindkét fél elvárásainak megfelelően.

Gergely Brigitta dr., Oroján Iván dr., Kocsis Lajos dr.:

Ritka lokalizációjú ancient schwannoma
(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét)

A schwannomák általában intracranialis, gerinc vagy lágszövetben, idegvégződésekre kapcsolódva alakulnak ki. Szövettanilag a Schwann sejtek axon nélküli burjánzása, klinikailag excentrikus növekedésű nodus jellemző rájuk. Szövettanilag több formát különböztetnek meg.

65 éves nő, talpon 2 éve meglévő, utóbbi hetekben hirtelen növekedésnek induló, nyomásra érzékeny, egyenetlen, erodált felszínű, 1,5 cm-es henger alakú tumor miatt jelentkezett szakrendelésünkön. Műtéti megoldással az elváltozás 2 cm-es biztonsági zónával eltávolításra került. Szövettanilag: benignus, hámgallérral szegélyezett, fungoid, nagy felületen kifehélyesedett orsósejtes, kötőszövetes tokkal körülvett daganat. A minta diffúzan intenzív Vimentin, S-100 pozitivitást mutat. Szövettanilag alapján a diagnózis: ancient schwannoma. A keletkezett hiány sekunderen keloid kialakulással gyógyult.

Az esetet ritka előfordulási lokalizációja miatt kerül bemutatásra.

Görög Anna dr., Silló Pálma dr., Kuzmanovszki Daniella dr.,
Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:

A glutén szenzitív megbetegedések társulása Sjögren-szindrómával

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

A dermatitis herpetiformis (DH) egy subepidermalis hólyagképződéssel járó betegség, mely a glutén szenzitív kórképek bőrön manifesztálódó formája. A DH-nál ismert jelenség az autoimmun megbetegedésekkel való társulása.

Egy 65 éves nőbeteg esetét szeretnénk bemutatni, akinek az anamnéziséből distalis típusú renalis tubularis acidózis, nephrogen diabetes insipidus, osteomalacia, nephrolithiasis, anaemia és arthralgia emelendő ki. 2009-ben könyökén, térdén, valamint gluteálisan viszkető hólyagok jelentek meg. Az elvégzett szövettani vizsgálat, direkt IF, illetve EMA vizsgálatok DH-t igazoltak. Mivel a gluténmentes diétát nem tartja, tünetei Dapson mellett is rendszeresen visszatérnek. A gastrointestinális panaszok mellett a vérképben is megfigyelhetőek voltak malabsorptióra jellemző eltérések. A vékonybél biopszia boholatropiát igazolt.

2012 február óta főleg a karokon és a háton helyenként konfluáló, erythemas, annularis, széli részen hámló plakkok jelentek meg. Laborleletei közül a jelentősen emelkedett süllyedés, anaemia, csökkent vesefunkcióra utaló paraméterek, proteinuria emelendő ki. Az immunserológiai vizsgálat ANA, SSA, SSB pozitivitást mutatott. Az évek óta fennálló szubjektív szem- és szájtünetek, valamint a szerológiai eredmény birtokában Sjögren-szindróma irányában kezdtünk el vizsgálatokat folytatni. Az objektív szemészeti vizsgálómódszerek csökkent könnytermelést és könnyfilm stabilitást mutattak. A nem stimulált nyáltermelés mértéke szintén kóros volt. A betegnél szisztémás szteroid kezelést indítottunk, melyre tünetei javultak.

Az eset ismertetését azért tartottuk fontosnak, hogy felhívjuk a figyelmet a glutén szenzitív kórképek és az autoimmun betegségek együttes előfordulására, különösen diétát nem tartó betegek esetén.

Kunos Csaba dr., Kosztolányi Gábor dr., Mari Béla dr.,
Oroján Iván dr.:

Bőrdaganatok ellátása kombinált lebenyplasztikai műtétekkel osztályunkon

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

A bőrdaganatok műtéti ellátása során az esetek egy részében a hagyományos lebenyplasztikai megoldások nem elégségesek a funk-

cionálisan és esztétikailag megfelelő defektuspótláshoz. Bizonyos esetekben kombinált lebonyolítási műtéti megoldások alkalmazásával tudjuk biztosítani a kívánt eredményt. Bemutatásra érdemesnek tartott eseteinket és az ezekkel szerzett tapasztalatainkat szeretnénk előadásunkban ismertetni.

Kontár Orsolya dr.¹, Csomor Judit dr.², Erős Nóra dr.¹, Telek János dr.¹, Jókai Hajnalka dr.¹, Holló Péter dr.¹, Hidvégi Bernadett dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Szepesi Ágota dr.², Matolcsy András dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹
Pilotrop T-sejtek vizsgálata folliculotrop mycosis fungoidesben
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet², Budapest)

A folliculotrop mycosis fungoides (FMF) a MF sajátos klinikai és szövettani jellemzőkkel rendelkező klinikai variánsa. A szerzők a SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján 2006. és 2012. között gondozott 13 FMF beteg adatait tekintették át, a klinikai jellemzők vizsgálata mellett a bőrbioptizás minták szövettani és immunhisztokémiai analízisével.

A vizsgált beteganyagban 3 esetben volt megfigyelhető hosszú túlélés a betegség diagnózisának felállítását követően, egy beteg halt meg a betegség Aprogressiója következtében. 4 esetben fordult elő epidermotropismus, 2 esetben syringotropismus és 8 esetben mucinosus degeneratio. Az immunhisztokémiai vizsgálatok eredményei a következők: CD3+, CD5+, CD7+ 13/13, CD4+ 12/13, CD8+ 1/13 esetben, PD1+ 9/11 esetben, CXCL13 10-20% 2/13 esetben, BCL6 <10% 10/12 esetben, CLA 10-40% 12/12 esetben, CCR10 gyengén pozitív 7/12 esetben, FoxP3 10-20% 8/13 esetben, nestin destruált folliculusokban pozitív, CD1a emelkedett 7/13 esetben. TCR-gamma géntrendeződési vizsgálattal mindegyik minta pozitivitást mutatott, a Ki67 proliferációs ráta <10% 13/13 esetben.

Vizsgálataik eredményeként megállapították, hogy a FMF tumorsejtjei sajátos szövettani és immunhisztokémiai jellemzőkkel rendelkeznek, az esetek nagy hányadában follicularis helper T-sejt markerekkel jelölődtek. A tumorsejtek mikrokozmetének vizsgálatára nestin markerrel terveznek további vizsgálatokat.

Polman Erzsébet dr.¹, Gyömörei Csaba dr.², Tóth Csaba dr.², Telegdy Enikő dr.¹
Pancreatogen panniculitis
(Vas Megyei Markusovszky Kórház, Egyetemi Oktatókórház Nonprofit Zrt., Bőrgyógyászati osztály¹, Patológiai osztály², Szombathely)

A szerzők egy 64 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél recidíváló akut pancreatitis talaján jelentek meg a lábszárak bőrén mélyen elhelyezkedő, fájdalmas, tömött, vöröses csomók. A zsírmecrosis miatt a csomók felpuhultak, fluctuáltak, beolvadtak, spontán áttörve fistulát képeztek vagy megnyitás után viszkózus, olajszerű anyagot ürítettek.

Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok a serum amiláz és lipáz szintjének jelentős emelkedését mutatták, akut pancreatitis alakult ki, szövödményként a lábszárakon kifejezetten váladékozó csomókkal. A hasi UH vizsgálat megerősítette az akut pancreatitist és a cholecystolithiasist, illetve az ERCP során a Vater-papilla stenosisát is észlelték és sphincterotomia történt. A bal lábszáron gyulladt zsírcsomók befogták a varixot, varicophlebitis alakult ki, majd tályog jött létre, amely sipolyokat képezett. Incisió, majd az ascendáló phlebitis miatt crossectomia történt. Szövettanilag pancreatogen panniculitis igazolódott, a zsírfolliculusokban colliquotus necrosis, árnyékszerűen, basophilis saponificatioval és calcium-zsíranyag képződéssel. Antibiotikum, szisztémás szteroid, LMWH, NAIDS, lokális gyulladáscsökkentő kezelés hatására panniculitises csomói regrediáltak, a váladékozás megszűnt, a varicophlebitist sebészileg megoldották. Ezt követően a pancreatitis recidívált, a lábszárak csomói is kiújultak. A varicophlebitis ulcus crurissal szövődött, amelynek gondozása jelenleg is folyamatban van. Esetünkben a bőrtünetek hátterében szövettanilag pancreatogen panniculitis iga-

zolódott. A pancreatogen panniculitis a zsírszövet kifejezetten ritka gyulladási reakciója, amely a pancreas szövetének pusztulása miatt, a keringésbe kerülő zsíroldó enzimek emésztő hatására jön létre. Legtöbbször pancreatitishoz, carcinomához társul. Klinikailag vörös, gyulladt, fájdalmas, meleg tapintatú csomók keletkeznek, leggyakrabban az alsó végtagokon. Betegünknel az akut pancreatitis mellett kifejlődött panniculitises csomók 2-3 hét múlva meggyógyultak. Az akut pancreatitist a Vater papilla stenosisa okozta. A jobb lábszáron a csomók regrediáltak, a bal lábszár a varicophlebitis szövödményeként kifehélyesedett. A fekély methicillin rezisztens Staphylococcus aureus fertőzés miatt hosszabb ápolást igényelt.

A pancreatogen panniculitis kezelése elsősorban az alapbetegség szanálásával lehetséges, annak recidívája esetén a panniculitis gyógyhajlama is rosszabb.

Polman Erzsébet dr.¹, Tahin Balázs dr.², Tóth Csaba dr.², Iványi János dr.³, Telegdy Enikő dr.¹

Szokatlan lokalizációjú amyloidosis

(Vas Megyei Markusovszky Kórház, Egyetemi Oktatókórház Nonprofit ZR. Patológiai osztály², Haematologia osztály³, Bőrgyógyászati osztály¹, Szombathely)

A szerzők egy ritka bőr, vastagbél, rectum, tüdő, szív, máj, vese, szisztémás amyloidosisot mutatnak be egy eset kapcsán. A beteg secundaer szisztémás amyloidosisban szenvedett, ami igazolt myeloma multiplexszel társult. Az amyloidosisban ebben a formájában az IgG lambda monoklonális gammopathiát mutatnak ki, melyek kappa láncokból állt. A prekursor immunglobulin, amelyet a plazmasejtek szintetizálnak a csontvelőben, a szövetekben átalakulnak amyloid fibrillumokká. Esetünkben az amyloid fibrillumokat, melyeket a keratinocyták fagocytáltak, sárga fénylő golyók formájában diagnosztizáltak a bevérzett rectum és prolabált anus bőrén. A biopszia a predilekciós helyekből, hasfalból, az anus bőréből és colonoscopián a rectum mucosából történt, amely igazolta a cutan, ill. vastagbél és a rectum amyloidosisát. Hematoxilin-eozin festéssel eosinofilien festődtek. Szövettani metszetekben az anusban és a tüdőben kongó vörös festéssel az amyloid polarizációs fényben almazöld színű, pozitív egytengelyű, kettős fénytörésben fluoreszkáló depozitumokat mutatott ki az erek falában. Post mortem a tüdő, szív, vese, máj, lép erek falában a biopszia megerősítette az amyloidosis diagnózisát. A bőrön lévő reticularis rajzolatot petechiát, purpurákat, ecchymosisokat, az érfa amyloid infiltrációja magyarázza. Az esetünkben a tipikus helyeken – nyakon, nasolabiális területen, axillában, periumbilicalisan és az anogenitalis régióban apró, fénylő, sárga golyókat találtunk. Myeloma multiplex anti-myeloma kezelés történt, mely kezelés után stagnált a betegség. Később súlyos myelosuppressió jelentkezett. Anaemia, cardiacalis decompensatio, légzési és keringési elégtelenség, shock, exitus történt. Esetünkben egy ritka és szokatlan lokalizációjú amyloid formát észleltünk. A szisztémás amyloidosisban ritkán van bőrtünet, de a rectalis mucosából ki lehetett mutatni a cutan amyloidosisot. A tipikus szisztémás amyloidosis multiszerv érintettséget is okozott. Tipikus alma zölden fluoreszkáló amyloid a tüdőben is kimutatható volt. A szisztémás amyloidosis prognosisa rossz, a halál egy éven belül következik be. A csontvelő átültetés 4 évig egyensúlyban tartotta a myeloma multiplexet, emiatt az amyloid deponálódása is lelassult.

Emri Eszter¹, Miko Edit¹, Nagy Georgina², Boros Gábor¹, Rózsa Dávid¹, Mócsai Gábor², Remenyik Éva dr.¹, Emri Gabriella¹ dr.

