

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI
Szemle

87. ÉVFOLYAM

2011. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés
2011. december 8–10.**

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 Lívია dr.
Várkonyi Viktória dr.	

TARTALOM

87. évf. 2011. 6. szám

Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés absztraktjai 2011. december 8–10.	179
Szerzők névsora	212

TERÁPIA

Wikonkál Norbert dr.:

Nézzünk a tükörbe! – A Humira hosszútávú hatásossága és biztonságossága a magyarországi tapasztalatok tükrében	215
---	-----

Holló Péter dr., Jókai Hajnalka dr.:

Előzetesen TNF-alpha gátló terápiában részesülő beteg ustekinumab kezelése	219
--	-----

Wikonkál Norbert dr.:

A psoriasis komorbiditásai – infliximab kezelés kardiológiai gondozás alatt álló betegnél	222
---	-----

Könyvismertetés	226
-----------------------	-----

Kongresszusi naptár	228
---------------------------	-----

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° 5. 2011.

The Hungarian Dermatological Society Annual Meeting 8 – 10. december 2011	179
Authors Index	212
THERAPY	
<i>Norbert Wikonkál:</i> Let there be light! Long term efficacy and safety of Humira in the light of Hungarian experience	215
<i>Péter Holló, Hajnalka Jókai:</i> Ustekinumab treatment of a patient with previous TNF-alpha inhibitor therapy	219
<i>Norbert Wikonkál:</i> Comorbidities of psoriasis – infliximab therapy on a patient with severe cardiologic symptoms	222
Book reviews	226
Congress calendar	228

Magyar Dermatológiai Társulat 84. Nagygyűlése

Budapest, 2011. december 8-10.

Megemlékezés Prof. Pastinszky Istvánról halálának 20. évfordulója alkalmából*

BALÓ J. MÁTYÁS DR., VAJDA ADRIENNE DR.

(Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ,
Bőrgyógyászati Osztály és Szakambulanciák, Budapest)



Pastinszky István 1910. jun. 24-én született Újpesten. Középiskolai tanulmányait ugyanitt a Könyves Kálmán Gimnáziumban végezte, majd beiratkozott a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karára. 1933-ban nyerte el orvosi diplomáját. Már medikus évei alatt jelentkezett tudományos érdeklődése; először *Hári Pál* Orvosi Vegytani Intézetében majd *Balogh Ernő* Kórbonctani Intézetében tevékenykedett. Mint gyakornok az egyetemi „Arányi Alap” kórszövettani pályadíját nyerte el. Orvossá avatása után *Prof. Nékám Lajos* meghívására a budapesti Bőr- és Nemikórtani Klinikára került, ahol különböző laboratóriumokban és osztályos orvosként is dolgozott.

Részt vett az 1935. évi Budapesten rendezett IX. Nemzetközi Bőrgyógyász Kongresszus szervezésében (1) és kiadványai (*Corpus Iconum Morborum Cutaneorum*) szerkesztésében. 1938 novemberében elhagyta a klinikát és a Magyar Honvédség kötelékébe lépett. Ebben az időben az 1899-ben alapított M.H. Központi Honvédkórházban (MHKHK) a bőrgyógyászati és az urológiai osztály összevontan működött *Csukás Béla* urológus főorvos vezetésével (2). 1939-ben a két szakma különvált és *Boltvész Ferenc* vezetésével megkezdte működését az önálló bőrgyógyászati osztály, melynek élére 1942-ben nevezték ki *Pastinszky Istvánt*. Ezt követően 34 éven keresztül folytatott osztályvezető tevékenységével meghatározó egyénisége lett nemcsak a honvéd- hanem a magyar és az egyetemes egészségügynek is. Őrnagyi, alezredesi, majd

* A Magyar Dermatológiai Társulat 2011. évi Nagygyűlésén elhangzó előadás

ezredesi rendfokozatai mellett 1946-ban egyetemi magántanárrá habilitáltak Debrecenben a „Bőrbetegségek megkülönböztető kórisméje” tárgykeréből. Ez később az Orvostudományok Kandidátusa címmé konvertálódott (1952). A Debreceni Egyetem magántanári kinevezéssel ismerte el kimagasló szakmai tevékenységét (1964), majd az Orvostudomány (akadémiai) Doktora minősítést nyerte el 1971-ben a „Belbetegségek bőrtünetei” tárgykerében híressé vált, Rácz István professzorral közösen írt monográfiája alapján (Medicina, Budapest 1958), melyet német (3) és lengyel nyelvre is lefordítottak. Az első német kiadás (1965) sikere után 1974-ben jelent meg Kelet-Berlinben az immár kétkötetes mű. Bőr- és Szépségápolás (Kovács Lászlóval) című könyve ugyancsak két kiadást ért meg (Budapest 1958 és 1961). Nyolc éven keresztül volt a Magyar Dermatológiai Társulat elnöke (1970-1978), 1976-tól 1980-ig pedig a Bőr- és Nemigyógyászati Szakvizsga Bizottság elnöke. 1976-ban az osztály vezetését *dr. Marczell István* vette át; életének alkonyán 1989-ig heti több alkalommal rendelt az intézmény szakrendelőjében. Aktívan vett részt az orvos továbbképzésben, melynek vezetése alatt egyik fellegrája volt a MHKHK. A vészkorszakban, majd a II. Világháborút követően is sok embert menekített, illetve biztosított számukra asylumot osztályán. Ez a Magyar Néphadseregbe kényszerrel toborzott orvosokra, mint *Prof. Rácz Istvánra* és *dr. Vánkos Józsefre* is érvényes. A Magyar Kir. Honvédség ezredeseként a következő évtizedek „Nagy Túlélője” volt a szó szoros értelmében. Bensőséges barátság fűzte *Simon Miklós, Melczer Miklós, Szodoray Lajos*

és *Schneider Imre* professzorokhoz. A kor legnevesebb európai kiválóságaival ápolt jó kapcsolatokat, így *S. Jablonskával* és *W. Kortinggal*. Utóbbi egyik könyvét a „Gyermek és Fiatalkori Bőrbetegségek” címmel magyarra fordította és a kiadatta Budapesten. Élete végén latin és görög közmondások aforizmák gyűjtésével és a tudományos fórumokon történő idézésével is bizonyította széleskörű műveltségét és életbölcességét. Sikerei mellett számos kudarc is érte. 1968-ban a budapesti Bőrclinika tanszékvezetői pályázatában alulmaradt *Király Kálmán professzorral* szemben. Valódi, mélyreható befolyást biztosító tudományos – szakmai műhelyt nem sikerült létrehoznia. 1991. szept. 10-én hunyt el Budapesten.

Késői utódaiként halála után 8 évvel, a MHKHK fennállásának 100. évfordulóján rendezett Emlékülésünkön idéztük fel alakját jelentős hazai és nemzetközi részvétel mellett (4). „Felix qui potuit rerum cognoscere causas” vagyis „Boldog aki képes felismerni a dolgok okait”, – ez volt Poór Ferenc Dermatológiájának jelmondata is – jellemezhetjük a 20. század e géniuszát.

IRODALOM

1. *Kárpáti S.*: Ludwig Nékám in: Löser C, Plewig G (Hrsg.) Pantheon der Dermatologie Springer Medizin Verl. Heidelberg (2008) 725.
2. *Parapatics Cs.*: A M.H. Központi Honvédkórház bőrosztályának története <http://www.derma.hu/honved.htm>
3. *Pastinszky I., Rácz I.*: Hautveränderungen bei inneren Krankheiten I-II. VEB Verl. Volk u. Gesundheit Berlin (1974).
4. *Baló-Banga J. M. és Vajda A.*: „Pastinszky István” Emlékülés Budapest, 1999. június 4. Program és Diaklinika /Kiadvány.

Továbbképző előadások

Marschalkó Márta dr.:

Autoinflammatoros syndroma

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

A veleszületett immunitás zavaraként jelentkező, dysregulált gyulladással járó kórképek, amelyekben a gyulladáshoz válasz exogén/endogén kiváltó tényező nélkül jelentkezik, vagy a kiváltó tényezőre túlságosan erős. A genetikai károsodás az inflammasoma funkciót befolyásolja, következményes proinflammatoros citokin (IL-1B, IL18) szekrécióval. Specifikus mutációkat igazoltak a gyulladás és apoptózis mechanizmust, az inflammasoma aktivitást befolyásoló proteinek kódoló génekben. TNF receptor mutációt okozó genetikai eltérés az oka a TRAPS tumor necrosis factor receptor asszociált periodikus syndromának. Az autoinflammatoros syndroma köre az utóbbi években folyamatosan bővül, több specifikus genetikai eltérést igazoltak az egyes betegségek hátterében. Ritkán előforduló, többnyire gyermekkorban kezdődő, nehezen diagnosztizálható, színes klinikai tünetekkel járó kórképek, a klinikai tünetek gyulladáshoz jellemzőek, a láz dominál, gyulladáshoz laboratóriumi eltérésekkel, gyakori izületi, bőr, nyálkahártya, vese, és egyéb szervi eltérésekkel. Bőrgyógyászati jelentőségüket az adja, hogy több kórképben (PAPA, MVK) jelentkezik bőrtünetek a syndroma részjelenségeként, másrészt a kórkép család ismerete szélesítette a gyulladás mechanizmusával kapcsolatos ismereteinket. Néhány bőrgyógyászati vonatkozású syndroma: PAPA, (pyogen arthritis, pyoderma gangrenosum, acne), MVK (mevalonate kinase deficiencia), PASH (pyoderma gangrenosum, acne, suppuratív hydradenitis) CAPS (cryopirin asszociált syndroma), TRAPS.

Temesvári Erzsébet dr.:

Bőrtünetekkel fellépő „allergiás betegségek” idős korban

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

A köztudatban „típusos” bőrtünetekkel jellemezhető allergiás kórképek (urticaria, ekzema) időskori megjelenésekor a valódi immunológiai mechanizmus lehetősége ritkán bizonyítható.

Az urticaria klinikai tüneteinek élelmiszer, gyógyszer expozícióhoz kapcsolható tényező elsősorban intolerancia reakciók eredménye-

ként értékelhető, melynek kivizsgálása és a kezelése is az allergiás mechanizmustól eltérő intézkedési tervet igényel.

Az ekzémás kórképek esetében a valódi allergiás reakciók mellett elsősorban a bőr barrier funkciók változása, károsodása eredményezte irritatív reakciók, valamint a mikrobás szuperinfekciók, melyek elsősorban aetiológiai tényezőként szerepelhetnek.

Az előadás ezen korcsoportra vonatkozó jellemzőklinikai tünetek és aetiológiai tényezők mellett a sajátos terápiás lehetőségekre is kitér.

Juhász István dr.:

Kémiai hatások a bőrön

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A bőrt érő vegyi behatások balesetek, inzultusok alkalmával, éppúgy keletkezhetnek, mint a környezetünkben, a kozmetikai, vagy egyéb céllal, a háztartásban használt anyagokból, de származhatnak az épített, esetleg a természeti környezet elemeiből is. A pH változása megváltoztatja a fehérjék 3D szerkezetét, amelynek eredménye a funkció megváltozása, biológiai aktivitásvesztés lehet. Korábban árthatatlanként kezelt anyagokról bizonyosodik be súlyos egészségkárosító hatásuk. Az előadás a vegyi anyagok és az általuk okozott, bőrt érő akut károsodás áttekintésére vállalkozik, a legfontosabb hatásmechanizmusok és tennivalók meghatározásával.

Szegedi Andrea dr.:

A pseudosclerodermák differenciál diagnosztikája

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A pseudosclerodermák vagy más néven scleroderma-szerű kórképek csoportjába számos, változatos klinikai lefolyást mutató betegség tartozik. A diagnózis felállítása, különösen a kezdeti stádiumában nehéz lehet. Az egyik legfontosabb feladat a valódi sclerodermától való elkülönítés, hiszen a prognózis és a terápia jelentősen különbözik a két betegség csoportban. Az előadás célja a pseudosclerodermák eltérő klinikai formáinak valamint egy jól használható európai differenciál diagnosztikai algoritmusnak az ismertetése, mely a mindennapos betegellátást segítheti.

Tudományos előadások

Holló Péter dr., Ostorházy Eszter dr., Pónyai Katinka dr.,
Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Gyakorlati aktualitások az STD területén

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

Az STD kórokozók rezisztenciájának változása az elmúlt időszakban a terápiás ajánlásokban jelentős változtatásokat indokolt.

N. gonorrhoeae rezisztencia vizsgálat a kórokozó nehéz szállíthatósága miatt kevés laboratóriumban történik. Saját tapasztalatunk szerint a törzsek több mint fele kinolon, penicillin és tetracyclin rezisztens. A hazai törzsek megőrizték érzékenységüket azythromycin, spectinomycin és 3. generációs cefalosporinok iránt.

A genitális bakteriális fertőzések további kórokozói az *Ureaplasma urealyticum* és *U. parvum*, a *Mycoplasma hominis* és *genitalium* valamint a *Chlamydia trachomatis* D-K szerocsoport tagjai. Intézetünkben rutinszerű tenyésztési lehetőség, és így rezisztencia vizsgálat az *Ureaplasma* és *M. hominis* esetén lehetséges.

Saját *Ureaplasma* izolátumaink esetén a rezisztens törzsek aránya kinolonokkal szemben 23%, clindamycin 77 %, erythromycin 88%, azythromycin 12 %, tetracyclin és doxycyclin esetén pedig 6%.

A *Mycoplasma hominis* törzsek minden esetben rezisztensek azythromycinnel szemben, a többi antibiotikum iránti érzékenységük változó mértékű.

Bakteriális vaginózis esetében a kevert flórában régebben domináló *Gardnerella vaginalis* és *Mobiluncus* fajok helyett a vezető szerepet az *Atopobium vaginae* törzsek vették át. Az *Atopobiumok* minden esetben rezisztensek metronidazollal szemben, a clindamycin azonban megőrizte hatékonyságát

A lues kapcsán az esetek számának növekedése mellett emelkedik a neuroszifilisz és connatalis szifilisz esetek száma.

