

Kenessey Tünde, Remenyik Éva dr.  
**A dermatológiai moulage története**

1. ábra  
 Moulage-ok  
 a DEOEC  
 Bőrgyógyászati  
 Klinika  
 tantermében



3. ábra  
 Moulage - Tylositas, cornu cutaneum



5. ábra  
 Moulage - Morbus Recklinghausen

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

## Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

## 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 Roland 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 Lívía dr.
Várkonyi Viktória dr.	

## TARTALOM

87. évf. 2011. 2. szám

*Keresztessy Tünde, Remenyik Éva dr.:*  
A dermatológiai moulage története ..... 43

*Kovács László András dr., Péter Iván dr., Szász Orsolya dr., Kálmán Endre dr., Pytel Ákos dr.,  
Beöthe Tamás dr., Schneider Imre dr., Battyáni Zita dr.:*  
Penisre lokalizálódó malignus bőrfolyamatok differenciáldiagnosztikája ..... 49

## KAZUISZTIKA

*Kuzmanovszki Daniella dr., Wikonkál Norbert dr., Szigeti Ágnes dr., Kárpáti Sarolta dr.:*  
Coloncanceromával társult dermatomyositis ..... 57

## TERÁPIA

*Szegedi Andrea dr.:*  
Psoriasis kezelése hepatitis C vírussal fertőzött betegeken ..... 61

*Bata Zsuzsanna dr.:*  
Szekvenciális terápia a mometasone furoát+szalicilsav és a mometasone fuoráttal:  
újabb lehetőség a pikkelysömör helyi kezelésében ..... 65

*Remenyik Éva dr.:*  
In memoriam Bégány Ágnes ..... 69

*Kárpáti Sarolta dr.:*  
In memoriam Jean Thivolet ..... 70

Könyvismertetés ..... 71

Kongresszusi naptár ..... 73

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

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## 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

## CONTENTS

Vol. 87. N° 2. 2011.

<i>Tünde Keresztessy, Éva Remenyik:</i> The history of dermatological moulage .....	43
<i>László András Kovács, Iván Péter, Orsolya Szász, Endre Kálmán, Ákos Pytel, Tamás Beöthe, Imre Schneider, Zita Battyáni::</i> Differential diagnosis of malignant skin conditions of the penis .....	49
<b>CASE REPORT</b>	
<i>Daniella Kuzmanovszki, Norbert Wikonkál, Ágnes Szigeti, Sarolta Kárpáti:</i> Dermatomyositis associated to the carcinoma of the olon .....	57
<b>THERAPY</b>	
<i>Andrea Szegedi:</i> Treatment of psoriasis in patient with hepatitis C .....	61
<i>Zsuzsanna Bata:</i> Sequential therapy using mometasone foroate+salicylic acid and mometasone furoate: a novel topical therapy for psoriasis .....	65
<i>Éva Remenyik:</i> In memoriam Ágnes Bégány .....	69
<i>Sarolta Kárpáti:</i> In memoriam Jean Thivolet .....	70
Book Reviews .....	71
Congress calendar .....	73

*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika  
(igazgató: Remenyik Éva dr., egyetemi tanár)*

## A dermatológiai moulage története The history of dermatological moulage

KERESZTESSY TÜNDE\*, REMENYIK ÉVA DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

*A moulage-ok egyes testrészekről, alakokról készített háromdimenziós leképezések, amikkel a 18. század végétől a dermatológiában különböző betegségek bőrtüneteit örökítették meg. Régen dokumentációs és oktatási célokra használták őket, ma orvostörténeti és muzeológiai jelentőségük van, kevés publikációban jelennek meg. Mára a vizuális archivációban a digitális fényképek foglalják el helyüket.*

*A leghíresebb európai moulage-készítő műhely a párizsi Saint Louis kórházban volt, ahol Charles Lailler vezetése alatt Jules Baretta munkái készültek és ahonnan egész Európa megismerhette a moulage-okat. A viaszfigurák készítése nem csak szakmai hozzáértést kívánt meg, hanem a készítő sokszor a szobrászművészet mesterei is voltak egyben. A párizsi gyűjteményt Prof. Dr. Skutta Árpád is tanulmányozta, aki a magyarországi moulage-készítés atyja volt, és a Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinikájának gyűjteményében is főként az ő és szobrász munkatársa alkotásai láthatók.*

**Kulcsszavak:**  
**dermatológiai moulage - moulage-készítés - moulage-gyűjtemény - La Specola - Jules Baretta - Skutta Árpád**

### SUMMARY

*Moulages are mapping of body parts or figures which they used in dermatology from the end of the eighteenth century to immortalize different disease's skin symptoms. Ages ago they used them for documentary and educational purposes, now they have medical historical and museological importance, but they appear rarely in publications. Now digital photography has taken over their place in visual archives.*

*The most famous moulage-making workshop in Europe existed in the Saint Louis Hospital in Paris where under Charles Lailler's leadership Jules Baretta's works were made and from where whole Europe came to know the moulages. Making wax figures required not only professional skills but the manufacturers were often masters of sculptural arts. The collection of Paris was also observed by Árpád Skutta, who was the father of Hungarian moulage-production, and in his collection of the Department of Dermatology of the University of Debrecen his and his sculptor colleague's works can be seen.*

**Key words:**  
**dermatological moulage - moulaging - moulage-collection - La Specola - Jules Baretta - Árpád Skutta**

A moulage szó a francia moulé-ból ered, ami öntést, mintázást jelent (2, 12). A moulage-ok egyes testrészekről, alakokról készített háromdimenziós leképezések, amikkel a dermatológiában a különböző betegségek bőrtüneteit örökítették meg (1, 5). A moulage-okat a 18. század végétől dokumentációs és oktatási célokra használták fel, mivel lehetőséget adtak arra, hogy az orvosok alaposan tanulmányozhassák a korábbi eseteket, így könnyebbé vált a diagnosztikai munkájuk. A korábban használt olajfestmények, diáképek helyét átvették az egyetemeken és múzeumokban a különböző anyagokból, más-más technikával készült moulage-ok, amiknek tökéletesítésére egész művészeti ág épült (11).

### A moulage-ok megjelenéséhez vezető lépések

A szociális és politikai fejlődés, az új megoldások a természetstudományban és filozófiai szemléletben szolgáltat-

ták a 18. sz. végén, 19. sz. elején a döntő impulzust alapvetően új irányba orientálni az orvostudományt. Az ipari fejlődés és az emigráció a városokat csomópontokká tette. Az addig csak kevés rendelkezésre álló kórház nem tudta ellátni az odaáramló gyógyulást keresőket. Új kórházakat kellett építeni, amikben merőben új kórképekkel találkoztak. Az orvosok igyekeztek saját tapasztalataik alapján megmagyarázni a kórképeket, de csak a tömegesen jelentkező megbetegedéseket tudták egymással összehasonlítani. Az etiológiai összefüggéseket keresték, és ez alapján nagyobb kórtani egységeket hoztak létre. Ez a fejlődés ahhoz vezetett, hogy bizonyos betegeket speciális kórházakba tudtak irányítani. Az orvosok új szemléletmódot mutattak be, ami a francia szenzualizmus bevezetője volt. Ez az irányzat az érzékeken keresztüli felismerést hangsúlyozta, ahogy az orvosok számára is legfontosabb az optikai érzékelés volt. A tapasztalatokat csak úgy tudták bemutatni egymásnak és a későbbi generációknak, ha megfelelő minőségű másolatokat készítettek az esetekről (5, 6).

\* VI. éves orvostanhallgató

Az orvosi célokra készített viasz moulage-ok előljárói azok az anatómiai viaszfigurák voltak, amik tömegével készültek a 18-19. században Firenzében (12). Ekkor a fényképezés még gyerekcipőben járt, így a dokumentáláshoz és oktatási célokra szánt moulage-ok készítőinek fontos megrendelői voltak a bőrgyógyászati tanszékek.

A firenzei La Specola Múzeum (4, 5) az első olyan múzeumok között volt, ahol kiállították a viaszfigurákat a közönségnek. A kezdetben csillagászati obszervatóriumként működő épületben 1771-ben II. Leopold múzeumot alapított, ahol a Medici család gyűjteményéből származó természeti érdekességek, úgy mint fossziliák, állatok, ásványok és egzotikus növények mellett tudományos és orvosi műszerek voltak kiállítva. Megnyitásakor és a 19. század elején is ez volt az egyetlen tudományos múzeum, amit a közönség is láthatott. Az 1800-as évek közepén, amikor megkezdődött a különböző diszciplínák szétválása, a zoológiai és anatómiai kiállítás kivételével minden darabot elszállítottak más múzeumokba. Mai formájában Firenzei Természettörténeti Múzeumként működik. Világszerte híres anatómiai viaszfiguráiról, amik rendkívüli pontossággal ábrázolják az emberi testet, illetve zoológiai kiállításáról. A viaszfigurák legértékesebb darabjai Gaetano Zumbo (4) és Clemente Susini munkáiból kerültek ki.

### Az első dermato-venerológiai moulage-készítők

Az első moulage-készítők *Franz Heinrich Martens* (1778-1805), *Joseph Towne* (1806-1879) és *Anton Elfinger* (1821-1864) voltak (2, 3, 7). Kezdetben anatómiai és pathoanatómiai modellezéssel foglalkoztak, később kapcsolatba kerültek a dermato-venerológiai moulage-készítéssel. Munkáik megformázásuk idején nem kerültek ki azokból a városokból ahol készültek (Jena, London, Bécs). Sok művészhez hasonlóan titokban tartották technikájukat, a moulage-készítésben nem voltak tanítványaik, így közvetlenül nem hagytak maguk után tradíciókat.

Franz Heinrich Martens Wismarban született, Lipcsében végezte orvosi tanulmányait. 1804-től Jenában dolgozott. Érdeklődése a szülészet felől egyre inkább a venerológia felé fordult. Kezdetben kétdimenziós illusztrációkat készített, 1804-ben megjelent *Icones Symptomatum Venerei Morbi* nevű atlasza 24 részbe véssett ábrával. Egy hűebb ábrázolásmódot keresve felfedezte a viaszban rejlő lehetőségeket, majd egész kollekción készített női és férfi genitáliák ábrázolásából. Jenai munkája során körülbelül 30 moulage-t készített, amiket halála után az anatómiai múzeumban helyeztek el az ő emlékére. Mára ez a gyűjtemény és a katalógus is megsemmisült. Ezután a németországi moulage-készítés egy fél évszázadra holtpontra jutott.

*Joseph Towne* Cambridge mellett, Roystonban született. Édesapjától tanulta meg hogy kell bánni az agyaggal és a viasszal. 15 évesen elkészítette első orvosi modelljét, egy viasz csontvázat. Apja a csontvázat a cambridge-i Fitzwilliam Múzeumba küldte, ahol az összehasonlítás után a ku-

rátor is bátorította Towne-t hogy Londonban is prezentálja. Az ábrázolás tökéletesítésében segítséget kapott a híres *Astley Cooper* brit sebésztől is, így minden kételye eloszlott a művel kapcsolatban. Munkáját ezüstéremmel jutalmazta a Royal Society of Arts. Cooper segítségével szerződést kapott, és Guy's Hospital orvosi modellkészítőjeként dolgozott a következő 53 évben. Eleinte csak ő készített anatómiai viasz modelleket a kórházban, főként *John Hilton* anatómiai egyetemi előadó és sebész boncolásai alapján. Az első dermatológiai moulage-okat *Thomas Addison* együttműködésével készítette. Az általa megformált dermatológiai és venerológiai moulage-ok száma körülbelül 560 volt, megőrkítve a legkülönbözőbb és sokszor nagyon ritka kórképeket, rendkívül élethű minőségben. Nagy-Britannián belül sosem sikerült egyetlen darabot sem eladnia, főleg észak-amerikai megrendelői voltak, ahol 1850-től egyre több orvosi iskolát alapítottak. Towne munkái az amerikai gyűjtemények alapjául szolgáltak. A pennsylvania-i egyetem anatómia professzora *George B. Wood* volt az első, aki Amerikába vitte a moulage-okat. *Louis A. Duhring* az egyetem első bőrgyógyász professzora, Európában végzett gyakorlata során lenyűgözték a moulage-ok. Saját dermatológiai múzeumot alapított, ami Amerika legnagyobb gyűjteményévé vált. Towne moulage-ait máig őrzik a Guy's Hospital-ban, és használják klinikai demonstrációkon és előadásokon. Továbbá, a Gordon Múzeum máig is őriz ezek közül 750 darabot. *Towne* nem adta át tudását senki másnak, így ő volt az első és egyben utolsó dermatológiai modellkészítő Nagy-Britanniában.

Anton Elfinger Ausztriában született, kezdetben festőnek tanult, de később átiratkozott orvosi karra, amit el is végzett. Az egyetem alatt próbálta ötvözni művészi és orvosi ambícióit. Orvosi és politikai karikatúrákat készített, amiket „Cjt” rövidítéssel írt alá. A rövidítés lehetséges eredete a firenzei anatómiai viaszfigurakészítő *Gaetano* (Cajetan) *Giulio Zumbo* keresztnévéről lehet, aki fontos szerepet játszott a moulage-készítés történetében. Elfinger tanulmányai elvégzése után *Ferdinand von Hebra* bécsi dermatológus mellett dolgozott, aki látva tehetségét, bátorította az orvosi illusztrációk készítésére 1848-tól. Kezdetben egyszerű rajzokat, festményeket készített, majd a bécsi viasz készítői tradíciók hatására moulage-okat is. Munkáiból csak két darab maradt meg, ezeket a bécsi „Patologisch-anatomisches Bundesmuseum”-ban őrzik. Élete során kevésbé értékelték munkáját, anyagilag sem támogatták, mégis sikerült egy pozitív légkört kialakítania, ami által elfogadták a dermatológiai viaszmodellezést Bécsben, megteremtve a későbbi nagy hagyományok alapjait.

### Moulage-készítés elterjedése Európában

A 19. században a bőrtünetekkel járó betegségeket egyre inkább a belső szervektől független, önálló entitásokként kezdték kezelni, ami teret adott a bőrgyógyászat és nemi kórtan önálló szakterületé válásához. Ennek helyszíne a párizsi Saint Louis Hospital volt (5, 8).

*Alphonse Divergie* (1798-1879) alapította a híressé vált kórház moulage múzeumát. *Divergie* 1840 és 1867 között belgyógyászként és bőrgyógyászként dolgozott. 1865-ben röviddel az aktív praktizálásból való távozása előtt hozzáfogott egy régi vágyának megvalósításához, megkezdte a Saint Louis kórház patológiai múzeumának építését. Ennek alapjául azok az akvarell- és olajfestmények szolgáltak, amik a legfontosabb bőrbetegségeket ábrázolták és amiket korábban oktatási célokra használtak. Ezzel, mint személyes tulajdonával járult hozzá a múzeum gyűjteményéhez. Az akkori kórházigazgató *Husson* elfogadta *Divergie* javaslatát és gondoskodott a kiállításnak megfelelő helyiség biztosításáról. Az első moulage-okat *Charles Lailler* a saját gyűjteményből adományozta a múzeumnak. Később ő vette át a múzeum építésének vezetését. *Lailler* azon volt, hogy saját moulage-készítő művészt szerzdtessen a múzeum számára. Egyik sétája alkalmával egy kis párizsi utcán észrevett egy férfit, aki különböző élethű gyümölcsöket formázott minta alapján papírmáséból, és ezekkel kínálta vásárlóit. Ő volt *Jules Baretta*, aki különleges tehetsége miatt 1867-ben a Saint Louis kórház hivatalos moulage-készítője lett. *Baretta Laillers* és más dermatológusok vezetése mellett igazi diagnosztává fejlődött azáltal, hogy elkísérte őket vizitjeiken és részt vett különböző klinikai szemináriumokon. Amikor 1889-ben (6, 8, 11, 12) megtartották az első Nemzetközi Dermatológiai és Venerológiai Kongresszust a Saint Louis kórházban, a résztvevők, látva *Baretta* szifiliszos bőrtünetekről készített moulage-ait, hazatérve egyre többen láttak hozzá saját gyűjteményeik létrehozásához. *Baretta* kórházi működése során több mint 2000 moulage-darabot készített. Ezzel vitathatatlanul hozzájárult a francia bőrgyógyászat presztízséhez, amiért 1889-ben becsületrenddel tüntették ki. A párizsi Molekuláris Farkamakológiai Laboratórium vizsgálatai kimutatták, hogy a *Baretta* által használt anyag méhviasz és egy másik anyag, valószínűleg egy guttaperka nevű növényből kivont anyag keveréke.

Ezután világszerte készültek a moulage-gyűjtemények, például Berlinben közvetlenül a kongresszus után vette kezdetét a moulage-készítés, köszönhetően *Oskar Lassarnak* (1849-1907), a berlini Dermatológiai Társaság megalapítójának és moulage-készítőjének, *Heinrich Kastennek*. A zürichi egyetemen *prof. Bruno Bloch* vezetése alatt *Louise Lotte Volger* munkáiból, Münchenben *Karl Posselt* vezetése alatt *Emil Eduard Hammer* munkáiból, Londonban *Joseph Towne* által készültek moulage-gyűjtemények (9, 12).

### Moulage-készítés Magyarországon

A magyarországi moulage-készítés *prof. Dr. Skutta Árpád* (1901-1961) (10) nevéhez fűződik. Orvosi tanulmányait a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen (1920-1926), majd gyakorlati évét 1927-

ben a debreceni Tisza István Tudományegyetemen végezte. Tanulmányai mellett *Nékám* professzor engedélyével a budapesti Bőr- és Nemikórtani Klinikán laboratóriumi munkát vállalt, ahol szövettanban, szövettenyésztésben, bakteriológiában, mikrobiológiában és mikrofotográfiában képezte ki magát. 1923-ban átvette a moulage-laboratórium vezetését.