Modulating effect of zinc on cutaneous UVB-response

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika¹, Bőrgyógyászati Klinika és Allergológiai Tanszék², Debrecen)

Támogatás: TÁMOP 4.2.2.-08/1-2008-0019 DERMINOVA; TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0031; TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007; OTKA K 105872

Boros Gábor¹, Miko Edit¹, Emri Eszter¹,
Gijsbertus van der Horst dr.², Muramatsu Hiromi dr.³,
Drew Weissman dr.⁴, Horkay Irén dr.¹, Emri Gabriella dr.¹,
Karikó Katalin dr.³, Remenyik Éva dr.¹:

Identification of CPD-dependent gene expression changes in photolyase mRNA transfected human keratinocytes irradiated by UVB

(Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹,
Department of Genetics, Center for Biomedical Genetics,
Erasmus University Medical Center, Rotterdam²,
Department of Neurosurgery, University of Pennsylvania³,
Department of Medicine, University of Pennsylvania⁴, Philadelphia)
Támogatás: TÁMOP 4.2.2.-08/1-2008-0019 DERMINOVA;
TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0031; TÁMOP 4.2.1./B-09/1/
KONV-2010-0007; OTKA K 105872

Telegdy Enikő dr., Molnár Ildikó dr.:

**Körömtünetek jelentősége psoriasis vulgarisban.
Infliximab kezelés során szerzett tapasztalataink
a körömtünetek tekintetében**

(Vas megyei Markusovszky Lajos Kórház, Egyetemi Oktatókórház,
Nonprofit Zrt., Bőrgyógyászati Osztály és Bőr- és Nemibeteg
Gondozó Intézet, Szombathely)

A psoriasisoz társuló körömtünetek megjelenése 10-50%-ra tehető, ismert arthropathia psoriatica esetén azonban a elérheti a 80%-ot is. A körömtünetek az újabb irodalmi adatok alapján egyre nagyobb

jelentőségűek, mivel megjelenésük korai tünetnek értékelhető a psoriasis progressziója, ill. az arthropathia psoriatica kialakulás tekintetében.

A korábban alkalmazott „szokványos” lokális és szisztémás kezelés jelentősen nem javította a körömtüneteket, az igazi áttörést a biológiai terápia bevezetése hozta.

A psoriasis kezelésében a leggyakrabban alkalmazott indexek – PASI, DLQI – nemcsak a megfelelő terápia megválasztásában segíthet, hanem a terápiás hatás értékelésében is.

Bár a körömtünetek a DLQI értékét jelentősen nem befolyásolják, a körömtünetek megléte azonban a progresszióra való utalás mellett a beteg életminőségét, önértékelését jelentősen rontják. Jelen bemutatásunkban súlyos és középsúlyos psoriasisos betegek kezelését értékeljük, mely során figyelembe vettük a körömtünetek jelenlétét, ill. súlyosságát és nyomon követtük annak változását DMARD ill. biológiai kezelés során. Megfigyeltük a bőr és ízületi tünetek párhuzamos változását a körömtünetek változásával egybevetve.

Jelen bemutatott eseteinknél infliximab kezeléssel szerzett tapasztalatainkat ismertetjük, ahol a PASI, DLQI és NAPSÍ értékek jelentős javulását már a 2. héten megfigyelhettük és 6 hónap alatt teljes tünetmentességet értünk el mindhárom index értékelésénél. Bemutatott eseteinkben a fenti értékek egy-három év nyomon követéssel sem romlottak, jelentős mellékhatás nem lépett fel, ami miatt a terápiát meg kellett volna szakítani, a kezelést jelenleg is monoterápiaként folytatjuk.

Eseteink bemutatásával hangsúlyozni szeretnénk a PASI és DLQI meghatározása mellett a NAPSÍ index rendszeres meghatározásának és követésének fontosságát.

Kiss Irén, Irinyi Beatrix dr., Szegedi Andrea dr., Remenyik Éva dr.:

Bőrtesztek jelentősége az urticaria diagnosztikájában

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék, Debrecen)

A krónikus urticaria gyakori bőrgyógyászati kórkép, mely a populáció 0,1-3%-át érinti. Krónikus urticariáról akkor beszélünk, amikor a csalánkiütések több mint 6 héten keresztül csaknem minden nap jelentkeznek. Ez a komplex bőrbetegség a betegek életminőségének romlását okozza a rohamszerűen jelentkező csalánkiütések, az állandó viszketés, valamint a következetes alvászavarok miatt. Az esetek közel felében angioödémás panaszok is jelentkeznek és a bőrtünetek sokszor éveket tarthatnak.

A krónikus urticaria etiológiája heterogén. Kiváltásában különböző immunológiai és nem immunológiai faktorok szerepelhetnek, de sok esetben a valódi kiváltó ok nem derült ki. Megfigyelések szerint a krónikus urticaria ritkábban kialakulhat pseudoallergiás reakció, lokális infekció, vagy urticaria vasculitis talaján. Jóval gyakrabban fizikális urticariát (FU), autoimmun urticariát (AIU) vélemeznek. Amennyiben a részletes vizsgálatok ellenére sem derül fény a kiváltó okra, akkor a krónikus idiopathiás urticaria (KIU) kimondható. A krónikus urticaria diagnosztikája nem könnyű feladat. A kórkép igazolásában vagy kizárásában fontos szerepet kapnak a bőrtesztek, különös tekintettel a prick tesztre, fizikális tesztekre és a saját szérum tesztre.

Vasas Judit, Meszes Angéla dr.:

A diabeteses láb ápolásának gyakorlata

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Napjainkban a cukorbetegség számáról nincsenek pontos magyar statisztikai adatok, de becslések szerint hazánk népességének kb. 4-8%-a érintett, és ez az arány évente 10-15 százalékkal növekszik. A cukorbetegség és szövődményeinek kezelése rendkívül nagy terhet ró az egészségügyre és a szociális ellátásra.

Sebkezelési ambulanciánkon a vénás eredetű lábszárfekélyek mellett a leggyakrabban diabetes szövődményként kialakult talpi fekélyrel találkozunk. Ezen sebek kezelése, gyógyulása az oki terápia megvalósulása mellett is időigényes és hosszadalmas.

Előadásunkban bemutatjuk, hogy a mindennapi gyakorlatban elengedhetetlenül fontos a betegek bőrápolással kapcsolatos felvilágosítása és oktatása, valamint a gyógyult betegek nyomán követése és utógondozása. Emellett a betegek együttműködésének kialakításával, valamint a rendszeres ellenőrzéseknek és folyamatos oktatásnak köszönhetően megelőzhető a diabeteses láb szövődmények kialakulása.

Szűcs Ágnes, Bencés Ilona :

Átváltozás – pszoriázis tanácsadó program

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

Ez év nyarán a Semmelweis Egyetem Bőrklínikáján egy merőben új, Magyarországon még ismeretlen, ám Európában már több országban évek óta működő edukációs program vette kezdetét pikelysömörös betegek számára.

Ma Magyarországon a pszoriázisban szenvedő betegek száma kb. 200 ezer fő, egy kisebb méretű város.

A betegség krónikus voltán és a mindennapi diszkrimináción túlmenően az érintetteknek számunkra triviális problémákkal is meg kell küzdeniük, gyakran beszűkülnek társas kapcsolataik, sokszor depresszióba kerülnek.

A kezelés hatékonyságát jelentősen befolyásolja az érintettek rendelkezésére álló információk minősége, azok érthetősége ill. a személyes szakmai támogatás lehetőségének biztosítása.

Az új vállalkozásunk célja, hogy megerősítse, komplettálja a betegek számára azokat az információkat, melyek magára a betegségre

és az ezzel kapcsolatos gyakorlati problémák megoldására vonatkoznak, hogy megtanítsa számukra a helyes lokális terápia alkalmazását és megoldási javaslatokat adjon mindennapi problémáik kezelésére. Segítségével kiküszöbölhetőek a fals és részinformációk okozta anomáliák, javítható az adherencia és a compliance. A programon belül lehetőség van pszichológus, gyógytornász és dietetikus igénybevételére is.

Nagy hangsúlyt fektettünk a beteggel való kétirányú kommunikáció létrehozására, hiszen a megfelelő együttműködés e nélkül nem jöhetne létre, továbbá a betegek visszajelzéseit felhasználva tudjuk csak megfelelő irányba fejleszteni a programot. A konzultáción a beteg, lehetőleg a család bevonásával és az edukációs nővér vesz részt, amely interaktív formában és nyugodt körülmények között zajlik. Itt felszínre kerülnek olyan hiányosságok is, melyek a hagyományos orvos-beteg vizit alkalmával esetleg feledésbe merülnek. Ilyen a mindennapi élet során felmerülő probléma pl: fodrász, manikűr-pedikűr, krízis kezelés.

Előadásunkban szeretnénk bemutatni az Átváltozás program felépítését, azt hogy hogyan készültünk a program beindítására, kik és hogyan segítettek minket a dokumentációs anyagok elkészítésében és milyen tapasztalatokat szereztünk az első néhány hónapban?

Sánta Csilla, Csoma Zsanett dr.:

Modern sebkezelés ápolói feladatai koraszülött és újszülött korban

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A napjainkban alkalmazott felnőtt sebkezelés klinikai gyakorlata nem alkalmazható koraszülött és újszülött korban. Ennek oka az adott korcsoport bőrének sajátos fiziológiai tulajdonságai és anatómiai felépítése. Az újszülöttek és koraszülöttek sebkezelése tehát számos sajátos problémával küzd. Különböznek többek között az alkalmazható kötözési és rögzítési technikák, a dezinficiálási lehetőségek és az alkalmazható kötszertípusok. A kötözéstechnikai problémák mellett a kiváltó okok tekintetében is különbségek figyelhetők meg.

Koraszülött és újszülött intenzív osztályokon a sebek leggyakrabban iatrogén ártalom következtében alakulnak ki. Ezen ártalmak jelentős hányada másodlagos bakteriális sebfertőzés.

Esetünk egy 39. gesztációs hétre, normál súllyal és Apgar értékkel született újszülött kezelését mutatja be. A gyermeknél a lumbosacrális gerincszakaszon elhelyezkedő, diónyi, kétharmad részben bőrrel fedett myelomeningokélelnek megfelelő terimét észlelték a születést követően. Az elváltozást a 3. életnapon sebészileg zárták. A beavatkozást követő első napon lázas állapot alakult ki, majd a 3. napon a sebszélek induráltá váltak és szétnyíltak.

A sebből nagymennyiségű váladék, valamint liquoresorgás volt megfigyelhető. A sebváladék tenyésztés ESBL termelő Klebsiella pneumoniae jelenlétét igazolta. A fertőzés megszüntetésére és a seb hámosítására az antibiotikumos kezelés mellett modern sebkezelési módszereket alkalmaztunk, figyelembe véve az újszülöttek kötözésének egyedi jellemzőit.

Rizmajer Beáta, Ignáth Györgyi:

Belgyógyászati betegségre utaló bőrtünetek

(Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet – Bőrgyógyászati Szakrendelő és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A bőrgyógyászati osztályokon dolgozó ápoló munkája közben gyakran észlel olyan bőrváltozásokat is, melyek nem tartoznak ahhoz a bőrgyógyászati betegséghöz, ami miatt a beteget kezelik. Erre a tünetre az ápolónak fel kell figyelnie, mert a tünetek utalhatnak olyan belgyógyászati betegségre, amelyről a betegnek nincs tudomása.

Amennyiben a bőrtüneteket korai stádiumban a betegek nem ismerik fel, vagy nem tulajdonítanak azoknak jelentőséget, akkor a fel nem ismert kórkép súlyosbodhat. A belbetegséget kísérő bőrtünetek ugyancsak progrediálnak.

Az előadásban a szerzők a diabetes mellitusra jellemző korai bőrtüneteket mutatják be. Kiemelik a száraz bőr jellegzetességeit, a viszketést, az ekcéma, és a gombás fertőzések jellemzőit, az angiopátiára utaló elváltozásokat. A neuropátia tünetei: lábdeformítás, kóros nyomáspontok, bőrvérzések, súlyos esetben a seb kialakulása (malum perforans pedis). Az előadók ismertetik azokat a mindennapos bőrápolási feladatokat, melyeket rendszeresen el kell végezni (bőr ápolása, hidratálása, meglévő fertőzések kezelése, keratotomia, stb.)

A korai bőrtünetek észleléséről az ápoló a kezelő orvosnak az ápolási lapon beszámol. Ez a team munka jelentősen csökkentheti a súlyos, akár az életet is veszélyeztető bőr szövődeményeket.

Széllné Andóczy-Balog Mónika, Kószó Ildikó:

Szakdolgozói viselkedési formák súlyos daganatos beteg ellátása során

(Szegei Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A rosszindulatú daganatos betegség diagnózis közlése a beteget sokszerűen éri, és a rossz hír feldolgozása a gyógyulást is befolyásolja. Meghatározó az a tény, hogy ki, hol és hogyan közli a pácienssel a diagnózist. Az egészségi állapotról való tájékoztatás a kezelő orvos feladatkerébe tartozik.

Az előadásunkban felhívjuk a figyelmet arra, hogyan viselkedjen az orvos és a szakdolgozó akkor, amikor az orvos ismerteti a beteggel a rosszindulatú megbetegedés diagnózisát. Fontos, hogy ekkor az asszisztens vagy ápoló milyen viselkedési formát tanúsítson, különös tekintettel a verbális és nonverbális kommunikációra. Nehezíti a helyzetet, hogy a szakdolgozók csak általánosságban beszélhetnek a betegségről, pedig ők maradnak a beteggel a rossz hír közlése után, nekik kell ott lenni a kezelése alatt, velük beszélnek a betegek legtöbbször, tőlük kérnek segítséget a mindennapokban. Mindezen problémával nap mint nap találkozunk azok a szakdolgozók, akik onkológiai, hematológiai osztályon dolgoznak.