Az STD centrumok kialakításával (Szeged, Debrecen, Pécs, Miskolc) a HIV pozitív tünetmentes, kezelésre még nem szoruló betegek gondozása is bőrgyógyászati feladattá vált.

Gyulai Roland dr., Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.:

Biológiai terápia során észlelt immunológiai mellékhatások diagnosztikai lehetőségei

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A biológiai terápiák egyre szélesebb körű alkalmazásával mind gyakrabban találkozunk azok nem kívánatos reakcióival is. A biológiai terápiák mellékhatásai mind patogenezistük mind klinikai megjelenésük tekintetében jelentősen különböznek a konvencionális szerek nem kívánatos hatásaitól. A kialakuló mellékhatások jelentős része bőrtünetek formájában (is) jelentkezik, így ismeretük a gyakorló bőrgyógyász számára is kiemelt jelentőséggel bír. A biológiai terápiák okozta adverz bőrtünetek azonban mind klinikai diagnosztikai szempontból, mind laboratóriumi vizsgálati lehetőségeket tekintve, mind a terápiás terv felállításának oldaláról jelentős kihívás elé állítják a kezelőorvost. A szerzők saját betegek kivizsgálása/kezelése során szerzett tapasztalataik alapján összefoglalják a biológiai terápia

piák során észlelt bőrtünetekkel kapcsolatos diagnosztikai lehetőségeket, a klinikai tünetek jellegzetességeinek elemzésétől a laboratóriumi és *in vivo* vizsgálati módszerekig.

Daróczy Judit dr.:

Cytokinek és növekedési faktorok szerepe a sebgyógyulásban

(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A sebgyógyulás rendkívül komplex biológiai folyamatok eredménye. A sebgyógyulásban a gyulladáshoz fázissal veszi kezdetét a regenerációs folyamat. A gyulladást alkotó fehérvérsejtek – neutrophil leukocytá, macrophag, mastocytá, lymphocytá – az immunológiai effector és a gyulladáshoz citokinek és a növekedési faktorokat termelő sejtek szerepét töltik be. A kemokin receptorok a keratinocytákon és az endothel sejteken, fibrocytákon is megtalálhatók, alátámasztva azt, hogy a kemokinok a hámosodásban, angiogenesisben és a kötőszövet remodellációjában is szerepet játszanak. Az akut (normál) sebgyógyulás során magas koncentrációban van jelen IL-6, IL-8, IL-1RA, PDGF, IFN- γ és TNF- α . Vizsgálatainkban a proinflammatorikus citokinek közül az IL-1 β volt a leghatékonyabb induktor. A krónikus (nem gyógyuló) sebek esetében ún. intrinsic faktorok (véna elégtelenség, diabetes mellitus, érszűkület, decubitus, vasculitis, nyiroködéma, infekció) megváltoztatják a celluláris mechanizmusokat. A tartóssá váló gyulladás sejtjei által termelt proteázok, a fokozott proteolyticus aktivitás (neutrophil elastase, MMP-8, MMPs, gelatinase) roncsolják a növekedési faktorokat és az extracelluláris matrix proteinjeit, melyek a szöveti regenerációban fontosak. A megnövekedett mennyiségű ROS (H₂O₂, O₂) direkt károsítja a szöveti sejteket. A folyamatosan fennálló fertőzések baktérium komponensei (extracelluláris adherencia protein, N-acetylmuramyl-L-alanyl-D-isoglutamine, stb) gátolják a regenerációban résztvevő sejtek aktivitását és fenntartják a gyulladást. A bonyolult interaktív folyamatok dysregulációja az oka a sebgyógyulás gátlásának.

Törőcsik Dániel dr., Remenyik Éva dr., Szegedi Andrea dr.:

A psoriasis kezelésében alkalmazható jelenlegi és új szisztémás terápiás eljárások

(Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A psoriasis kezelése az elmúlt közel egy évtizedben a bőrgyógyászat sikerterületévé vált, a bevezetett terápiák kitűnő példaként szolgálnak arra, hogy a modern orvoslás milyen eszközökkel képes azonosítani egy betegség pathomechanizmusát és erre építve milyen célirányos kezelési módokat tud kifejleszteni. Áttekintő előadásunkban a megismert pathomechanizmusokat és az ezek alapján kifejlesztett kezelési lehetőségeket kívánjuk bemutatni, kitérve a már sikerrel alkalmazott kezelésekre mellett a jövőben várható előrelépésekre is, középpontba állítva az új, szájon át adható kis molekulású terápiás lehetőségeket.

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

Rédling Marianna dr., Daróczy Judit dr.:

Immunológiai folyamatok a nem gyógyuló diabéteszes sebek hátterében

(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A cukorbetegség 15%-nál alakul ki betegségének során lábseb, mely miatt hazánkban évente 3-4000 amputáció történik. A diabéteszes lábsebek gyógyhajlama rossz. Ennek hátterében több mint 100 faktort azonosítottak, melyek között számos immunológia diszregulációs folyamat szerepel. Ezek közül a legfontosabbak:

- a hipoxiára adott elégtelen válasz
- a hiperglikémia okozta fokozott oxidatív stressz
- csökkent védelem a fertőzésekkel szemben
- magas metalloproteináz szint következtében fokozott szöveti destrukció
- az elégtelen fagocita funkció eredményeként kialakuló krónikus gyulladás
- keratinocita és fibroblaszt diszfunkció
- csökkent angiogenezis és neovaszkularizáció
- neuropátia következtében a neuropeptidok csökkent szintje

Az előadásban a szerzők összefoglalják a diabéteszes sebek gyógyulását elősegítő immunológiai faktorok (citokinek, növekedési faktorok) hatását, a nem gyógyuló sebekben észlelhető kóros gyulladás által indukált immunológiai folyamatokat, a komplex külső és belső tényezőket és az ezekre választ nyújtó kezelési lehetőségeket.

Poroszkai Mária dr., Daróczy Judit dr.:

A genitáliák krónikus nyiroködémájának differenciál-diagnosztikája és kezelése

(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

Az alsó végtagok ödémáját kb.15%-ban kíséri a genitáliák ödémája. A nyiroködéma felismerése feladata az alapellátásnak és azoknak a szakorvosoknak, akikhez az ödémát észlelő orvos a beteget utalja. A szakszerű ödémamentesítő kezelés a speciális centrumok feladata. A primér (elsődleges) nyiroködéma már gyermekkorban, de gyakran a pubertás idején jelentkezik. A szekunder (másodlagos) genitális nyiroködémák nem ritkák, mert a daganatok és ezek ellátása során kialakuló ödémák incidenciája növekszik. A klinikai tünetek alapján – ujjbenyomatot tartó duzzanat, cellulitist utánzó gyulladás, papillomatosis, lymphangiectasiák, nyirokfolyás, recidiváló erysipelas – a diagnózis megállapítható.

A korai diagnózis azért feladata minden észlelő orvosnak, mert a nyiroködéma lokális immundeficiens állapot, ezért a szövödmények gyakoriak (erysipelas, pseudotumorok, stb.). A szövödmények a beteg életét is veszélyeztethetik, hosszadalmas kezelést igényelnek, kezelésük költséges. A nem kezelt, vagy nem megfelelően kezelt, az előadásban bemutatott esetek tájékoztatnak a súlyos károsodásokról, a marandó kóros állapotokról. A szervi károsodásokon kívül kiemelendők a pszichoszociális hatások. Az életminőség romlása, a nemi élet ellehetetlenülése miatti depresszió, szociális izoláció alakulhat ki. A korai stádiumban végzett szakszerű, komplex ödémamentesítő kezelés megakadályozza a szövödményeket, javítja az életminőséget.

A szerzők felhívják a figyelmet a nemi szerveken előforduló kezeltlen ödémák súlyos szövödményeire, kulcsot adnak a diagnózishoz és osztályozáshoz. Ismertetik a leggyakoribb kiváltó tényezőket valamint a differenciál diagnózishoz javasolt algoritmust, a kezeléshez és gondozáshoz szükséges betegutakat.

Szabó Éva dr., Remenyik Éva dr.:

BEMER terápia alkalmazása krónikus sebek kezelésében

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A BEMER terápia (Bio-Elektro-Mágnes-Energia-Reguláció) a pulzáló elektromágneses mezőnek az emberi szervezetre alkalmazható gyógyító hatását felhasználó módszer.

A kezelést az orvostudomány számos területén alkalmazzák kifejezett fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő hatása miatt. Irodalmi adatok támasztják alá, hogy fokozza a mikrocirkulációt, így eredményesen használható krónikus, nem gyógyuló sebek esetén.

A DEOEC Bőrgyógyászati Klinikán lehetőségünk volt tapasztalattal szerezni a krónikus vénás keringési elégtelenség talaján kialakult ulcus, és diabéteszes lábon keletkezett ulcus BEMER terápiajára. A kiválasztott betegeknek a vénás eredetű ulcus több mint egy éve fennállt. A diabéteszes lábú betegek sebének hónapok óta a megfelelő komplex kezelés ellenére nem gyógyultak. A BEMER terápiaiban a betegek 6 héten át naponta részesültek. A BEMER terápia mellett az ulcusokat a sebgyógyulás stádiumának megfelelő korszerű sebfehérítéssel láttuk el. Hat hét után mindegyik esetben jelentős javulást észleltünk a sebek állapotában, több esetben a korábban fennálló fájdalom is jelentősen csökkent.

Tapasztalataink alapján a BEMER terápia eredményes módszer a krónikus nehezen gyógyuló sebek kezelésében.

Támogatás: OTKA K75864, NFÜ (TÁMOP-Derminova) TÁMOP – 4.2.2 – 08/1/2008-0019

Szabad Gábor dr.¹, Ruzsa Zoltán dr.², Tóth Károly dr.², Vasas Judit¹, Kemény Lajos dr.¹:

Endovascularis módszerek alkalmazása a sebkezelésben

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati Allergológiai Klinika, Szeged¹, BKMÖNK Intervenció Radiológiai Részleg, Kecskemét)

Az elmúlt évtizedben a sebgyógyulással kapcsolatos kutatások eredményeként, a sebkezelésben használatos terápiai eljárások és kötszerek száma megsokszorozódott. A lehetőségek bővülése a gyógyításban résztvevő egészségügyi személyzettől egyre nagyobb felkészültséget és körültekintőbb döntést kíván a legalkalmasabb terápiai módszerek és kötszerek kiválasztásában. Krónikus sebek hatékony kezelése két alapvető pilléren nyugszik: oki terápia, mely a sebgyógyulási zavar hátterében álló betegségek, okok kezelését jelenti, és a helyi kezelés, mely a hámosodásra alkalmas sebalapot hivatott létrehozni. Artériás eredetű fekélyek esetén a terápiai lehetőségek száma az elmúlt években bővült az endovascularis intervenciósi módszerekkel. Előadásunkban ezen módszerek alkalmazásáról számolunk be. Az endovascularis technikák alsó végtagi, térd alatti sikeres alkalmazása új távlatokat nyit a cukorbetegség és artériás szűkület talaján kialakult krónikus sebek kezelésében.

Vajda Adrienne dr., Zámolyi Szilvia dr.:

A napsugárzás káros és hasznos hatásai, a D-vitamin hormon szerepe bőrgyógyászati szempontból

(Honvédkórház-Állami Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászati osztály, Budapest)

Tárgyaljuk az UV sugárzás káros és hasznos hatásait, a D-vitamin szerepét és ezeket összegezve megpróbáljuk azt a középutat megtalálni az UV sugárzás és a D-vitamin bevitel szempontjából, mely egészségünk szempontjából szükséges.

Azt az ellentmondást kell feloldanunk, hogy a létfontosságú D-vitamin/hormon szükségletünk 90%-a a bőrben termelődik UVB sugárzás hatására, azonban az UV sugárzás a legfontosabb rizikó a nem-melanoma bőrrák és részben a melanoma kialakulásának szempontjából.

A bőrrákok incidenciája az UVB sugárzással korrelál, valamint nagyon fontos tényező, hogy a metasztatizáló eseteknek nincs hatékony terápiaja. A melanoma kialakulásában valószínűen a rövid idejű, erőteljes sugárzásnak, a gyermek-és felnőttkori leégésnek, valamint az UVA tartománynak van szerepe, viszont a hosszútávú, alacsony dózisu sugárzás védő lehet melanoma tekintetében. Melanoma betegek D-vitamin szintjének vizsgálata kapcsán azt tapasztalták, hogy stage IV melanoma betegekben a 25(OH) D-vitamin szint szignifikánsan alacsonyabb volt, mint I stádiumú betegekben; alacsony 25(OH) D-vitamin szint (10 ng/ml alatt) esetén a távoli metastasisok korábban jelentek meg.

Magyarországon nem-melanoma bőrrák tekintetében több évvel ezelőtti pontos adatok nem állnak rendelkezésre, de az utóbbi néhány évben közelítően évi 11000 új eset van (a rákregiszter felé a je-

lentések nem voltak kötelezőek és ma is bizonytalan, hogy a jelentős megtörténik-e). Melanoma szempontjából a Nemzeti Rákregiszter adatai szerint 2001-ben 1220 új eset, 2010-ben 2180 új melanomás beteg került regisztrálásra.

D-vitamin szintünk függ az öltözési szokásoktól, a légszennyezettségtől, a bőr pigmentáltságától, a bőr öregedésétől, fényvédők használatától, az évszaktól és a földrajzi viszonyoktól. A gyermek és idős kor, terhesség, szoptatás és bizonyos betegségek hajlamosságnak D vitamin hiányra.

Egyszeri minimális erythema dózis (MED) kialakulásához szükséges napsütés furdóruhában, (napfényvédő krém alkalmazása nélkül) 10.000 IU D-vitamin képződést produkál, ami kb 10-50-szerese a napi ajánlott D-vitamin bevitelnek. Napi egyszer, SPF8 napfényvédőkrém alkalmazása a D-vitamin termelődést 95%-kal csökkenti.