Mivel a technikákat külföldön titokban tartották, a magyarországi moulagekészítés nem volt megfelelő minőségű. Önálló kísérletezése során olyan alapanyagot állított össze, amivel új technikájának köszönhetően már jobb minőségű modelleket készített. 1924-ben *Nékám* professzor Párizsba küldte a Saint Louis kórház gyűjteményének összehasonlító tanulmányozására. 1929-ben *Huzella* professzor kérésére elkészítette a debreceni anatómiai intézet számára az emberi test tájbonctani moulage-sorozatát. Ezt a 60 készítményből álló gyűjteményt 1930-ban az amszterdami II. Nemzetközi Anatómiai Kongresszuson kiállították.

1944-től 1950-ig mint megbízott klinikai igazgatóként dolgozott, 1947-től mint klinikai főorvos. Amikor a második világháború hullámai elérték Debrecent, munkahelyén maradván segítette a klinika állagának megőrzésében, az oktató és tudományos tevékenység mielőbbi újrakezdésében. A Debreceni Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinikáján található több mint 500 darabos gyűjtemény 1921 óta őrzi *Skutta Árpád* és *Vincze* nevű szobrásza munkáit. A kollekció legnagyobb része a háborús idők ellenére is kiváló minőségben megmaradt, köszönhetően a jól záródó fából készült vitrineknek, amik megvédték a moulage-okat az idők során lerakódó portól, egyéb szennyeződésektől. Az elsötétíthető előadóterem és folyosó a napfény által okozott fakulás hatását is kiküszöbölte.

A 20-as és 30-as években oktatási célból a moulage-ok helyett egyre inkább színes diapozitíveket használtak, amik olcsóbbak és a bőrelváltozások finomabb részleteinek demonstrálására sokkal alkalmasabbak voltak (1, 2, 3, 4, 5. ábrák).



1. ábra

Moulage-ok a DEOEC Bőrgyógyászati Klinika tantermében



2. ábra  
Moulage - Morbus Darrier



3. ábra  
Moulage - Tylositas, cornu cutaneum



4. ábra  
Moulage - Psoriasis vulgaris

### Moulage-készítés napjainkban

A modern fotográfia és illusztratív média megjelenésével a moulage-ok egyre inkább jelentőségüket veszítették a 20. században. Habár már alig használják dokumentációra és oktatási célokra, ez a művészeti ág mégis



5. ábra

Moulage - Morbus Recklinghausen

visszatérőben van az Egyesült Államokban. Moulage-művészetet tanító iskolák alakultak, és olyan moulage-okat készítenek, amik valóságosan ábrázolnak baleseti, vagy háborús sérüléseket. Ezeket arra használják, hogy katasztrófa-helyzetekre való reakciókat teszteljék az egészségügyi dolgozók, illetve a katonaság körében. Ezenkívül a helyszíneléseken a nyomozómunkát is elősegíti, ha minél valóságosabban ábrázolják az áldozatok sérüléseit.

A moulage-ok hasznát a ma orvosai számára, hogy segítségével nyomon követhetővé válik egyes fertőző betegségek természetes, terápia nélküli lefolyása. Egyes betegségek incidenciája a szociális és politikai körülmények változása miatt sok országban emelkedő tendenciát mutat, így a jövőben ezen kórképek újonnan jelentkezésükkel fontos differenciáldiagnosztikai problémát jelenthetnek. Szerepük lehet abban, hogy az eltűnt kórképek, és különösen előrehaladott stádiumú, kezeletlen betegségek felismerését megkönnyítsék, amellyel pedig az oktatásban is felhasználhatóak a ma már nem látható kórképek demonstrálására. Mindezek mellett fontos művészeti értéket képviselnek és orvostörténeti jelentőségük is van, ezért elengedhetetlen állaguk megőrzése. Ma a DEOEC Bőr-

gyógyászati Klinika moulage-gyűjteménye az Orvos- és Egészségtudományi Centrum Orvostörténeti múzeumának kihelyezett részét képezi.

A berlini Charité Múzeum kezdeményezése a [www.moulagen.de](http://www.moulagen.de) nevű weboldal, mely egy online elérhető adatbázis, amibe egy kérdőív kitöltése által a világ bármely részéről bekerülhetnek a fennmaradt moulage-gyűjtemények. A kezdeményezés célja, hogy összekösse a moulage-okkal foglalkozó kutatókat, művészeket, kurátorokat, hogy a közösségen belül megoszthassák egymással ismereteiket a moulage-okról. Az oldal angol és német nyelven is elérhető. A gyűjteményeken kívül a moulage-okhoz kapcsolódó kiállítások, kutatások és releváns irodalmak jegyzéke is szerepel az oldalon.

## IRODALOM

1. Gilman, S. L.: Diseases in Wax: The History of the Medical Moulage. *BMJ* (1995) 311, 1109.
2. Joshi, R.: Moulages in dermatology-venerology. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* (2010) 76, 434-438.
3. Kästner, I., Hahn S.: Franz Heinrich Martens (1780-1805) und Wilhelm Gottlieb Tilesius (1769-1857) - eine Freundschaft im Zeichen von Medizin und Kunst. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* (1999) Vol. 7 Nr. 1, 231-243.
4. Nesi, G., Santi, R., Taddei, G. L.: Art and teaching of pathological anatomy at the University of Florence since the nineteenth century. *Virchows Arch.* (2009) 455, 15-19.
5. Röhrich H., Plewig G.: Patologisch-anatomische Lehrmodelle in Moulagen. *Der Hautarzt* (1979) 30, 259-263.
6. Schnalke, T.: Moulagen in der Dermatologie. Geschichte und Technik. *Dissertation Marburg* (1986).
7. Schnalke, T.: A brief history of dermatologic moulage in Europe. Part I. The origin. *Int. J. Dermatol.* (1988) 27, 134-139.
8. Schnalke, T.: A brief history of dermatologic moulage in Europe. Part II. Breakthrough and rise. (1992) 31, 134-141.
9. Schnalke, T.: A brief history of dermatologic moulage in Europe: Part III: Prosperity and Decline. *Int J Dermatol.* (1993) 32, 453-463.
10. Simon M.: 100 évvel ezelőtt született Prof. Dr. Skutta Árpád. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle* (2002) 78, 75-77.
11. Sticherling M., Euler U.: Das „Sterben“ der Moulagen Wachsabbildungen in der Dermatologie. *Der Hautarzt* (1999) 50, 674-678.
12. Worm A. M., Hadjivassiliou M., Katsambas A.: The Greek moulages: picture of skin diseases in former times. *JEADV* (2007) 21, 515-519.

Érkezett: 2010. XI. 8.

Közlésre elfogadva: 2010. XI. 15.



**Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika**  
 (igazgató: **Battyáni Zita dr. med. habil., egyetemi docens**)<sup>1</sup>  
**Pathológiai Intézet**  
 (igazgató: **Pajor László dr., egyetemi tanár**)<sup>2</sup>  
**Urológiai Klinika**  
 (igazgató: **Farkas László dr., egyetemi tanár**)<sup>3</sup>

## Penisre lokalizálódó malignus bőrfolyamatok differenciáldiagnosztikája

### Differential diagnosis of malignant skin conditions of the penis

KOVÁCS LÁSZLÓ ANDRÁS DR.<sup>1</sup>, PÉTER IVÁN DR.<sup>1</sup>, SZÁSZ ORSOLYA DR.<sup>1</sup>,  
 KÁLMÁN ENDRE DR.<sup>2</sup>, PYTEL ÁKOS DR.<sup>3</sup>, BEŐTHE TAMÁS DR.<sup>3</sup>,  
 SCHNEIDER IMRE DR.<sup>1</sup>, BATTYÁNI ZITA DR.<sup>1</sup>

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A glans penis és a praeputium betegségeinek differenciáldiagnosztikájában az infekciós eredet mellett allergiás, irritatív, daganatos vagy traumás eredetű, valamint generalizált dermatosisok genitális manifesztációi, ill. bizonyos, a genitoanális régióra specifikus bőrbetegségek jönnek szóba. A szerzők a Pécsi Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika STD ambulanciáján előfordult releváns eseteken keresztül a penis tumorgyanús és malignus lézióinak differenciáldiagnosztikáját taglalják, bemutatva ezen kórképek klinikai és szövettani vonatkozásait.

#### Kulcsszavak:

penis intraepithelialis neoplasiája -  
elszarusodó laphámrák - HPV

#### SUMMARY

In the differential diagnosis of diseases of the glans penis and the prepuce, apart from infections there are numerous other possible causes: allergic, irritative, traumatic, genital manifestations of generalised dermatoses and some skin conditions specific to the genitoanal region. The authors use illustrative cases from the STD outpatient clinic of the University of Pécs Medical School Department of Dermatology, Venereology and Oncodermatology to discuss the differential diagnoses of the penis's pre-malignant and malignant conditions at the same time demonstrating the diseases' clinical and pathological aspects.

#### Key words:

penile intraepithelial neoplasia - squamous  
cell carcinoma - HPV

A genitális régióban viszonylag ritkán alakul ki malignus bőrdaganat. A nem melanoma és melanoma típusú daganatok mellett találkozhatunk Kaposi-sarcomával, extramammaris Paget-kórral, urogenitális és gastrointestinalis tumorkok áttétéivel, továbbá különböző típusú cutan lymphomák genitálián jelentkező tüneteivel is (1. táblázat) (1). A diffe-

penis intraepithelialis neoplasiái (PIN)
elszarusodó laphámrák
verrucosus carcinoma
melanoma malignum
basalsejtes carcinoma
Kaposi-sarcoma
extramammaris Paget-kór
metasztázisok

#### 1. táblázat

A glans penisen és a praeputiumon előforduló malignus tumorkok (Maj. J. és mtsai. 1997 alapján) (15)

renciáldiagnosztikában rákelőző állapotok, jóindulatú daganatok, nemi úton terjedő megbetegedések is szóba jönnek. A daganatok ritkán valamilyen bőrbetegség talaján alakulnak ki. Keletkezésüket bizonyos esetekben humán papilloma vírus (HPV) fertőzés előzi meg. Az alábbiakban néhány, a Pécsi Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika STD ambulanciáján előfordult, penisre lokalizálódó malignus, ill. tumorgyanús esetet ismertetnek a szerzők.

#### Esetismertetés

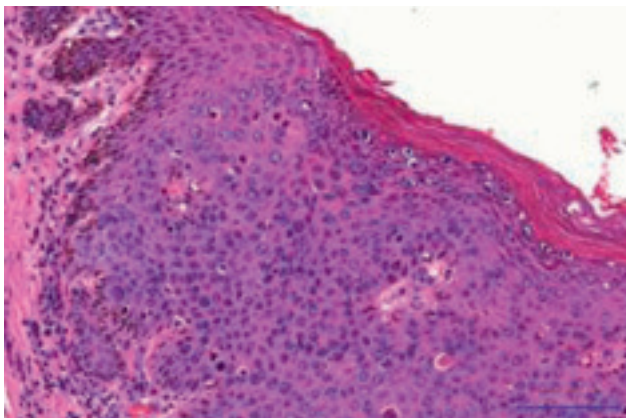
1. beteg: Az 55 éves beteg 2003 novemberében jelentkezett klinikánkon 10 éve perzisztáló, növekvő, lokális antimikotikus, dezinficiens, valamint helyi és szisztémás szteroid terápiára nem javuló, különösebb panaszt nem okozó "sebesedéssel" a penisen. A penis ventralis felszínén a sulcus coronarius mögött kb. 2x1,5 cm-es területen erythemás, hyperkeratoticus, helyenként atrophias, éles határu plakk helyezkedett el, amely bevérvést, pigmentet, teleangiectasiát nem muta-

tott (1. ábra). Differenciáldiagnosztikailag felmerült a penis intraepithelialis neoplasiája, ill. carcinoma planocellulare invasivum lehetősége, emiatt a plakk széli részéből próbaexcíziót végeztünk. Szövettani vizsgálat: hyperkeratosis, dyskeratosis, acanthosis, anisocytosis, anisonucleosis, mitózis, néhány bizarr sejtalk volt észlelhető intakt basalmembran mellett (2. ábra). Fentiek alapján a diagnózis: a penis intraepithelialis neoplasiája. Az Urológiai Klinikán in toto excízió, cirkumcízio történt, amely után a folyamat nem újult ki.



1. ábra

Halvány erythemás, hyperkeratotikus plakk



2. ábra

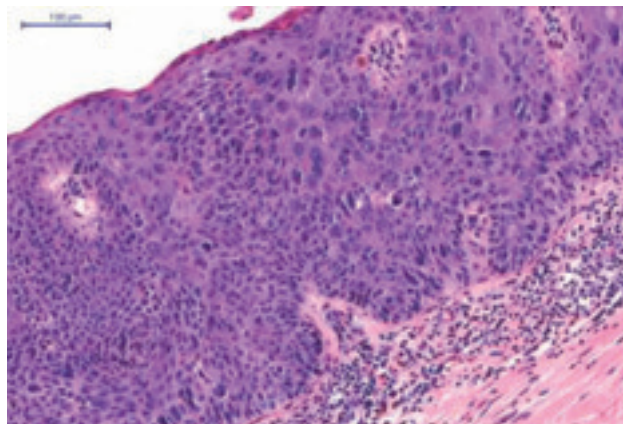
Hyperkeratosis, acanthosis, anisocytosis, anisonucleosis, mitózis (H.E. festés 60x nagyítás)

2. beteg: A 18 éve psoriasis vulgarisban szenvedő, 78 éves beteg urológiai anamnézisében 1995-ben phimosis miatt cirkumcízio szerepel. 2003 áprilisában 1 hónapja fennálló, lokális antibiotikus, antimikotikus kezelésre nem gyógyuló, fájdalommentes „sebbel” jelentkezett a Bőrgyógyászati Klinika STD ambulanciáján (3. ábra). A mik-



3. ábra

Erythemás, atrophias plakk felszínes ulceratióval



4. ábra

Kiszélesedett epidermis, atípusos hámsejtek, lymphocytákból és plazmasejtekből álló sávszerű, tömött infiltráció (H.E. festés 60x nagyítás)

robiológiai vizsgálatok (vizeletből és a plakk felszínéről végzett mikológiai és bakteriológiai leoltás) negatívak voltak. A differenciáldiagnosztikailag felmerülő intraepithelialis neoplasia, psoriasis, lichen sclerosus et atrophicus miatt próbaexcíziót végeztünk. Histológiai vizsgálat: az epidermis kiszélesedett, a stratum spinosumban nagyszámú atípusos hámsejt, az epidermis alatt lymphocytákból és plazmasejtekből álló sávszerű, tömött infiltráció volt. A hám-irha határ élesen megtartott (4. ábra). Diagnózis: a penis intraepithelialis neoplasiája. Az Urológiai Klinikán in toto excíziót végeztek, recidíva nem jelentkezett.

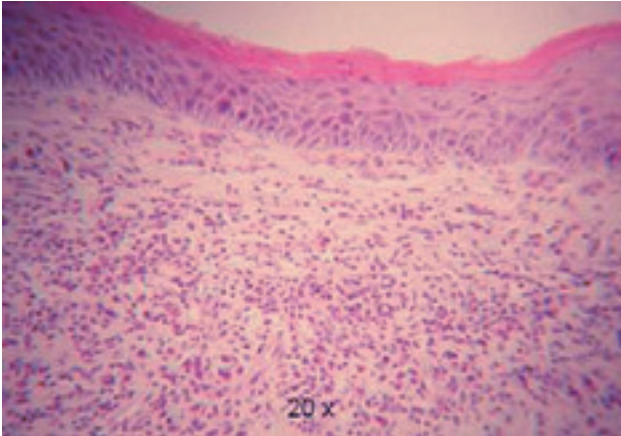
3. beteg: A 45 éves beteg 9 éve fennálló, terápiarezisztens balanoposthitis miatt 2003 áprilisában jelentkezett klinikánkon. Az urológiai szakrendelésen számos alkalommal végzett STD vizsgálat (urethrából, praeputium és glans felszínéről végzett bakteriológiai leoltás, mikológiai vizsgálat, vizeletleoltás) negatív volt. Lokális és szisztémás antibiotikum, antimikotikumok, antivirális szerek, Iso-prinosine® alkalmazása állapotában javulást nem eredményezett. 2001-ben urológiai osztályon a corona glandisból próbaexcíziót végeztek, szövettani vizsgálattal balanoposthitis chronica erosiva dysplasia grad II. epidermidis praeputiit véleményeztek. A továbbiakban lokális szteroid kezelésben részesült a beteg. Vizsgálatakor a praeputium bellemezén, a sulcus coronariusban, a corona glandisra terjedő erythemás, atrophias plakkot észleltünk (5. ábra). A



5. ábra

Erythemás, atrophias plakk

2001-ben készült próbakimetszés szövettani revízióját végeztük. A sorvadt hámban mutatózó sokszögletű suprabasalis keratinocyták, a dermis felső részében 50%-ban plazmasejtekből álló tömött infiltráció alapján balanoposthitis chronica circumscripita benigna plasmocellularis (Zoon balanitis) diagnózisát állítottuk fel (6. ábra). Az



6. ábra

Sorvadt hám, sokszögletű suprabasalis keratinocyták, a dermis felső részében plazmasejtekből álló infiltráció (H.E. festés 20x nagyítás)

Urológiai Klinikán cirrucmció történt, amely kuratívnak bizonyult a beteg utánkövetése alapján.