Szanyinka István:

Psoriasisos betegek ápolása a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Bőrgyógyászati Osztályán 2011-ben (Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Veszprém)

A psoriasis az egyik leggyakoribb bőrbetegség, mely krónikus lefolyása és recidívára való hajlama miatt megkeseríti a betegek életét. Ez a betegség nem fertőző és nem veszélyezteti az életet. Azonban a betegek élethelyzetét, életének alakulását nagyban befolyásolja.

Az osztályon kezelt betegek nagy részének az alapbetegségen kívül egyéb betegsége is van. Láthatjuk, hogy a 30 kezelt esetből 23 betegnek van egyéb betegsége is, amit kezelni kell, illetve a betegségének kiújulásában szerepet játszik. Hét betegünknek nem volt egyéb panasza az alapbetegségén kívül.

Az ápolói teendők jól működnek a bőrgyógyászati osztályon, de bővíteni kell a betegoktatást azon idő alatt, míg kezeljük a beteget. Az ápolói kompetencia körön belül ki kell dolgozni egy oktatási tervet, mely szerint személyre szabottan tudjuk irányítani a beteg gondolkodásmódját. Ennek kidolgozásához a diétetikai és gyógytornász segítségét is igénybe kell vennünk. A kezelőorvossal megbeszélve a beteg pszichés vezetése is kiemelkedően fontos a betegek érdekében. Ezek fejlesztéséhez azonban a beteg akaratára is szükség van, mert ez nem megy nélkülük.

Bacsó István Sándorné, Erdei Irén dr.

Infekció megelőzésének lehetőségei, súlyos égési sérülteknél (Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A súlyos égési sérülést szenvedett betegeknél a leggyakoribb szövődés, az infekció.

Az előadás bemutatja, hogy melyek azok a tényezők, amelyek az infekció kialakulásáért felelősek: (immunszuprimált idős betegek, anyagcsere betegségben, alkoholizmusban szenvedő betegek, kiterjedt, szennyezett seb felszín, a kiváltó okok szerint rossz szisztémás valamint lokális keringési zavar miatt kialakult hypoxiás sebek, SZIRSZ miatt kialakult másodlagos immunszuppresszió, energia deficit, intenzív terápiás eszközök használata)

Az előadás második részében az infekció megelőzésének lehetőségeit foglalja össze: (fürdetés, korrekt sokktalanítás, fluidizáció, korai necrectomia, biológiai kötések – speciális kötszerek alkalmazása, célzott antimikrobiális kezelés).

Mindenek mellett fontos a precíz infekciókontroll és az egyénre szabott komplex terápia kialakítása.

Gulyás Mária¹, Talmaci Nóra¹, Somlai Beáta dr.¹,

Szakonyi József dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹, Miklós Marianna², Szalai Klára dr.¹:

A betegségtudat és a hit szerepe melanoma malignumos pácienseknél

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Quintiles Magyarország Kft.², Budapest)

2011 márciusa és 2012 szeptembere között 74 (28 nő, 46 ffi) melanómás pácienszt kérdeztünk meg véletlenszerűen, irányított válaszadással.

Kérdéseinket a betegség felfedezése előtti időszakra, a diagnózis megszületésének időszakára, illetve a betegség követésének időszakra vonatkoztattuk.

Az irányított, eldöntendő kérdéseket a következő témák köré csoportosítottuk:

1. – A család és munkahely.
2. – A környezeti és időjárási hatások változása.
3. – Az életkori sajátosságok.
4. – Hit és vallás kapcsolat.
5. – Hit és az oncoteammal való kapcsolat.
6. – A társadalmi csoportokhoz fűződő kapcsolat.

A feltejt 25 kérdés során adott válaszokat a betegek kora, neme, iskolai végzettsége, foglalkozása szerint elemeztük, keresve a közös vonásokat.

Az elemzés során egyértelműen elkülöníthetővé vált a generációk betegségtudata közti különbség. A környezeti, időjárási hatásokat az idősebb korosztály kevésbé tartja fontosnak. Az életkori sajátosságok közt nem találtunk szignifikáns különbséget a különböző nemű és korcsoportú pácienseknél. A hit minden megkérdezettnél fontos szerepet játszott, azonban a vallásosság inkább csak a betegség kiderülése után nyert kitüntetett helyet.

Az onkoteam valamennyi tagját fontos kapaszkodónak tekintik a páciensek.

A csoport tagjai közül fontos, hogy legyen egy vezető, akihez bizalommal fordulhat a beteg. A középkorú pácienseknél nagy jelentősége mutatkozik a klinikai pszichológussal való beszélgetés is.

A betegség tudat, a betegség fennállása sok esetben megváltoztatja a társadalmi csoportokhoz, a környezethez fűződő eddigi viszonyt.

A vallásos szemlélet erősödése a betegségtudattal összefüggő tényezőnek mutatkozik.

A kis tanulmány felveti a kérdést, a betegek egy kézben tartásának fontosságára, igényére, testi, lelki épségben tartására.

Bencés Ilona

Társbélrók, terroristák vagy csak átutazók?

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

A testfelszínen és a testüregekben állandóan (rezidens) vagy átmenetileg (tranzien) jelenlévő, de az egészséges szervezetben betegséget nem okozó baktériumok összességét nevezzük normál flórának. Felnőttek esetén ez az otthonuk, a közlekedési eszközök és a munkahelyük flórájából tevődik össze. Bizonyos foglalkozásokhoz jellegzetes tranzien flóra köthet. Ilyenek pl: a földműveléssel foglalkozók, a cukrászok, a pékek és az egészségügyi dolgo-

zók is. Utóbbiaknál (orvosok, ápolók, betegszállítók) pl. a Staphylococcus aureus az állandó flóra részévé is válhat, ami veszélyt jelent a hordozóra és a környezetére egyaránt. Tehát felmerül a kérdés, mi történik, ha ez a számunkra láthatatlan baktérium átutazóból társbélővé avanszál és mi szükséges ahhoz, hogy terroristává váljék belőle? Tudjuk, mit kell(ene) tenni az ellen, hogy a folyamat ne induljon el és vajon megtegyük? Triviális (kéz)higiénés szabályok betartásáról van szó, eleget teszünk ezeknek? Mi a helyzet a többi lakóval? Azért mert nem látom, akkor már nem is léteznek?

Ismerjük a fertőzés létrejöttének három alappilléret: fertőző forrás, fogékony szervezet és valamilyen terjedési mód. Miért csak az

„MRSA pozitív” leletert produkáló betegről tartunk? A potenciális fertőző forrásoktól miért nem? Az egészségügyi dolgozó, miért nem tekinti saját magát kockázati tényezőnek? Persze, aki maximálisan betartja a higiénés előírásokat annak nem szól a kérdésem, de hányan vannak ilyenek?

Kíváncsivá tett, mi lakik az egyszeri nővér/orvos ruháján és kezén? Mit hoz be az osztályra a látogató és a tudásvágytól égő orvostanhallgató a villamosról, az utca kövéről vagy a mozgó lépcső kapaszkodójáról? S vajon ki lebzsel a kórterem kilincsén? Mit hallanak a fonendoszkóp lakói?

Előadásomban ezekre a kérdésekre keresem a válaszokat, természetesen bizonyítékokkal alátámasztva.

BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu
E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY
Adress of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu
E-mail: huderm@bor.sote.hu

A SZERZŐK NÉVSORA / AUTHORS INDEX

A, Á

Ádám Éva 181
Almádi Tamás 185
Altmayer Anita 176
Asbóth Dorottya 175

B

Bacsa Sarolta 180
Bacsó István Sándorné 196
Bagdi Enikő 172
Baí Péter 178, 184
Balatoni Tímea 173, 185
Bálint Ágnes 183
Baló-Banga Mátyás 172, 183
Baltás Eszter 172, 183
Bánhegyi Dénes 186
Bánvölgyi András 177, 180,
181, 191
Barbai Tamás 180
Barkai László 187
Bata-Csörgő Zsuzsanna 169,
178, 180, 182, 183
Bátor György 188
Battyáni Zita 169, 171, 187,
188, 189
Bebes Attila 178, 181, 182
Belső Nóra 178
Bencés Ilona 185, 196
Bende Balázs 178
Bikszádi Ilona 187
Bíró Tamás 178
Bodnár Edina 176, 177, 187
Bodolay Edit 187
Bolla Beáta Szilvia 179
Borbola Kinga 173, 189, 190
Boros Gábor 181, 182, 193,
194
Bócs Katalin 190

C, Cs

Czirbesz Kata 189
Csabai Márta 192
Csóka Mónika 174
Csoma Zsanett 183, 184, 191,
195
Csomor Judit 174, 193
Csordás Anikó 189
Csősz Judit 185

D

Dalmády Szandra 168
Daróczy Judit 172, 188
Dezső Balázs 181
Dohán Judit 186
Domján Gyula 188
Dózsa Anikó 181, 186
Duray Éva 169

E

Egyházi Zsolt 187, 188
Együd Katalin 170, 186
Emri Eszter 181, 182, 193, 194
Emri Gabriella 167, 181, 182,
193, 194
Erdei Irén 196
Erdei Lilla 179
Erős Nóra 193

F

Fábos Beáta 169
Farkas Balázs 179
Farkas Katalin 184, 185
Fazekas Barbara 181
Fejős Zsuzsanna 180
Fekecs Tamás 171, 192
Ferencz Andrea 192
Fogarasy Anita 174

G, Gy

Gadó Klára 188
Garaczi Edina 169
Gáspár Krisztián 177
Gergely Brigitta 192
Gesztli Franciska 173
Gonda Géza 186
Gorka Eszter 173, 185, 189,
190
Göblös Anikó 180
Görög Anna 192
Gulyás Mária 186
Gyimesi Edit 169
Gyomlai Győző 175
Gyömörei Csaba 184, 188,
193
Gyöngyösi Nóra 177, 180, 181
Gyöngyössy Orsolya 172
Győriné Becze Ildikó 170
Gyulai Rolland 168, 172, 183

H

Halmy Klára 183
Haluszka Dóra 177, 180, 181
Hambalkó Szabolcs 178
Hanyecz Anita 189
Harangi Ferenc 174
Hársing Judit 174, 175, 186,
191, 192, 193
Herczegfalvi Ágnes 188
Herédi Emese 187
Hidvégi Bernadett 186, 191,
193
Hiromi Muramatsu 182, 194
Hodosi Katalin 169
Holló Péter 168, 175, 186,
191, 193
Horkay Irén 182, 194
Horst van der Gijsbertus 182,
194
Huszanyik István 187

I

Ignáth Györgyi 195
Irinyi Beatrix 169, 176, 177,
195
Iványi János 193

J

Jókai Hajnalka 168, 193
Juhász Ágnes 183
Juhász Edina 190
Juhász István 167, 178, 181

K

Kádár Zsolt 171
Kálmán Endre 188
Karácsony Erzsébet 188
Karikó Katalin 182, 194
Károlyi Zsuzsanna 168, 184,
186
Kárpáti Sarolta 168, 170, 175,
177, 179, 180, 181, 183,
186, 191, 192, 193, 196
Kassay Erzsébet 174, 175
Kemény Lajos 168, 169, 172,
177, 178, 179, 180, 181,
182, 183, 184, 185, 191, 192
Kinyó Ágnes 183, 184
Kisely Mihály 188
Kiss Borbála 178, 184
Kiss Irén 195
Kiss Mária 168
Kiszely Péter 184
Kocsis Ádám 178
Kocsis Lajos 172, 185, 190,
192
Koller Ágnes Hanna 189
Kolonics Attila 177
Kontár Orsolya 193
Kormos Bernadett 178
Korom Irma 183
Kószó Ildikó 196
Kosztolányi Gábor 192
Kovács Erika 175
Kovács Fruzsina 168, 173,
185
Kovács L. András 171, 188
Kovács László 168
Kovács Péter 189
Kovács Tibor 186
Kőbányai Rita 174
Költő András 175
Kőműves Zsuzsanna 176
Krenács László 172
Kui Róbert 178
Kunos Csaba 192
Kuzmanovszki Daniella 191,
192

L

Liszokay Gabriella 173, 185,
189, 190
Lócsei Zoltán 188
Lőrincz Kende 177, 180, 183
Lőrinczy Dénes 192
Lukács Andrea 191
Lukács Péter 184

M

Majoros Tibor 184
Mari Béla 192
Marjas László 184
Marschalkó Márta 179, 186,
193
Máté Borbála 169
Matolcsy András 193
Ménesi Eszter 172
Meszes Angéla 186, 191, 195
Mihalik Noémi 179, 186
Mihály Ilona 174
Miklós Marianna 196
Miko Edit 181, 182, 193, 194
Minik Károly 187
Mócsai Gábor 177, 181, 193
Moezzi Mehdi 189, 192
Molnár Ildikó 194
Molnár Krisztián 171