Egészséges fiatal-középkorú emberek esetén a testfelszín <18%-ának (arc, karok, kezek) napoztatása 2-3x hetente kb 5 percig a nyári hónapokban, vagy áprilistól szeptemberig napi fél óra szabadban töltött idő, napfényvédőkrém alkalmazása nélkül, elegendő napi 10.000 IU D3 vitamin képződéséhez. A bőr D-vitamin szintetizáló képessége rövid idő alatt eléri a maximumát, további UV sugárzás hatására az előanyagok lebomlása következik be, hypervitaminózis nem jön létre, viszont a további UV sugárzástól aránytalanul nő a daganatképződés rizikója, miközben a D-vitamin ellátottság már nem fokozódik.

A téli hónapokban napi 800-1000 IU D-vitamin a szükségletünk, pótlás nélkül a raktárak 2-3 hó alatt merülnek ki. 20 ng/ml plazmakoncentráció alatt, ill. a hajlamosító tényezők fennállásakor indokolt a pótlást megkezdeni. A táplálékkal bevitt és a napsütés hatására termelődött D-vitamin biológiai hatásában nincs különbség. Emellett a vitaminpótlás mind profilaktikus, mind terápiás dózisonál biztonságos, túladagolás veszélye csak extrém adagok mellett áll fenn.

Pónyai Györgyi dr.¹, Németh Ilona¹, Altmayer Anita dr.², Nagy Gabriella dr.³, Irinyi Beatrix dr.⁴, Battyáni Zita dr.^{5,6}, Temesvári Erzsébet dr.¹:

Fragrance mix II és összetevő illat allergénjeivel végzett epicutan tesztek eredményei -

Az MDT Kontakt Dermatitis Munkacsoportja által végzett magyarországi multicentrikus vizsgálat

(Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Allergológiai Osztály Budapest¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged²; Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bőrgyógyászat, Miskolc³; Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen⁴; Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Bőr-Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs⁵; Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár⁶)

Az illatallergén iránti kontakt szenzibilizáció gyakorisága világszerte nő. Az érzékenységet kimutató, epicutan tesztek sora az elmúlt években a fragrance mix II (FM II) és összetevő allergénnel bővült.

Az MDT Kontakt Dermatitis Munkacsoportja által hat centrumban, 2009-2010-ben lefolytatott, magyarországi multicentrikus vizsgálat célja az FM II és összetevő allergénjeire mutatott kontakt szenzibilizáció gyakoriságának felmérése volt, válogatott beteganyagban.

A vizsgálatba 565 főt (434 nő, 131 férfi) vontunk be, akiknél az anamnézisben illatosított termékek használatával kapcsolatban kialakult bőrtünetek szerepeltek. Az epicutan tesztek *Brial GmbH D-Greven* sorokkal végeztük, standard környezeti illatallergénként az FM II, FM I, perubalzsam, kolofónium, fakátrány, propolis és sesquiterpen lacton mix került tesztelésre. Az FM II összetevőket (citral, farnesol, coumarin, citronellol, alpha-hexil-cinnamaldehyd (AHCA), és hydroxy-isoheptyl-3-cyclohexene-carboxaldehyde (HICC, Lyrall[®]) szintén minden betegnél teszteltük.

Bármely illatanyagra a betegek 28,8%-ánál, az FM II-re 17,2%-nál észleltünk kontakt szenzibilizációt. Az FM II összetevők közül a HICC 7,3%, a coumarin 5,1%, az AHCA 3,5%, a citral 3,4%, a farnesol 2,5%, a citronellol 1,2% gyakoriságú volt. Az FM II-re érzékeny betegek 48,4% -a csak erre az allergénre volt szenzibilizált.

Multicentrikus vizsgálatunk keretében, válogatott beteganyagunkban detektált 17,2%-os FM II szenzibilizáció, valamint az egyes FM II összetevők iránti túlérzékenység a jelen tesztek nélkül nem került volna felismerésre.

Várszegi Dalma dr.:

Szemcseppek okozta reakciók

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

A szerző a szemcseppek alkotórészeit, tartósítószerait sorolja fel, melyek különböző típusú allergiás és toxikus reakciót okozhatnak. Különös tekintettel a BAC tartósítószer toxikus hatását taglalja, felhívva ezzel a figyelmet, hogy ez a típusú tartósítószer szinte az összes szemcsepp alkotórésze.

Somlai Beáta dr., Hársing Judit dr., Bottlik Gyula dr.:

Melanoma és terhesség

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

A melanoma a 25-29 év közötti nők leggyakoribb rosszindulatú daganata, a női reprodukív időszak tumorainak 8%-a.

Klinikánkon 2004-2009 között 13 melanómában szenvedő nő volt egyidejűleg terhes, illetve a melanoma felismerését követő hónapokban gravid.

A betegek életkora 23-40 év között mozgott. A tumorvastagság 0,6-5,2 mm között változott. Az átlagos követési idő 45 hónap. 4 nő ismételt lett terhes. Egy beteg melanomáját III.B stádiumban ismertük fel, egy betegnél a gondozás során alakult ki lokális recidíva.

Összesen 17 egészséges gyermek született.

A terhesség és a melanoma kapcsolata az irodalmi adatok alapján ellentmondásos és a prognózis is vitatott. A terhesség hatása a melanoma lefolyására adataink alapján nem tűnik kedvezőtlennek, de a kis esetszám és a rövid megfigyelési idő miatt ez a megállapítás csak nagy óvatossággal mondható ki.

Mivel a melanoma incidenciája minden korcsoportban nő, a gyermekvállalás ideje pedig fokozatosan kitolódik, ezért a melanoma-terhesség problematikájával a jövőben várhatóan egyre többször találkozunk.

Balatonai Tímea dr.¹, Borbola Kinga dr.¹, Plótár Vanda dr.²,

Liszky Gabriella dr.¹:

Terhességi melanoma klinikai és patológiai jellemzőinek vizsgálata

(Országos Onkológiai Intézet, Onkodermatológiai Osztály¹, Daganatpatológiai Osztály², Budapest)

A terhesség szerepe a melanoma malignum kórlefojlyásában vitatott, a klinikai vizsgálatok eredményei ellentmondásosak, ennek megfelelően nincs egyértelmű nemzetközi ajánlás a terhes melanomás betegek kezelésével illetve a melanoma diagnózisát követő gyermekvállalással kapcsolatban.

Vizsgálatunk során az Intézetünkben 2001-2011 között melanoma malignum diagnózissal kezelésbe vett terhes nők kórlefojlyását és a daganatok szövettani jellemzőit hasonlítottuk össze az ugyanezen időszak alatt kezelt nem terhes, korstandardizált nőbetegek azonos paramétereivel. A betegcsoportokat tumorlokaliszáció, nyirokcsomó és távoli áttét megjelenése, túlélés ill. a daganatok szövettani paraméterei (szövettani típus, tumorvastagság, a radiális és vertikális növekedési fázis aránya) szempontjából hasonlítottuk össze. Megvizsgáltuk a melanoma diagnózisát követően öt éven belül gyermeket vállalól nők kórlefojlyását is.

A vizsgált időszakban n=13 terhes és n=403 nem terhes fiatal nőt vettünk kezelésbe melanoma diagnózissal. A diagnózist követően n=18 nő vállalt 5 éven belül gyermeket. A terhes betegek esetében a noduláris melanoma előfordulási aránya szignifikánsan magasabb volt (63,6%), mint a kontrollcsoportban (19,7%), p=0.005. A terhességi melanoma átlagos tumorvastagsága 5,55 mm

volt, míg a kontrollcsoport esetében 1,43 mm, a különbség szignifikáns, $p=0.0002$. Megfigyeltük azt is, hogy a superficiálisan terjedő melanoma esetében terhes betegeknel a daganat radiális és vertikális növekedési fázisának aránya kisebb, mint a kontrollcsoportban. Különbséget észleltünk a mitotikus ráta, az exulceráció előfordulása és a tumort infiltráló lymphocyták vonatkozásában is. Terhes betegek esetében a leggyakoribb lokalizációnak a törzset találtuk (69,2%) a kontrollcsoportban a törzset és alsó végtagot (46% és 38%), $p=0,19$. Nyirokcsomó áttét a terhes betegek 46 százalékánál jelentkezett, míg a kontrollcsoport esetében 18 százalékban, a különbség szignifikáns ($p=0.01$) Haematogén áttét a terhesek 46 százalékánál, a nem terhes betegek 8 százalékánál keletkezett, a különbség szignifikáns, $p=0.0000$ Az ötéves túlélés a terhességi melanoma esetén 20%, míg a kontrollcsoportban 87% volt, a különbség szignifikáns, $p=0.0000$ Az öt éven belül gyermeket vállaló nők kórelfolyásában és túlélésében nem találtunk szignifikáns különbséget a kontrollcsoporthoz képest.

Vizsgálatunk során a terhességi melanomás betegek túlélését szignifikánsan rosszabbnak találtuk a kontrollcsoporthoz képest. Az eltérő kórelfolyást magyarázhatja a nagyobb Breslow-érték, a nodularis melanoma gyakoribb előfordulása, a superficiálisan terjedő melanoma agresszív biológiai viselkedése terheseknél. A melanoma diagnózisát követő 5 éven belül gyermeket vállaló betegeket elsősorban a terhesség során elérhető korlátozott diagnosztikus és terápiás lehetőségekről kell felvilágosítani.

Gilde Katalin dr.:

Pigmentált naevusok vizsgálata dermatoszkóppal (Dermo-Artcom Magánpraxis, Budapest)

A pigmentált naevusok jelentőségét a bőrgyógyászati praxisban melanomával való kapcsolata okozza. A melanocyter naevus utánozhat melanomát, ugyanakkor melanoma kiindulásául is szolgálhat.

A naevusok klinikai osztályozásában még nem tükröződik a dermatoszkópos vizsgálómód okozta óriási változás. Keverednek az etiológiai (szerzett, veleszületett), illetőleg a klinikai és szövettani morfológiai szempontok (lásd kék naevus, orsósejtes naevus, atípusos, dysplastikus stb.).

A dermatoszkóp által közvetített jelrendszer gyakorlott vizsgálónak nagy segítséget nyújt a korai melanoma felismerésében. Nincs azonban még konszenzus annak vonatkozásában, vajon a korai diagnózishoz a naevusok időbeli követése, vagy egyes strukturális jellemzők megtalálása hasznosabb.

Tekintettel, hogy a naevusok rendszeres monitorizálása idő és eszközigényes, a dermatoszkóp pedig a bőrgyógyászati rendelők kézben levő segítsége, fontos ismerni azokat a jeleket, a pigmentált naevusban előforduló szerkezetet, melyek a teendőt nem igénylő naevusokra jellemzőek, valamint azt a dermatoszkópos gyanújelet, melyek cselekvést sürget.

A pigmentált naevusok megjelenése eltér testtájanként, pl. törzsen, arcon, kézen, lábon. Másként kell értékelni a pigmentált naevusz szerkezeti jegyeit, regressziós megnyilvánulásait az életkor változásával.

Előadó a bőrgyógyászati rendelő dermatoszkóppal vizsgáló kollégáinak igyekszik segíteni számos naevus klinikai és epilumineszcens képének bemutatásával és elemzésével.

Kovács Péter dr. Pánczél Gitta dr., Borbola Kinga dr., Vönöczky Katalin dr., Liskay Gabriella dr.:

A melanoma malignum progressziójának és disszeminációjának lehetséges pszichés vonatkozásai – egy longitudinális kutatás kezdetei

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

Az Országos Onkológiai Intézetben évente 400 új melanoma malignumot diagnosztizálnak. A betegek mintegy 15%-ánál a betegség progressziója várható.

A krónikus stressz biokémiai szinten is megjelenő hatásmechanizmusain túl a személyiségben rejlő mélyebb lelki tartalmak, elhárító mechanizmusok és az általános pszichés készség befolyással le-

hetnek a tumorprogresszióra. Célunk volt az interferon immunterápiára kerülő, 1,5 mm-nél vastagabb melanoma malignummal jelentkező betegek pszichés státuszának felmérése, tervezett hosszú távú tanulmány kezdő lépéseként.

Longitudinális kutatásomban pszichés konstrukumokat vetek össze a primer tumor karaktereivel, valamint a progresszió ütemével és a kórelfolyás paramétereivel. Interferon kezelésben részesülő, intermedier tumorvastagságú és magas rizikójú, melanoma malignumban szenvedő, tumormentes betegeket vizsgálok (20 ff, 11 nő). Egy kezdeti terápiás ülést a tesztsomag felvétele követte, majd újabb két ülés következett. Krízisintervenciós terápiát alkalmaztam (3 alkalom, alkalmanként 30-45 perc). A tesztsomagban, az általános állapot felmérése során, a demográfiai adatokon túl, vizsgáltam depressziót (BDI), állapot-, és vonásszorongást (STAI), és pszichológiai immunitást (Oláh PIK, 2005) – utánkövetésre az ambuláns orvosi kontrollok során lesz lehetőség.

28 cutan (90%), 2 nyálkahártyai (7%) és 1 (3%) okuláris megbetegedéssel páciens alkotta a mintát. A minta átlagéletkora (N=31 fő) 50,6 év, 12 egyetemi (39%), 17 (55%) középiskolai és 2(6%) szakiskolai végzettségű, 26-an városban (10 főváros) élnek, 5-en faluban. A mintában hárman jeleztek választ anamnéziséjükben, mindenki más vagy házastárs, vagy tartós párkapcsolatban él, illetve két egyedülálló személy is szerepel. Rossz anyagi háttérről egy személy számol be. A vizsgálatokra 2011. május és 2011. augusztus között került sor.