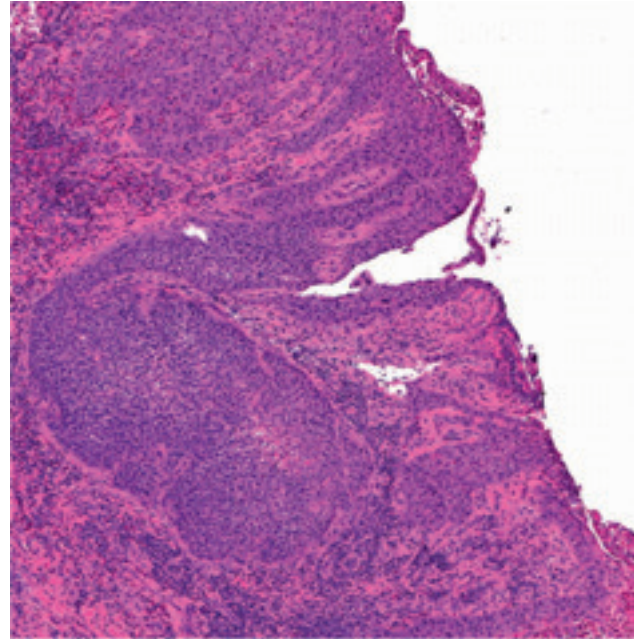
4. beteg: A 47 éves beteg, akinek korábbi urológiai és bőrgyógyászati anamnézise negatív, 4 hónapja észlelte a glanson hyperaemiás, kemény tapintatú „kiemelkedő folyamatát”. Más intézetben elvégzett RPR, TPHA vizsgálata negatív volt. Szisztémás antibiotikum kezelésben részesítették. 2008 decemberében jelentkezett klinikánkon, a glans jobb oldalán exulcerált, exophyticus tumorával (7. ábra). A kli-



7. ábra

Exulcerált, exophyticus tumor

nikai kép alapján felmerülő invazív laphámrák miatt az Urológiai Klinikán penis biopszia és cirrucmció történt. A szövettani vizsgálat carcinoma planocellulare invasivumot igazolt (8. ábra). 2009 januárjában glans rezekciót és kétoldali inguinalis sentinel nyirokcsomó biopsziát végeztek. Az intraoperatív gyorsfagyasztott szövettani vizsgálat a glans rezekátumban ép széleket véleményezett, azonban a végleges szövettan több gócban rezekciós szél pozitivitást mutatott. Emiatt parciális penisamputatio történt, a hisztológia in toto excíziót igazolt. Az izotópvezérléssel végzett dinamikus nyirokcsomóbiopszia negatív lett. A magas kockázatú nistumor miatt szükségesnek ítélt inguinalis lymphadenectomiát a beteg elutasította, majd fél évvel később, 2009 júliusában mégis vállalta. Staging vizsgálatok negatívak



8. ábra

Dysplasticus hám, kifekélyesedés, tumorfészkek (H.E. festés 60x nagyítás)

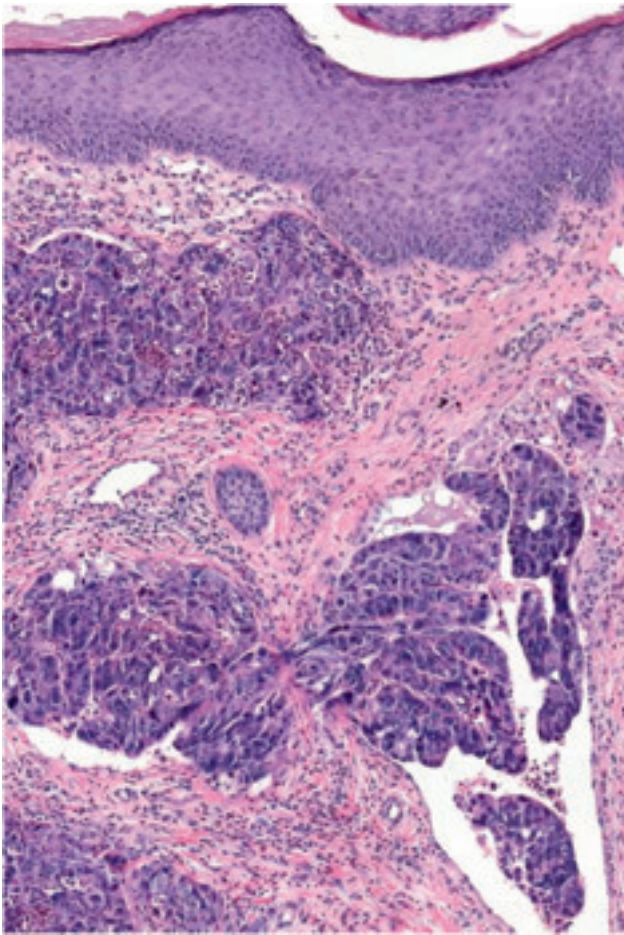
voltak, 2009. szeptemberi urológiai kontroll alapján a beteg tumormentes.

5. beteg: Az 58 éves betegnél melaena miatt 2007 novemberében a Sebészeti Klinikán elvégzett rektoszkópos vizsgálata során polypoid, széles alapú rectumtumort észleltek. A tumorból mintavétel történt és a szövettan adenocarcinomát igazolt. Radiokemoterápiát követően a betegnél 2008 márciusában abdominoperinealis rectumexstirpatio és lymphadenectomia történt. A szövettani vizsgálat rosszul differenciált high grade típusú adenocarcinomát véleményezett intravasculáris terjedéssel. A posztoperatív staging vizsgálatok a hasi CT-n paraaorticusan, iliacalisan, inguinalisan multiplex hasi nyirokcsomó metasztázist, a mellkasi CT-n mindkét oldali tüdőben többgócú térfoglaló folyamatot mutattak, emiatt kemoterápia (FOLFIRI: leucovorin+fluorouracil+irinotecan) indult a betegnél. 2008 decemberében jelentkezett a klinikánkon a scrotumra, peniszre, mons pubisra lokalizálódó beszűrt csomókkal, plakkokkal (9. ábra). Próbaexcíziót végeztünk és a szö-



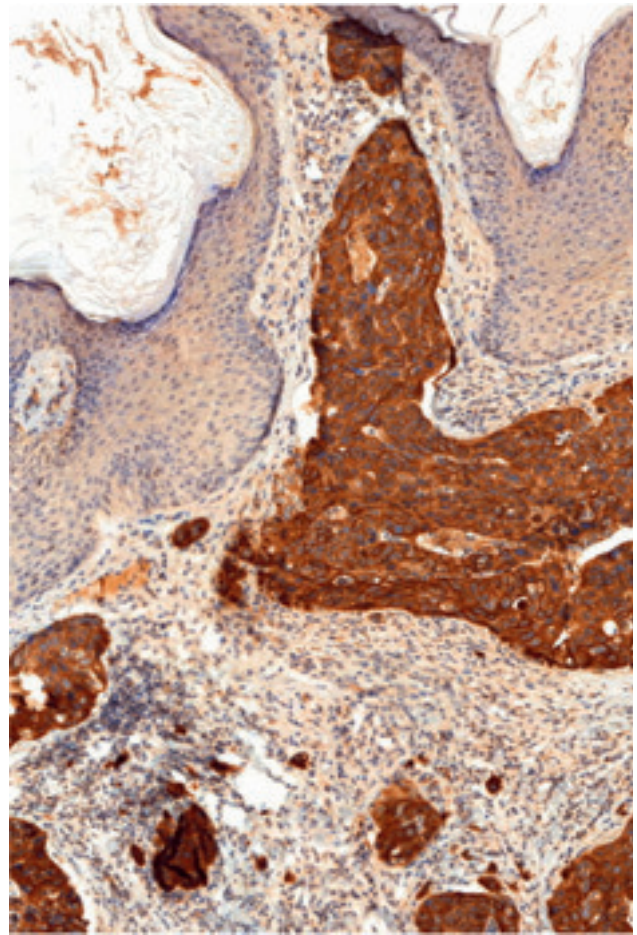
9. ábra

Lymphangitis carcinomatosa



10. ábra

Tumorgócok, nyirokerekben belül tumorembolus, acinaris elrendeződésű kuboid sejtek: adenocarcinoma (HE festés 60x nagyítás)



11. ábra

CK 20 pozitivitás a colorectalis tumor mellett szől (60x nagyítás)

vettani vizsgálat a colorectalis eredetű metasztázist, lymphangitis carcinomatosa támogatja alá (10., 11. ábra). Terápiaváltás történt (FOLFOX sémára: leucovorin+fluorouracil+oxaliplatin), azonban emellett progresszió következett be: hereduzzanat, inguinalis nyirokcsomó konglomerátum, újabb hasi nyirokcsomó és tüdőmetasztázisok jelentkeztek. Vectibix (panitumumab)® terápiára történő áttérés után is progressziót észleltek a genitáliákon, emiatt Xeloda (capecitabin)® kezelést vezettek be a betegnél az onkoteam döntése alapján.

### Megbeszélés

A legtöbb, a férfi nemi szervet érintő malignus bőrtumor általában laphám eredetű és HPV asszociált (14). A penis nem laphám eredetű malignus daganata ritka, keletkezhet a bőr járulékos szerveiből, melanocytából, lágyszövet és lymphoid szövetből. A hímvessző bőrmetsztázisa szintén ritkán fordul elő, általában kiterjedt metasztázáló betegséghez társul. Laphám eredetű bőrtumora lehet in situ, vagy invazív carcinoma. A penis in situ laphámcarcinómájának a megnevezésére használják a PIN rövidítést is (*penis intraepithelialis neoplasia*).

1911-ben került leírásra az *erythroplasia Queyrat*, amely a penis in situ spinocellularis carcinómája (2). A folyamat 20-80 év közötti körülmetéletlen férfiakon jelentkezik. Etiológiája nem tisztázott, rizikófaktorai közé

tartozik a rossz higiéné, smegmaretenció, lokális trauma, recidív herpes genitalis, valamint HPV (8, 16, 18, 39, 51) infekció (3, 9). A klinikumára jellemző a glansra, a praeputium bellemezére vagy az urethrára lokalizálódó perzisztáló, lassan növekvő, bársonyosan csillogó, élénkpiros színű, éles határu, az esetek 50%-ban szoliter plakk, amelyet fájdalom, pruritus, égő érzés kísérhet. A differenciáldiagnosztikájában az invazív elszarusodó laphámák mellett Zoon balanitis, továbbá psoriasis, balanitis erosiva, lichen planus, lichen sclerosus et atrophicus, fix gyógyszerexanthema, granuloma inguinale, ill. lymphogranuloma venereum jön szóba. A folyamat progressziója nem gyors, azonban a ritka megjelenés, az esetlegesen megtévesztő, akár jellegtelen balanitist utánozó klinikai tünetek miatt évek telhetnek el a diagnózis felállításáig, így fennáll a veszélye a folyamat invazív laphámrákba való átalakulásának, ami az esetek több mint 10%-ban következik be. A kórképet csak a folyamat széli részéből elvégzett szövettani vizsgálattal lehet diagnosztizálni. Szövettanára atípusos hámsejtek, epidermalis hyperplasia, parakeratosis, hyperkeratosis, acanthosis, továbbá plazmasejtekből, lymphocytákból, histiocytákból álló dermalis krónikus gyulladásos sejtes

beszűrődés jellemző. Kezelésében in toto excízió, Mohs-surgery, CO<sub>2</sub>, ill. Nd: YAG lézerrel végzett abláció, 5-fluorouracil, imiquimod, fotodinamias kezelés, lágyröntgen besugárzás, ill. total glans resurfacing jön szóba. Fontos a beteg gondozása (4, 5). Az első és második eset klinikai, szövettani képe és kórfolyása szemlélteti a PIN jellemzőit (1., 2., 3., 4. ábra).

A *bowenoid papulosis* a fiatal felnőtt korosztályban gyakori, magas rizikójú HPV típusok által előidézett, általában több gócban megjelenő, leginkább a glansra lokalizálódó, halványbarnás-vöröses-lazac színű, máskor barnásfekete, sima felszínű vagy finoman papillomatosus, maculopapulosus elváltozások formájában megjelenő intraepithelialis neoplasia (6). Elkülönítendő a condyloma planumtól, lichen ruber planustól és a penis melanosisától (16).

Renaud-Vilmer és munkatársai peniscarcinomás betegek retrospektív hisztológiai vizsgálatait végezték (14). A penis laphámrákjával határos területeket praemalignusnak találták és az alábbi hármast osztották: (a) *PIN*, (b) *squamosus hyperplasia* (SH) és (c) *lichen sclerosus* (LS).

(a) A *PIN*-t az atípiá kiterjedtsége alapján 2 altípusra bontották: differenciálatlan *PIN*-re (high grade), másnéven bowenoid *PIN*, mivel szövettana hasonlít a bowenoid papulosishoz, továbbá differenciált *PIN*-re (low grade). A differenciálatlan *PIN* onkogén HPV infekcióval kapcsolatba hozható és az atípiá az epithelium egész vastagságát érinti (14).

Differenciált *PIN* esetén viszont az atípiá az epitheliumnak csak az alsó harmadát érinti, emiatt enyhe atípiának, - nonspecifikus gyulladás utáni szekunder atípiának nézheti a pathológus. Azonban ez egy kifejezett intraepithelialis neoplasia, amiből könnyen invazív carcinoma alakulhat ki.

(b) A *squamosus hyperplasiában* a laphámsejtek kiérése normális.

(c) A *lichen sclerosus* és a penis laphámrákjának a kapcsolatát régebben vitatták, azzal magyarázva, hogy a phimosis, amely az LS következménye és a felgyülemelő smegma önmagában fontosabb karcinogén faktor mint maga az LS. Ezzel ellentétben a vulvaris carcinomában az LS asszociáció mintegy 70%-os. A LS-nak szerepe van a nem HPV asszociált peniscarcinoma kialakulásában (11, 13, 14).

Differenciáldiagnosztikai jelentősége miatt megemlíten-dő a *balanoposthitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis* (Zoon balanitis): 1952-ben Zoon írta le ezen ismeretlen etiológiájú, középkorú, ill. idősebb férfiaknál megjelenő krónikus balanoposthitis. A Zoon balanitis a praeputiális területre lokalizálódó, klinikailag barnásvörös pigmentációt mutató, krónikus plazmasejtes gyulladás, amelynek a talaján nem jön létre malignus átalakulás. Kialakulásában a praeputiális régió ökológiai zavara (phimosis), trauma, ill. lokális immunológiai eltérések játszhatnak szerepet. Differenciáldiagnosztikájában *PIN*, lichen planus, kontakt dermatitis, gyögyszerezanthema és

	<i>M. Zoon</i>	<i>M. Queyrat</i>
szín	barnásvörös	élénk-vörös
felszín	lakkszerűen csillogó, sima	bársonyos, szemcsés
egyéb	pontszerű bevézések értágulatok	infiltrált tapintat

2. táblázat

M. Zoon és M. Queyrat makroszkópos differenciáldiagnosztikája

izolált psoriasis jön szóba (2. táblázat). A diagnózis tisztázása céljából szövettani vizsgálat elvégzése szükséges. A sorvadt hámban sokszögletű suprabasalis keratinocyták (lozenge keratinocyták), a dermis felső részében több mint 50%-ban plazmasejtekből álló csíkszerű, tömött infiltráció, kapillaris tágulatok, valamint hemosziderin lerakódás jellemzőek. Terápiájában indifferens krémek, adstringensek, lokális szteroid, intralézionális interferon, tacrolimus alkalmazható, azonban a leghatékonyabb a circumcízio, amely kuratív (7). A harmadik eset demonstrálja a Zoon balanitis klinikai és szövettani jellemzőit (5., 6. ábra).

A *condyloma giganteum* (Buschke-Löwenstein-tumor) HPV 6 és 11 asszociációjú, leggyakrabban a praeputiumon kialakuló, kifejezett lokális, expanzív növekedést mutató és a szomszédos szövetek destrukcióját okozó tumor. Low grade, jól differenciált, elszarusodó laphámrák, amely nem ad áttétet. Karfiolszerű, hyperkeratoticus, verrucosus felszínű, szürkésfehér színű tumor, amely a szekunder infekciók miatt odorosus lehet és a regionális nyirokcsomók megnagyobbodásával járhat. Érintheti a corpus cavernosumot, beszűrheti a gáttájékot. Ritkán valódi laphámrákba is átmehet a folyamat. Elkülönítendő a condyloma acuminatumtól és az elszarusodó laphámráktól (16).

A *penis elszarusodó laphámrákja* Európában és az USA-ban ritka, a férfiak rosszindulatú daganatainak 0,4-0,6%-a, a penis neoplasmáinak több mint 95%-a. Etiológiájában phimosis, rossz higiénés viszonyok, smegmarentio, kémiai karcinogének, dohányzás, UV expozíció, immunszuppresszió, valamint HPV infekció (HPV 16, 18) játszanak szerepet (8). A HPV DNS előfordulása peniscarcinomában 40-45%. A HPV infekcióra hajlamosít az immunszuppresszió, valamint a circumcízio hiánya. Elszarusodó penisrákra hajlamosító dermatosisok: *PIN*, krónikus recidíváló balanoposthitis, balanitis sclerotica obliterans, verrucosus balanitis, cornu cutaneum és lichen sclerosus et atrophicus (13).

A fityma égő-viszkető érzésével kezdődhet, a glans dorsalis felszínére, a sulcus coronarius és a praeputium területére lokalizálódó exophyticus vagy endophyticus, tömött, gyorsan kifehélyesedő tumor formájában jelenhet meg. A penisrák klinikailag akár egyértelmű, akár kétes eseteiben egyaránt első lépésként szövettani vizsgálat céljából próbaexcízió végzése szükséges. A hisztológia az elszarusodó laphámrák különböző fokú differenciáltságát mutatja.