N, Ny

Nagy Éva 188
Nagy Ferenc 181
Nagy Gabriella 168
Nagy Georgina 177, 181, 193
Nagy Lajos 188
Nagy László 181
Nagy Nikoletta 184, 185
Nemes Edina 183
Nemes-Nikodém Éva 179
Németh Ilona 169, 191
Németh István Balázs 182,
183
Noll Judit 174
Nyirő Ilona 188

O, Ó

Ócsai Henriette 172, 183
Oláh Attila 178
Oláh Judit 172, 183
Oroján Iván 169, 185, 190,
192
Orvos Hajnalka 191
Ostorházi Eszter 170, 179, 186

- P**
Pánczél Gitta 183, 189, 190
Papp Ferenc 184
Paragh Lilla 187
Paschali Ekaterine 184
Plotár Vanda 173
Polman Erzsébet 184, 193
Polyánka Hilda 181
Pónyai Györgyi 169
Pónyai Katinka 179
Poór Adrienn 175, 191
Poroszkai Mária 188
Posta Edit 179
Posta János 186
- R**
Rajan Neil 184
Rásó Erzsébet 180
Remenár Éva 190
Remenyik Éva 169, 171, 176,
177, 178, 179, 181, 182,
183, 184, 185, 187, 189,
193, 194, 195
Rizmajer Beáta 195
Rozgonyi Ferenc 170, 179
Rózsa Annamária 188
Rózsa Dávid 181, 193
Rozsos István 171
- S, Sz**
Sámson Zoltán 188
Sándor Noémi Katalin 187
Sánta Csilla 191, 195
Scharffetter-Kochanek Karin
180, 181
Schmidt Emese 189
Serester Orsolya 173
Siklós Krisztina 175
Silló Pálma 192
Solymosi Ágnes 174
Somlai Beáta 191, 196
Somogyi Tihamér 190
Sótér Szabolcs 188
Szabó Csanád 192
Szabó Éva 177
Szabó Kornélia 177, 179
Szabó-Papp Judit 178
Szakonyi József 170, 196
Szakos Erzsébet 170, 187
Szalai Klára 168, 196
Szalai Zsuzsanna 173, 174,
175
Szász Orsolya 171, 188, 189
Szegedi Andrea 169, 171,
176, 177, 178, 184, 187, 189,
195
Széll Márta 180, 181, 182,
184, 185
Széllné Andóczy-Balog
Mónika 196
Szenes Éva 187
Szepesi Ágota 193
Szipőcs Róbert 177
- Szlanyinka Istvánné 196
Szolnoky Győző 185
Szondy Györgyi 170
Szontágh Sz. Endréné 170
Sztoták Judit 186
Szödényi Annamária 178, 184
Szűcs Ágnes 195
- T**
Tábori Bettina 179
Tahin Balázs 193
Talmaci Nóra 196
Tálosi Gyula 191
Tamási Béla 175, 186, 191
Tamási Katalin 170
Tax Gábor 177, 179, 181
Telegdy Enikő 184, 188, 193
194
Telek János 193
Telkes Márta 172
Temesvári Erzsébet 167, 169,
191
Tímár József 180
Tóth Béla 179, 186
Tóth Csaba 184, 188, 193
Tóth Erika 173
Tóth Szilvia 188
Törő Klára 170
Töröcsik Dániel 179, 183
Török László 172, 185, 190
Trethon András 174
Tubak Vilmos 182
- U**
Urbán Edit 177, 179
- V, W**
Vajda Adrienne 172, 183, 189
Vályi Péter 184
Vámosi Ildikó 170
Várady Zoltán 171
Varga Dóra 179
Varga Erika 183
Varga János 183
Varga József 186
Várszegi Dalma 168, 171,
188, 189
Vas Krisztina 178, 182
Vasas Judit 191, 195
Veres Imre 187, 189
Veres Klára 183
Veress Gábor 187
Virág László 177, 178
Virágh Zsófia 172, 188
Vizi Jánosné 170
Vörös Elvira 170
Vörös Krisztina 170
Weissman Drew 182, 194
Wikonkál Norbert 177, 180,
181
Wlaschek Meinhard 180, 181
- Z**
Z. Szabó László 188
Zapf István 192

Dr. Kaposi Mór 175 éve született* (1837 – 2012)

To the 175th anniversary of birth of Moriz Kaposi MD (1837 – 2012)

SCHNEIDER IMRE DR.

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar
Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző dr. Kaposi Mór születésének 175-ik évfordulójára emlékezve írja le az ünnepeelt pályafutását, aki Kaposvárott született egy szegény, de művelt zsidó családban. Iskoláit helyben, majd Pozsonyban végezte és itt is érettségizett. A Bécsi egyetem orvoskarán szerzett diplomát és sebész, majd szülész szakvizsgát szerzett. 1861-től kezdve a Hebra professzor által megszervezett bőrgyógyászati klinika munkatársa lett és több dermatozist írt le, köztük az angiosarcoma pigmentosumot (Kaposi). Hebra prof. halála után Kaposi lett a klinika igazgatója. Sokan keresték fel a klinikáját a működése alatt. Valószínűnek tűnik, hogy Kaposi volt az első, aki az AIDS tüneteként írta le a Kaposi sarcomát. Működése nagy hatással volt a dermatológia fejlődésére.



SUMMARY

The author reminds us to the 175th anniversary of the birth of Moriz Kaposi. He was born in Kaposvár in a poor but educated Jewish family. He learned in Kaposvár and in Pozsony, where he had taken his final examination at the grammar school. Kaposi learned the medicine in the medical faculty of the University in Vienna. After graduation he worked as surgeon and obstetrician. From the beginning of year 1861 he was assistant in the Department of Dermatology grounded by Prof. Ferdinand Hebra and described many dermatoses e.g. the angiosarcoma pigmentosum. In 1880 Kaposi became the chairman of the Clinic of Dermatology. It seems probably that Kaposi was the first who described the symptom of AIDS disease. Kaposi's activity influenced the development of dermatology in the future as well.

Kulcsszavak:

**Kaposi Mór - 175 éves születésnap -
angiosarcoma haemorrhagicum**

Key words:

**Moriz Kaposi - 175th anniversary -
angiosarcoma haemorrhagicum**

* Schneider I.: To the hundredth anniversary of the death of Moriz Kaposi (1837-2002)
Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica 49, 501-506 (2002)
cikke alapján kivonatolva

Kaposi Mór a Bécsi egyetem bőrgyógyászati klinikájának igazgatója 175 évvel ezelőtt 1837. október 23-án született. Elsőként írt le több dermatológiai kórképet, amelyeket a mai napig is ezeken a neveken ismerünk: angiosarcoma pigmentosum (1872), lupus erythematosus (systemicus) (1869, 1872), xeroderma pigmentosum (1870), impetigo herpetiformis (1887), stb. (1.). Az ő és apósa – *Ferdinand Hebra* – klinikai tevékenysége meghatározó volt a 19. század második felében, utolsó harmadában Európában, de az akkori civilizált világban is.

Kaposi Mór neve születésekor Kohn Mór volt, aki Kaposvárott született egy egyszerű, szegény, de tanult orthodox zsidó családban. Elemi és részben gimnáziumi tanulmányait szülővárosában végezte. A gimnázium első négy osztályának elvégzése után Pozsonyba ment, ahol az ottani német gimnáziumban tanult tovább és itt is érettségizett. Ezt követően Bécsben beiratkozott az egyetem orvosi karára és 1861 végén orvossá avatják. Néhány évvel később 1866-ban sebész és szülész szakképesítést szerzett. Ez idő alatt *Kaposi Hebra* klinikájára is rendszeresen bejárt.

Kaposi Mór 1861 és 1866 között az Allgemeines Krankenhaus sebészeti osztályán, ill. *Prof. Sigmund* szifilisz klinikáján dolgozott. Ezen a klinikán írta a disszertációját a szifilisz száj-, garat-, orr és garat nyálkahártyájának lokalizációjával kapcsolatban. *Hebrának* 1845-ben jelent meg a bőrbetegségekről szóló könyve (Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründete Einteilung der Hautkrankheiten), amelynek nagy nemzetközi visszhangja volt. A könyv 1860-ban átdolgozva újra megjelent és ehhez *Hebra* és *Kaposi* éjszakákba nyúlóan dolgoztak együtt mivel az új kiadás igényelte a histopatológiai leírásokat; *Kaposi* ugyanis dolgozott az akkor fejlődésnek induló histopatológia területén is. Így ismerte meg *Hebra* közelebbről tanítványát, aki később megkérte tanítómestere leányának kezét (2). *Kaposi* előbb azonban katholizált (3, 4, 5), majd nevét később *Kaposi Mórrá* változtatta; a lupus erythematosussal kapcsolatos első cikke 1869-ben 'Móric Kohn' szerzői néven jelent meg, de később (1872) a betegség entitás terápiájával foglalkozó közleményének szerzője 'Móric Kaposi' volt.

Kaposi Mór apósa – *Hebra* professzor – 1880-ban halt meg és *Kaposi* követte őt a klinika élén. *Kaposi* ekkor 44 éves volt és a *Hebra* oldalán szerzett ismereteknek nagy hasznát vette. Igazgatói működése alatt a 156 közleménye túlnyomórészt az „Archiv für Dermatologie und Syphilis” c. folyóiratban jelent meg. „Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten” c. munkája 1880-ban jelent meg és ebben a bécsi bőrgyógyászati iskola patológiai és terápiás felfogását foglalta össze. Ennek a munkának nagy nemzetközi visszhangja volt és több kiadást ért meg, francia nyelven is kiadták. Ezt követően jelent meg *Kaposi Mór* 1898-1900-ban „Handatlas I-III”-a, amelynek hatalmas tudományos sikere volt.

Számos külföldi látogatta meg *Kaposi* klinikáját és dolgoztak egy ideig ott. Egyik legismertebb tanítványa volt Japánból *Dr. K. Dohi* (1866-1931), aki a távoli országba importálta a nyugati medicinát és megalapította a Japán Dermatológiai Társulatot.

A különböző – többnyire ismeretlen – bőrbetegségek kezelése meglehetősen primitív volt az eszközök, módszerek és tapasztalat hiányában. *Kaposi* lendületet adott ezen a területen és nevéhez kötődik a β -naphtol, vaselin, pyrogallus sav, folyékony szappan alkalmazása a helyi kezelésben (5).

Kaposi kitűnő és szigorú oktató volt, aki a szakirodalmat nyomon követte. Nagy terápiás tudása mellett polyglott személy volt, aki magas szinten beszélt a német, francia, angol és természetesen a magyar nyelvet.

Nemzetközi elismertségét jelzi az, hogy több nemzetközi kongresszus meghívottja volt. Az 1889-ban Párizsban megtartott I. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszuson az alelnökök egyikeként volt ő tartotta a megnyitót. Az 1892-ben Bécsben megtartott II. Nemzetközi Dermatológiai Kongresszusnak az elnöke volt.

Kaposi egyéniségéhez tartozott a kongresszusokon való aktív részvétel és olykor nyers modorú hozzászólással élénkítette a vitakészséget. Briliáns logikája mellett magabiztos volt és többen egocentrizmusának tulajdonították a nevének magyarosítását. Számos osztrák-magyar és nemzetközi bizottsági tagsága mellett udvari tanácsos „Hofrath” kiténtetést kapta és a Párizsi Orvosi Akadémia levelező tagsága mellett a francia Becsületrend tiszt kereszt birtokosa volt (4).

Kaposi ambíciózus és magabiztos klinikus volt. Az újonnan leírt kórkép „xeroderma pigmentosum” mellé írt „mili” jelző jelezte azt, hogy ő az eredeti szerző és nem más. A lupus erythematosus kezelésével (1872) kapcsolatos cikkében *Kaposi* volt az első, aki a kórkép szisztematizációját leírta.

A bőr idiopathiás sarcomája (1872) c. közleménye előtt *Kaposi* tanulmányozta a betegség bőrállapotát és különösen a lefolyását a hat beteg esetében (öt férfibeteg 40 év felett és egy 8-10 év körüli fiúgyermek). A szerző a sarcoma klinikai tüneteit gondosan és figyelmesen tanulmányozta és kezdettől fogva hangsúlyozta, hogy a betegség gyógyíthatatlan és gyorsan halálhoz vezet. A betegek sorsát nyomon követve utalt arra, hogy a fenti betegek közül kettő hamar elhalt és másik három beteg a tünetek kezdete után 12-16 hónappal haltak el. Egy beteget *post mortem* vizsgálat alá vettek. A jellemző tünetek nemcsak a végtagokon, hanem a fejen, törzsön, a garat-, gége-, gyomor-, vékony és vastagbélben is kimutathatók voltak. Egyidőben több daganatot lehetett kórismézni a colonban és a májban is. A máj megnagyobbodott, faszcikulálódott, zsírosan degenerálódott és világos barna színű volt. *Kaposi* megemlítt, hogy a beteg szeszíldzde tulajdonos volt és más egyéb megjegyzést nem tett. Nem kell csodálkozni, hogy *Kaposi* nem utalt a felnőtt betegek szexuális magatartására (6). A klinikai képet illetően *Kaposi* állította, hogy a betegség nem egy lokális folyamat, hanem generalizált forma máj áttéttekkel és szisztémás állapottal. A kórképet 1891-ben *Köbner* javaslatára *Kaposi* nevééről nevezték el.