Állapotszorongást illetően, tehát ami az aktuális élethelyzetre, és így feltehetően éppen a terápiás beavatkozásra vonatkozatható, a férfiak (N=20) és a nők (N=11) esetében is átlagos a szorongás szintje (STAI I_{ff}=39,9; STAI I_{nő}=39,55). Ezzel szemben minden esetben, egy szórásnál is nagyobb mértékkel magasabb a generalizált szorongás értéke, nőknél pedig magasabb, mint férfiaknál (STAI II_{ff}=43,5; STAI II_{nő}=49,18).

A depressziót mérő kérdőív mindkét almintá esetében enyhén emelkedett, normál állapotot véleményez átlagosan (BDI_{ff}=11,22; BDI_{nő}=12,27). Normál értéket 16 fő esetében tapasztalunk, enyhe depressziós kategóriába ténylegesen 11 fő tartozik. 4 páciens esetében véleményezett közepesen súlyos depressziós állapotot a vizsgálati eszköz.

A pszichológiai immunitás mindhárom fő konstrukuma negatív korrelációt mutat a szorongás és a depresszió értékével – négy esetben a szignifikancia szintje $p<0,01$). Az alrendszereken elért átlagos értékek tendenciaszerűen követik Oláh eredményeit.

A kutatási eredmények feltárják a pszichés felkészültség, vagy felkészületlenség esetleges szerepét az állapotromlásban. A permanens stresszállapotot kompenzálni nem tudó pszichológiai immunrendszer következtében gyorsabb progresszió valószínűsíthető. A traumatikus eseményekkel, például a diagnózisközléssel, való releváns pszichés megküzdés a betegséggel való farmakoterápián alapuló küzdelmet is javíthatja, ahogy annak feltárása az orvos-beteg kommunikációt is célzottabbá teheti.

Fodor Károly dr., Somlai Beáta dr.:

Acrolentiginosus melanoma esetek

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

A melanomák 3-5%-a sorolható az acrolentiginosus (ALM) csoportba. Leggyakrabban a talpon (68-71%) és a lábujjakon (kb. 11%), ritkábban a tenyéren (4-10%), a kézujjakon (kb. 2%) és subungualisan (kb. 3%) alakulnak ki.

A SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján az utóbbi időben diagnosztizált nyolc acrolentiginosus melanoma esetét mutatjuk be, részletesen ismertetve a tumorok főbb adatait és a kórelfolyást.

Eseteinket jellemzi a diagnózis késői tisztázása, az alsó végtag lényegesen gyakoribb érintettsége, a primer tumorok pathológiai adataiból származó magas rizikó és az ebből következő rossz prognózis.

Eseteinkkel fel kívánjuk hívni a figyelmet a rutin bőrgyógyászati vizsgálat során is az acralis régiók megtekintésének fontosságára, mely növelné a korai diagnózis és az eredményes kezelés esélyét.

Pánczél Gitta dr., Hidvégi Judit dr., Bak Mihály dr.,
Hunyadi János dr., Borbola Kinga dr., Liszky Gabriella dr.:
**Az aspirációs cytologia szerepe a bőrtumoros betegek
progresszív ellátásában**
(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A bőr cytologiai vizsgálata nem invazív diagnosztikai eljárás, mely sok esetben lehetővé teszi a definitív diagnózis megállapítását. A metastasisok kimutatására egyszerű, gyors, olcsó, kevés szövőd-ménnyel járó módszer.

Vizsgálatunk célja a melanoma malignum cytologiai diagnózisának minőségbiztosítása volt.

A vizsgálat az Országos Onkológiai Intézet Onkodermatológiai Osztálya által 2009. január 1. és december 31. között 146 melanoma malignum miatt kezelt beteg cutan, subcutan és nyirokcsomó áttéteire suspect képleteiből történt. 70 nő (47,95%) és 76 férfi (52,05%) került be a vizsgálatba, akiknek átlag életkoruk 66,07 év volt. 4 beteg (5 minta) esetében az utánkövetés nem valósult meg, így őket kizártuk a vizsgálatból. 142 betegnél összesen 199 cytologiai mintavétel történt, ebből 5 vizsgálatot UH vezérelten végeztünk. 63 esetben (31,66%) követte a mintavételt hisztológiai vizsgálat. Azokban az esetekben, ahol nem történt szövettani vizsgálat, az eredményt a klinikummal vetettük össze (3 hónapos utánkövetés, képalkotó és fizikális vizsgálat). 64 (32,99%) cutan, subcutan képletet és 56 (28,87%) nyirokcsomót vizsgálatunk. A cutan képletek közül 5 (7,81%) primer melanomára suspect volt, 59 eset (92,19%) pedig metastasisra (locals recidiva, intransit vagy távoli metastasis).

64 cutan képletből a cytologiai vizsgálat malignitást véleményezett. 59 esetben igazoltunk cutan ill. subcutan metastasist, 3 esetben (4,69%) ez fals pozitív, 1 esetben (1,56%) fals negatív eredménynek bizonyult. Az 56 metastasisra suspect nyirokcsomóból 27 (48,21%) valódi pozitív eredményt találtunk. A 29 daganatmentesnek tartott nyirokcsomó közül 6 (10,71%) bizonyult álnegatív eredménynek. Az összes vizsgálat mintában 87 (44,85%) valódi pozitív, 92 (47,42%) valódi negatív, 3 (1,55%) álpozitív és 12 (6,19%) álnegatív eredményt véleményeztünk. Ennek alapján az aspirációs cytologia szenzitivitása vizsgálati anyagunkban 87,88%, specificitása 96,84%, diagnosztikus pontossága 93,72%.

A statisztikai feldolgozás során azt találtuk, hogy az aspirációs cytologiai vizsgálat specificitása csaknem 100 %-os, szenzitivitása majdnem 90 %-os. Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy az aspirációs cytologiai vizsgálat magasan szenzitív és specifikus módszer a melanoma diagnosztikájában.

Szalai Zsuzsanna dr.:

**Recklinghausen betegség kapcsán kialakuló tumorok
előfordulásának gyakorisága gyermekkorban**
(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A neurofibromatosis 1 (NF1) az egyik leggyakoribb genodermatosis. Incidenciája 1:3000-5000. A betegek 50%-ánál új génmutáció áll a betegség hátterében. A tünetek kialakulásáért az NF1 gén által kódolt fehérje a neurofibromin hiánya felelős. Normális működése során inaktiválja a RAS onkogént, mely egy tumor növekedést elősegítő faktor. Kontroll nélkül a RAS onkogén tumorok kifejlődését okozza. A tumorok részben a betegség diagnosztikus kritériumaként értékelendők (neurofibroma, iris hamartoma, opticus glioma), valamint más tumorok is kialakulhatnak; pituitar adenoma, pheocromocytoma, rhabdomyosarcoma, Wilms tumor, malignus schwannoma. A perifériás idegkötegek malignus tumora a mély plexiform neurofibromákból fejlődik ki. A betegséghez társuló rosszindulatú tumorok előfordulása gyermekkorban nem gyakori. Éppen ezért jelent különös kihívást ebben az életkorban a diagnózis felállítása, idejében történő kezelése.

Az előadás összefoglalja Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztálya és ambulanciája által gondozott betegek között felismert eseteket, ismertetve a Recklinghausen betegséghez kapcsolódó gyermekkorban előforduló, malignus és benignus tumorokkal kapcsolatos új ismereteket, a diagnózis buktatóit, a korai felismerés jelentőségét, a genetikai háttérrel kapcsolatos újdonságokat és a jövő terápiás ígéreteit.

Kis Erika dr., Baltás Eszter dr., Kinyó Ágnes dr., Varga Erika dr.,
Gyulai Rolland dr., Kemény Lajos dr., Oláh Judit dr.:
**Gorlin-Goltz szindrómás betegek sikeres kezelése
elektrokemoterápiával**
(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

Az elektrokemoterápia olyan új eljárás, melynek során nagy energiájú elektromos impulzusok és citosztatikumok egyidejű adásával érhető el daganatellenes hatás. Ez a módszer hatékonyan bizonyult különféle bőrön és bőr alatt elhelyezkedő daganatok kezelésében.

2009 június és 2011 január között 99 elváltozást (betegenként 25-38) kezeltünk három Gorlin-Goltz szindrómában szenvedő betegen elektrokemoterápiával klinikánkon. Az összes beavatkozást altatásban, intravénásan adott bleomycinnel végeztük. A követési idő legalább 2 hónap (2-20 hó) volt, két korábban kezelt elváltozástól szövettani vizsgálatot végeztünk.

A fej-nyak régióban 28 (28%), a törzsön és a végtagokon 71 (72%) daganaton végeztük el a beavatkozást. A kezelés hatására 87 %-ban (85 elváltozás) észleltünk teljes,

12%-ban (12 elváltozás) részleges remissziót. Egy kezelt elváltozás esetében nem történt változás (1%). A tumor regressziót szövettani vizsgálattal is igazoltuk két daganat esetében (arc, hát). A követési idő alatt egyetlen kezelt elváltozás sem recidivált, a kozmetikai eredményt kiváló volt.

Eredményeink alátámasztják azokat az irodalmi adatokat, melyek szerint az elektrokemoterápia olyan hatékony eljárás nem operálható basaliomák kezelésében, mely egyszerűen kivitelezhető, jól tolerálható, szövétkimélő, így nem okoz torzító hegeket. Egy alkalommal számos elváltozás kezelhető, a beavatkozás ismételtető, és kitűnő kozmetikai eredményhez vezet. Mindezek a tulajdonságok ideálissá teszik az ECT-át a Gorlin-Goltz szindrómás betegek terápiás palettájának bővítésére, különösen arcon elhelyezkedő tumorok esetén.

Oroján Iván dr.¹, Csösz Judit dr.¹, Bartos Zsuzsanna dr.¹,
Kerekes Zsuzsanna dr.²:

**Psoriasis, mint szisztémás betegség, kardiovaszkuláris kockázat
psoriasisban**

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Bőrgyógyászati
osztály, Kecskemét¹, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza
Idegyógyászati osztály, Kecskemét²)

A szerzők a saját pikkelysömörös beteganyagukon doppler ultrahang segítségével megvizsgálták a carotisban mérhető degeneratív elváltozásokat és értékeli azt, összehasonlítva az irodalmi adatokkal. Áttekintik az inflammatorikus és anyagcsere folyamatokat psoriasisban, külön fókuszálva a kardiovaszkuláris kockázatra.

Majoros Tibor dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

Amlodipin terápia dermatológiai mellékhatásai

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

Az 1960-as évek óta alkalmazott kalcium csatorna blokkolók közé tartozó amlodipin széleskörűen használt, hosszú hatású antihypertensívum. Dermatológiai mellékhatásai sok esetben nem kellően ismertek, ezért a különböző bőrbetegségek etiológia tényezőjeként nem gondolunk erre a farmakonra. A kalcium csatorna blokkolók fő hatása a vasodilatációban nyilvánul meg, a gyógyszercsoport tagjai gátolják a vascularis simaizomsejtek és fibroblastok proliferációját és növekedését is, szabályozzák az extracelluláris matrix protein szintézisét (kollagén, fibronectin, proteoglikánok). Szerepük van a T-sejt regulációban, szabályozzák a thrombocytá, hízósejt és neutrophil granulocytá működését.

Az amlodipin terápia gyakori mellékhatása a lábszárodema – mely stasis dermatitishoz vezethet – és a gingiva hyperplasia, ritkább esetben photosensitiv reakció, psoriasis provokálás, SCLE, pemphigoid, gynecomastia és szájnájalkahártya ulceratio jelentkeznek.

Előadásunkban saját eseteink kapcsán részletesen foglalkozunk a sok esetben alul diagnosztizált stasis dermatitisszel, valamint a nemzetközi irodalmat áttekintve bemutatunk néhány, az amlodipin által okozott dermatosist.

Nagy Gabriella dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

A methicillin/oxacillin rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) bőrgyógyászati jelentősége

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

A polirezisztens kórokozók, köztük az MRSA megjelenését egyre gyakrabban észlelik a kórházi osztályokon. Az MRSA által leggyakrabban érintett szervek a bőr és lágszövetek, ami miatt a dermatológus számára a fertőzés különös fontossággal bír. Ezen fertőzéseknek kiemelt járványügyi jelentőségük van, az infekció szanálása nagy terhet ró az egészségügyi intézményre mind közegészségügyi, mind finanszírozási szempontból.

Az MRSA elsősorban a fekvőbeteg intézményekben kezelt, fertőzésekre fogékonyabb, sérülékenyebb ápoltak körében okozhat megbetegedést. A tünetmentes hordozók nem ritkán maguk az egészségügyi dolgozók. Az MRSA fertőzés leggyakrabban a crustosus, erosiv bőrlaesiókban, a bőr idült fekélyeiben, decubitusokban fordulhat elő, súlyosabb esetben általános tüneteket is okozhat, mint pl. pneumonia, sepsis. Az MRSA-fertőzésre hajlamosító tényezők: immundeficiens állapotok, haematológiai, onkológiai betegségek, szervtranszplantáció, művekezelés, iv. droghasználat, idős kor, alultápláltság, hosszan tartó antibiotikum kezelés, szteroid kezelés, kemoterápia, katéter, tracheostoma, illetve a gyakori hospitalisatio. Az MRSA antimikrobiális kezelési lehetősége szűk, a fertőzések nagyobb része vancomycinnel (egyelőre) kezelhető. Az MRSA eradikációjában sokkal lényegesebbnek látszik a megfelelő higiénés rendszabályok betartása, a személyi védőfelszerelés ill. folyamatos fertőtlenítés biztosítása (kézfertőtlenítés, egyszer használatos fóliakesztyű, betegre kiadagolt lokális készítmények alkalmazása). A tünetmentes hordozók lokális kezelésére az octenisept és mupirocin alkalmas. A fertőző források izolálása komoly pszichés terhet jelent az egyén számára.

A szerzők az osztályukon több beteget érintő nosocomiális fertőzés során tapasztaltak alapján kívánják felhívni a figyelmet az MRSA infekciók bőrgyógyászati vonatkozásaira.