A negyedik beteg exophyticusan növekvő, kemény tapintatú, exulcerált tumora szövettanilag közepesen diffe-

renciált invazív laphámcarcinomának bizonyult (7., 8. ábra).

A penis elszarusodó laphámrákja 5 szövettani típusra osztható fel: „szokásos”, verrucosus, condylomatosus vagy szemölcsös, basalooid, végül kevert típus (14). A basalooid, a szemölcsös és a kevert típusú peniscarcinoma, valamint a genitális HPV fertőzés közötti összefüggés igazolt. Ezzel ellentétben a „szokásos” típus és a verrucosus rákforma nem HPV asszociáltak.

A praemalignus lézió felismerésével és kezelésével megelőzhető a penigrák kialakulása. HPV asszociált carcinoma prevenciója céljából fel kell ismerni a bowenoid PIN-t, a bowenoid papulosist. LS-t diagnosztizálva hosszú távon potens szteroid terápia, ill. circumcízio alkalmazandó, mivel az LS asszociált carcinoma régóta fennálló, kezeletlen LS talaján alakul ki (13).

Az elszarusodó laphámrákot PIN-től, balanitis gangraenosától, condyloma acuminatumtól, Buschke-Löwenstein-tumortól, malignus bőrfüggelék tumoroktól, sarcomától, amelanoticus melanomától és syphiliticus primer affectiótól kell elkülöníteni (10, 12).

Kezelésében széles excízió, részleges vagy teljes penectomia, sentinel nyirokcsomó biopszia, irradiáció, kemoterápia (cisplatin, bleomycin) jön szóba. Agresszív tumor, amelynek a prognózisát a tumorinvázió és a nyirokcsomó-érintettség határozza meg. Kismencedei nyirokcsomóáttét esetén az 5 éves túlélés kevesebb mint 5%.

*Basalioma, melanoma malignum és extrammaris Paget-kór* ritkán fordul elő a férfi genitáliákon. A *basalioma* a penis szárán, a praeputiumon és a scrotumon jelenhet meg gyöngyházfényű, teleangiectasiákkal átszótt papula, infiltrált szélű fekély, viszkető erythemás vagy heges plak formájában, kezelése sebészeti excízió (16).

*Melanoma malignum* elsősorban a glanson, majd a praeputium bellemezén alakulhat ki leggyakrabban acrolentiginosus, ritkábban superficialisan terjedő formában. Az urethrában polypoid vagy nodularis típusú melanoma fordulhat elő. Differenciáldiagnosztikájában melanosis, naevus, angioma, pigmentált bowenoid papulosis és pigmentált basalioma jön szóba. Penismelanoma esetén részleges, vagy teljes amputációt végeznek, prognózisa rossz.

Kötőszöveti daganatok, mint *malignus haemangioendotelioma, differenciálatlan sarcoma* és *angiosarcoma*, valamint *dermatofibrosarcoma protuberans*, továbbá *leiomyosarcoma* penisen való kialakulásáról is beszámoltak az irodalomban (15, 16).

A *penis szekunder daganatai* származhatnak más szervek tumoraiból metasztatikus úton, vagy kialakulhatnak direkt, ill. per continuitatem. A férfi genitáliák metasztatizálásának 75% az urogenitális traktus primer tumoraiból (prostata adenocarcinoma, hólyagcarcinoma, rectosigmoid tumorok és vesecarcinomák) származik (3. táblázat). Klinikailag epidermodermalis, dermalis vagy subcutan nodusok formájában jelennek meg. Epidermalis komponens esetén a csomók felszínén hámlás, pörkképződés, ritkán kifelélyesedés alakulhat ki. Az esetek 40%-ában priapismus kísérelheti a tüneteket, továbbá penisfájdalom és dysuria for-

kiindulás	gyakoriság %
húgyhólyag	33
prostata	27
colon (recto-sigmoideum)	18
vese	9
here	7
tüdő	3
csont	1,5
bőr	0,5
egyéb	1

3. táblázat  
A penis metasztatikus tumorai

dulhat elő. A metasztázisokat a primer genitális carcinomától szükséges elkülöníteni, amely szövettanilag lehetséges. A prognózis rossz, palliatív kezelés jön szóba.

Húgyhólyag-, anus-, rectum-, és prostatacarcinomából kiinduló lymphogen propagáció esetén az anogenitális régióban *lymphangitis carcinomatosa* alakulhat ki. A klinikai tünetek erysipelast utánoznak, azonban ezen infiltrált erythemát nem kíséri láz, hidegrázás, leukocytosis, és a folyamat nem reagál antibiotikumra. Szövettani vizsgálattal a nyirokerekben tumorsejtek mutathatók ki. A prognózis rossz, a kezelés palliatív (16). Az ötödik beteg esete példa primer tumor- rectum adenocarcinoma- következményeként a genitális régióban kialakult lymphangitis carcinomatosa (9., 10., 11. ábra).

Minden gyanús erythroplasiából, indurált plakkból, terápiaerezisztens, kevés panasszal járó stabil tünetből fontos próbaexcízió végzése, az időben elvégzett szövettani vizsgálat. A penis malignus tumorainak kezelése esetlegesen csak csonkító műtéttel oldható meg, amely a beteg számára komoly pszichés terhelést jelent. Mivel a régió gazdag vérér- és nyirokérhálózattal rendelkezik, ezért az egyes tumorok esetén nagy az áttétképződés veszélye.

Igen fontos, hogy szokatlan megjelenésű, csillogó külső tünetek esetében gondoljunk malignus, vagy praemalignus folyamat lehetőségére. A malignus léziók időben történő kórismézése és a helyes kezelés megválasztása gyakran a bőrgyógyász és az urológus szoros együttműködését igényli. Alapvető fontosságú a szoros utánkövetés, a gondozás.

## RODALOM

- Várkonyi V.: STD-Atlasz gyakorló orvosoknak. Medicina Kiadó (2005) 187.
- Porter W. M. és mtsai: Penile intraepithelial neoplasia: clinical spectrum and treatment of 35 cases. Br J Dermatol. (2002) 147, 1159-65
- Gerber G. S.: Carcinoma in situ of the penis. J Urol (1994) 151, 829-33.
- Wilde J. L.: Erythroplasia of Queyrat (Bowen Disease of the Glans Penis) (2008) <http://emedicine.medscape.com>
- Tóth B. és mtsai: Morbus Queyrat. STD és genitális infektológia. (2008) 2/4, 174-177.
- Schwartz R. A., Janniger C. K.: Bowenoid papulosis. J Am Acad Dermatol. (1991) 24 (2 Pt 1): 261-4.

7. *Pónyai K., Pálffy Zs., Hársing J. és mtsai:* Zoon balanitis és Zoon vulvitis - balanoposthitis et vulvitis chronica circumscripta benigna plasmocellularis. *Bőrgyógy. és Vener. Szle.* (2007) 83, 137-144.
8. *Pascual A., és mtsai:* High prevalence of human papillomavirus 16 in penile carcinoma. *Histopathol.* (2007) 22, 177-83.
9. *Gross G., Pfister H.:* Role of human papillomavirus in penile cancer, penile intraepithelial squamous cell neoplasias and in genital warts. *Med Microbiol Immunol* (2004) 193, 35-44.
10. *Micali G., és mtsai:* Penile cancer. *J Am Acad Dermatol.* (2006) 54, 369-91.
11. *Nasca M. R., Innocenzi D., Micali G.:* Penile cancer among patients with genital lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol.* (1999) 41, 911-4.
12. *Micali G.:* Penile squamous cell carcinoma. (2009). <http://emedicine.medscape.com>
13. *Powell J. és mtsai:* High incidence of lichen sclerosus in patients with squamous cell carcinoma of the penis. *Br J Dermatol* (2001) 145, 85-9.
14. *Renaud-Vilmer C. és mtsai:* Analysis of alterations adjacent to invasive squamous cell carcinoma of the penis and their relationship with associated carcinoma. *J. Am. Acad Dermatol.* (2010) 62, 284-290.
15. *Maj J., és mtsai:* Dermatoses of the glans penis and prepuce. *J. Am. Acad Dermatol.* (1997) 37, 1-26.
16. *Török L., Csatár É.:* A genitoanális tájék bőrbetegségei. *Medicina Kiadó* (1999) 73, 85., 122, 123., 125.

Érkezett: 2010. IX. 23.

Közlésre elfogadva: 2011. III. 10.

## HAZAI HÍREK

Dr. Bottlik Gyula, a Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika klinikai főorvosa a **Semmelweis Egyetem Kiváló Dolgozója** elismerésben részesült.

*Főorvos úrnak szívből gratulál a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztősége.*

*Semmelweis Orvostudományi Egyetem Bőr-, Nemikórtani-, Bőronkológiai Klinika  
(igazgató: Prof. Dr. Kárpáti Sarolta egyetemi tanár)*

## Colonicarcinomával társult dermatomyositis Dermatomyositis associated to the carcinoma of the colon

KUZMANOVSZKI DANIELLA DR., WIKONKÁL NORBERT DR., SZIGETI ÁGNES DR.,  
KÁRPÁTI SAROLTA DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők 49 éves nőbetegük esetét ismertetik. Felső légúti infekció lezajlása után 3 héttel arci, kézfeji oedema, livid-erythema alakult ki proximális izomgyengeséggel. Laboratóriumi leletei magas kreatinkináz- (CK-) laktátdehidrogenáz (LDH) szintet, mérsékelten emelkedett májenzim szintet mutattak. A klinikai és laboratóriumi tünetek dermatomyositist igazoltak, szisztémás szteroid kezelés került bevezetésre. A tumorkutatás során colonosopia vizsgálat a rectum-sigma határon, lumen kerületének 75%-ra kiterjedő, körkörös, szabálytalan felszínű, vérzékeny, kemény tapintatú tumort mutatott. Szövetani vizsgálat colon adenocarcinomat igazolt. A tumor műtéti eltávolítását követő akut veseelégtelenség nem volt uralható és a beteg exitált.

A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy dermatomyositis kialakulásakor gondolni kell malignus tumorok jelenlétére. A széleskörű tumorkutatás elengedhetetlen, a daganat eltávolítása nélkül remisszió nem várható.

**Kulcsszavak:**  
**dermatomyositis - colon adenocarcinoma -  
malignus tumor**

### SUMMARY

The history of a 49-year-old woman will be presented. 3 weeks after an upper respiratory tract infection, oedema, livid erythema developed on the face and dorsal hands with rapidly worsening weakness of the proximal muscles. Laboratory results presented high creatin kinase (CK), lactate dehydrogenase (LDH) and moderately elevated liver enzymes. As clinical findings and laboratory results supported dermatomyositis, parenteral steroid medication was initiated. In search of neoplasms colonoscopy was performed. Colonoscopy displayed a compact, concentric tumor with the irregular vulnerable mucosal surface which affected 75% of lumen circumference. Histology verified a colorectal adenocarcinoma. The tumor resection was complicated by renal failure and the patient could not survive the severe complication.

In the cases of dermatomyositis a substantial and early tumor search is crucial. Malignancy associated dermatomyositis symptoms do not show regression without curative treatment of the underlying tumors.

**Key words:**  
**dermatomyositis - colon cancer -  
malignant tumour**

Az autoimmun betegségek egy részének hátterében malignus tumorok állhatnak, ezen belül is kiemelkedő gyakoriságú a dermatomyositis (DM) és neoplasia együttes előfordulása (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 21). Az összes DM eset mintegy 20-25 %-ában lehetnek jelen rosszindulatú tumorok (6, 9, 10). Májig sem eldöntött, hogy a DM vagy a malignoma kialakulása indul meg előbb (5, 9, 10, 21). A tumorral társult esetek rosszabbul reagálnak a terápiára, nagyobb gyógyszerdózist igényelnek. Amennyiben a betegséget előidéző daganatot sikeresen szanálják, úgy a tünetek gyógyszeresen könnyebben befolyásolhatóak, sőt, teljes gyógyulás is elérhető (1, 2, 5, 9, 10).

### Esetismertetés

49 éves nőbeteg anamnézisében lényeges kóros megbetegedés, műtét nem szerepel.

Felső légúti infekciót követően jelentek meg livid-erythemás bőrtünetei elsősorban a fénynek kitett helyeken, melyhez szimmetrikus proximális izomgyengeség társult.

Kontakt dermatitisnek véleményezték tüneteit, ezért kis dózissal per os steroid kezelést kapott. Ezalatt állapota tovább romlott: proximális izomcsoportjai egyre nehezebben működtek (kéz emelése, lépcsőn járás, guggolás), mozgása beszűkült. Az arcon, nyakon, felső végtagon kifejezett oedema, diffúz livid erythema, mindkétoldali combon diszkrét erythema alakult ki (1., 2. ábra). Az ekkor elvégzett laboratóriumi vizsgálatok emelkedett CK értéket mutattak, klinikánkra dermatomyositis iránydiagnózissal küldték.

Felvételekor a rendkívül elesett állapotban lévő nőbeteg bőre a törzs felső részén, a ruhakivágásnak megfelelően, a felkarokon, a combokon, erythemás, infiltrált, érintésre fájdalmas, meleg tapintatú volt (3. ábra). A szemek körül livid-erythemás, kifejezetten oedemás volt a bőr (1-2. ábra). A kézfejeiken oedema, erythema, a metacarpo-phalangealis ízületek felett erythemás, hámló papulák, (Gottron-papulák) (4. ábra), periungualis erythema volt látható. A proximális izmokban az alsó és felső végtagokon egyaránt izomgyengeség volt tapasztalható.

Megtartott étvágy melletti csekély mértékű fogyásról (2 kg 4 hét alatt) számolt be a beteg, székelési zavart, hasi panaszt nem jelzett.

A felvételt követően végzett laboratóriumi vizsgálatok kifejezetten emelkedett kreatin-kináz (CK) (2409 U/l), CKMB (88 U/l), laktátdehidrogenáz (LDH) (1460 U/l) szintet, mérsékelten magas májenzim szinteket (GOT: 214 U/l, GPT: 83 U/l, GGT: 37 U/l) mutattak. Immunlaboratóriumi vizsgálata során ANA (1:160) pozitivitást, anti-Jo1





1-2. ábra  
Heliotrop rash

negativitást észleltünk. Agaróz gél ELFO Alfa-1 frakció emelkedést, immunoelektroforézis enyhén csökkent IgG szintet igazolt.

A klinikai kép, a laboratóriumi eltérések alapján dermatomyositis diagnózisát állítottuk fel. 125 mg /die dózisú intravénás methylprednisolon kezelést kezdtünk, melyet fokozatosan csökkentettük, 64 mg/die per os methylprednisolon dózisig.

A steroid kezelés mellett bal alkari oedema, erythema, fájdalom lépett fel, a proximális izomgyengeség perzisztált, és distális izomgyengeség, mozgás nehezítettség is kialakult. Doppler UH mélyvénás thrombosit nem igazolt, az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok során (steroid mellett) leukocytosist (WBC: 19,8 G/l), emelkedett CRP szintet (13,7 U/l) észleltünk, emellett hőemelkedés alakult ki. A steroid kezelés szövődményeként kialakult erysipelas antebrachii l.s. diagnózisát állítottuk fel és a kezelést 3x600mg clindamycinnel egészítettük ki.

A bevezetett antibiotikum mellett a beteg orbánca szanálódott, azonban az immunszuppresszív kezelésre a CK csekély mértékben csökkent, a beteg panaszai minimális javulás után stagnáltak. Rész-



3. ábra  
V-jel



4. ábra  
Gottron papulák

letes tumorkutatást végeztünk: szérumbéta-hCG érték kifejezetten magas volt (460,53 U/l), egyéb *tumormarkerek*: a carcinoembrionális antigén (emésztőrendszer), carbohydrat antigén 15-3 (emlő), cancer antigén 125 (ovarium) CA19-9 (emésztőrendszer) negatívnak bizonyultak. A *hasi UH* a diffuse májlaesion kívül kóros eltérést nem talált. A *nőgyógyászati konzílium* során a kismencedei UH, transvaginalis UH és a fizikális vizsgálat kóros eltérést nem mutatott. *Mellkasröntgen-, gastroscopia-, fül-orr-gégészeti vizsgálata* neoplasziát nem igazolt. *Széket-Weber teszt* erős pozitivitást adott. Colonoscopia során rectum-sigma határon, lumen kerületének 75%-ra kiterjedő, körkörös, szabálytalan felszínű, vérzékeny, kemény tapintatú tumor igazolódott makroszkóposan, amely szövettanilag colon adenocarcinomának felelt meg.

A beteg a tumor eltávolítása céljából a területileg illetékes sebészeti osztályra került, ahol a bal oldali hemicolectomiát követően akut műtéti szövődményeként fellépő veseelégtelenség következtében exitalt.

## Megbeszélés

A dermatomyositis a gyulladásos myopathiák csoportjába tartozó, ismeretlen etiológiájú autoimmun kórkép; szimmetrikus, elsősorban a proximális vázizomzatra lokalizálódó izomgyengeség, valamint karakterisztikus bőrelváltozások jellemzik (2, 6, 11, 12, 14, 15, 17, 20).