A *Kaposi* szindróma ritka kórkép volt és 1950-es évek közepéig mintegy 500 beteg esetében kórismézték. Később kiderült, hogy a kórkép gyakori Afrika egyenlítői régiójában.

Az 1980-as évek elején jelentek meg közlemények az immunszuppressziós betegeknek előforduló Kaposi sarcoma fellépéséről. A patogének vizsgálata során az AIDS került előtérbe. A tünetek elsősorban a homo/bisexuális férfiaknál, szabados életet élőknek és drogot fogyasztóknál jelennek meg. Tekintettel arra, hogy a Kaposi sarcoma tünetei az AIDS betegek némelyikében többnyire megfelel azoknak, amelyeket *Kaposi Mór* írt le, felmerül a lehetőség, hogy valószínűleg ő volt az, aki elsőként írta le az AIDS tüneteit (7). Ma már tudjuk, hogy a kórokozó a Kaposi sarcoma-asszociált Herpes Virus (KSHV), vagy a human Herpes Virus-8 (HHV-8) (8, 9).

Kaposi Mór 1900-ban agyvérzést kapott, amelyből gyógyult és tovább dolgozott. A következő évben egy súlyosabb stroke-t kapott, amelyből nem tudott teljesen felépülni és a lehetőségek határán belül dolgozott, de 1902. március 6-án meghalt.

Hosszú, szorgalmas, tevékeny és produktív életpálya záródott le, amely rengeteg ösztönzést, ihletet adott az orvostudomány és a dermatológia fejlődéséhez. Neve, munkásságának hatása ma is él.

Szülvárosa, Kaposvár emléket állított neves fiának azzal, hogy a megyei kórházat Kaposi Mórról nevezte el. Az intézmény udvarán 1992. október 23-án nemzetközi előadókkal szervezett ünnepség keretében leplezték le a Kaposi Mórra emlékeztető kőből készült emlékművet (10, 11).

Emlékezzünk kegyelettel Kaposi Móra születésének 175-ik fordulóján.

1. *Holubar K.*: L'esprit de la Fin de Siècle. Chapter III. pp. 53-64. In: *Holubar K., Schmidt K., Wolff K.*: Challenge Dermatology. Vienna 1841-1992. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Vienna 1993.
2. *Ober W. B.*: The Man and the Sarcoma. In: *Gottlieb G.I., Ackermann A.B.*: Kaposi's Sarcoma: a Text and Atlas. Pp. 9-22, 1988. Lea & Febiger, Philadelphia.
3. *Holubar K., Frankl J.*: Moriz (Kohn) Kaposi. *Am. J. Dermatopathol.* (1981) 3, 349-354.
4. *Holubar K., Fatovic-Ferenčič S.*: 1902-2002: A hundred years later. Moriz Kaposi 1837-1902: a historical reappraisal. *Wien Klin Wschr.* (2001) 113, 885-893.
5. *Zantinga A. R., Coppes M. J.*: Moriz Kaposi (1837-1902): Great Master of the Viennese School of Dermatology. *Med. Pediatr. Oncol.* (1996) 27, 128-131.
6. *Crissey J. T., Parish L. C.*: The dermatology and syphilology of the Nineteenth Century. Praeger, New York (1981) pp. 257-266.
7. *Breimer L.*: Did Moriz Kaposi describe AIDS in 1872? *Clin. Med.* (1984) 19, 156-158.
8. *Chang Y., Caserman E., Pessin M. S. et al.*: Identification of herpesvirus-like DNA-sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* (1994) 266, 1865-1869.
9. *Gyulai R., Kemény L., Kiss M. et al.*: Herpesvirus-like DNA sequence in angiosarcoma in a patient without HIV infection. *N. Engl. J. Med.* (1996) 334, 540-541.
10. *Holubar K., Maleville J., Simon N.*: Commemoration to Mór Kaposi in Kaposvár. *Orv. Hetil.* (1993) 134, 1875-1878.
11. *Nagy Gy.*: Szobrot kapott Kaposi Mór a szülővárosában. *Orv. Hetil.* (1988) 129, 2695-2696.

Érkezett: 2012. 10. 25.

Közlésre elfogadva: 2012. 10. 31.

HAZAI HÍREK

Dr. Szegedi Andrea, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinikájának tanszékvezető oktatója, 2012. szeptember 1-jétől egyetemi tanári kinevezésben részesült.

Dr. Marschalkó Márta egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának vezetője 2012. szeptember 1-én professzori kinevezést kapott.

Dr. Holló Péter egyetemi adjunktus, a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika osztályvezetője 2012. július 1-én docensi kinevezést kapott.

Mindhárom kollégának gratulál a Magyar Dermatológiai Társulat vezetősége és a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztősége, valamint a DE OEC Bőrgyógyászati Klinika és a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika dolgozói.

Terápiás lehetőségek pemphigus vulgarisban egy eset kapcsán

Therapeutic options of pemphigus vulgaris, a case report

SZOTÁK JUDIT DR.¹, VERES IMRE DR.¹, SOLTÉSZ PÁL DR.², REMENYIK ÉVA DR.¹

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika¹, Belgyógyászati Intézet III. Belgyógyászati Klinika²

ÖSSZEFOGLALÁS

A pemphigus vulgaris autoimmun hólyagos betegség. Nagy dózisú szteroid és a mellékhatások kialakulásának csökkentése céljából alkalmazott immunszuppresszív terápia mellett általában hatékonyan kezelhető, ritkán azonban előfordulnak recidiváló és terápia rezisztens esetek is. A szerzők egy 50 éves pemphigus vulgarisban szenvedő nőbeteg esetét ismertetik, akinek kórtörténete során a szokásos kezelés mellett plasmapheresis és intravénás immunglobulin is bevezetésre került a nehezen uralható hólyagképződés megakadályozása céljából. Továbbá az eset jól példázza a beteg megfelelő együttműködésének és a terápiahűségének jelentőségét a pemphigus sikeres kezelése során.

Kulcsszavak:
pemphigus vulgaris - szteroid terápia -
plasmapheresis - intravénás
immunglobulin

SUMMARY

Pemphigus vulgaris is an autoimmune bullous disease. It can be effectively treated with high dose corticosteroid and for reduction of its side effects with immunosuppressive therapy, however, a few rare cases of pemphigus vulgaris are recurrent and refractory to the treatment. This paper presents a case of a 50-year-old woman suffering from pemphigus vulgaris. Besides conventional therapy she was also treated with plasmapheresis and intravenous immunoglobulin to prevent uncontrolled blistering. Furthermore, adequate compliance is very important to the successful treatment of pemphigus vulgaris.

Key words:
pemphigus vulgaris - steroid therapy -
plasmapheresis - intravenous
immunoglobulin

A pemphigus csoporthoz számos kórkép tartozik (1, 2), pl. pemphigus foliaceus, paraneoplasias pemphigus (3, 4, 5) gyógyszer indukálta pemphigus (6), pemphigus vegetans (7). A leggyakrabban előforduló forma a pemphigus vulgaris, mely intraepidermális hólyagképződéssel járó autoimmun bullózus bőrbetegség. Hatékony kezelés nélkül a testfelület nagy részére kiterjedve halálhoz vezet. A bőrbioptizás minta rutin hisztopatológiai vizsgálata mellett a direkt- és indirekt immunfluoreszcencia segít a gyors diagnosztikában. Az ELISA lehetővé teszi a keringő ellenanyagok target proteinjének (desmoglein 1 vagy desmoglein 3) meghatározását. Irodalmi adatok szerint alkalmas lehet a terápiás effektus le mérésében és a betegség aktivitás-követésére (8, 9). A pemphigus vulgaris kezelésében mind a mai napig a leghatékonyabb gyógyszer a szisztémás nagy dózisú szteroid (10, 11, 12). Dózisának és így a mellékhatásoknak a csökkentésére elsősorban az azathioprin (13) javasolt, mely mellett a cyclophosphamid (14) a legelterjedtebben használt szer. Az irodalomból ismertek terápia rezisztens és recidivára hajlamos esetek, amikor cyclosporin A (15), micofenolat mofetil (16), plas-

mapheresis (17), intravénás immunglobulin (IVIG) (18, 19), rituximab (20, 21) adjuváns vagy önálló alkalmazásával érhető el tünetmentesség.

A kortikoszteroidok felfedezése óta igen súlyos állapotú pemphigusos beteggel szerencsére alig találkozók a bőrgyógyász, bár ritkán előfordulnak terápia rezisztens esetek is.

Esetismertetés

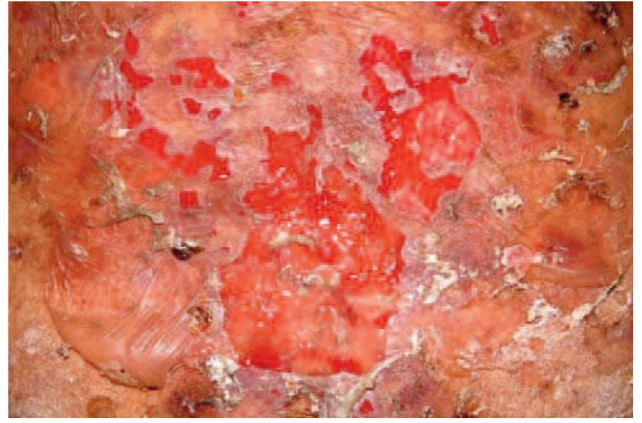
Egy 50 éves nőbeteg hólyagos bőrtünetei 2010 szeptemberében kezdődtek a törzsén, majd testszerte szétterjedtek. Nyfregyházára, a Jósa András Kórház Bőrgyógyászati Osztályára került. Az akkori zárójelentése szerint a törzsön pörkkel fedett eróziók, hyperaemiás papulák, ajkán pörkök, szájnyalvakahártyáján, nyelvén eróziók voltak, a testfelület néhány %-át érintően. Rutin és immunfluoreszcens szövettani vizsgálattal pemphigus vulgaris igazolódott. Hasi UH során epékövet írtak le, a mellkas röntgen negatív volt. Nagy dózisú szteroid, valamint azathioprin mellett az acantholysis megszűnt, az eróziók hámosodásnak indultak, a kezelésre a beteg jól reagált. A beteg és hozzátartozói antiszociális magatartása miatt exmissióra került. Ekkor csaknem tünetmentes volt, azonban távozása után gyógyszereit nem szedte, állapota romlott. Ismét felvételre került, a szteroid és az azathioprin újraindult, azonban 1 hetes kezelést követően a beteg saját felelősségére távozott az osztályról. 2010 decemberében a DEOEC Bőrgyógyászati Klinikán jelentkezett. Ekkor a cahexias nőbeteg testfelületét-



1. ábra

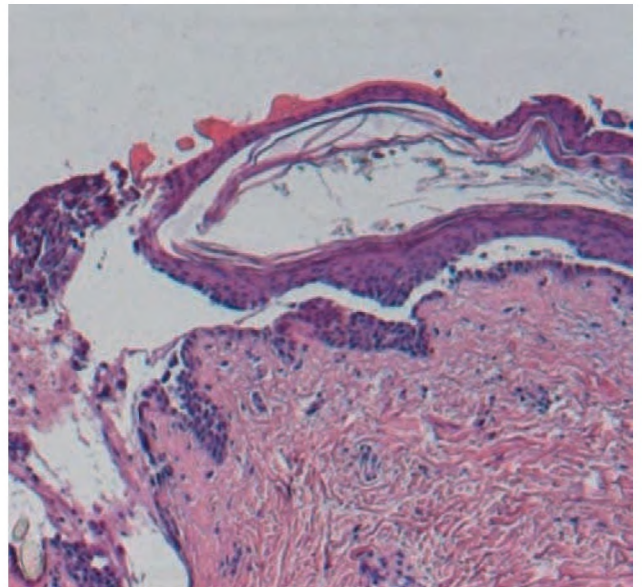
A ráarakódott kenőcsmaradványoktól és pörköktől részben megtisztított bőr a felvételi állapotot, a folyamat kiterjedését mutatja

nek kb. 70%-a denudált, vagy vaskos pörkkel, externa maradványoktól fedett volt (1. ábra) helyenként petyhüdt falú, csüngő hólyagokkal (2. ábra), a szájnyálkahártya erodált (3. ábra), garat érintettséggel. Direkt IF intercelluláris pozitívítást (4. ábra), indirekt 1:10-es hígításban hasonló gyenge pozitívítást mutatott, a hematoxinil-eozin festés acantholysisit, intraepidermális hólyagképződést ábrázolt (5. ábra). A kezdetben indított 3 mg/tskg i.v. methylprednisolon és 2,5mg/tskg azathioprin az antiszeptikus és hámosító lokális kezelés ellenére az