Farkas Beatrix dr.:

***Malassezia* specierek bőrgyógyászati jelentősége – új koncepciók** (KRAMA Eü. Központ Budapest, VKK. Keszthely)

A *Malassezia* genusba tartozó sarjadzógombák dimorf jellegüknél fogva egyrészt a normál bőrfloóra tagjai (egészséges felnőttek 75-80%-ban kimutathatók), másrészt számos bőrbetegség etiopathogenezisében játszanak szerepet. A dominálónan lipophyl specierek tenyésztési nehézségei miatt csak a molekulárbiológiai módszerek, genomikai technológiák alkalmazása által nyújtott lehetőségek te-

remtették meg a feltételeket különböző kórképekben betöltött szerepük részletes megismerésére.

Munkánkkal áttekintést kívánunk nyújtani az *Malassezia* (*M.*) specierekkel kapcsolatos legújabb dermatológiai, dermatoimmunológiai, dermatoonkológiai vonatkozásokról.

A *Malassezia spp.* dermatológiai kórképekben betöltött szerepével kapcsolatos új ismereteket a bőr granulomatous elváltozásai, a *Malassezia* folliculitis, seborrhoeas dermatitis (SD), atopiás dermatitis (AD), fej-nyak ekzema kapcsán ismertetjük.

Az *M.* specierek által termelt biológiailag aktív anyagok (pl. lipázok, fosfolipázok, pigmentek, fluorochromok, Pityriarubin, Pityriacitrin, stb.) közül a Malassezint, az indol[3,2-b]carbazolt (ICZ) és az indirubint, mint aryl-hydrocarbon-receptor (AhR)-ligandot tárgyaljuk részletesen egy-egy kórkép kapcsán. A Malassezin hypo/depigmentációban, a bioaktív indolok SD-ben betöltött szerepe mellett, a legújabb irodalmi közlések felvetik az *M.* specierek által termelt AhR-ligandok dermatoonkológiai jelentőségét a basalioma vonatkozásában.

Az AD-ben újonnan megfigyelt T-sejt szintű keresztreaktivitás a gomba thioredoxin (Mala s 13) és a humán thioredoxin (hTrx) között az egyes *M.* specierek inflammatorikus hatásának magyarázatul szolgálnak. Ugyanakkor Pityriasis versicolorban a klasszikus gyulladási klinikai és hisztológiai tünetei hiányoznak – Pityriarubin antiinflammatorikus hatása érvényesül. Az *M.* specierekkel kapcsolatban hasonló kettőséget figyelhetünk meg immunstimuláns/immunszuppresszív tulajdonságukban is. A különböző izolátumok genetikai heterogenitása (pl. RAPD-PCR által differenciálva az *M. spp.*-ket) magyarázatul szolgálhat az egyes kórképekben mutatott eltérő tulajdonságokra.

A terápia szempontjából a fluconazol ill. azol rezisztens *M.* specierek jelentőségére hívjuk fel a figyelmet.

Gáspár Krisztián dr.¹, Erdei Irén dr.², Kósa Lajos dr.¹, Irinyi Beatrix dr.¹, Hunyadi János dr.¹, Remenyik Éva dr.², Szegedi Andrea dr.¹:

Mit tehet a bőrgyógyász a venom allergiában szenvedő betegekkel?

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológia Tanszék, Debrecen¹, Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen²)

Az allergológiai krízisállapotokkal a gyakorló bőrgyógyász a járó- és fekvőbeteg rendeléseken is találkozhat. Ezek gyakori formái a rovarcsípés után kialakuló állapotok. A betegeket, az akut ellátást követően tudjuk a pontos diagnosztikai és terápiás lépések felé irányítani. A méh/darázs csípés allergia kimutatására *in vitro* és *in vivo* tesztek végezhetünk. A pontos diagnózis ismeretében egyetlen oki terápiaként a venom allergénnel szemben végzett deszenzibilizálás alkalmazható. A szerzők saját gyakorlatukban mutatják be a betegek „úttját” a csípéstől a specifikus immunterápiáig, és a gyakorló bőrgyógyász számára is segítséget nyújtanak a venom allergiás betegek ellátásához.

Kísérletes szekció előadásai

Emri Eszter, Emri Gabriella dr.¹, Egervári Kristóf dr.²,
Beke Livia dr.², Rózsa Dávid¹, Miko Edit¹, Boros Gábor¹,
Nagy Georgina¹, Várvölgyi Tünde dr.¹, Veress Imre dr.¹,
Méhes Gábor dr.², Remenyik Éva dr.¹:

A metallothionein-expresszió melanómában: tumorbiológiával és immunválasszal összefüggést mutató független biomarker
(Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Patológiai Intézet, Debrecen²)

Melanoma malignumban az áttétképződés és szisztémás terápia hatékonysága függ a tumorsejtek jellemzőitől, mint mitotikus aktivitás, apoptózis rezisztencia, a sejtadhéziós tulajdonságok megváltozása, illetve a szervezett immunválaszától. Kevés olyan tanulmány van, ahol egy időben vizsgálták a tumor invazivitás és a kapcsolatos immunválasz markereit fehérje szinten ugyanazon tumorszöveti mintán. Az utóbbi években írták le, hogy a metallothionein (MT)-expresszió megváltozása nemcsak az emlő, a prosztata, vagy a májrák esetén prognosztikai faktor, de melanómában is jelentőséggel bír, az over-expresszió a beteg túlélési idejének csökkenésével kapcsolatos. Ennek ellenére nem vált széles körben használt prognosztikai tényezővé, leginkább azért, mert nincsenek megerősítő vizsgálatok. Ami miatt ez mégis indokolt, hogy a MT funkcióját tekintve egyrészt antioxidáns, másrészt, mint cink-transzporter, transzkripció faktorok és cink-dependens enzimek működését szabályozó molekula, ezek által a tumorsejtek növekedését, apoptózis-rezisztenciáját egyaránt befolyásolja. Ismert a MT-expresszió és az immunrendszer működésének összefüggése is, de egyelőre nem egyértelmű az összefüggés iránya. Az UV-sugárzás szerepe ismert a melanoma kialakulásában és humán bőrben a krónikus napfény hatására megváltozott MT-expressziót írtak le, így ebből a szempontból is érdekes lehet ennek a fehérjének a vizsgálata.

Jelen projekt keretében tissue microarray analízissel vizsgáltuk klinikánk archivált, áttétet nem adó és haematogén áttétet adó primer kután melanómákból (n = 47) származó szövettani anyagain a MT-expressziót, ezzel párhuzamosan pedig tumorral asszociált makrofágok (CD68, CD163) és dendritikus sejtek (DC-SIGN, CD1a) jelenlétét. Vizsgálatainkban megállapítottuk, hogy a MT-expresszió szignifikánsan nagyobb arányban fordult elő metasztatikus melanómában a Breslow tumorvastagságtól függetlenül. Szignifikánsan gyakoribb volt a CD68⁺ és CD163⁺ makrofágok intratumorális jelenléte is az áttétes melanómákban, míg a CD1a⁺ sejtek peritumorális előfordulása volt gyakoribb a nem áttétes primer daganatokban. Pozitív korrelációt figyeltünk meg a tumor MT pozitivitás és a tumorinfiltráló CD68⁺ makrofágok jelenléte, illetve a peritumorális MT⁺ és CD1a⁺ sejtek között.

Lengyel Zsuzsanna dr.¹, Nagy András dr.², Csernus Valér dr.²,
Battyáni Zita dr.¹:

Cirkadián órágének: per1, per2, clock, és cry1 expressziója melanómában

(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs¹, Pécsi Tudományegyetem, Anatómiai Intézet, Pécs²)

Epidemiológiai és genetikai vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a közel 24 órás periódusú biológiai szabályozás (cirkadián ritmus) zavara elősegíti a tumorképződést. Vizsgálatunkban melanómából és mellette lévő normál bőrből vett mintákon elemeztük az órágének – per1, per2, clock és cry1 – expresszióját qRT-PCR módszerrel. Az eredményeket összevetettük a melanoma hisztopathológiai jellemzőivel, lehetséges összefüggést keresve. Eredményeink azt mutatták, hogy per1, per2, clock és cry1 mRNS mennyisége mérsékelten alacsonyabb a melanómában, mint a mellette lévő normál bőrben. A vizsgált órágének közül a clock és cry1 órágének mRNS mennyiségek reciprok összefüggést mutatnak a melanoma következő hisztopathológiai jellemzőivel: Breslow vastagság, mitotikus aktivitás, ulceráció és tumor lokalizáció.

Liszky Gabriella dr., Plótár Vanda dr., Serester Orsolya dr.:
BRAF mutáció melanoma malignumban
(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

Az onkogén BRAF mutáció előfordulási gyakorisága melanoma malignumban mintegy 40-60%. Ha mutáció kimutatható, célzott kezeléssel a konvencionális kemoterápiánál mintegy kilencszeres objektív válaszarány érhető el.

A mutáció gyakoriságát különböző lokalizációjú és etiológiájú, szövettani típusú melanómáknál, valamint azok metasztázisainál vizsgáltuk melanoma malignum miatt kezelt betegeinknél.

37 primer melanómánál és metasztázisnál valós idejű PCR és olvadáspont analízist végeztünk formalin fixált paraffinba ágyazott mintákból izolált DNS-ből BRAF mutáció kimutatására.

A 37 primer tumorból 21-nél (57%) találtunk BRAF mutációt. 28 UV sugárzással összefüggésbe hozható melanómából 18 (64%) bizonyult mutánsnak, míg a napfényvel nem érintkezett területekről kiinduló melanómáknál mindössze 3 (33%) volt BRAF mutációt hordozó (p=0,075). 13 szuperficiálisan terjedő melanoma vizsgálatakor 7 esetben (54%) találtunk BRAF mutációt, 11 noduláris melanómából 8 (75%), 4 lentigo maligna melanómából 3 (75%) míg 3 nyálkahártyából kiindult tumornál 1 (33%), 3 acralis melanómánál szintén 1 (33%) esetben mutattunk ki mutációt. Mindhárom dezmoplasztikus melanoma vad típusú volt. 21 BRAF mutációt hordozó primer tumor metasztázisából 14 esetben (66%) igazoltuk a mutációt. A 16 BRAF mutációt nem hordozó, vad típusú primer tumor metasztázisának felében 8 (50%) kimutattunk BRAF mutációt.

A melanoma malignum komplex onkológiai diagnosztikájának és korszerű terápiájának a közeljövőben elengedhetetlen része lesz a tumor BRAF mutációjának ismerete. Nem elegendő azonban a primer daganat vizsgálata, hiszen a primer tumor és a metasztázis – mint tanulmányunkban is kimutattuk – BRAF mutáció tekintetében is különbözhet.

Miko Edit^{1,2}, Remenyik Éva dr.¹, Scholtz Beáta dr.²:

A mikroRNS-ek és lehetséges szerepük a tumoros fenotípus kialakításában

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Biokémiai és Molekuláris
Biológiai Intézet, Klinikai Genomika Központ, Debrecen²)

A mikroRNS-ek (miRNS) rövid, 18-24 nukleotid hosszúságú, egyszálú, nemkódoló RNS molekulák, melyek a génexpresszió szabályozásában vesznek részt. A target mRNS-hez kapcsolódva gátolják azok transzlációját, illetve bizonyos esetekben az mRNS degradációját váltják ki. A miRNS-ek számos sejtbiológiai folyamatban részt vesznek, mint például a fejlődés, differenciáció, proliferáció és apoptózis.

Az elmúlt néhány év kutatási eredményei azt mutatják, hogy a miRNS-ek szerepet játszanak a tumorok kialakulásának, differenciálódásának folyamatában is. A tumorbiológiában betöltött szerepüket alátámasztja az a tény is, hogy az ismert miRNS-ek nagy százaléka olyan genomi régiókban található, melyek tumorokban amplifikálódnak vagy deletálódnak. Ma már számos daganattípusban kimutatták a miRNS-ek aberráns expresszióját, valamint azt is, hogy számos tumorgátló gén, illetve onkogén szabályozásában is részt vesznek. Ismert az is, hogy fontos szereppel bírnak a bőr morfogenezisének, homeosztázisának szabályozásában és aberráns expressziójuk számos bőrbetegség kialakulásához vezethet. A miRNS-ek pontos szerepének megértése az egyes daganattípusok progressziójában és metasztázis képzésében hozzájárulhat a miRNS-ek terápiás alkalmazásához.

Boros Gábor¹, Miko Edit¹, Rózsa Dávid¹, Emri Eszter¹,
Nagy Georgina¹, Juhász Attila dr.¹, Juhász István dr.¹,
Gijsbertus van der Horst dr.², Hiromi Muramatsu dr.³,
Drew Weissman dr.⁴, Karikó Katalin dr.³, Horkay Irén dr.¹,
Remenyik Éva dr.¹, Emri Gabriella dr.¹:

mRNS transzfecció segítségével elért fotoliáz szintézis *in vitro* humán keratinocita monolayeren

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Department of Genetics, Erasmus University Medical Center, Rotterdam², Department of Neurosurgery, University of Pennsylvania, Philadelphia³, Department of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia⁴)

Patogenetikai szempontból a bőr éré egyik legjelentősebb környezeti hatás a napfény ultraibolya sugárzása, amelynek biológiai hatásai hullámhossztól függően eltérnek. Az UVB-sugárzás (280-320 nm) egyik legjelentősebb hatása, hogy a DNS-ben közvetlenül elnyelődve ciklobutan pirimidin dimereket (CPD) indukál. A CPD-k a legkárosabb és leggyakoribb UVB-okozta DNS-léziók közé tartoznak. A CPD fotoliáz egy igen gyors és fényfüggő reakcióban képes kijavítani ezeket a fotoproduktumokat, de ez az enzim hiányzik a méhlepényes emlősekből. Jelen tanulmányban bemutatunk egy új mRNS-alapú génterápiás módszert, amelynek segítségével funkcionális fotoliáz szintetizáltunk humán keratinocita sejtekben. A *Potorous tridactylus* fotoliáz génjét kódoló mRNS-t *in vitro* transzkripcióval hoztuk létre. A szekvencia kodon-optimalizálásával, valamint az mRNS-be történő nukleozid módosítások, hosszú poly(A) fark és cap1 struktúra beépítésével magas transzlációs hatékonyságot, és biológiai stabilitást értünk el. Az mRNS-t tranziens transzfeccióval juttattuk be HaCaT sejtekbe és normál humán epidermális keratinocitákba, amelyekben a kódolt fotoliáz western blot és immunitokémia (ICC) segítségével detektáltuk a transzfecciót követően különböző időpontokban. Ennek vizsgálatára, hogy a fotoliáz funkcionálisan aktív-e, az mRNS transzfecciót juttatott sejteket 20 mJ/cm² UVB dózissal tettük ki, majd rögtön fotoreaktiváltunk egy órán át, vagy sötétben tartottuk a sejteket. ELISA és ICC módszerek felhasználásával azt figyeltük meg, hogy a fotoreaktivált sejtekben a CPD-k száma 50%-kal csökkent, a fotoliáz aktivációjához szükséges energiaforrást nélkülöző sejtekhez képest. A fotoreaktiváció még a 60 mJ/cm² UVB dózis antiproliferatív hatását is szignifikánsan csökkentette, növelve a sejtek életképességét. A keratinocitákba juttatott fotoliáz mRNS megfelelő lehetőség az UVB-indukálta CPD léziók eltávolítására ezekben a sejtekben, így terápiás alkalmazásának megteremtése fontos lépéscsoport lehet a bőrdaganatok megelőzésében.