A diagnózis felállításához először *Bohan és Peter* dolgozta ki az 5 feltételt tartalmazó kritériumrendszert 1975-

ben. Az öt kritériumból 4 a myopathiával kapcsolatos: magába foglalja a proximalis izmok progresszív szimmetrikus izomgyengeségét, az izomenzimek emelkedett szérumszintjét (CK, GOT, GPT, LDH, aldoláz), elektromyogramm eltéréseket (kis amplitúdójú, polifázisos hullámok, magas frekvenciájú tüskék, spontán fibrilláció és pozitív meredek hullámok), az izombiopszia pozitívítása (mononuclearis sejtes infiltráció, fagocitózis, az izomrostok nekrozisa, de- és regenerációja, kapilláriselzáródás, a kötőszövet felszaporodás). Az 5. feltétel a specifikus bőrtünetek megjelenését jelöli. (4,20)

Betegünknel a típusos bőrelváltozások jelen voltak, úgy, mint a heliotroph rash (1. ábra), a Gottron-jel (2. ábra) és a ruhakivágásnak megfelelő erythema, az ún. V-jel (3. ábra). Emellett a Bohan-Peter kritériumok közül proximalis izmok szimmetrikus gyengesége, az izomenzimek emelkedett szérumszintje betegünknel teljesült, az izombiopsziától és az EMG vizsgálattól esetünk típusossága miatt eltekintettünk.

A diagnózis felállítása után szisztémás steroid kezelést indítottunk, emellett széleskörű tumorkutatást végeztünk. Colonoscopia vizsgálattal a rectum-sigma határon, lumen kerületének 75%-ra kiterjedő, körkörös, szabálytalan felszínű, vérzékeny, kemény tapintatú tumort találtak, a szövettani vizsgálat colon adenocarcinomát igazolt.

Az idiopathiás inflammatoricus myopathiák (IIM) malignus daganatokkal való társulása régóta foglalkoztatja a klinikusokat és a kutatókat. Először 1916-ban Sertiz közölte izombiopsziával igazolt dermatomyositis és gyomorcarcinoma együttes jelenlétét (3, 7, 8, 9, 18, 19, 21). Azóta számos tanulmányban vizsgálták a DM és a rosszindulatú tumorok kapcsolatát. DM esetén a malignomák előfordulási aránya férfiaknál 2,4-szer, nők esetén 3,4-szer nagyobb, mint az átlagnépességben. Nőknél a dermatomyositis diagnózis felállítása utáni 5 évben az ovariumcarcinoma 16,7-szer gyakoribb, mint a DM-ben nem szenvedő nők esetében. (1, 5, 7, 8, 9, 10, 19, 21). Irodalmi hivatkozások szerint ebben a betegcsoportban neoplasia az összes eset 20-25%-ában lehet jelen. (6, 9, 10). A DM-es esetek 25%-ában a diagnózis felállítását követő 2 éven belül diagnosztizálnak neoplasiát (14).

Nem csak a DM, de az IIM-k több formája is társulhat tumorrall: juvenilis IIM, amyopathiás DM (ADM), zárványtestes myositis (2, 12, 14, 15, 16) esetén azonban a DM-nél jóval ritkábban írták le malignomával történő együttes előfordulásukat.

Felnőtteknél elsősorban ovariumcarcinomával, gastrointestinális daganatokkal – gyomor-, colorectalis daganatokkal –, tüdőtumorrall, pancreas neoplasiával, ritkábban lymphomával, melanomával, mycosis fungoidesszel, Kaposi sarcomával társulhat. Gyermekeknél a DM paraneoplasiaként ritkán fordul elő, ezekben az esetekben a háttérben rendszerint hematológiai kórképek állnak. (5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 21).

Nőknél a DM gyakrabban alakul ki, a tumorrall társult DM-ek száma 40 éves kor fölött növekszik, de a rizikó a 45 évnél fiatalabbakban is emelkedett az egészséges populációhoz képest (2, 5, 7, 9, 10, 21).

A Távol-Keleten, elsősorban Kínában, Japánban és Szingapúrban a DM és a nasopharyngeális carcinoma együttes előfordulása a jellemző (2, 7, 11, 21).

A daganat megjelenhet a myositis előtt, vele egy időben, illetve évekkel a dermatomyositis kimutatása után is (3, 10, 14, 17, 19).

Kutatás tárgya, hogy a rosszindulatú daganat milyen módon indukálja a dermatomyositis tüneteinek kialakulását. Számos feltevés került napvilágra a tumor szerepéről az autoimmun folyamatok beindításában (1, 3, 5). Felmerül, hogy a DM kezelése során alkalmazott immunszuppresszív kezelés következtében alakulnak ki a malignomák; egyes feltételezések szerint a közös környezeti tényezők (vírusok, kemikáliák) alakítják ki a DM és a neoplasia együttes megjelenését (1, 2, 3, 6, 7, 8, 19).

A daganattal társult DM esetén az autoantitestek – myositisspecifikus antitestek (MSA), közülük az anti-Jo-1 –, mint esetünkben is, gyakran hiányoznak (11, 12, 13, 20).

Paraneoplastikus dermatomyositis esetén a tumor kezelése – sebészi eltávolítás, sugárkezelés, citosztatikus kezelés – nélkülözhetetlen a DM remissziójához. Így csökkenthető a korábban a DM kezelésekként alkalmazott gyógyszerdózis, sőt – amennyiben a beteg daganatmentessé tehető – teljes gyógyulás is lehetséges (2, 5, 10, 14, 19, 21). A daganat későbbi progressziója, metastasisa esetén a bőr- és izomtünetek ismételten megjelenhetnek, illetve súlyosbodhatnak (2, 5, 21).

Az általunk ismertett esetnél a colon adenocarcinoma eltávolítása után a beteg az akut szövődmenyként fellépő veseelégtelenség következtében exitált, így nem értékelhető az a megfigyelés, hogy a műtét előtt alkalmazott immunszuppresszív kezelés (nagy dózisú szisztémás szteroid) csekély mértékben javított a beteg állapotán.

Tumorrall társult dermatomyositis esetén a malignoma kezelése nélkül a DM tüneteit tekintve nem várható remisszió, esetismertetésünkkel felhívjuk a figyelmet arra, hogy DM-ben szenvedő betegeknel a széles körű és korán elkezdett tumorkutatás elengedhetetlen.

## IRODALOM

1. Airio A., Pukkala E., Isomaki H.: Elevated cancer incidence in patients with dermatomyositis: a population based study. *J Rheumatol* (1995) 22, 1300-3.
2. András Cs., Ponyi A., Constantín T. és mtsai.: Myositisiek tumorrall történő társulása. *Magyar Onkológia* (2002) 46, 253-9.
3. Antiochos B. B., Brown L. A., Li Z. és mtsai.: Malignancy is associated with dermatomyositis but not polymyositis in Northern New England, USA. *J Rheumatol.* (2009) 36, 2704-10.
4. Bohan A., Peter J. B.: Polymyositis and dermatomyositis (parts 1 and 2). *N Eng J Med* (1975) 292, 344-7, 403-7.
5. Bonneblanc J. M., Bernard P., Fayol J.: Dermatomyositis and malignancy. A multicenter co-operative study. *Dermatologica* (1990) 180, 212-6.
6. Braun-Falco O., Plewig G., Burgdorf W. és mtsai.: *Dermatologie und Venereologie*. Springer, (2008) Heidelberg.
7. Callen J. P.: Relation between dermatomyositis and polymyositis and cancer. *Lancet* (2001) 357, 85-6.
8. Fujita J., Tokuda M., Bandoh S. és mtsai.: Primary lung cancer associated with polymyositis/dermatomyositis, with a review of the literature. *Rheumatol Int* (2001) 20, 81-4.

9. Hill C. L., Zhang Y., Sigurgeirsson B. és mtsai.: Frequency of specific cancer types in dermatomyositis and polymyositis: a population-based study. *Lancet* (2001) 357, 96-100.
10. Leow Y. H., Goh C. L.: Malignancy in adult dermatomyositis. *Int J Dermatol* (1997) 36, 04-7.
11. Marschalkó M., Pónyai Gy., Ablonczy É. És mtsai.: Dermatomyositis, klinikai megfigyelések 34 betegen. *Orvosi Hetilap*, (2000) 141, 225-231.
12. Marschalkó M., Pónyai Gy.: Dermatomyositis. *Allergológia és Klinikai Immunológia*. (1998) 184-189.
13. Miller F. W.: Myositis-specific autoantibodies. *JAMA* (1993) 270, 1846-9.
14. Pónyai Gy., Marschalkó M., Ablonczy É.: Dermatomyositis és malignus tumorok együttes előfordulása: klinikai vizsgálat 39 betegen, *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle* (2004) 80, 63-65.
15. Richard D. Sontheimer, Melissa I. Costner: Dermatomyositis *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (2007) Chapter 172.
16. Rider L. G., Miller F. W.: Classification and treatment of the juvenile idiopathic inflammatory myopathies. *Rheum Dis Clin North Am* (1997) 23, 619-55.
17. Smith E. S., Hallman J. R., DeLuca A. M. és mtsai.: Dermatomyositis: a clinicopathological study of 40 patients. *Am J Dermatopathol.* (2009) 31, 61-7.
18. Stertz G.: Polymyositis. *Berl Klin Wochenshr* (1916) 53, 489.
19. Yazici Y., Kagen L. J.: The association of malignancy with myositis. *Curr Opin Rheumatol* (2000) 12, 498-500.
20. Veres G., Marschalkó M., Kárpáti S. és mtsai.: Dermatomyositishez társult cutan calcinosis diltiazem kezelése. *Bőrgyógy. Vener. Szle.* (2002) 78, 169.172.
21. Whitmore S. E., Rosenshein N. B., Provost T. T.: Ovarian cancer in patients with dermatomyositis. *Medicine* (1994) 73, 153-60.

Érkezett: 2010. VIII. 20.

Közlésre elfogadva: 2010. XI. 10.

*Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék  
(klinikaigazgató: Remenyik Éva dr., tanszékvezető: Szegedi Andrea dr.)*

## Psoriasis kezelése hepatitis C vírussal fertőzött betegeken\* Treatment of psoriasis in patients with hepatitis C

SZEGEDI ANDREA DR.

### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző egy eset kapcsán felhívja a figyelmet azon psoriasisban szenvedő betegek kezelésének nehézségeire, akiknek hepatitis C fertőzése is ismert. A két kórkép gyakoriságából következően együttes előfordulásuk nem ritka. A bőrgyógyász szakorvosnak, amennyiben hepatitis C fertőzött beteget kezel, a psoriasis szisztémás terápiájának helyes megválasztásánál figyelembe kell vennie a készítmények ismert hepatotoxikus vagy immunosuppresszív hatásait. Az ilyen esetekben javasolt terápiás algoritmust is ismerteti a szerző.

**Kulcsszavak:**  
psoriasis - hepatitis C fertőzés

### SUMMARY

With the help of a case presentation, the author would like to draw attention to the challenge of treating psoriatic patients suffering from hepatitis C infection. Since the frequent occurrence of both diseases, they can be present simultaneously. When treating patients with psoriasis and hepatitis C infection, dermatologist should take into consideration the probable hepatotoxic and immunosuppressive side effects of the systemic agents which are commonly used in psoriasis. The treatment algorithm, advised in these cases, is also discussed.

**Key words:**  
psoriasis - hepatitis C infection

A psoriasis egy szisztémás, krónikus gyulladással járó bőrbetegség, melynek gyakorisága hazánkban 2%-ra tehető (1). A hepatitis C fertőzésen átesett betegek kb. 70%-ában perzisztáló vírusfertőzés mutatható ki, ami hazánkra nézve több mint 50 000 beteget jelent (2). Ebből következően nem kevés azon betegek száma, akik psoriasisban és egyidejűleg hepatitis C fertőzésben is szenvednek. Kezelésük speciális problémát jelent a bőrgyógyász szakorvosoknak. Egyfelől a hepatitis C fertőzés terápiájában alkalmazott Interferon alfa önmagában vagy Ribavirinnel kombináltan mind a psoriasisos bőrtüneteket, mind az arthritis psoriatica okozta ízületi gyulladást jelentősen ronthatja, esetleg első manifesztációját válthatja ki (3, 4). Másfelől a psoriasis kezelésében alkalmazott szisztémás kezelések sem alkalmazhatók korlátok nélkül, mivel hepatotoxikus vagy immunosuppresszív hatásuk révén kedvezőtlenek a krónikus hepatitis C fertőzésre (5). Jelen közleményben a szerző egy beteg esetének kapcsán ismerteti a hepatitis C fertőzött psoriasisos betegekre érvényes jelenlegi terápiás ajánlásokat.

### Esetismertetés

A 45 éves férfibeteg anamnézisében epilepszia, tonsillectomia, trauma tüdőszérvélés, bal alsó végtagi mélyvénás thrombosis, bal oldali femurfej necrosis, krónikus hepatitis C fertőzés szerepeltek. 1995 óta szenvedett plakkos psoriasisban, mely kezdetben a tenyereken talpakon és a hajlatokban, majd később egész testén tüneteket okozott.

1998 óta súlyos arthritis psoriatica és körömeltérések társultak bőrtüneteivel. Reumatológiai vizsgálat az ízületekről készült Rtg. felvételek és a klinikum alapján arthritis psoriatica, szimmetrikus-poliartikuláris, rheumatoid arthritis-szerű formáját véleményezte (HLA-B27 pozitív). Klinikánkon 1999-ben vettük gondozásba.

Először lokális szteroid kezelésben részesítettük, ekkor kisebb-nagyobb mértékű javulást követően progrediáltak bőrtünetei. Ezt követően 311nm-es UVB fénykezelést és lokális szteroid terápiát, valamint nem-szteroid gyulladáscsökkentő (NSAID) kezelést alkalmaztunk, mely átmeneti javulást eredményezett, de később inefektívnek bizonyult. Hasonló eredményt értünk el PUVA és NSAID, valamint Re-PUVA (25 mg/ die Neotigason és PUVA) és NSAID terápia mellett. Reumatológiai konzíliumok a súlyos ízületi tünetek miatt szisztémás szteroid lökéskészítést és gyógytornát javasoltak.

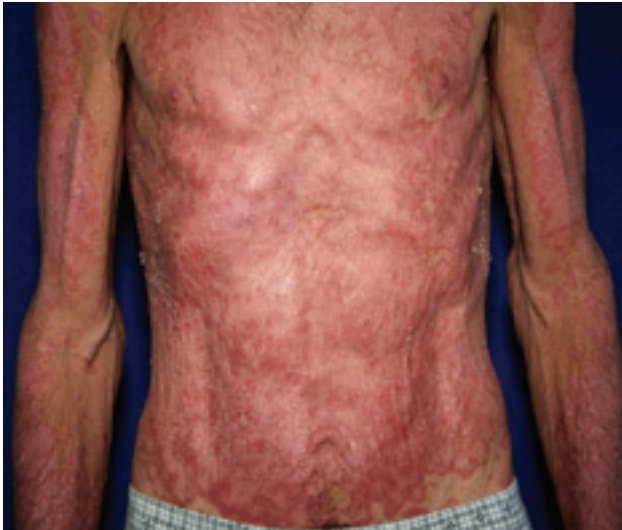
2007 nyarán súlyos állapotban vettük fel klinikánkra, ízületi panaszainak jelentős fokozódása, testszerte kialakuló bőrtünetei és súlyos körömdisztófia miatt (DAS28 5,8, PASI 28, DLQI 23) (1. ábra). Reumatológussal és hepatológussal konzultáltuk a beteget és mivel hepatitis C fertőzése nem mutatott aktivitást (vírus RNS nem volt kimutatható a vérben), májenzim értékek normál tartományban voltak, szoros kontroll mellett TNF alfa gátló biológiai terápiát indítottunk Remicade infúzió formájában. A Methotrexat kezelést a hepatológus kontraindikálta, míg a Cyclosporin A terápia az egyidejűleg fennálló, súlyos ízületi panaszok miatt kisebb hatékonyságú lett volna.

2007. október óta Remicade infúzióban részesül, hatására bőre csaknem teljesen tünetmentessé vált, ízületi panaszai jelentősen csökkentek, DAS28:2,8, PASI:2,2, DLQI:1 lett (2. ábra). Körömtünetei teljesen regrediáltak.

### Megbeszélés

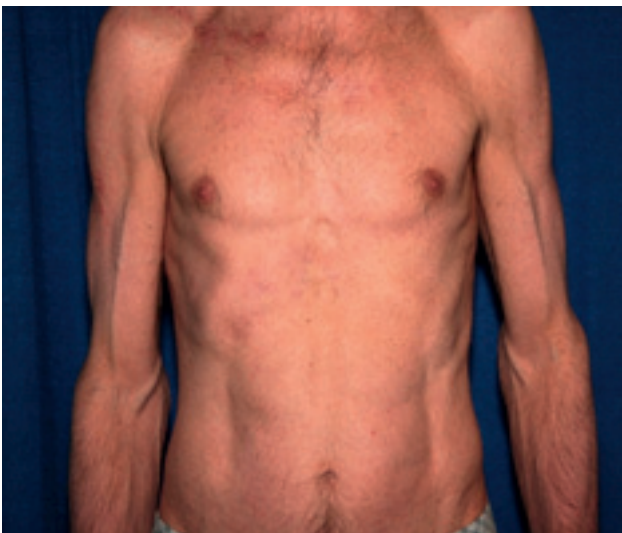
A hepatitis C fertőzések kezelésében alkalmazott Interferon alfa terápia önmagában vagy Ribavirinnel kombináltan a psoriasisos beteg bőr és ízületi tüneteit provokálhat.