3. ábra

Petyhüdt falú hólyagok testszerte



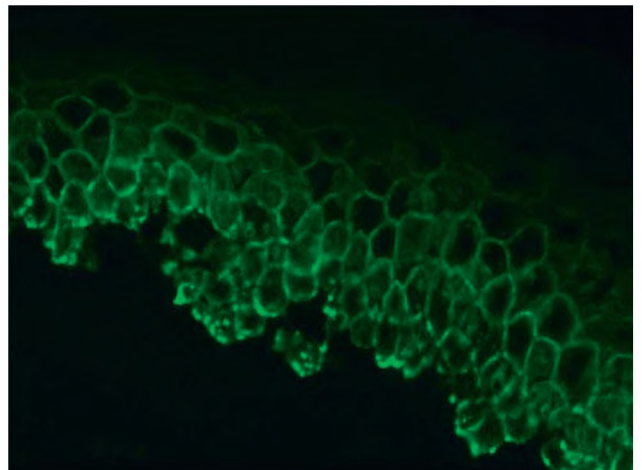
4. ábra

Intraepidermális hasadékképződés. Az anyag nagy része hámfosztott, egy soros keratinocita réteg látható a dermis felett, 1-2 acantholithicus sejt HE, 5x



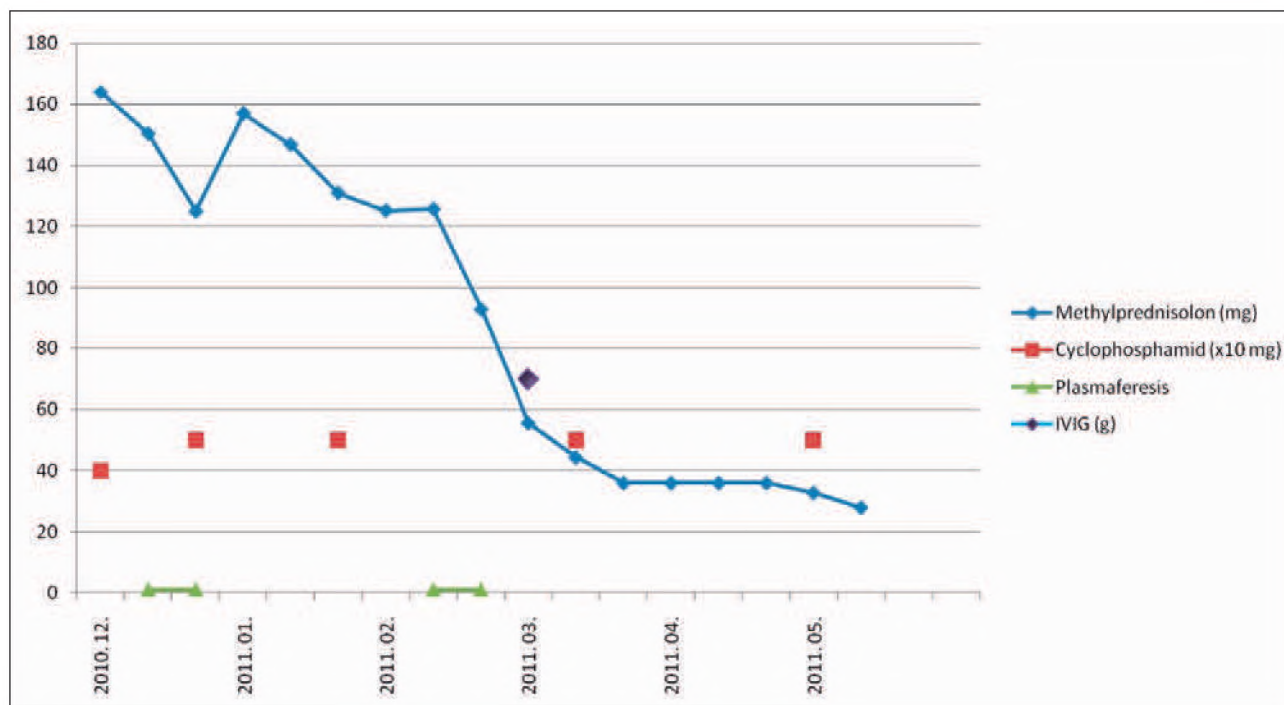
2. ábra

Kiterjedt szájnyálkahártya tünetek



5. ábra

IgG ellenes immunsavóval végzett immunhisztokémia, suprabasalisán lépcséméyszerű rajzolat ábrázolódik IF, 10x



6. ábra
Terápia

acantholysis nem szűnt meg, a bőrén újabb vesiculák-bullák folyamatosan jelentkeztek. A steroid dózis emelése (4 mg/tskg) és i.v. 10 mg/tskg cyclophosphamid ellenére folyamatosan jelentkeztek újabb hólyagok. 2011 december végén bal alsó végtagi duzzanata háttérben v. fem. superf. és a v. poplitea thrombosis igazolódott, terápiás dózisu LMWH indult. A rossz terápiás válasz, a beteg cahexiás volta, a thrombosis kialakulása a paraneoplasias pemphigus lehetőségét is felvetette. Non-invzív tumorkutatás során hasi UH készült, ismét cholelithiasist véleményeztek, a mellkas röntgen és a nőgyógyászati vizsgálat negatív volt. A paraneoplasias pemphigus egyértelműbb diagnózisának felállításában a Western blot technika alkalmazható, mely során a desmoglein 1 és 3 mellett előforduló egyéb anti-plakin antitestek jelenléte miatt a „létra”jelenség figyelhető meg.

A klinikai javulás nem kielégítő volta miatt plasmapheresis történt (6 alkalommal, 40 ml/tskg dózisban), mely után a hámosodás gyorsabb ütemű volt, de újabb hólyagokat folyamatosan észleltünk, számos pustulosus volt. Ebből és a kanül végéből MRSA tenyésztett ki, vancomycin indult (2x800 mg). OGYI engedélyeztetést követően 70 g IVIG-et kapott panaszmentesen.

Állapota javult, a steroidot csökkentettük, a cyclophosphamid infúziókat 6 hetente ismételtük. 2011 márciusában a bal alsó végtagon ismét hólyagok jelentek meg, melyek azonban hyperaemiás alapúak, csoportosak voltak és dermatomának megfelelően alakultak ki. Az immunuszupprimált betegen herpes zoster zajlott. Antivirális szer (acylovir 5x800 mg/die 10 napon át) mellett a hólyagok beszáradtak, necrosis nem alakult ki, a herpes infekció jelentősebb fájdalom nélkül szövődménymentesen gyógyult. A beteget 2011 március végén exmitáltuk hámosodott eróziókkal, jó általános állapotban. Az előre megbeszélte kontrollon nem jelent meg, így a tervezettnél később, 2011 májusában kapta meg a következő cyclophosphamid infúziót (6. ábra). Ekkor a bőrgyógyászati hospitalizációja ideggyógyászati osztályos vizsgálatát követően, a neurológus közbenjárására történt. Ezt követően nem jelentkezett, családorvosán keresztül sem tudtuk elérni.

Megbeszélés

A pemphigus vulgarisban a hólyagképződés háttérben az epidermis integritásában fontos szerepet betöltő desmosomalis proteinek ellen termelődő autoantitesteknek (desmoglein 1 és 3) van patogenetikai szerepe. Hisztológiai

metszetben intraepidermális hólyagképződés, acantholysis jellemző. Immunfluoreszcens vizsgálattal IgG-vel szuprabazális lépesmészzerű rajzolat ábrázolódik. A klinikai képre a petyhüdt falú hólyag jellegzetes, mely az ép terület felé eltolható, vándoroltatható, a hólyagfedél könnyen lesodródik, a közeli ép bőr is letörölhető (Nikolszkij tünet) eróziókat, pörköket hagyva hátra.

Kezelés nélkül a hólyagképződés nagy bőrfelületet érint és a barrier-funkcióvesztés (folyadék-elektrolit egyensúly felborulása, infekció) miatt életveszélyes állapot alakul ki. Ma a hatékony kezelés birtokában is az átlagos mortalitás 6% körüli, leggyakrabban szepszis miatt veszítjük el a betegeket (22, 23).

Az utóbbi évtizedekben a konvencionális terápia első sorban a nagy dózisú, hosszú ideig adott kortikosteroid egyéb immunuszuppresszív szerekekkel kombinálva (24). Van olyan közlemény, mely a steroid lökésterápia össz-steroidspóroló hatását írja le (25), ugyanakkor mások nem tudták ezt alátámasztani (26). A brit dermatológiai társulat által javasolt guideline, melyet 2003-ban publikáltak, a súlyosságnak megfelelő kezelést javasolja. Enyhe tünetekkel járó esetekben 40-60 mg, súlyosabb esetekben 60-100 mg prednisonolt (27) ajánl. Ha 1 héten belül nincs válasz, a steroid dózist 50-100%-kal növelni kell a remisszió kezdetéig. Mások a magasabb kezdődózisról javasolják csökkenteni a steroidot. A steroidot hónapokig, évekig kell adni. A pontos terápiás idő nincs meghatározva. A betegség súlyosságát, terápiás választ, a recidívákat pontosan előre jelző markerrel nem rendelkezünk. Ha remisszió alakul ki csökkenthetjük a dózist, vagy alternálva adhatjuk a mellékhatások csökkentése érdekében. (28).

A hosszú ideig adott szisztémás steroidnak számos mellékhatása van. Elsősorban a hosszútávú steroid mellékhatás

csökkentése céljából immunszuppresszív szerek bevezetése javasolt. Általában a főleg B-sejtekre hatókat választjuk, de a T-sejtekre specifikusak terápiás eredményéről is vannak adatok. Az immunszuppresszív szerek az autoantitest szint csökkenést eredményezve hatnak (24). A leggyakrabban alkalmazott immunszuppresszív szerek közé tartozik az azathioprin (29) és a cyclophosphamid. A methotrexat, cyclosporine, mycophenolate mofetil (10, 16, 30, 31) és a chlorambucillal (32) kevesebb adat olvasható. Azoknál a pácienseknél, akik a steroidra, ill. az előbb említett immunszuppresszív szerek kombinációjára nem reagálnak, sikeresen alkalmazható IVIG (33). Több közlemény szerint a rituximab, mely egy kiméra monoklonális antitest – a B sejt CD20 antigénhez kötődik – hatásos volt néhány makacs esetben (20, 21, 34, 35, 36, 37). Plasmapheresis, extracorporális photopheresis alkalmazásával is találkozhatunk az irodalomban (38). A betegség ritka volta miatt a terápia evidenciája orális steroid esetén A, egyéb immunszuppresszív terápiák esetén B, ill. C típusú (27). Randomizált klinikai vizsgálat eredményéről csak elvétve lehet olvasni. Az irodalom hangsúlyozza az egyénre szabott terápia szükségességét (39). *Herbst és Bystryn* (23) 40 pemphigus vulgaris beteg vizsgálatát a terápiás választ. Négy típust különböztettek meg: gyorsan reagáló; lassan reagáló; perzisztáló, intermittáló és refrakter.

Schiavo és munkatársai tapasztalatai szerint a napi 2 mg/tskg deflazacort – mely Magyarországon nincs forgalomban – és napi 1,5 mg/tskg dózisban adott azathioprin a leghatásosabb és legbiztonságosabb terápia a legtöbb pemphigus vulgaris betegnél (40).

Esetünkben is a nagy dóziszú, bázisterápiaként alkalmazott steroid mellett az azathioprin adását választották a terápia elején. A kezdeti eredményeket követően a beteg compliance miatt a terápia megszakadt, mely pemphigus vulgaris esetén mindig recidívát és egyre súlyosabb terápiás rezisztenciát okoz. Az újraindított, bár nagyobb dóziszú steroid és azathioprin mellett a betegség progrediált, egyéb terápiás eljárás vált szükségessé. Az azathioprin helyett másik, klinikai tapasztalataink szerint hatékonyabb immunszuppresszív szert: cyclophosphamidot alkalmaztunk a steroid dózisának további emelése mellett, de ez sem hozta meg a kívánt eredményt. A remisszió elérésének reményében a beteg plasmapheresisben részesült. A plasmapheresis olyan eljárás, mely során a vérplazmát szeparálják a vér sejtjes elemeitől. A sejteket visszajuttatják a betegbe, a vérplazmát – mely az autoantitesteket tartalmazza – azonban nem, ezt egyéb folyadékkal helyettesítik. Számos ellenanyagok által mediált kórképben alkalmazzák, így a pemphigus is a javallatok között szerepel (41). A klinikai kép javult, de a steroidot még mindig szokatlanul nagy dózisban (4 mg/tskg) kellett alkalmazni. Ez nem meglepő, mivel tapasztalataink szerint ismételt recidívák esetén egyre nagyobb dóziszú steroiddal érhető el a klinikai javulás.

Azoknál az autoimmun bullózus kórképben szenvedő betegeknek, akiknél a hagyományos terápia hatástalan, vagy súlyos mellékhatásokkal jár; akiknél a nagy dóziszú, hosszútávú szisztémás terápia ellenjavallt; ill. a betegségük rapidan progrediál, nagyon kiterjedt, az irodalom IVIG-t javasol (42). Hatásmechanizmusa pontosan nem ismert.