Manczinger Máté dr.¹, Vörös Andrea dr.², Kemény Lajos dr.¹
Nagy István dr.², Lakatos Lóránt dr.¹:

Candida albicans és PK E6/E7 vaginalis epithelialis sejtvonal kölcsönhatásának vizsgálata

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, BZAKA BAYGEN; Növénygenomikai, Humán Biotechnológiai és Bioenergiák Intézet, Szeged²)

Mind a systemás, mind a lokális candidiasis egyre gyakrabban fordul elő az primer, szekunder és a terápiás kezelés során immun-supprimált állapotban lévő betegek számának növekedésével. A betegség vizsgálatára eddig nem állt rendelkezésünkre megfelelő betegségmodell. Célunk volt egy, a vaginalis candidiasist jól modellező rendszerben a betegség kialakulását vizsgálni humán és patogén oldalról egyaránt.

RNA-seq vizsgálatot végeztünk, melyhez a mintát a következő állapotokból vettük: 1. *C. albicans* sarjadzó, nem patogén állapotban keratinocita táptalajban (0. időpillanat) 2. *C. albicans* hifázó, patogén állapotban keratinocita táptalajban (3 óra elteltével) 3. *C. albicans* hifázó, patogén állapotban + PK E6/E7 vaginalis epithelialis sejtek (betegségmodell) 4. PK E6/E7 sejtek 0. időpillanatban keratinocita táptalajban 5. PK E6/E7 sejtek 3h elteltével keratinocita táptalajban. A mintákból RNS-t izoláltunk, majd RNA-seq használatával transzkriptóma analízist végeztünk. A változások szignifikanciáját MA-plot módszerrel állapítottuk meg. A géneket változások alapján csoportokba osztottuk és funkcionálisan annotáltuk őket.

C. albicans-ban a szignifikánsan változó gének közül 1476 sejt jelenlétében és azok hiányában is változik, míg 619 és további 436 genomi lokusz sejt specifikus változást mutat. Ezen gének nagy része alapvető sejtéleti folyamatokban szerepelnek.

Eredményeink alapján a gomba pathogenitáshoz nem elég csupán a morfológiai változás, további 619 gén sejt specifikus expresszió-változása történik meg a gazda-pathogén interakció során. Ezek további vizsgálatával új pathogenitási faktorok megismerésére nyílik lehetőségünk.

Bognár Péter dr.¹, Németh Ilona¹, Hársing Judit dr.¹,
Mazán Mercédesz^{1,2}, Paulsson Mats dr.⁴, Smyth Neil dr.⁴,
Buzás Edit dr.³, Kárpáti, Sarolta dr.¹, Temesvári Erzsébet dr.¹:

További bizonyítékok a bőr barrier funkciójának károsodására transgulamináz 3 (TGM3) knockout egértörzsön fluorescein-izotiocianáttal (FITC) végzett szenzibilizációs kísérletek során

(Simmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Magyar Tudományos Akadémia, Molekuláris Biológiai Kutatócsoport, Budapest², Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, Budapest³, Center for Biochemistry and Center for Molecular Medicine, Cologne, University of Cologne⁴)

Számos, a normál bőr barrier funkció kialakításához szükséges struktúrfehérjék és enzimek ismerünk, melyek hiánya, vagy abnormis szerkezete a barrier funkció sérülésén keresztül percutan szenzibilizációra hajlamosít.

Korábban már igazoltuk, hogy a TGM3 knockout, fluorescein-izotiocianáttal (FITC) kezelt egerek esetében nagyobb arányban és mértékben alakul ki FITC re-expozíciókor fülvastagodás („mouse ear swelling test”, MEST) ill. kontakt dermatitis, melynek hátterében nem megfelelő barrier funkció állhat.

Jelen kísérleteinkben a FITC-el történt szenzibilizációt követően, a drenáló nyirokcsomókban az aktivált CD4, CD25 pozitív T-sejtek arányát vizsgáltuk flow-cytometriás analízissel, egyúttal RT-PCR módszerrel mértük az IL4, IL12, GATA3, IFN- γ gének expresszióját.

A FITC-et 24 óráig tartó epicutan occlusioban alkalmaztuk a kísérlet első és hetedik napján, a re-expozíció a 15. napon a fülek ecsetelésével történt, melyet 24, ill. 48 óra múlva a fülek vastagságának mérése, majd hematoxillin-eosin ill. toluidinkék festéssel végzett szövettani vizsgálata követte. A TGM3 knockout egérpopulációban a MEST értékek szignifikánsan magasabbak voltak, ezzel összhangban a gyulladás szövettani jelei kifejezettebbnek mutatkoztak, mint a vad genotípus esetében.

A FITC-el kezelt TGM3 knockout egerek esetében a drenáló nyirokcsomókban mért aktivált T-sejtek aránya szignifikánsan magasabbnak mutatkozott, mint a vad típus esetében, ugyanakkor az IL4, IL12, IFN- γ , GATA 3, HGPRT housekeeping génekhez viszonyított expressziójában nem mutatkozott különbség a knockout és vad genotípusú egerek között.

A TGM3 knockout, FITC-cel kezelt egerek nyirokcsomóiban tapasztalt, emelkedett aktivált T-sejt populáció arány megerősíti a korábban MEST, ill. hisztológiai vizsgálatok során észleltet, a kifejezettebb gyulladás károsodott barrier funkciót jelez.

A fenti adatok további bizonyítékot szolgáltatnak azon feltételezésünk igazolására, hogy a funkcionálisan intakt bőr barrier kialakításához ezen egértörzs esetében az epidermális transzgulamináz (TGM3) is kulcsfontosságú.

Nagy Georgina¹, Gáspár Krisztián dr.^{1,2} Törőcsik Dániel dr.¹,
Doan Xuan Quang Minh dr.³, Bacsó Zsolt dr.³, Remenyik Éva dr.¹,
Szegedi Andrea dr.^{1,2}:

Myeloid dendritikus sejtek szerepének vizsgálata az atopiás dermatitisre jellemző effektor T sejt polarizáció kialakításában

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék, Debrecen², Biofizikai és Sejtbiológiai Intézet, Debrecen³)

Az atopiás dermatitis (AD) egy krónikus, gyulladásos bőrbetegség, mely a fejlett országokban egyre növekvő gyakorisággal van jelen. A betegségre a bőrben akut fázisban, a perifériás vérben mind akut és krónikus fázisban Th2 dominancia jellemző. Emellett

a Th17 és Th22 sejtek szerepét is felvetik, bár az erre vonatkozó irodalmi adatok ellentmondásosak. A dendritikus sejtek (DC) felszíni kostimulációs molekuláik és az általuk termelt citokinek révén jelentősen befolyásolják a kialakuló effektor T sejt (Th1, Th2, Th17, Th22) válasz minőségét vagy adott körülmények között a tolerancia kialakulását. Mivel AD-ben az egyensúly Th2 irányba tolódik el, azt kívántuk megvizsgálni, hogy a perifériás vérben keringő myeloid DC-knek milyen szerepe van az effektor T sejtek polarizációjában.

Perifériás vérből mágneses beadek segítségével szeparáltunk CD1c(BDCA1)⁺ myeloid DC-ket, majd Staphylococcus enterotoxin B (SEB) és thymic stromal lymphopietin (TSLP) együttes alkalmazásával 48 óráig stimuláltuk azokat. Az érett DC-k citokintermelését lézer pásztázó citométerrel mértük. Ezzel egy időben az érett DC-ket együtt tenyésztettük autológ CD4⁺CD45RA⁺ naiv T sejtekkel, majd 5 nap múlva mértük az aktivált T sejtek proliferációját és citokin termelését áramlási citometriával.

Eredményeink szerint a perifériás vérben keringő myeloid DC-k bizonyos fokú érettséget mutatnak, ami a stimulálással csak kisebb mértékben fokozható. Az AD-s betegekben a DC-k IL-12 termelése csökken az egészséges kontrollokhoz képest. Az együtt tenyésztést követően a stimulált DC-kel aktivált T sejtek proliferációja kifejezett mind AD-ben, mind a kontrollokban. A T sejtek polarizációja AD-ben Th2/Th22 irányt mutat, az egészséges donorok Th1 irányú polarizációjával szemben.

Mócsai Gábor, Nagy Georgina, Gáspár Krisztián dr.,
Szegei Andrea dr.:

Barrier funkciók vizsgálata atopiás dermatitisben

(Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika, Bőrgyógyászati Allergológiai Tanszék,
Debrecen)

A bőr elszarusodó hámló rétege olyan barriert képez, amely képes egyrészt megakadályozni a külvilág szervezetre káros allergénjeinek, mikrobáinak és toxikus vegyületeinek bejutását a szervezetbe, másrészt gátolja a folyadék és elektrolit elvesztését. Ez a fizikokémiai gát az epidermis stratum corneumának alsó sejtsoraira lokalizálódik és magában foglalja mind a keratinocytákat, a közöttük létrejövő sejtkapcsolatokat, mind pedig lipid természetű intercelluláris anyagokat. Bármelyik komponens kiesése/funkcióvesztése károsan befolyásolja a barriert, amely később öngerjesztő módon tovább romolhat. Jó példa erre az atopiás dermatitis, melynek kialakulásában mind a genetikai (filaggrin mutáció), mind a környezeti hatások (tisztálkodási szerek, allergének, stb.) révén létrejött barrier károsodások jelentős szerepet játszanak.

A bemutatásra kerülő vizsgálat fő célja különböző súlyosságú atopiás dermatitisben szenvedő betegek szűrése a filaggrin gén két leggyakoribb mutációjára (R501X, 2282del4) nézve. Emellett bizonyos nemzetközileg is elfogadott barrier funkció vizsgálatokat végeztünk a betegeken, mint a bőr hidratáltságának, faggyútermelésének és transzsepidermális vízvesztésének mérése, valamint a bőr mikrocirkulációnak vizsgálata laser-doppler scanninggel. Eredményeink szerint a klinikai tünetek súlyossága, a genetikai mutációk megléte és a barrier funkciók károsodásának foka összefüggést mutat atopiás dermatitis betegeken.

Rózsa Dávid, Boros Gábor, Emri Eszter, Miko Edit, Nagy Georgina,
Emri Gabriella dr., Remenyik Éva dr.:

Humán bőr in vivo transzfektálásának lehetőségei

(Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A transzfektációs technikák fejlődésével és a génterápia térhódításával kívánatosá vált a bőrön keresztül történő genetikai anyag bejuttatása. DNS bejuttatásával lehetségessé válik különböző bőrbetegségek kezelése, DNS vakcináció, valamint a keringésbe juttatva egyéb szisztémás betegségek kezelése is. A fő nehézséget a bőr barrier funkciója jelenti; bár állatmodelleken már sok módszer leírásra került, igazán jó metodika kidolgozása még nem sikerült. A transzfektációs technikákat többféleképpen is csoportosít-

hatjuk. Egyrészt elkülöníthetünk virális és nem virális módszereket, melyek közül a biztonságosabb nem virális technikák terjednek. Ezek között elkülöníthetünk kémiai és fizikai módszereket. A kémiai módszerek különféle vegyületekkel történő kezeléssel teszik a bőr str. corneumát átjárhatóvá, vagy kerülnek meg azt (pl. liposzómák), a fizikai módszerek ugyanezt a str. corneum fizikai roncsolásával érik el (pl. génpuska, elektroporáció). A génterápia szempontjából olyan módszerek kidolgozása szükséges, melyekkel nukleinsavak bejuttatása lehetséges, még hozzá úgy, hogy a hatás lehetőleg hosszú távú legyen, és ne okozzon a páciensnek kellemetlenséget. A stabil RNS molekulák létrehozásának kidolgozásával lehetővé vált a mellékhatás-mentes, gyors és nagy hatékonyságú transzfektáció. Az előadásban bemutatásra kerül az *in vivo* bőrön keresztüli transzfektációs technikák fejlődése, valamint az ezen a területen elért néhány saját eredményünk.