\* Szponzorált közlemény



1. ábra

Kiterjedt bőrtünetek kezelés előtt

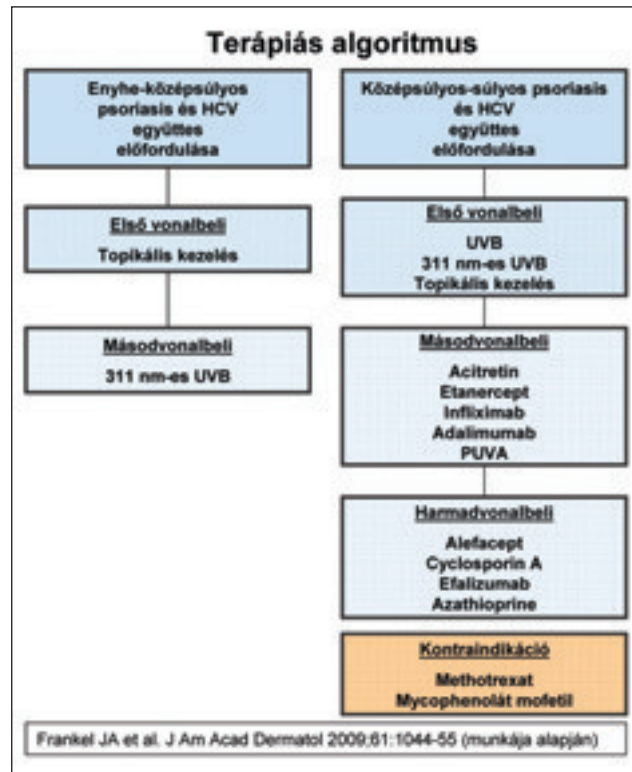


2. ábra

Tünetmentes állapot Remicade kezelés mellett

ja vagy ronthatja, bár az ennek háttérben álló pontos patomechanizmus nem ismert (3, 4). Amennyiben krónikus hepatitis C fertőzésben szenvedő psoriasisos beteg szisztémás kezelésének beállítását tervezzük fontos figyelnünk arra, hogy ne csupán a bőr és ízületi tünetek remisszióját és a beteg életminőségének javulását tűzzük ki célul, de ugyanakkor a májbetegség exacerbációját és a májkárosodás további mértékének fokozódását igyekezzünk elkerülni.

Ezen összetett célok miatt a terápiás algoritmus szerint enyhe psoriasis esetén elsőként választandók a lokális kezelések, második lépcsőként pedig alkalmazhatunk 311 nm-es UVB terápiát (6). Középsúlyos-súlyos psoriasisban már elsőként javasolt a fényterápia (UVB) és a lokális kezelések kombinációja (3. ábra). Tudnunk kell azonban, hogy mivel az Interferon kezelés rendszerint jelentősen rontja a psoriasis tüneteit, általában szükségessé válik a második lépcsőként javasolt terápiák valamelyikének be-



3. ábra

Terápiás algoritmus hepatitis C fertőzött psoriasisos betegek kezelésére

vezetése. Acitretin (Neotigason), PUVA, Re-PUVA, majd ezek esetleges hatástalansága esetén TNF alfa gátló biológiai terápia jön szóba (6). A PUVA kezeléseknél alkalmazott psoralen tartalmú kapszula bár a májon keresztül ürül, nem mutat hepatotoxikus hatást, és a korábban az Acitretin kezelés mellett ritkán leírt átmeneti májenzim emelkedések sem kontraindikálják ezen terápiákat. Valamennyi kezelés mellett fontos a májenzimek, májfunkciós tesztek és a hepatitis C vírus RNS-titer rendszeres ellenőrzése, vagyis szükséges hepatológussal együttműködve kezelni a beteget. Amennyiben a beteg már átesett a hepatitis C fertőzés miatt megfelelő kezelésen és jelenleg nem mutatható ki vírus RNS a vérben, akkor is szükséges a terápia indítása előtt hepatológiai konzílium és annak véleményét figyelembe véve kell a terápiát megválasztani.

A TNF alfa gátló biológiai szerek bevezetésekor fontos kritérium volt, hogy krónikus fertőzésben szenvedő beteg nem részesülhet ebben a terápiás formában. A bevezetés óta eltelt évek alatt azonban számos megfigyelés, majd pedig klinikai vizsgálat igazolta, hogy a hepatitis C fertőzés nem kontraindikálja a TNF alfa gátló biológiai terápia alkalmazását, sőt bizonyos megfigyelések még a vírusfertőzés eredményesebb kezelését és a mellékhatások alacsonyabb gyakoriságát is jelezték biológiai terápia mellett (7,8,9,10). Ugyanakkor továbbra is szoros kontroll szükséges amennyiben hepatitis C fertőzött betegnél biológiai terápiát indítunk. Az elkövetkező vizsgálatok illetve megfigyelések eredményei befolyásolhatják a szakma véleményét a jövőben.

A hepatitis C fertőzött betegek kezelésében harmadik vonalbeli készítményként javasolt a Cyclosporin A terápia. Korábban a szer erős immunosuppresszív hatása miatt nem volt javasolt krónikus fertőzések esetén, azonban kutatások bizonyították, hogy a Cyclosporin szupprimálja a hepatitis C vírus replikációját és emiatt nem okoz exacerbációt hepatitis C fertőzötteknél (11, 12). Ugyanakkor továbbra sem javasolt a Methotrexat alkalmazása hepatitis C fertőzött psoriasisos betegnél hepatotoxikus hatása miatt aktív szakban, remisszióban pedig csak a hepatológussal történt konzultáció eredményétől függően.

#### IRODALOM

1. Szegedi A., Kiss F., Gaál J.: Psoriasis napjainkban. *Lege Artis Medicinæ* (2008) 18, 2. 103-110.
2. Tornai I., Dalmi L., Gervain J. és mtsai.: A pegilált interferon alfa 2a – ribavirin kezelés hatékonysága krónikus C vírus hepatitises betegekben. *Lege Artis Medicinæ* (2005) 15, 807-813.
3. Citro V., Fristachi R., Trantino G.: Extensive psoriasis induced by pegylated interferon: a case report. *J.Med Case Rep.*(2007) 1, 86.
4. Taylor C., Burns D. A., Wiselka M. J.: Extensive psoriasis induced by interferon alfa treatment for chronic hepatitis C. *Postgrad Med J.* (2000) 76, 365-7.
5. Orion E., Matz H., Wolf R.: The life-threatening complications of dermatologic therapies. *Clin. Dermatol* (2005) 23, 182-92.
6. Frankel A. J., Van Voorhes A. S., Hsu S., Korman N. J., Lebwohl M. G., Bebo B. F. Jr., Gottlieb A. B.: Treatment of psoriasis in patients with hepatitis C: From the medical board of the national psoriasis foundation. *J Am Acad Dermatol.* (2009) 61, 1044-55.
7. Zein NN: Etanercept as an adjuvant to interferon adn ribavirin in treatment-naive patients with chronic hepatitis C virus infection: a phase 2 randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Hepatol.* (2005) 42, 315-22.
8. Cecchi R., Bartoli L.: Psoriasis and hepatitis C treated with anti-TNF alpha therapy (etanercept) *Dermatol Online J.* (2006) 12, 4.
9. Oniankitan O., Duwoux C., Challine D., Mallat A., Chevalier X., Pawlotsky J. M. et al.: Infliximab therapy for rheumatic diseases in patients with chronic hepatitis B or C. *J Rheumatol* (2004) 31, 107-9.
10. Aslanidis S., Vassiliadis T., Pырpasopoulou A., Douloumpakas I., Zamboulis C.: Inhibition of TNF alpha does not induce viral reactivation in patients with chronic hepatitis C infection: two cases. *Clin Rheumatol* (2007) 26, 261-4.
11. Peterson J. R., Hsu F. C., Simkin P. A., Wener M. H.: Effect of tumor necrosis factor alpha antagonists on serum transaminases and viremia in patients with rheumatoid arthritis and chronic hepatitis C infection. *Ann Rheum Dis.* (2003) 62, 1078-82.
12. Oton E., Barcena R., Castillo M., Barreales M., Blesa C., Moreno-Planas J. M. et al.: Hepatitis C virus recurrence after liver transplantation: influence of immunosuppressive regimens on viral load and liver histology. *Transplant Proc* (2006) 38, 2499-501.

*Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ,  
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika  
(igazgató: Kemény Lajos dr., egyetemi tanár)*

## **Szekvenciális terápia a mometasone furoát+szalicilsav és a mometasone furoáttal: újabb lehetőség a pikkelysömör helyi kezelésében\***

### **Sequential therapy using mometasone furoate+salicylic acid and mometasone furoate: a novel topical therapy for psoriasis**

BATA ZSUZSANNA DR.

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

*A szerző a cikkben összefoglalja a pikkelysömör terápia-jában az utóbbi években megjelent helyileg alkalmazható készítmény, az Elosalic (0,1% mometasone furoate + 5% szalicilsav) kenőccsel szerzett tapasztalatokat irodalmi adatok alapján. Megállapítja, hogy az Elosalic hatékony, ugyanakkor kevés mellékhatással bír, új helyi terápiai lehetőség a pikkelysömör kezelésében. Szekvenciális kezelési sémában is jól alkalmazható, 0,1% mometasone furoáttal és a bőr barriert helyreállító bőrápolóval.*

**Kulcsszavak:**  
**pikkelysömör - Elosalic - helyi kezelés**

#### **SUMMARY**

*The paper summarizes published experience with Elosalic (0,1% mometasone furoate + 5% salicylic acid) in the topical therapy of psoriasis. Elosalic is a new, effective topical treatment in psoriasis, with relatively little side-effects. It can be used in sequential therapy in combination with 0,1% mometasone furoate and base creams with good effect.*

**Key words:**  
**psoriasis - Elosalic - topical therapy**

#### **Klinikum és pathomechanizmus**

A pikkelysömör (Psoriasis) poligénesen öröklődő bőrbetegség, melynek prevalenciája 2-3 % körül van különböző populációkban. Más poligénus betegségekhez hasonlóan a betegség klinikai spektruma széles, az életminőséget alig befolyásoló néhány lokalizált bőrtünet jelentkezésétől, a súlyos, egész bőrfelületet érintő, ízületi panaszokkal kísért, az életet veszélyeztető formáig terjed. A klinikai megjelenés prototípusa a plakkos forma (Psoriasis vulgaris). Bár a betegség elsősorban a bőrt és az ízületeket érinti, az utóbbi évek kutatásai kapcsán kiderült, hogy a pikkelysömörös betegek nagy százalékban szenvednek a metabolikus szindróma különböző kórallapotai-ban (1).

A pikkelysömörös bőrlézió klasszikus elváltozása a dominálón T sejtes infiltrátum jelenléte a hám alatti kötőszövetben és a hámban, valamint a hámsejtek (keratinociták) fokozott osztódása és kóros differenciálódása. Polimorfonukleáris granulociták infiltrátumai úgynevezett Munro-féle microabszcessusokat képeznek a hám (epidermisz) felső rétegében, melyek dominan-

ciája a psoriasis pustulosa klinikai megjelenését eredményezi.

A pikkelysömörös betegek bőrén a legkülönbözőbb hatásokra (fizikai-, kémiai trauma, infekció, kontakt allergének, stressz, fokozott alkoholfogyasztás, bizonyos gyógyszerek) kialakul a jellegzetes pikkelysömörös lézió (Köbner jelenség), jelezve, hogy a pikkelysömörös beteg bőre tünetmentes állapotában is kóros reakciókészséget hordoz.

A klinikai variánsok között megkülönböztethetjük a fiatal korban jelentkező (I. típus) és a felnőtt korban jelentkező (II. típus) formáját a betegségnek. A fiatal korban jelentkező forma általában 40 éves kor előtt alakul ki, gyakran generalizált, hirtelen, nagy kiterjedésben jelentkező guttált psoriasis klinikai képe látható. A psoriasis guttata klinikai képére kevésbé a nagyobb méretű plakkok, inkább a kisebb, papulosus bőrelváltozás a jellemző. A fiatalkori csoportban gyakrabban előforduló eruptív, kiterjedt guttált psoriasis kialakulásában valószínűleg szerepet játszanak bakteriális infekciók. A bakteriális szuperantigének nem specifikus módon aktiválják azokat az immunfolyamatokat, melyek a betegség pathomechanizmusában lényeges szerepet játszanak (2).

\* Szponzorált közlemény

## Terápia

A betegség kezelésében lokális és szisztémás terápiát alkalmazhatunk (3). Az ötvenes évek vége óta alkalmazzuk a methotrexatot, 1991-ben jelent meg az a dolgozat, melyben nagy beteganyagon végzett, dupla-vak vizsgálattal bizonyították a ciclosporin jó terápiás hatását a betegségben (4). A ciclosporin a calcineurin foszfatáz gátlása révén a T sejtek aktivációját gátolja. Az aktivált calcineurin felelős az aktivált T sejtek citoplazmikus nukleáris faktorának (NFAT) defoszforilálásáért, mely defoszforilált állapotban a sejt-magba transzlokálódik, és ott transzkripciós aktivációt eredményez. Az utóbbi évtizedben a betegség kezelésében számos új, célzott biológiai terápiás készítmény alkalmazása vált lehetővé. Ezek a szerek a természetes és adaptív immunfolyamatok egyes elemeit gátolják. A bőrt infiltráló T sejtek pathomechanizmusban játszott szerepének vizsgálata az 1980-as években kezdődött, Bos és munkatársai 1983-ban írták le az infiltrátum sejtjeinek immunfenotípusát (5). Valdimarsson munkatársaival 1986-ban közölte azt a feltételezést, hogy a hámsejtek fokozott osztódásáért a T sejtek lehetnek felelősek a betegségben (6).

Már 1990-ben megjelent közleményekben beszámoltak arról, hogy allogénikus csontvelőtranszplantációval a betegség átvihető, illetve gyógyítható (7;8). Hasonló megfigyelésekről az utóbbi években is beszámoltak csontvelőtranszplantált egyénekben (9;10). A gyulladás mellett a hámsejtek kóros proliferációja és differenciálódása is jelentős szerepet játszik a betegségben. A szisztémás retinoidok alkalmazása a betegség kezelésében a 70-es 80-as években kezdődött, előbb az etretinate, majd az acitretin alkalmazása terjedt el. A retinoidok feltehetően mind a gyulladásos folyamatok, mind a hámsejt proliferáció és differenciálódás eltérésein keresztül fejtenek ki terápiás hatást. Leghatásosabban fénykezeléssel kombinálva alkalmazhatóak. A fényterápia alkalmazása a betegek gyógyításában a 70-es években kezdődött, először a fényérzékenyítővel (psoralen) alkalmazott UV-A kezelés (PUVA), később a szélesebb, majd szűk spektrumú (311 nm) UV-B, illetve a 308 nm-es lézer kezelés is általánossá vált a betegség kezelésében.

A szisztémás kezelések és a fénykezelés mellett elsősorban az enyhe és közepesen súlyos formákban önállóan, a súlyosabb esetekben a szisztémás kezelések mellett kombinációban alkalmazva a helyi szerek alappillérei a bőrtünetek kezelésének.

A helyi kezelésben alkalmazott szerek között szerepel a szteroid, az anthralin (dithranol), a D3 vitamin analógok (calcipotriol, calcitriol, tacalcitol), a lokális retinoidok és a szalicilsav. A lokálisan alkalmazható szerek között a legszélesebb hatásspektrummal talán a szteroid rendelkezik. A különböző lokális szteroid készítményeknek az igen jó hatás mellett számos mellékhatása van és sajnos alkalmazásuk esetén számolni kell a tachyphylaxis, esetleg rebound effektusok kialakulásával is.

A mometasone furoát a lokálisan alkalmazható szteroid készítmények közül hatásában az egyik legerősebb, ugyanakkor igen jó mellékhatás spektrummal rendelkező készítmény. Bertí és munkatársai pikkelysömör kezelésé-

ben a szer hámproliferációt gátló hatását írták le (11). Számos, a betegség pathomechanizmusában kulcsszerepet játszó citokin, a TNF $\alpha$ , az IL-8 és az IL-1 termelődését gátolta a lokálisan alkalmazott készítmény a bőrben, leírták az adhéziós molekulák kifejeződésének gátlását is.

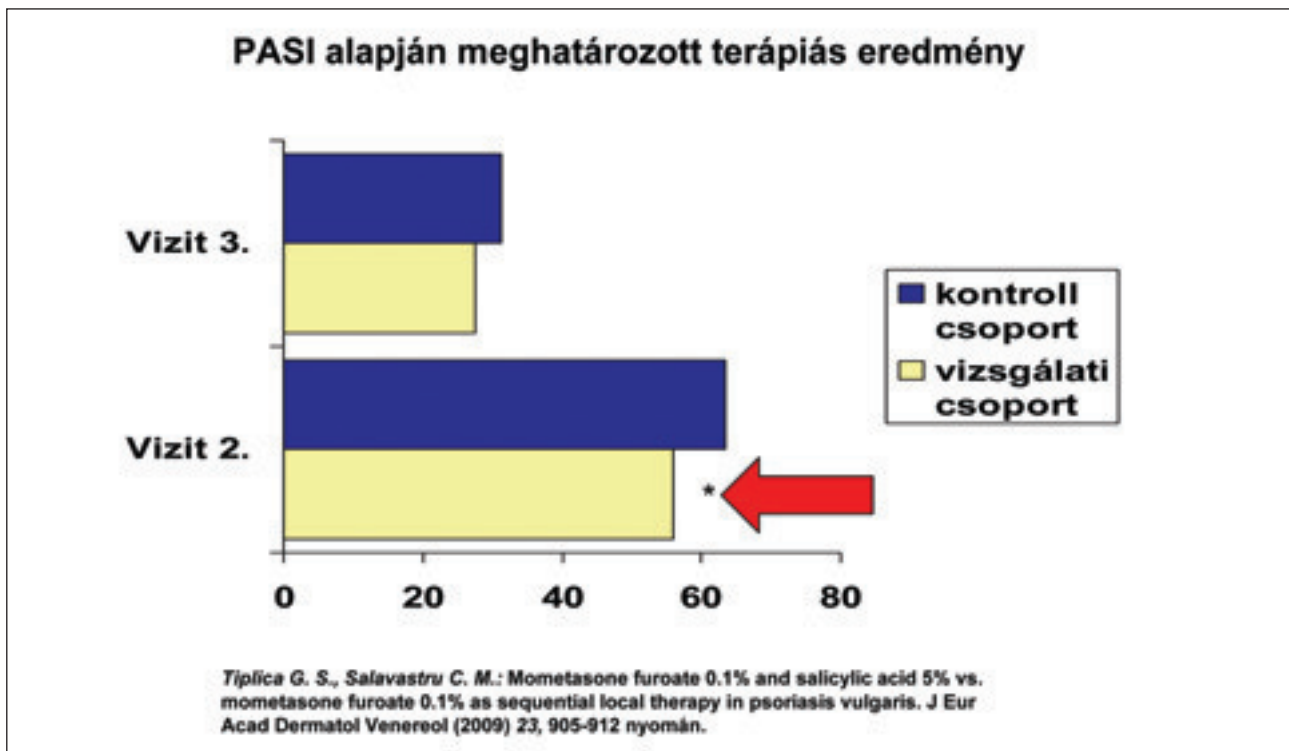
A mometasone furoát in vitro vizsgálatokban a legerősebb glukocorticoid receptor kötéssel bíró és a legeredményesebb anti-inflammatorikus transzkripciós aktiváló szernek bizonyult (12), ugyanakkor nagy dózisok esetén is minimális hatást fejtett ki a hypothalamus-hypophysis mellékvese rendszer működésére (13).