Az anti-idiotípus ellenanyagok szerepe feltételezhető (43). Esetünkben a kezdeti jó terápiás eredményt követően a beteg részéről nem megfelelő együttműködés miatt többször megszakított kezelésnél a terápiás válasz csökkent. Ezért, valamint a plasmapheresis rebound effektusának kivédése miatt indítottuk el az IVIG kezelést (44), steroidspóroló, remissziót fenntartó hatását is kihasználtuk. Autoimmun betegségeknek az ajánlott dózis 2 g/tskg ciklusonként, bár alacsonyabb dózisok mellett is értek el klinikai javulást. Ezt a dózist 2-5 egyenlő részre osztva egymást követő napokon kell megadni (42). 3-6 hetente ismételhető. Az IVIG kezelés során ritkán alakulnak ki mellékhatások, ezek enyhék és általában rendeződnek: fejfájás, kipirulás, hidegrázás, hányinger, izomfájdalmak, derékfájás, mellkasi fájdalom, hyper-, hypotonia és tachycardia (45, 46). Ezek a tünetek az infúzió bekötése után 30-60 percen belül kialakulnak, a cseppszám csökkentésével, vagy az infúzió átmeneti leállításával rendeződnek, ill. a későbbiekben a premedikáció során alkalmazott antihisztaminokkal vagy intravénás steroidokkal megelőzhető. Súlyos mellékhatásként anaphylaxia alakulhat ki IgA-hiányos betegeknek. Mivel a legtöbb IVIG-készítmény nyomokban tartalmazhat IgA-t, ezért kezelés elindítása előtt az IgA-hiányt ki kell zárni (42). Thromboemboliás szövődményekről is beszámoltak már, melynek kockázata a dózis- és a beadás sebességének csökkentésével minimalizálható (47). Fényérzékenység, fejfájás aszeptikus meningitis is előfordulhat (48, 49), hematológiai eltéréseket és bőrreakciókat (pl. ekcéma, erythema multiforme, csalánkiütés) is írtak le (46). Szív-, és vesebetegeknek különösen óvatosan kell adagolni a folyadék túlterhelés elkerülése érdekében (42, 46). Hátránya a magas ára (kb. 37600 Ft/tskg, 1,97 millió Ft/ciklus) és a pemphigusban off label alkalmazása OGYI engedélyhez kötött.

Az eset jól példázta, hogy egy krónikus betegség kezelésénél a beteg megfelelő compliance és adherenciája elengedhetetlen a sikeres terápiás eredmény eléréséhez. Pemphigus vulgaris esetén ez különösen fontos, hiszen az alapvetően nem terápia rezisztens betegnél is a terápia megszakítása recidívát és a terápia hatékonyságának csökkenését eredményezi. Mivel pontos evidenciákon alapuló terápiás protokollal nem rendelkezünk, a pemphigus kezelése egyéni, nagy tapasztalatot igényel.

IRODALOM

1. *Husz S., Korom I.*: Vesico-bullosus bőrbetegségek diagnózisa, klinikuma és elkülönítő kórimézése. I. Diagnózis. *Bőrgyógy Venerol Szle*, (1994) 70,137-148.
2. *Husz S., Korom I.*: Vesiculo-bullosus bőrbetegségek diagnózisa, klinikuma és elkülönítő kórimézése. II. Hólyagos kórképek. *Bőrgyógy Venerol Szle* (1994) 70, 149-156.
3. *Gergely L., Várócz L., Vadász G. és mtsai.*: Successful treatment of B cell chronic lymphocytic leukemia-associated severe paraneoplastic pemphigus with Cyclosporin A. *Acta Haematol* (2003) 109, 4, 202-205.
4. *Kárpáti S.*: Paraneoplastic pemphigus. *Bőrgyógy Venerol Szle* (1996) 72, 131-137.
5. *Miltényi Z., Tóth J., Gonda A. és mtsai.*: Successful immunomodulatory therapy in castleman disease with paraneoplastic pemphigus vulgaris. *Pathol Oncol Res* (2009) 15, 3, 375-381.

6. Szegedi A., Surányi P., Sziűcs G. és mtsai.: D-Penicillamine-induced pemphigus vulgaris in a patient with scleroderma-rheumatoid arthritis overlap syndrome. *Acta Derm Venereol* (2004) 84, 4, 318-319.
7. Török L., Husz S., Ócsai H. és mtsai.: Pemphigus vegetans presenting as acrodermatitis continua suppurativa. *Eur J Dermatol* (2003) 13, 579-581.
8. Anand V., Khandpur S., Sharma V. K. és mtsai.: Utility of desmoglein ELISA in the clinical correlation and disease monitoring of pemphigus vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. (2011) Oct 8. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04294.x. [Epub ahead of print]
9. Schmidt E., Dähnrich C., Rosemann A. és mtsai.: Novel ELISA systems for antibodies to desmoglein 1 and 3: correlation of disease activity with serum autoantibody levels in individual pemphigus patients. *Exp Dermatol* (2010) 19, 5, 458-63.
10. Bystryn J. C., Steinman N. M.: The adjuvant therapy of pemphigus. An update. *Arch Dermatol* (1996) 132, 203-12.
11. Carson P. J., Hameed A., Ahmed A. R.: Influence of treatment on the clinical course of pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. (1996) 34, 645-52.
12. Chrystomallis F., Dimitriades A., Chaidemenos G. C. és mtsai.: Steroid-pulse therapy in pemphigus vulgaris long term follow-up. *Int J Dermatol* (1995) 34, 438-42.
13. Aberer W., Wolff-Schrenier E. C., Stingl G. és mtsai.: Azathioprine in the treatment of pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* (1987) 16, 527-33.
14. Pasricha J. S., Khaitan B. K., Raman R. S. és mtsai.: Dexamethasone-cyclophosphamide pulse therapy for pemphigus. *Int J Dermatol* (1995) 34, 875-872.
15. Barthelemy H., Frappaz A., Cambazard F. és mtsai.: Treatment of nine cases of cyclosporin. *J Am Acad Dermatol* (1988) 18, 1262-6.
16. Nousari H. C., Sragovich A., Kimyai-Asadi A. és mtsai.: Mycophenolate mofetil in autoimmune and inflammatory skin disorders. *J Am Acad Dermatol* (1999) 40, 265-8.
17. Ruocco V., Astarita C., Pissani M.: Plasmapheresis as an alternative or adjunctive therapy in problem cases of pemphigus. *Dermatol* (1984) 168, 219-23.
18. Ahmed A. R.: Intravenous immunoglobulin therapy in the treatment of patient with pemphigus vulgaris unresponsive to conventional immunosuppressive treatment. *J Am Acad Dermatol* (2001) 45, 679-90.
19. Bewely A. P., Keefe M.: Successful treatment of pemphigus vulgaris by pulsed intravenous immunoglobulin therapy. *Br J Dermatol* (1996) 135, 128-9.
20. Schmidt E., Bröcker E. B., Goebeler M.: Rituximab in treatment-resistant autoimmune blistering skin disorders. *Clin Rev Allergy Immunol* (2008) 34, 56-64.
21. Cooper H.: Treatment of resistant pemphigus vulgaris with an anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab). *Clin Exp Dermatol* (2003) 28, 366-8.
22. Chams-Davatchi C., Valikhani M., Daneshpazhooh M. és mtsai.: Pemphigus: analysis of 1209 cases. *J Dermatol* (2005) 44, 6, 470-6.
23. Herbst A., Bystryn J. C.: Patterns of remission in pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* (2000) 42, 3, 422-7.
24. Ahmed A. R., Dahl M. V.: Consensus statement on the use of intravenous immunoglobulin therapy in the treatment of autoimmune mucocutaneous blistering diseases. *Arch Dermatol* (2003) 139, 1051-9.
25. Rose E., Wever S., Zilliken D. és mtsai.: Intravenous dexamethasone-cyclophosphamide pulse therapy in comparison with oral methylprednisolone-azathioprine therapy in patients with pemphigus: results of a multicenter prospectively randomized study. *J Dtsch Dermatol Ges* (2005) 3, 3, 200-6.
26. Mentink L. F., Mackenzie M. W., Toth G. G. és mtsai.: Randomized controlled trial of adjuvant oral dexamethasone pulse therapy in pemphigus vulgaris: PEMPULS trial. *Arch Dermatol* (2006) 142, 5, 570-6.
27. Harman K. E., Albert S., Black M. M.: Guidelines for the management pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* (2003) 149, 926-37.
28. Mimouni D., Nousari C. H., Cummins D. L. és mtsai.: Differences and similarities among expert opinions on the diagnosis and treatment of pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* (2003) 49, 1059-62.
29. Dobránszky I., Erdei I., Horkay I. és mtsai.: Pemphigus vulgaris sikeres kezelése Intraglobin F, szteroid és Imuran kombinációval. *Bőrgyógy Venerol Szle* (1994) 70, 125-127.
30. Kazlow Stern D., Tripp J. M., Ho V. C. és mtsai.: The use of systemic immune moderators in dermatology: an update. *Dermatol Clin* (2005) 23, 259-300.
31. Dutz J. P., Ho V. C.: Immunosuppressive agents in dermatology. An update. *Dermatol Clin* (1998) 16, 235-51.
32. Shah N., Green A. R., Elgart G. W. és mtsai.: The use of chlorambucil with prednisone in the treatment of pemphigus. *J Am Acad Dermatol* (2000) 42, 85-8.
33. Arnold D. F., Burton J., Shine B. és mtsai.: An 'n-of-1' placebo-controlled crossover trial of intravenous immunoglobulin as adjuvant therapy in refractory pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol* (2009) 160, 1098-1102.
34. Dupuy A.: Treatment of refractory pemphigus vulgaris with rituximab (anti-CD20 monoclonal antibody). *Arch Dermatol* (2004) 140, 91-6.
35. Ahmed A. R., Spigelman Z., Cavacini L. A. és mtsai.: Treatment of pemphigus vulgaris with rituximab and intravenous immunoglobulin. *N Engl J Med* (2006) 355, 17, 1772-9.
36. Morrison L. H.: Therapy of refractory pemphigus vulgaris with monoclonal anti-CD20 antibody (rituximab). *J Am Acad Dermatol* (2004) 51, 5, 817-9.
37. Schmidt E.: Long-standing remission of recalcitrant juvenile pemphigus vulgaris after adjuvant therapy with rituximab. *Br J Dermatol* (2005) 153, 2, 449-51.
38. Ruocco E., Baroni A., Wolf R. és mtsai.: Life-threatening bullous dermatoses: pemphigus vulgaris. *Clinic Dermatol* (2005) 23, 223-6.
39. Mutasim D. F.: Autoimmune bullous dermatoses in the elderly: an update on pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. (2010) 27, 1, 1-19.
40. Lo Schiavo A., Puca R. V., Ruocco V. és mtsai.: Adjuvant drugs in autoimmune bullous diseases, efficacy versus safety: Facts and controversies. *Clinic Dermatol* (2010) 28, 337-343.
41. Perez O. A., Patton T.: Novel therapies for pemphigus vulgaris: an overview. *Drugs Aging* (2009) 26, 10, 833-46.
42. Ahmed A. R., Dahl M. V.: Consensus statement on the use of intravenous immunoglobulin therapy in the treatment of autoimmune mucocutaneous blistering diseases. *Arch Dermatol* (2003) 139, 1051-9.
43. Mimouni D., Blank M., Ashkenazi L. és mtsai.: Protective effect of intravenous immunoglobulin (IVIg) in an experimental model of pemphigus vulgaris *Clin Exp Immunol*. (2005) 142, 3, 426-432.
44. Aoyama Y., Nagasawa C., Nagai M. és mtsai.: Severe pemphigus vulgaris: successful combination therapy of plasmapheresis followed by intravenous high-dose immunoglobulin to prevent rebound increase in pathogenic IgG. *Eur J Dermatol* (2008) 18, 5, 557-60.
45. Jolles S., Hughes J., Whittaker S.: Dermatological uses of highdose intravenous immunoglobulin. *Arch Dermatol* (1998) 134, 80-6.
46. Wittstock M., Benecke R., Zettl U.K.: Therapy with intravenous immunoglobulins: complications and side-effects. *Eur Neurol* (2003) 50, 72-5.
47. Katz K. A., Hivnor C. M., Geist D. E. és mtsai.: Stroke and deep venous thrombosis complicating intravenous immunoglobulin infusions. *Arch Dermatol* (2003) 139, 991-3.
48. Jolles S., Sewell W. A., Leighton C.: Drug-induced aseptic meningitis: diagnosis and management. *Drug Saf* (2000) 22, 215-26.
49. Nettis E., Calogiuri G., Colanardi M. C. és mtsai.: Drug-induced aseptic meningitis. *Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord* (2003) 3, 143-9.

Érkezett: 2012. 08. 09.

Közlésre elfogadva: 2012. 09. 30.

Az ustekinumab kezelés 5 éves hatásossági és biztonságossági eredményei közepesen súlyos és súlyos plakkos típusú psoriasisban*

5 years efficacy and safety data of ustekinumab treatment in moderate to severe plaque psoriasis

KÁROLYI ZSUZSÁNNÁ DR.

Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászati Osztály

A psoriasis T-sejt mediált autoimmun, gyulladásozó bőrbetegség, melynek becsült prevalenciája az európai népesség körében 2-3%. Pathogenesise komplex, kialakulásában a veleszületett és szerzett immunrendszer közti interakciók, valamint genetikai és környezeti tényezők játszanak szerepet.