Jókai Hajnalka dr.¹, Szakonyi József dr.¹, Barna Gábor dr.²,
Kontár Orsolya dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹, Holló Péter dr.¹:

A cutan lymphocyaasszociált antigén prognosztikai szerepe psoriasis TNF-alpha gátló kezelésében

(Semmelweis Egyetem, Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika,
Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. Patológiai Intézet,
Budapest²)

A TNF-alpha gátlók a súlyos psoriasisban szenvedő betegek jelentős részénél nagy terápiás hatékonysággal alkalmazott biológiai válaszmodosító szerek. Ennek ellenére a betegek nem elhanyagolható hányadánál hosszútávú kezelés során a bőrtünetek, ízületi panaszok markáns relapszusa tapasztalható. A terápia tartós hatékonyságát hitelesen előrejelteni képes, könnyen vizsgálható klinikai/laboratóriumi/genetikai markerre vonatkozóan egyelőre nem áll rendelkezésre adat az irodalomban.

A cutan lymphocyaasszociált antigén (CLA) a bőrbe vándorló T-lymphocyták sejtfelszíni, szövetspecifikus homing-molekulájaként fontos szerepet tölt be a psoriasis pathogenezisében.

Vizsgálatunk elsődleges céljaként a CLA prognosztikai jelentőségével kapcsolatos korábbi eredményeink bővítését, nagyobb vizsgált beteganyag adataival történő alátámasztását tűztük ki.

38, súlyos krónikus plakkos psoriasisban szenvedő páciensünktől perifériás vérmintát gyűjtöttünk a TNF-alpha gátló biológiai terápia megkezdése előtt, majd a kezelés kezdetétől számított 2 és 6 hét elteltével. A vérmintákból áramláscitometriai módszer segítségével határoztuk meg a keringő lymphocyták, valamint a CD3+CD4+ és CD3+CD8+ T-lymphocya szubpopulációk CLA-expresszióját. A kiindulási értékeket 5 egészséges kontroll mért expressziós adataival hasonlítottuk össze. A CLA+ lymphocyták számának alakulását a klinikai állapotot tükröző, meghatározott időpontokban (kezelés előtt, 2, és 6. hét, 3. és 6. hónap) regisztrált PASI pontértékkel vetettük össze.

Mind a 38 betegnél jelentős PASI-csökkenést (átlag 80%) találtunk a terápia 6. hetének végén. Az utánkövetési periódusban (6. hónap vége) nyert adatok alapján azonban a betegeket klinikai állapotuk változását tekintve két csoportra tudtuk osztani: javuló (32/38) és visszaeső (romló) (6/38) csoport. A két csoport kezdeti CLA-expressziójának vonatkozásában szignifikánsan magasabb értékeket detektáltunk a későbbiekben visszaesést mutató betegeknél. (CLA+ lymphocya-szám a teljes keringő sejtpopulációhoz viszonyítva -CLA tot%-: p=0,013617; CLA+ lymphocya-szám a keringő lymphocytákhoz viszonyítva -CLA lymph%-: p=0,042639; CLA+CD3+CD4+ T-lymphocya-szám a teljes keringő sejtpopulációhoz viszonyítva -CLA CD4+ Tlymph%-: p=0,033745; CLA+CD3+CD8+ T-lymphocya-szám a teljes keringő sejtpopulációhoz viszonyítva -CLA CD8+ Tlymph%-: p=0,042345). A terápia kezdetétől számított 6 hetes vizsgálati időszakban szignifikánsan növekvő expressziós rátát észleltünk a javuló csoportban (CLA tot% p=0,000019), míg szignifikánsan csökkenőt a visszaesőknél (CLA tot% p=0,042607).

A kapott eredmények megerősítik feltevésünket, miszerint a CLA a psoriasisban alkalmazott biológiai terápia hosszútávú eredményességének hiteles, könnyen mérhető prognosztikai markeréül szolgálhat.

Szolnoky Győző dr.¹, Erős Gábor dr.^{1,2}, Szentner Kinga dr.¹,
Hartmann Petra dr.², Németh István dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,3}:

A nyirokérképződés szerepe a sebgyógyulásban

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Műtéttani Intézet²,
MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport³, Szeged)

Az angiogenezis központi szerepet játszik az akut sebek gyógyulásában. A nyirokérképződés sebgyógyulásra gyakorolt hatásairól azonban még kevés adat áll rendelkezésre. A jelenlegi széleskörű ismeretek alapján a vaszkuláris endotheliális növekedési faktor 3-as receptora (VEGFR-3) főként a nyirokerekben fordul elő. Célkitűzésünk az volt, hogy megvizsgáljuk a VEGFR-3 gátló antitest hatását a sebgyógyulásra és annak mikrokeringési vonatkozásaira. Ezeket a változásokat az angiogenezist nem befolyásoló PBS (kontroll) és az angiogenezist gátló VEGFR-2 antitest hatásaival hasonlítottuk össze.

Kísérleteinket SKH-1 szőrtelen hím egereken végeztük. Az egerek hátán bőrredőt alakítottunk ki, és azt fenesztrált titánlemezekkel rögzítettük (bőrredő-kamra modell). A bőrredő egyik oldalán kör alakú sebet ejtettünk. Az 1. csoportban (kontroll, n=6) minden másodikon 0,1 ml steril PBS-t juttattunk a sebszélbe i.c. A 2. és a 3. csoportban (n=6, mindkét csoport) VEGFR-2 és VEGFR-3 antitesteket adtunk be, azonos térfogatú oldatban. Az obszervációs periódus 20 nap volt. Kétnaponta fényképfelvételeket készítettünk,

melyekből meghatároztuk a seb területének csökkenését. Négynaponta intravitális videomikroszkóppal (IVM) vizsgáltuk a sebet; megmértük a relatív érsűrűséget, az erek átmérőjét, és a véráramlás sebességét. A kísérletek végén szövetmintákat vettünk, és azokat rutin hisztológiai módszerekkel dolgoztuk fel.

Az obszervációs periódus végére a kontroll csoportban közel 100% volt a hámosodás. A VEGFR-3 antitestekkel kezelt állatoknál ez szignifikánsan kisebb volt, a VEGFR-2 antitestekkel történő kezelés pedig a VEGFR-3 gátlásánál is alacsonyabb hámosodási százalékot eredményezett. A szövettani vizsgálat megerősítette, hogy az antitestek hatására lassabb volt a sebgyógyulás. Az IVM segítségével meghatározott relatív érsűrűség a VEGFR-3 gátló antitestek alkalmazása után szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a kontroll csoportban, a VEGFR-2 antitest kezelés esetén pedig még ennél is alacsonyabb érsűrűséget mértünk. Az újonnan képződött erek átmérője az obszervációs periódus során, a maturáció jeleként, csökkenést mutatott. Az antitestekkel kezelt csoportokban a csökkenés mértéke elmaradt a kontroll csoportétól. A véráramlás sebességében nem találtunk különbséget a csoportok között.

A nyirokérképződést blokkoló VEGFR-3 antitestek gátolták a sebgyógyulást, bár ez a gátlás kisebb mértékű volt, mint az angiogenezist csökkentő VEGFR-2 antitestek alkalmazása esetén. A nyirokérképződés tehát fontos szerepet játszhat a sebgyógyulásban.

Betegbemutató

Kovács László András dr.¹, Csernus Adriána Evelin dr.¹,
Pál Endre dr.², Kálmán Endre dr.³, Battyáni Zita dr.¹:

Paraneoplasias dermatomyositis

(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai
Klinika¹, Neurológiai Klinika³, Patológiai Intézet³, Pécs)

A szerzők egy 76 éves nőbeteg esetét ismertetik, aki 2011 júliusában jelentkezett a Pécsi Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinikán 3-4 hete fennálló, a felső szemhéjakra, dekoltázsra, karokra, hát területére és törzsre lokalizálódó kiterjedt erythemás bőrtünetekkel, a proximális végtagizmok gyengeségével és regurgitációs panaszokkal. A dermatomyositis diagnózisát a klinikai kép mellett a laboratóriumi vizsgálatokkal észlelt emelkedett kreatininz és laktát-dehidrogenáz érték, az elektromyogram és a bőr-izom biopszia szövettani lelete alátámasztotta. A bevezetett immunosuppresszív terápia mellett paraneoplasia gyanúja miatt tumorkutatás történt. A colonoscopia a sigmabél-végbél határon a lument körkörös szűkítő adenocarcinomát igazolt, a has-kismedencei CT vizsgálat környezeti infiltrációt, parailiacalisan pathológiás nyirokcsomókat és multiplex májmetasztázist mutatott ki. Onkoteam döntése alapján neoadjuváns chemoterápia indult a betegnél. A szerzők a dermatomyositis típusos klinikai tüneteinek bemutatása mellett a tumorkutatás jelentőségét hangsúlyozzák az eset ismertetésével.

Csoma Zsanett dr.¹, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.¹, Balog Attila dr.²,
Bocskai Márta dr.², Kovács László dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Antiszintetáz-szindróma

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika¹, Reumatológiai Klinika², Szeged)

A szerzők egy 48 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek korábbi anamnézisében lényeges belgyógyászati betegség nem szerepelt. 2011. májusában észleltük általános ambulanciánkon, ekkor a beteg fő panaszát a felső végtagok, a dekoltázs és az arc bőrére lokalizálódó kifejezett égő fájdalom, mérsékelt oedema képezte. A tünetek háttérében nem sikerült kiváltó okot azonosítani, azonban szembevető volt a bőr lilás-vörös elszíneződése, teleangiectaziás jellege. Néhány nappal később betegünk ismételt jelentkezett, ekkor a kéz kisízületeinek, a csukló, a könyök, a váll-és térdízületek nagyon kifejezett fájdalmát, duzzanatát jelezte, illetve izomfájdalomról számolt be a felkarok területén. Teljes körű laboratóriumi és autoimmun panel vizsgálat történt, ezen utóbbi erős ANA, anti-SS-A, anti-SS-B, valamint anti-Jo-1 antitest pozitivitást igazolt. Az ízületi panaszok miatt a beteg kivizsgálása a Reumatológiai Klinikán folytatódott. A polyarthritist, emelkedett CK érték mellett, a natív és kontrasztanyag mellkas CT vizsgálat alveolitis és interstitialis fibrosist írt le, a vizsgálati eredmények alapján antiszintetáz-szindróma diagnózis került felállításra. Tumorkutatás céljából a mellkas CT vizsgálat mellett, mammographia, nőgyógyászati szakvizsgálat, valamint has- és kismedencei UH, széklet Weber vizsgálat történt, negatív eredménnyel. Klinikánkon bőr-és izombiopszia elvégzésére került sor, a szövettani vizsgálat a felszíni hám kisméretű atrophiját, a dermis felső részén elastikus degenerációt, minimális pigment incontinentiát, a kiserek körül enyhe, gócos lymphocytás beszűrődést, és minimális mennyiségű mucin jelenlétét mutatta. A harántcsíkolt izomrostok részéről kaliberingadozás, elvéve a festődés homogenizációja, kevés degeneratív jelenséget mutató izomrost, maginternalizáció látszódt. Methylprednisolon és cyclophosphamid kezelés bevezetésére került sor, az immunosuppresszív terápia hatására ízületi és izom panaszok jelentős javulást mutattak.

Betegünk születési anamnézisében 5 terhesség szerepel, amelyből egy spontán abortusszal végződött, egy gyermeke extrém koraszülött volt (25. gestációs hét, 500 grammos születési súly, 2 és fél napos életkorban exitus), egy gyermeke congenitális vitiummal (coarctatio aortae és ductus arteriosus Botalli persistens) született, 8 hónapos korában exitált, egy gyermeke mitochondriális encephalomy-

opathiában (NADH-CoA-oxidoreduktáz defektus) szenved. Nem állnak rendelkezésre irodalmi adatok arra vonatkozóan, hogy az antiszintetáz-szindróma és a terhességi rendellenességek, malformációk között van-e valamilyen kapcsolat. Betegünknel antifoszfolipid-szindróma nem igazolódott.

Az antiszintetáz-szindróma az idiopathiás inflammatorikus myopathiák szerológiai altípusa, amelyre az anti-Jo-1 autoantitest jelenléte, valamint szimmetrikus nem eróziós arthritis vagy arthralgia, interstitialis tüdőbetegség, ún. „szerelő” kéz, láb, Raynaud-jelenség társulása jellemző. A myositises betegek esetében létfontosságú a korai klinikai diagnózis, és ennek megfelelően megkezdett korai, esetünkben agresszív immunosuppresszív kezelés.

Az esetet az antiszintetáz szindróma ritka előfordulása és a szerencsés korai diagnózis miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Várvolgyi Tünde dr.¹, Gergely Lajos dr.², Méhes Gábor dr.³,
Remenyik Éva dr.¹, Szegedi Andrea dr.¹:

Subcutan csomók lázas állapotú beteg

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika¹, III. Belgyógyászati Klinika²,
Patológiai Intézet³, Debrecen)

Az alábbiakban egy 21 éves, 2009. óta Sjögren syndroma miatt gondozott férfibeteg esetét ismertetjük. 2011. márciusban az inguinális, majd az axilláris régiókban is megnagyobbodott lymphoglandulák, a bőr alatt érzékeny csomók jelentek meg. A bal lágyékhajlatban néhány 5-6 cm, a jobb hónalj elülső oldalán, a bordák felett, a has bőre alatt több, tömött tapintatú, 1,5-4 cm átmérőjű, hyperaemiás bőrrel fedett, subcutan nodus volt észlelhető. A csomók tapintásra enyhén érzékenyek voltak. Ezt követően subfebrilitás, később láz jelentkezett. Lágyrész UH vizsgálat során a nyirokcsomókat reaktív jellegűnek véleményezték, a hasi UH leleten kóros nem ábrázolódott. Az immunserológiai eltérések, a Raynaud syndroma, az alacsony fehérvérsejt szám alapján a Sjögren syndroma aktívknak bizonyult. Szerológiai vizsgálatok során HBV, HCV, HIV, Syphilis, Borrelia, EBV, CMV, Toxoplasma, Yersinia fertőzés kizárható volt. Szövettani vizsgálat során panniculitis-szerű T-sejtes malignus lymphoma igazolódott.

Az előadás a beteg esetén keresztül kíván rávilágítani egyes körképek ritka megjelenésére és az ebből adódóan felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségekre.