Bár a lokális szteroidok alkalmazása során nem gyakori a szteroid allergia kialakulása, nem elhanyagolható előnye a készítménynek, hogy a lokálisan alkalmazható szteroid készítmények között a legalacsonyabb a szenzibilizáló hatása (14).

A plakk típusú pikkelysömör kifejezetten hyperkeratotikus klinikai formáiban évtizedek óta alkalmazott lokális készítmény a keratolytikus koncentrációjú (5-10%) szalicilsav. A szer minden hatását nem ismerjük pontosan, de egyértelműen segít a hyperkeratosis megszüntetésében, vékonyítja a plakkot. Lokálisan szteroiddal kombinációban elősegíti a szteroid bőrbe való penetrációját.

Az Elosalic Magyarországon viszonylag új, a pikkelysömör kezelésében alkalmazható lokális készítmény, mely 0,1 % mometasone furoát és 5% szalicilsav kombinációja kenőcs készítményben. Alkalmazása a pikkelysömör plakkos formájában ajánlott, érzékenyebb bőrtünetek, nyálkahártyák környékének, összefekvő bőrtünetek kezelésére nem javasolt. 1997-ben egy 40 beteget magába foglaló vizsgálatban ugyanazon betegen hasonlítottak össze két szimmetrikusan az ellenoldali testfelel elhelyezkedő pikkelysömörös plakkot, melyek közül az egyiket napi kétszer 21 napig 0,1 % mometasone furoát + 5 % szalicilsav kenőccsel, a másikat 0,05% fluocinonide kenőccsel kezelték. (15). A bőrtünetek alakulását lokális PASI score szerint értékelték a kezelés kezdetétől számított 4, 8, 15 és 22. napon. Rögzítették a betegek szubjektív véleményét is a kezelésről. A lokális score értékek alapján a kezelés 15. napjától a mometasone furoát+szalicilsav szignifikánsan hatékonyabbnak bizonyult, mint a fluocinonide. A betegek fele előnyben részesítette a kombinált készítményt, a másik fele nem tudott különbséget tenni a két lokális szer között. Mellékhatást egyik szerrel kapcsolatban sem írtak le. Egy másik, 1998-ban végzett vizsgálat a mometasone furoát 0,1% + 5% szalicilsav kombinációt a mometasone furoát 0,1 % kenőccsel hasonlította össze (16). Ebben a vizsgálatban 408 közepesen súlyos és súlyos plakkos psoriasisban szenvedő beteg vett részt. A kezelés itt is 21 napig tartott, napi kétszer alkalmazták mindkét szert. A betegeket vagy az egyik, vagy a másik externával kezelték, kontrollált, randomizált, dupla-vak vizsgálat keretében. Az értékelés az előző vizsgálatéhoz hasonlóan lokális PASI score meghatározásával történt. Itt már a 8. napon jobb hatásúnak ítélték a kombinált kezelést, a vizsgálatot úgy összegezték, hogy a 0,1% mometasone furoát 5% szalicilsavval kombinálva jobb hatású a plakkos pikkelysö-





1. ábra

Tiplica és Salavastru 2009-es vizsgálatában a kezelés első hetének végén szignifikáns különbség mutatkozott mind a PASI, mind a DLQI értékelés alapján a szteroidot szalicillel kombináló kezelést használó betegcsoportban, ez a jó hatás a szekvenciálisan alkalmazott monoterápia idején is megmaradt

mör lokális kezelésében, mint a 0,1%-os mometasone furoát önmagában alkalmazva. Mindkét szert jól tolerálták a betegek, mellékhatást a kezelési idő alatt nem írtak le. A betegség kezelésében szekvenciális terápiát alkalmazva végeztek vizsgálatot 2009-ben Romániában (17). 43 centrumban közepesen súlyos és súlyos pikkelysömörben szenvedő beteget vontak be a vizsgálatba. 184 beteg 7 napig 0,1 % mometasone furoát + 5% szalicilsav kombinált kezelést kapott, napi kétszer alkalmazva a kenőcsöt, majd ezt követően 14 napig napi 1x a 0,1% mometasone furoáttal folytatták a kezelést. A betegek másik csoportja, 176 beteg, 21 napig napi 1x 0,1% mometasone furoátot alkalmazott kenőcsben. A vizsgálat értékelése PASI score (Psoriasis Area Severity Index) és életminőség kérdőív (DLQI, Dermatology Life Quality Index) alapján történt. A kezelés első hetének végén szignifikáns különbség mutatkozott mind a PASI, mind a DLQI értékelés alapján a szteroidot szalicillel kombináló kezelést használó betegcsoportban (1. ábra). A kezdeti kombinált terápia jobb hatása a szekvenciálisan alkalmazott 0,1% mometasone furoát monoterápia idején is megmaradt. Ezen vizsgálat tapasztalata alapján a vizsgálatról beszámoló egyértelműen ajánlják a 0,1% mometasone furoát+ 5% szalicilsav kombinációs kezelés szekvenciális terápiaiban való alkalmazását.

Hazánkban közepesen súlyos és súlyos plakkos pikkelysömörben önállóan vagy szisztémás kezeléssel kombinálva a legelterjedtebb lokális kezelés a Diprosalic (betametazon-dipropionát+3% szalicilsav) kenőccsel való

kezelés. Az Elosalic (0,1% mometasone furoate +5% szalicilsav) nálunk új készítménynek számít, indokolt volt tehát összehasonlítani e két lokális készítményt. Az első hazai vizsgálat 68 plakkos pikkelysömörben szenvedő, 20% testfelület alatti bőrtünetekkel rendelkező betegen az Elosalicot gyorsabb és erőteljesebb hatásának találta a Diprosalichoz képest (18). A mometasone furoát mellékhatás spektruma jóval kedvezőbb, mint a betametazon-dipropionáté, így mindenképp ajánlható a plakkos pikkelysömörben az Elosalic kenőcs alkalmazása lokális terápiként.

#### IRODALOM

1. *Sterry W. és mtsai:* Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol* (2007) 157, 649-655.
2. *Prinz J. C.:* Which T cells cause psoriasis? *Clin Exp Dermatol* (1999) 24, 291-295.
3. *Pathirana D. és mtsai:* European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* (2009) 23 Suppl 2, 1-70.
4. *Ellis C. N. és mtsai:* Cyclosporine improves psoriasis in a double-blind study. *JAMA* (1986) 256, 3110-3116.
5. *Bos J. D. és mtsai:* Immunocompetent cells in psoriasis. In situ immunophenotyping by monoclonal antibodies. *Arch Dermatol Res* (1983) 275, 181-189.
6. *Valdimarsson H. és mtsai:* Psoriasis: a disease of abnormal keratinocyte proliferation induced by T lymphocytes. *Immunol Today* (1986) 7, 257-259.
7. *Eedy D. J. és mtsai:* Clearance of severe psoriasis after allogeneic bone marrow transplantation. *BMJ* (1990) 300, 908.
8. *Gardembas-Pain M. és mtsai:* Psoriasis after allogeneic bone marrow transplantation. *Arch Dermatol* (1990) 126, 1523.

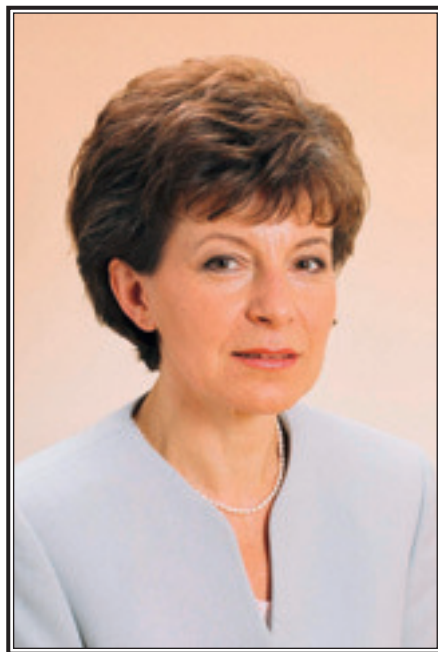
9. *Kanamori H. és mtsai*: Resolution of psoriasis following allogeneic bone marrow transplantation for chronic myelogenous leukemia: case report and review of the literature. *Am J Hematol* (2002) *71*, 41-44.
10. *Snowden J. A., Heaton D. C.*: Development of psoriasis after syngeneic bone marrow transplant from psoriatic donor: further evidence for adoptive autoimmunity. *Br J Dermatol* (1997) *137*, 130-132.
11. *Berti E. és mtsai*: Mometasone furoate decreases adhesion molecule expression in psoriasis. *Eur J Dermatol* (1998) *8*, 421-426.
12. *Smith C. L., Kreutner W.*: In vitro glucocorticoid receptor binding and transcriptional activation by topically active glucocorticoids. *Arzneimittelforschung* (1998) *48*, 956-960.
13. *Affrime M. B. és mtsai*: Mometasone furoate has minimal effects on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis when delivered at high doses. *Chest* (2000) *118*, 1538-1546.
14. *Soós G. és mtsai*: Corticosteroid kontakt szenzibilizáció magyarországi multicentrikus vizsgálata. *Bőrgyógy Vener Szle* (2004) *80*, 203-208.
15. *Medansky R. S. és mtsai*: Mometasone furoate 0.1%-salicylic acid 5% ointment twice daily versus fluocinonide 0.05% ointment twice daily in the management of patients with psoriasis. *Clin Ther* (1997) *19*, 701-709.
16. *Koo J. és mtsai*: Mometasone furoate 0.1%-salicylic acid 5% ointment versus mometasone furoate 0.1% ointment in the treatment of moderate-to-severe psoriasis: a multicenter study. *Clin Ther* (1998) *20*, 283-291.
17. *Tiplica G. S., Salavastru C. M.*: Mometasone furoate 0.1% and salicylic acid 5% vs. mometasone furoate 0.1% as sequential local therapy in psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* (2009) *23*, 905-912.
18. *Gál M.*: Az Elosalic-kal szerzett hazai tapasztalatok. *Bőrgyógyász Info* (2010) *6*, 5.

**A cikk megjelenését az MSD tette lehetővé az orvostudomány szolgálatában. Az itt közölt információk a szerző véleményét tükrözik. A megemlített gyógyszerek felírásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó. 2010. hh.nn**

In memoriam

**Dr. Bégány Ágnes**

1954-2011



A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinikája szomorúan tudatja, hogy *Dr. Bégány Ágnes* 2011. április 4-én, életének 57. évében elhunyt. Nyílt, őszinte, szuggesztív, magával ragadó egyéniségű, kiváló klinikus és oktató bőrgyógyász kollégát veszítettünk el, akire személyiségéből adódóan sokan tekintettek őszinte barátként.

*Dr. Bégány Ágnes egyetemi docens* 32 évet dolgozott a debreceni Bőrgyógyászati Klinikán. 1979-ben nyert kinevezést, 1983-ban tett szakorvosi vizsgát bőr- és nemibetegségek, kozmetológia tárgyából, 1996-ban PhD fokozatot szerzett. 2001-ben közgazgatásból vizsgázott sikeresen.

Mind a graduális, mind a posztgraduális *oktatásban* betöltött szerepe kiemelkedő volt. Előadásain, gyakorlatain az érdeklődő hallgatók a szakma lelkes képviselőjét, egy vérbeli, betegcentrikus klinikust ismerhettek meg, aki előtérbe helyezte a tehetség gondozást. Lelkes, odaadó, elkötelezett oktatói tevékenységét a hallgatók sok esetben illették dicsérő szavakkal. A szakvizsgára készülő kollégák nemcsak a klinikai problémáikkal fordulhattak hozzá, hanem a szövettani képzésükben is aktív szerepet vállalt.

Tervei között szerepelt egy egészségismeret könyv megírása középiskolások számára, amelynek elkészítését betegsége, sajnos, megakadályozta.

Ez évben „A Debreceni Egyetem Rektorának Elismerő Oklevelét” vehette át.

*Gyógyító munkáját* a humánus, lelkiismeretesség, betegcentrikusság jellemezte. A melanoma szűrést, diagnosztikát, kezelést és gondozást kiemelt szívügyének tekintette. Igen sok metasztatikus melanomás beteg nyert vigasztalást optimizmusából. Távozása sok beteg számára pótolhatatlan hiányt jelent.

*Kutatómunkájában* a malignus melanoma etiológiájával, epidemiológiájával, korai diagnosztikájával, prognosztikai faktorainak felismerésével foglalkozott. Előtérbe helyezte a klinikai ellátás és terápia feltételeinek javítását.

Hosszú éveken át aktív szerepet töltött be a Magyar Dermatológiai Társulat, valamint a Bőrgyógyászati Szakmai Kollégium vezetőségében.

Kiemelkedő közéleti tevékenységével Debrecen város elismert személye volt.

Segítő- és áldozatkészségével példát mutatott családjának, kollégáinak, barátainak, s a felnövő generációnak. 32 éven át kiemelkedő szakmai munkával szolgálta a betegek érdekeit.

Személyében olyan életvidám ember távozott közülünk, akire mindig lehetett számítani. Szomorú szívvel búcsúzunk Tőled, *Ági*.

Debrecen, 2011. április 12.

A debreceni Bőrgyógyászati Klinika nevében:

*Prof. Dr. Remenyik Éva*

## In memoriam: Jean Thivolet

1926 – 2011



A Magyar Dermatológiai Társulat, a nemzetközi egyetemi és orvosi közösségek tisztelettel adóznak *Jean Thivolet* professzor emlékének, aki 85 éves korában, 2011. február 04-én örökre távozott közülünk. Mindenki, aki ismerte személyesen, csodálta orvosi, tanári és kivételes kutatói kvalitásait, melyek a francia bőrgyógyászatot nemzetközi hírnévre emelték.

1926. február 04-én született a franciaországi Lyonban. Szakmai életútja is itt indult, a lyoni Edouard Herriot Kórházban, ahol Bőr-, Nemikórtani és Allergológiai Intézetének munkatársa, majd igazgatója (1972-1992) lett. Klinikai feladatai mellett egy olyan immunpatológiai laboratóriumot alapított és vezetett, ami az első olyan INSERM laboratórium volt, ahol bőrgyógyászati kutatás folyt. Úttörőként egyesítette a klinikumot a dermatológiai kutatással, a világ minden tájáról ifjú kutatókat vonzva. Ez a fajta kozmopolita szemlélet Thivolet professzor számára nagy jelentőséggel bírt. Évente immundermatológiai szemináriumokat szervezett, mesterképzést indított a kután biológia témakörében. Fő kutatási területe az autoimmun hólyagos megbetegedések, a Langerhans sejtek funkciójának vizsgálata és a nagy kiterjedésű égések epidermális grafttal történő pótlása volt.

*Jean Thivolet* professzor az a kiemelkedő bőrgyógyász és kutató, akinek az orvosi gyakorlatban és kutatásokban előrevetített víziói több esetben beigazolódtak.

Perfekcionizmusa nyitottsággal, lendülettel, lelkesedéssel és célorientált szemlélettel párosult. Karizmatikus személyisége senkit sem hagyott hidegen. Számos fiatal, a későbbiekben fényes bőrgyógyászati karriert befutó kutató dolgozott a kezei alatt, mint pl.: *Marek Haftek*, *Jean-Francois Nicolas*).

*Jean Thivolet* a Francia Bőrgyógyászati Társaság elnöki posztján életre hívta a Francia-Európai Dermatológiai Kutatói Társaságot. Szakmai igényességét a nemzetközi bőrgyógyászati fórumokon betöltött kulcspozíciói is fémjelzik: igazgatósági tagja volt az International League of Dermatological Societies és az International Dermatology Foundation-nak.

1995-ben bekövetkezett nyugdíjba vonulása óta, bár több időt töltött családi körben, 2009-ig ellátta a *European Journal of Dermatology* főszerkesztői posztját, mely nemzetközi, európai szaklapot 1991-ben alapított.

Vezető bőrgyógyászként, emberként, kutatóként *Jean Thivolet* hiányozni fog mindazon szerencséseknél, akik személyesen ismerhették, megtapasztalhatták becsületességét, tudományos igényességét, egyszerűségét, mély emberségét és el nem múló barátságát.