A bőrtünetek mellett, a szisztémás gyulladásozó folyamatok számos co-morbiditás kialakulását segítik elő, a betegek 25-40%-nál ízületi érintettség alakul ki, magasabb a cardiovascularis megbetegedések, metabolikus szindróma, Crohn betegség és depresszió előfordulása. A pikkelysömör nagymértékben rontja a betegek életminőségét, a súlyos, nagy testfelszínre kiterjedő bőrfolyamat a munkaképesség elvesztésével, szociális izolációval járhat (1).

A psoriasis súlyosságát a Psoriasis Area and Severity Index (PASI)- score mellett az érintett testfelszín (enyhe <5%, mérsékelt súlyos 5-10%, súlyos >10%) nagyságával mérik.

A súlyos, a testfelszín több mint 10%-ára kiterjedő krónikus bőrfolyamat fototerápia, vagy szisztémás kezelés (acitretin, methotrexat, cyclosporin) beállítását teszi szükségessé, ezen terápiás modalitások hosszútávú használatát azonban kumulatív szervtoxicitásuk korlátozza.

Az új, biológiai gyógyszerek alkalmazása mai ismereteink szerint nem jár együtt szervkárosodással, mindamellett a hosszútávú, fenntartó kezelés biztonságosságáról és hatásosságáról psoriasisban még kevés adat áll rendelkezésünkre.

Az ustekinumab (Stelara®) human monoclonaris anti-test, mely a human interleukin -12 és -23 közös p40 proteín alegységéhez kötődik nagy affinitással és specificitással, ezáltal megakadályozza kölcsönhatásukat a sejtfelszíni IL12R β -1 receptorral (2). Az interleukin-12 és -23 centrális szerepet játszik a psoriasis pathofiziológiájában, p40 alegysége fokozottan expresszálódik a psoriasisos plakkokban, ezen citokineket blokkoló ustekinumab kiváló terápiás hatékonyságát, kedvező haszon-kockázat profilját több randomizált, összehasonlító-, illetve placebo -

kontrollált klinikai vizsgálatban (ACCEPT, PHOENIX 1, PHOENIX 2) igazolták (2).

A PHOENIX 1 és PHOENIX 2 vizsgálatokban a 45 vagy 90 mg ustekinumabbal kezelt közepesen súlyos és súlyos plakkos típusú psoriasisban szenvedő betegek több mint háromnegyede a 12. hétre elérte a PASI 75 terápiás választ, és ez a terápiás válasz a 12 hetente alkalmazott kezelés mellett tartósan fennmaradt. Az ustekinumabot elhagyó betegek esetében azonban a psoriasis aktivitása fokozatosan visszatért a korábbi szintre, ami azt mutatja, hogy az interleukin-12 és -23 időleges blokádjá nem fordítja vissza véglegesen a psoriasis háttérben álló pathofiziológiai történéseket, a tünetmentesség fenntartása érdekében tartós, fenntartó kezelésre van szükség. Leonard és mtsai 2008-ban a PHOENIX 1 vizsgálat eredményeit publikálták 76 héten át tartó terápia után (3), ebben nem észlelték a nemkívánatos események, súlyos mellékhatások, köztük a súlyos fertőzések, malignus daganatok vagy a cardiovascularis történések gyakoriságának növekedését. A vizsgálat mérete és rövid időtartama alapján azonban az olyan, ritka, nem várt mellékhatások lehetőségét, melyek csak hosszabb expozíció után, illetve nagyobb betegcsoport kezelése során jelentkezhetnek nem tudták biztonságosan kizárni, ezért a vizsgálatot öt évre kiterjedően meghosszabbították.

Az öt évig tartó folyamatos kezelés hatásossági és biztonságossági adatait nagy várakozás után először, Kimball és mtsai ill. Papp és mtsai 2012 júniusában a veronai EADV Spring Symposium-on ill. a kanadai bőrgyógyász társaság éves kongresszusán poszter prezentáció formájában ismertették (4).

Módszer: a vizsgálatba 766 beteget vontak be, akiket placebora, 45 vagy 90 mg ustekinumab terápiára randomizáltak. Az ustekinumabra randomizált betegek az ustekinumabot a 0. a 4. héten és utána 12 hetente kapták. A placebo ágon lévő betegeket a 12. héten 45, vagy 90 mg ustekinumab kezelésre állították át. A biztonságosságot 264 héten át, a klinikai választ 244 héten keresztül értékelték (4).

* szponzorált közlemény

Eredmények: Az ötéves vizsgálatot a 45, illetve 90 mg ustekinumabbal kezelt 753 beteg közül 517 (68,7%) fejezte be. A betegek 31,3%-a szakította meg a kezelést különféle okok miatt (nem kielégítő hatékonyság 4,5%, non-responder 3,7%, nemkívánatos esemény 7,8%, exitus 0,5%, utánkövetés elvesztése 4,4%, egyéb 10,4%). A teljes beteg populációban a PASI 75 és PASI 90 válasz 5 éven át mind a 45, mind a 90 mg ustekinumabbal kezelt csoportban állandó volt: PASI 75 a 244. héten: 63,4%, illetve 72,0%, PASI 90: 39,7%, illetve 49%. A 90 mg-al kezelt betegekénél a klinikai javulás mértéke összességében valamivel jobbnak bizonyult.

A teljes populáció 26%-a a kezelésre részleges választ mutatott, őket a 28. vagy 40. héten nyolc heti dózízásra állították át. A betegeknek ebben az alcsoportjában a klinikai válasz 244 héten át szintén stabilnak mutatkozott, a PASI 75 (45 mg: 57,6%, 90 mg: 55,1%), PASI 90 (45 mg: 27,2%, 90 mg: 27,5%) volt.

A vizsgálat 40. hetében a PASI 75 választ elérő betegeket újra randomizálták, ők 244 héten át 12 hetente fenntartó kezelést kaptak, a klinikai válasz ebben a csoportban is folyamatosan fennmaradt (PASI 75 45mg: 79,1%, 90mg: 80,8%).

Az ötéves vizsgálat során az ustekinumab a tartósan magas hatásosság mellett hosszútávon stabil biztonságossági adatokat is mutatott, a 3104 utánkövetési betegév alatt a súlyos infekciók, malignus daganatok, főbb cardiovascularis események előfordulása mindegyik kezelési csoportban tartósan alacsony volt, nem mutatott növeke-

dési tendenciát a kezelési idő meghosszabbodásával sem. Ezek a közelmúltban publikált új adatok azt bizonyítják, hogy az ustekinumab klinikai hatásossága az 5 éves kezelés során is tartósan, magas szinten fennmarad, anélkül, hogy a hosszantartó expozíció következtében a kumulatív toxicitás növekedne. Figyelemreméltó, hogy az ötéves vizsgálat során a betegek 68,7%-a a kezelésen maradt, ez a terápiahűség visszaigazolja a klinikai vizsgálatok biztató eredményeit.

IRODALOM

1. *Augustin M. et al.*: A framework for improving the quality of care for people with psoriasis. *JEADV* (2012) 26 (Suppl. 4), 1–16
2. *Stelara®* (ustekinumab) alkalmazási előírás, elérhető: http://www.ema.europa.eu/docs/hu_HU/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000958/WC500058513.pdf, hozzáférés: 2012. okt. 1.
3. *Leonardi C. L. et al.*: Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). *Lancet* (2008) 371, 1665–74.
4. *Papp K. et al.*: Long-term Efficacy and Safety of Ustekinumab in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Through 5 Years of Follow-up: Results From the PHOENIX 1 Long-term Extension. CDA 87th Annual Conference, (2012) P9.06.; elérhető: <http://www.dermatology.ca/wp-content/uploads/2012/06/P9.06.pdf>; hozzáférés: 2012. nov. 7.

A dokumentum lezárásának ideje: 2012. november
PHHU/STE/1112/0081 PHHU/STE/0912/0039

Érkezett: 2012. 10. 25.

Közlésre elfogadva: 2012. 11. 05.

KÖNYVISMERTETÉS

Imre Schneider, Ferenc Harangi, Béla Sebők:

CLINICAL AND PATHOLOGICAL ASPECTS OF ATOPIC DERMATITIS

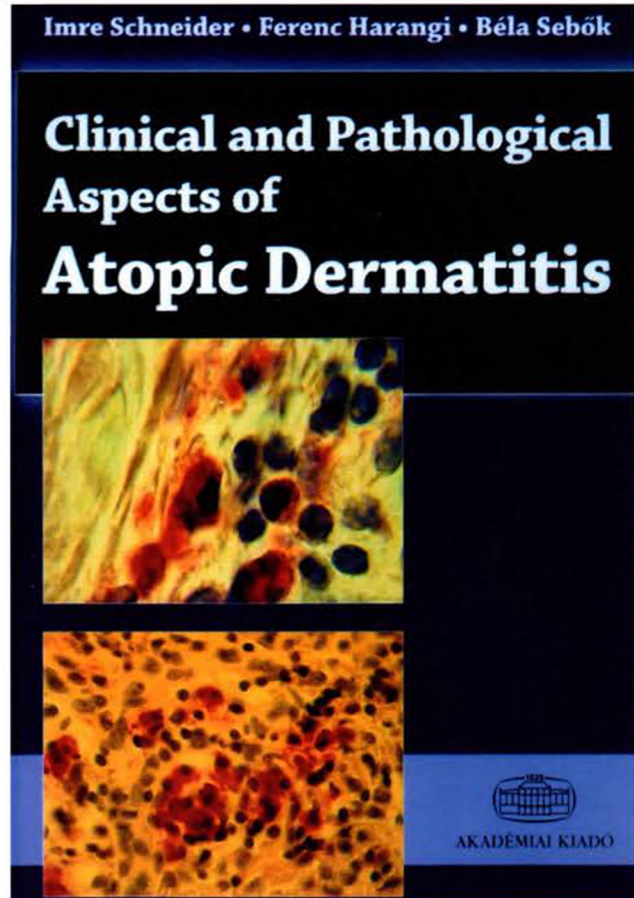
Akadémiai Kiadó 2011
ISBN 978 963 05 9154 6

A szerzők korábbi, nagy sikerű és hiánypótló kiadványként magyar nyelven megjelent, több kiadást is megért *Atópiás dermatitis* című könyvének angol nyelvű fordítását, változatát tarthatja kezében az olvasó.

A atópiás dermatitis (AD) prevalenciájának folyamatos növekedése, a kórkép patofiziológiájában az utóbbi években tett legújabb felismerések, valamint a magyar szerzők széleskörű munkássága és a hazai adatok nemzetközivé tételének igénye is indokolja az angol nyelvű kiadást. A könyv tagolása a korábbi magyar változatot pontosan követi. Három fő részre (klinikum, patológia, terápia), 24 nagyobb és ezeken belül több kisebb alfejezetre tagolódik. Mint legújabb kiadás, az angol nyelvű megjelenés újdonságán kívül tartalmában is gazdagodott. Már a második fejezetben a korábbiaknál részletesebben, tagoltabban elemzi az AD nemzetközi prevalenciáját, különösen a számunkra elsősorban érdekes európai régió adatait. A klinikai tüneteket, a kórkép lefolyását a magyar kiadáshoz hasonlóan jól áttekinthető, színes képanyaggal részletesen tárgyalja. Az epidemiológiai részhez hasonlóan újabb alfejezetekkel bővült az *AD és a bőr válaszkészsége* című fejezet, elsősorban a kontakt és inhalatív allergének iránti érzékenység és AD kapcsolatára vonatkozóan. Az angol kiadás révén új ismeretekkel gazdagodhatunk az atópiás viszketés és immunológiai folyamatok patofiziológiájának tárgykörében és az *IgE és más antitestek* vonatkozásában is.

Az egyes nagyobb fejezeteket részletes és gazdag, a korábbi kiadásokhoz képest bővített és helyenként aktualizált irodalomjegyzék zárja, segítve az adott témakörben történő további tájékozódást. A könyv számos összefoglaló táblázattal, jól áttekinthető, frissített folyamat-ábrákkal és sok színes képpel, igényes, esztétikus kivitelben került kiadásra.

Az atópiás dermatitisről szóló magyar összefoglaló mű angol kiadása hazai és nemzetközi viszonylatban elsősorban bőrgyógyászok, gyermekgyógyászok érdeklődésére tarthat számot de



nagy haszonnal forgathatják házi orvosok, orvostanhallgatók, közöttük immár a téma iránt érdeklődő külföldi diákok is.

Pónyai Györgyi dr.

HAZAI HÍREK

Az Akadémiai Kiadó 2012-ben Nívódíjjal ismerte el *Schneider Imre, Harangi Ferenc, Sebők Béla* angol nyelvű, a leggyakoribb ekcémaformát, az atópiás dermatitist részletesen bemutató kézikönyvét, a *Clinical and pathological aspects of atopic dermatitis* című munkát.

Professzor úrnak és szerzőtársainak gratulál a rangos elismeréshez a Magyar Dermatológiai Társulat vezetősége és a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztősége

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

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 ismeretinek 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 Helsinkii 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 szerkesztőségé, 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 Neve¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemi- és Bőronkológiai Klinika, Budapest, Magyarország¹;
levelezoszerzo.neve@email.hu

- az intézet-, illetve osztályvezető a kéziratot kézírással láttamozza,
- 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, értelem szerűen, pontosan kivenetve. 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 oldal, 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) Apr; 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 ábraalírást 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 (DVD, 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.