*Prof. Dr. Kárpáti Sarolta*

## KÖNYVISMERTETÉS

Rosen T. (ed.):

**INNOVATIVE THERAPEUTICS  
AS ISSUE OF DERMATOLOGICAL CLINICS**

Volume 28, Number 3.

Elsevier Inc. 2010.

ISBN 978-1-4377-2442-4

A szerkesztő előszavában hangsúlyozza, hogy a bőrbetegségeket az Egyesült Államokban a Food and Drug Administration által engedélyezett gyógyszerekkel kezelik. A kötetben azonban számos kivétel van ezen szabályozás alól. Több kórkép van, amely nem jól reagál az első- és másodvonalbeli kezelésekre vagy nehéz tartósan tünetmentes állapotban való tartása. A bőrgyógyászati terápia folyamatosan fejlődik és bővül (helyi calcineurin gátlók, rituximab, TNF alpha gátlók) és a régebben használt gyógyszerek (dapson, thalidomid, spironolacton, zink) hatásmechanizmusáról is egyre több ismeret halmozódik fel. A fejezetek mindegyike „innovatív” szóval kezdődik – népes szerzőgárda próbálkozik a terápiás lehetőségek leghatékonyabb – gyakran off label- alkalmazásával. A lupus erythematosus foglalkozó fejezetben 2010-ben megjelent közlemény alapján az SLE-ben alkalmazott rituximab, belimumab, epratuzumab kezelés sikertelenségéről számolnak be.

Calcineurin inhibitorokat atópiás dermatitisben való alkalmazásán kívül számos kórképben próbálták ki: balanitis xerotica obliterans, primer biliaris cirrhosis és uraemiás pruritus csökkentése, pemphigus foliaceus, granuloma annulare, necrobiosis lipoidica, rosacea, perioralis dermatitis, lupus erythematosus, lichen sclerosus et atrophicus stb. Kedvezőnek tűnik szájnyalakbőrnyálkahártya lichenben, vitiligóban excimer lézerrel vagy keskeny sugarú UVB-vel kombinálva.

Rituximab off label alkalmazásával pemphigus vulgarisban, pemphigus foliaceusban, epidermolysis bullosa acquisitában, bullous pemphigoidban, dermatomyositisben, lupus erythematosusban, graft-versus-host betegségben változó terápiás sikert írtak le.

TNF alpha antagonistákat – infliximab, etanercept, adalimumab – egyre nagyobb arányban használnak különböző, egyéb tradicionális kezelésre rosszul reagáló kórképekben ill. betegeknél. Bevezetésre kerültek – off label – sarcoidosisban, pyoderma gangrenosumban, Sweet syndromában, pemphigoidban, SLE-ben, sclerodermában, dermatomyositisben, Behcet kórban, pityriasis rubra pilarisban, erythema annulare centrifugumban, Hailey-Hailey betegségben. A fejezet részletesen tárgyalja ezen terápiák veszélyét és a lehetséges mellékhatásokat.

A kötetben beszámolnak a thalidomid és dapson kezelés számos kórképben való off label alkalmazásáról tárgyalva a farmakológiát, hatásmechanizmust, dozírozást és a kezelések mellékhatását is.

Spironolacton használata a nőies típusú hajhullásban ugyancsak ismertetésre kerül. Gyermekbőrgyógyászatban propranolol – nem-szelektív béta blokkoló – terápia sikerét hangsúlyozzák infantilis hemangiómákban.

Minden fejezet végén bőszeges irodalmi hivatkozás segíti az olvasót egy-egy kérdésben való részletesebb tájékozódásban. A kötet bőrgyógyászok és szakorvosok részére hasznos olvasmány.

Ablonczy Éva dr.

Burkhart C. N., Morell D. S., Goldsmith L. A., Papier A., Green B., Dasher D., Gomathy S.:

**VISUAL DX: ESSENTIAL PEDIATRIC DERMATOLOGY**

Wolters Kluwer/Lippincott Williams —Wilkins 2010

ISBN-13:978-1-6054-7770-1

Philadelphia, Baltimor, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo

A könyvet a szerzők és szerkesztők a világszerte ismert gyermekbőrgyógyász Nancy Esterly munkásságának ajánlották.

A könyv kiállításában igen szembevetendő a diagnózisra és a differenciál-diagnózisokra is alkalmas színes klinikai képek hangsúlyozott alkalmazása, mely a szerkesztők célkitűzését maradéktalanul teljesíti – teszi tökéletessé a gyermekbőrgyógyászati kórképek prezentálását.

A könyv fejezetek a gyermek bőrbeteg vizsgálati fonalát követve az anamnézis felvétel részleteit, a bőr vizsgálati lehetőségeinek metodikáit, valamint fotodokumentációval pontosított az elemi jelenségeket ismertetik.

Az egyes kórképek tárgyalása a domináns klinikai tünetek alapján csoportosítva történik, azaz erythemák, pigment eltérések, papulák plakkok, vesiculák-bullák, multiplex és „szolid” elváltozások és speciális lokalizációk szerint. Kórképenként a diagnózis felállításának algoritmusai az anamnézis, a kiemelten jellemző klinikai tünet, a differenciál-diagnózis lehetőségei, a diagnosztikus tesztek és a terápia szerint követhető.

A záró fejezet a gyermekkor dermatológiai terápiáját a kornak megfelelő használatban naprakész adatokkal adja meg: a helyi és szisztémás corticosteroidok, a szisztémás antimycoticumok, antibiotikumok, H1 blokkolók, a leggyakoribb szisztémás immunmodulánsok és a retinoidok felsorolásában.

A könyv gyakorlati felhasználhatósága bőrgyógyász és gyermekbőrgyógyász szakorvosok napi munkájában kiemelkedő segítséget ad.

Temesvári Erzsébet dr.

Daniel Creamer, Jonathan Berker, Francisco A. Kerdel:

**ACUTE ADULT DERMATOLOGY**

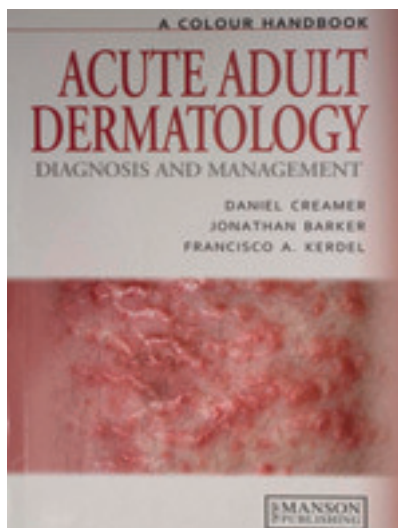
Manson Publishing 2011

ISBN 978-1-84076-102-3

A kiadvány a szerzők szándéka szerint azokra a felnőttkorban előforduló bőrgyógyászati betegségekre fókuszál, melyek gyors kezdetűek és akut lefolyásúak, és így gyakran találkozhatunk velük a dermatológiai sürgősségi esetek között is.

A könyv 18 fejezetre tagolódik. Áttekinti a fertőzőes (bakteriális, gombás és vírusos) bőrbetegségeket, a hólyagos, papulosquamosus, vascularis, ekzemás és allergiás eredetű kórképeket és a gyógyszerek okozta adverz reakciókat. A lakosság megnövekedett mobilitását, az egzotikus uticélok közkedveltségét figyelembe véve, hasznos, gazdagon illusztrált tudnivalóhoz jutunk a trópusokról, vagy tengerpartokról „hazahozott” nálunk még ritkán észlelhető kórképekről, az ún. „utazási betegségekről” (pl. cutan larva migrans, myiasis, tungiasis, leishmaniasis, sporotrichosis, dengue,

medúzacsípés). A szerzők a környezeti (égés, fagyás) és pszichés eredetű (pl. artefakt) dermatosisoknak, a terhesség alatt fellépő bőrelváltozásoknak valamint a tumorok sűrűségügyi vonatkozásainak is figyelmet szentelnek. Az egyes fejezeteken belül egy-egy konkrét betegséget 2-4 oldalon mutatnak be; klinikai tünetek, differenciál diagnózis, szövődmények, szükséges vizsgálatok, terápia és további teendők szerint, röviden, lényegre törően, az egyes jellegzetességeket, vagy terápiás irányelveket akár címszavakban felsorolva. A kiadványt minden kórképhez kapcsolódóan bőszéges, színes képanyag illusztrálja, nagyobb áttekinthető és közeli felvételeken ábrázolva az éppen tárgyalt tüneteket.



A könyv elsősorban már dermatológiai alapismeretekkel rendelkezők számára nyújt kitűnő összefoglalást a rendelőkben, ügyeletben előforduló akut vagy alarmírozó tünetekkel járó kórképekről. A logikus, rendezett, jól tagolt beosztás az egyes bőrbetegségek gyors beazonosítását és a szükséges teendők jól követhető áttekinthetőségét teszi lehetővé. Rezidensek, szakorvosjelöltek, de a mindennapi gyakorlatban bőrgyógyász szakorvosok és a bőrgyógyászat iránt érdeklődő háziorvosok is haszonnal forgathatják.

Pónyai Györgyi dr.

G. Surber, P. Elsner, M. A. Farage:

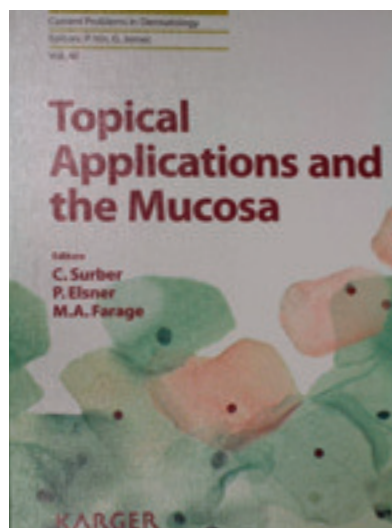
**TOPICAL APPLICATIONS AND THE MUCOSA**

S. Karger AG, Basel 2011.

ISBN 978-3-8055-9615-2

A fél évszázada megjelenő *Current Problems in Dermatology* sorozat részeként publikált, európai és amerikai szerzők jegyezte hiánypótló kötet a nyálkahártyákon alkalmazható, illetve onnan felszívódó hatóanyagokról nyújt jól áttekinthető, a Legújabb kutatási eredményeket felvonultató ismeretanyagot. Az egyes témákban a további elmélyülést a fejezetek végén a bőszéges irodalmi hivatkozás-gyűjtemény segíti.

A nyálkahártyák anatómiai, hisztológiai és fiziológiai funkcióinak részletes áttekinthetése után a mucosalis felszínen szisztémás hatás elérésére alkalmazott hatóanyagok kerülnek bemutatásra. Az intranazális gyógyszerbevitel előnyeit – non-invazív, gyors felszívódás, kiváló biológiai hasznosulás – számos ópiát-származék, hormon, peptid készítmény formulálása során kihasználják. Az USA-ban és Európában törzskönyvezett szerek mellett a fejlesztési fázisban lévő készítményekkel is figyelemre méltó eredmények születtek, többek között Parkinson-kór és epilepszia kezelésében.



A további fejezetekben a szerzők áttekinthetnek az orális és genitális nyálkahártyákon lokálisan alkalmazott antimikrobás és antineoplasztikus szereket. A gyulladáshoz eredetű elváltozások hosszú távú kezelésében alkalmazott calcineurin-gátlók hatékonyságát és biztonságosságát ismertetik az egyre bővülő alkalmazási területeken (anogenitális lichen sclerosus, lichen planus, pemphigus vulgaris). A tacrolimus és a pimecrolimus a tárgyalt indikációkban, hazánkban jelenleg még nem alkalmazható.

A kötet a legtágabb értelemben tárgyalja a nyálkahártyákat érintő problémákat, így kaphattak egy-egy önálló fejezetet az eldobható pelenkák fejlesztésének legújabb kori vívmányai, használatuk előnyei a pelenka dermatitis megelőzésében; illetve a hüvelyi tamponok irritáló hatásának tesztelése ún. Behind-the-Knee teszttel. Az anogenitális traktus mellett a szerzők az orális higiénia legfontosabb kérdéseit is érintik.

A záró fejezet a nyálkahártyákon lokálisan alkalmazott hatóanyagok által kiváltott- a mucosa sajátos, az epidermis-től eltérő immunológiai, barrier funkciói következtében kialakult —kontakt szenzibilizáció kérdéseivel foglalkozik.

A könyv a mucosalis felszínnel lokális és szisztémás gyógyszerhatás, illetve kozmetikai célú használat során kapcsolatba kerülő kémiai anyagok és segédanyagok alkalmazásának átfogó, naprakész és könnyen használható összefoglalását nyújtja dermato-venerológusok mellett a társszakmák művelőinek, fogorvosoknak, gyógyszerészeknek egyaránt.

Abádi Eszter dr.

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

## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2011

### **MDT Gyermekbőrgyógyászati Szekció ülése**

Időpont: 2011.05.06-07.

Helyszín:

Budapest, Hotel Hélia

Tudományos információ:

Dr. Szalai Zsuzsanna

Heim Pál Gyermekkorház

1089 Budapest, Üllői út 86.

Telefon: 1/ 459-92-17

Fax: 1/ 459-92-20

[suni@t-online.hu](mailto:suni@t-online.hu)

### **A korszerű infektológiai szemlélet jelentősége a súlyos bőr- és légúti fertőzések kezelésében – orvosoknak, eü. szakdolgozóknak**

Időpont: 2011.05.13.

Helyszín:

1115, Budapest, Halmi út 20-22.

Aesculap Akadémia

Tudományos Információ:

Prof. Dr. Daróczy Judit

Tel.: 280-1368

### **Nemzetközi Melanoma Nap**

Rendezvény ideje: 2011. május 16.

Helyszín: Magyarország

Tudományos információ:

Dr. Oláh Judit, egyetemi docens

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

6720 Szeged, Korányi fasor 6.

Telefon: 62/545-984

Fax: 62/545-954

[oj@derma.szote.u-szeged.hu](mailto:oj@derma.szote.u-szeged.hu), vagy [oj@dermall.hu](mailto:oj@dermall.hu)

### **Magyar Dermatológiai Társulat és a Magyar Magánbőrgyógyászok Közhasznú Egyesületének XI. Kozmetológiai Kongresszusa**

Időpont: 2011.06.23-25.

Helyszín: 4026, Debrecen Hunyadi u. 1-3.

Kölcsey Központ

Tudományos információ:

Dr. Szabó Éva

DEOEC Bőrgyógyászati Klinika

4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Telefon: 52 255-602

Fax: 52 255-736

E-mail: [eszabo@dote.hu](mailto:eszabo@dote.hu)

### **22nd World Congress of Dermatology /**

### **22. Bőrgyógyászati Világkongresszus**

Rendezvény kezdete: 2011.05.24-29.

Helyszín: Dél-Korea- Szöul- COEX

<http://www.wcd2011.orgZ>

### **2nd Summer School of Pediatric Dermatology (2011)**

Rendezvény kezdete: 2011.06.03-06.

Helyszín: Görögország- Aegean Sea Cruise

<http://www.euromedicom.com/>

### **41st Annual ESDR Meeting**

Rendezvény kezdete: 2011.09.07-10.

Helyszín: Spanyolország – Barcelona

[www.esdr.org](http://www.esdr.org)

### **Lymphoedema drainage kezelés elmélete és gyakorlata**

Időpont: 2011.09.12-15.

Helyszín: Főv. Önk. Egy. Szent István és

Szent László Kh. - Lymphoedema

Rehabilitációs Osztály

Tudományos információ:

Prof. Dr. Daróczy Judit

Tel.: 280-1368

### **II. Harkányi Psoriasis Konferencia**

Időpont: 2011.09.30-2011.10.02

Helyszín: Harkány

Rendező:

Zsigmondy Vilmos Harkányi Gyógyfürdő Kórház

Szervező: Dr. Hortobágyi Judit

### **III. Esztétikai Dermatológiai Továbbképzés és Workshop**

Időpont: 2011.10.14-16.

Helyszín: Magyarország- Budapest

Szervező:

Magyar Magánbőrgyógyászok Közhasznú Egyesülete

Általános szervező adatai:

G-Management Zrt.

Telefon: (1) 320-4848

[info@gmrt.hu](mailto:info@gmrt.hu)

### **Psoriasis Világnap**

Időpont: 2011.10.29.

Tudományos információ:

Prof. Dr. Kemény Lajos,

Dr. Gyulai Rolland

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

6720 Szeged, Korányi fasor 6.

Telefon: 62/ 54-59-96, 54-52-60

Fax: 62/ 54-59-54

[rpg4@mail.derma.szote.u-szeged.hu](mailto:rpg4@mail.derma.szote.u-szeged.hu)

**Magyar Dermatológiai Társulat 84. Nagygyűlése**

**és X. Dermato-Pharma Szakkiállítás**

Időpont: 2011.12.08-10.

Helyszín:

1089. Budapest Nagyvárad tér 4. NET

(Nagyvárad téri Elméleti Tömb)

Tudományos információ

Dr. Wikonkál Norbert

Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani, és

Bőronkológiai Klinika

1085, Budapest, Mária u. 41.

[office@derma.hu](mailto:office@derma.hu),

[secretary@derma.hu](mailto:secretary@derma.hu)

Általános szervező adatai:

Bagdi Károly ügyvezető igazgató

Convention Budapest Kft.

1461 Budapest, Pf.: 11.

Telefon: 06-1-2990184, -85, -86

Fax: 06-1-2990187

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

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

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

E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)

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

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

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

E-mail: [huderm@bor.sote.hu](mailto:huderm@bor.sote.hu)