Légrádi Mária dr.¹, Takács Szandra dr.¹, Csete Béla dr.¹,
Gömöri Éva dr.², Kálmán Endre dr.², Battyáni Zita dr.¹:

Necrobiosis lipoidica sarcomatoid, ulceratív variánsa

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

Az ismert IgA hiányban szenvedő, szepszis miatt jobb lábszár amputált, hipertóniás, cukorbeteg férfit 1997 óta kezelték szövettanilag igazolt necrobiosis lipoidica diabetorum miatt.

Kezelése során azathioprin, salazopyrin, sulfon és pentoxiphyllin kezelésben részesült, azonban tünete testszerte szóródtak, hegesedtek illetve ulcerálódtak.

A beteg kezelése 2008. októberében kezdődött klinikánkon. Ismételt szövettani vizsgálat igazolta a bőrbetegséget, illetve annak ulceratív, sarcomatoid variánsát. A sarcoidosis kizárása céljából mellkas CT és Mantoux próba történt, negatív eredménnyel.

Irodalmi adatok alapján kontrollált vércukor és vérnyomás értékek mellett közepes, majd kis dóziszú szisztémás szteroid (32mg/14napig, 16mg/4napig, 8mg/2 hónapig, majd 4 mg elhúzódoán), acetilszalicilsav, krém UVA és lokális dezinficiens, hámosító terápia hatására a beteg ulcerált plakkjai hámosodtak, a húzó heges területek felpuhultak.

Az esetet a necrobiosis lipoidica ritka formájának hosszú fennállása, előzetes terápia rezisztenciája és végül sikeres kezelése miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Bikszádi Ilona dr.¹, Szakos Erzsébet dr.²:

Lichen ruber planus esete

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Bőrgyógyászati Rendelő, Miskolc¹, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Velkey László Gyermekegészségügyi Központ, Miskolc²)

A jelenleg 51 éves nőbeteg bőrtünetei nem sokkal egy erős lázzal, extrém fokú gyengeséggel, fejfájással, monocytosissal járó gasztrointesztinális fertőzés után kezdődtek a bal csuklóján 1 évvel ezelőtt. Az idei forró nyáron jelentkező nagyfokú izzadása és psychés depresszáltása, szorongása erősen fokozták bőrtüneteit. A cipő pántjának mechanikai hatása is provokálónak hatott bőrelváltozásaira. Kezdeti enyhébb hatású szteroid krém valamit javított, de inkább szteroidmentes Biomed, Aloe vera készítményektől látott enyhülést, végül potens szteroid és aktív D vitamin keverék kenőcs lényeges javulást, a viszketés megszűntét, a bőrtünetek lelapulását eredményezte. Enyhe szájnyalkahártya érintettsége van. Vírus szerológia negatív, de pozitív autoantitestjei vannak (ENA, ANA, simaizom elleni AT) Néhány évvel ezelőtt intézetünk által bemutatott pozitív autoantitestes lichenes betegünknel később szájnyalkahártya carcinoma fejlődött ki. Emiatt a beteg további szoros obszervációja szükséges.

Szoták Judit dr.¹, Remenyik Éva dr.²:

Bullosus dermatosis kezelésének nehézségei

(Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft., Nyíregyháza¹, Debrecen Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen²)

A pemphigus vulgaris intraepidermális hólyagképződéssel járó autoimmun hólyagos bőrbetegség, mely hatékony kezelés nélkül a testfelület nagy részére kiterjedve halálhoz vezet. A bőriopsziás minta rutin hisztopatológiai vizsgálata mellett a direkt és indirekt immunfluoreszcencia segít a gyors diagnosztikában. Az ELISA lehetővé teszi a keringő ellenanyagok target proteinjének (desmoglein 1 vagy desmoglein 3) meghatározását, azonban a terápiás effektus lemerésében és a betegség aktivitás-követésében kevésbé megbízható. A pemphigus vulgaris kezelése mind a mai napig individualizált. A leghatékonyabb gyógyszer a szteroid. Dózisának és így mellékhatásainak csökkentésére az azatioprin vagy a ciklofoszfamid a legelterjedtebben használt szerek. Az irodalomból ismertek terápia rezisztens esetek, amikor plazmaferezis, intravénás immunglobulin, micofenolát mofetil, ciklosporin, rituximab, segítségével érhető el tünetmentesség, de dapson, antibiotikumok, TNF-alfa gátlók adjuváns hatásáról is van irodalmi adat.

A betegbemutatásban egy 50 éves nő esete kerül ismertetésre, aki a testfelület közel 70%-ára lokalizálódó bőr- és kiterjedt nyálkahártya tünetekkel, súlyos állapotban került hospitalizálásra. Nagyon lassan és nehezen reagált a kezelésekre. Magas dózisú szteroid, ciklofoszfamid, plazmaferezis és intravénás immunglobulin kombinációja eredményezett tünetmentességet. A szokatlanul súlyos állapot a beteg együttműködésének hiánya miatt alakult ki, amelynek szerepe lehet a szokásos terápiára mutatott rezisztenciában is.

Gyöngyösi Nóra dr., Kárpáti Sarolta dr., Wikonkál Norbert dr.:

Nagy dózisú intravénás immunglobulin kezelés alkalmazása lineáris IgA dermatózisban

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

A 29 éves nőbetegnél 2008-ban indultak hólyagos bőrtünetek, a klinikai kép alapján kezdetben dermatitis herpetiformis Duhring lehetősége merült fel. Dapson kezelés indult, majd kifejezett májenzim emelkedés miatt elhagyásra került, valamint tartósan glutámentes diétát tartott a beteg érdemi javulás nélkül. Perzisztáló bőrtünetek miatt metilprednizolon, kolhicin, illetve szulfaszalazin kezelés történt. 2009-ben a progrediáló bőrtünetek miatt a diagnózis revízió alá került, ismételt szövettani és DIF vizsgálatok alapján állítottuk fel a lineáris IgA dermatózis diagnózisát. Közepes

dózisú kortikoszteroid terápia mellé szteroid spóroló ágensként a fertilis életkor miatt kezdetben ciklosporin, majd azatioprin kezelést vezetünk be, az előbbi hatástalanság, utóbbit markánsan emelkedő májenzimek miatt kényszerültünk elhagyni. Családtervezési okokból ciklofoszfamid és metotrexát terápia nem került beállításra.

2011 februárjában OEP egyedi méltányossági engedély alapján intravénás immunglobulin terápiát indítottunk 2 g/ ttk dózisban, amely mellett a bőrtünetek egyértelmű javulást mutattak, szövődményt nem észleltünk. Jelenleg 4-6 hetes periódusokban alkalmazzuk a kezelést, eredményeként új hólyagos bőrtünetek nem jelentkeztek, valamint a korábbiak további javulást mutattak.

Esetünk példázza, hogy a nagy dózisú intravénás immunglobulin alkalmazása egyéb terápiás lehetőségek sikertelensége esetén megfelelő jövőbeli kezelési mód lehet autoimmun hólyagos bőrbetegségekben.

Szakonyi József dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Csomor Judit dr.², Demeter Judit dr.³, Nagy Zsolt dr.³, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Perifériás T-sejtes lymphoma, NOS, CD8 pozitív fenotípussal: szisztémás lymphoma bőrtünetekkel

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet², I. sz. Belgyógyászati Klinika³, Budapest)

64 éves férfibeteg anamnézisében komolyabb megbetegedés nem szerepelt. Klinikánkon történő jelentkezése előtt 4 hónappal észlelte a jobb mell alatt lassan növekvő, gyermektenyényi, beszárt, vörösesbarna plakkot. A jobb axillában egy cseresznyéni nyirokcsomót tapintottunk.

A szövettani vizsgálat során a dermis teljes vastagságában sűrű, diffúz, jórészt atypusos lymphocytákból, 10-15%-ban multiplex nucleolusú nagysejtekből álló infiltrátum volt megfigyelhető. A sejtek 90%-a CD3 poz., CD8 poz., CD5 poz., gyenge PD1poz., CD45RO poz.; CLA, CD4 neg T sejt volt. 10-15% granularis TIA pozitívítást mutatott, a proliferációs ráta 40-50% között volt. Ez alapján CD8 pozitív perifériás T-sejtes lymphoma (NOS) diagnózist állították fel. Crista biopsia kiérő normocellularis vérképzést mutatott, lymphomasejteket nem detektáltak. A jobb axillaris nyirokcsomó szövettani vizsgálata high grade T-sejtes lymphoprolif. folyamatot igazolt: A tumorsejtek 100%-a CD3 poz., kb. 20%-a CD8 poz., TIA1 poz., volt, reaktív CD4-CD5 poz. sejtekkel. A tumorsejteknek egy része CD4-CD8 kettős negatív sejt volt. CD1a és TdT vizsgálatokkal a tumorsejtek negatívnak bizonyultak.

Tekintettel a high grade, nodalis érintettségét mutató folyamatra a beteg a beteg a SE I. Belklinika haematologiai osztályán hyper CVAD protokoll szerinti kezelés kezdődött. protokoll szerinti kezelést kezdődött. 2 ciklus hyper CVAD A és B kezelés után bőrtünetei jelentősen regrediáltak.

A beteget a kifejezett bőrérzékenység és a ritka, rossz prognózist jelentő CD4 neg.-CD8 poz. fenotípus miatt mutatjuk be.

Török László dr.¹, Krenács László dr.³, Bagdi Enikő dr.³,

Bartos Zsuzsanna dr.¹, Kocsis Lajos dr.²:

Rosai-Dorfman betegség

(Megyei Kórház, Bőrgyógyászati¹, Patológia², Kecskemét; Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Szeged³)

A Rosai-Dorfman betegség, vagy sinus histiocytosis masszív lymphadenopátiával, olyan benignus histiocyta proliferáció, amely primeren a nyirokcsomókat érinti. Az esetek 40%-ban extranodális részvétellel járhat, amelyek között a bőrtünet a leggyakoribb. A szövettani képre a nagy histiocyták emperipolezise a jellemző.

60 éves férfibeteget ismertetnek, akinek anamnézisében 6 éve fennálló, kezelést nem igénylő krónikus lymphoid leukémia és egy éve diagnosztizált melanoma szerepel, amely miatt adjuváns interferon kezelésben részesítik. 2011 tavaszán egy hónap alatt az egész kültakaróra kiterjedő monomorph, többnyire különálló 4-5 mm nagyságú élénk vörös papulákból álló exanthema alakult

ki. A bőrből és a megnagyobbodott nyirokcsomóból elvégzett szövettani vizsgálat a Rosai-Dorfman betegség típusos képét mutatta. Kivizsgálás során a bőr és nyirokcsomón kívül más szervek érintettségét nem találtak. Esetüket a malignus daganatokkal való társulás és a jellegzetes klinikai és szövettani kép miatt mutatják be.

Lukács Andrea dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Csomor Judit dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

Folliculotrop mycosis fungoides

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet², Budapest)

A szerzők egy 68 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél fél éve jelentkeztek viszketéssel, szőrvesztéssel járó bőrtünetek a bal alkaron, a bal fül mögött és a jobb térd felett. Az érintett területek klinikai vizsgálatok az alopecia mellett comedószerű elváltozásokat láttunk. A szövettani vizsgálat során a hematoxylin-eozinnal festett metszeten is szembetűnő volt a folliculosok és eccrin mirigyek körül elhelyezkedő sűrű, lymphocytás infiltrátum. Az immunhisztokémiai vizsgálat igazolta a clonális restrikciót, és a CD4+ sejtek megnövekedett arányát a folliculosok és eccrin mirigyek körül. Az elvégzett vizsgálatok és a klinikai kép alapján folliculotrop-syringotrop mycosis fungoides diagnózist állítottunk fel. A staging során szisztematizációt nem észleltünk, áramlási citometriával normál fenotípust megoszlás volt detektálható. Isotretinoin és PUVA kezelést indítottunk, emellett a klinikai tünetek progresszióját láttuk, melynek hátterében a beteg rendszertelen gyógyszeresedése állt. A terápiás javaslat szigorú betartását követően a tünetek mérséklődtek. Az eset érdekességét a mycosis fungoides ritka klinikai variánsának típusos példája adja.

Erdei Irén dr.¹, Bodnár Edina dr.¹, Milényi Zsófia dr.², Veres Imre dr.¹, Zeher Margit dr.³, Remenyik Éva dr.¹:

Paradicsom tumorok mellett jelentkező hólyagos bőrtünetek

(Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika¹, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék², III. sz. Belgyógyászati Klinika³, Debrecen)

A szerző egy 53 éves férfi beteg esetét ismerteti, akinek távolabbi anamnézisében gyermekkori pneumonia szerepel. 2006-ban a hajás fejbőrön fél diónyi duzzanatok jelentek meg, melyek panaszt nem okoztak. A szövettani vizsgálat B-sejtes lymphoma diagnózist vetette fel, elektron besugárzás után tünetmentessé vált.

Ezt követően gondozáson nem jelentkezett. 2010. decemberében a hajás fejbőrön néhány félgömbszerűen előemelkedő vörös tumor mellett a hónaljokban is papillomatosus plakkok jelentek meg, majd a törzs bőre fokozatosan diffúzan beszűrődött, erythrodermia alakult ki. Az elvégzett szövettani és staging vizsgálatok alapján mycosis fungoides III B stádium volt igazolható, mely miatt először PUVA és interferon kezelés, majd beaxaroten indult, de klinikai javulás nem történt, így extracorporalis photopheresist kezdtünk, de állapota egy ciklust engedett meg. Tekintettel a kiterjedt folyamatra, a tumorlyzisz szindróma veszélye miatt steroid kezelést és monokemoterápiaként vincristint indítottunk, mely mellett a paradicsomtumorok regressziót mutattak, de általános állapota tovább romlott.

2011. júniusában bőrén hirtelen testszerte, diffúzan hólyagok, hámlás jelentkezett, a folyamat a száj nyálkahártyát is érintette. Toxicus epidermalis necrolysis diagnózist került felállításra, mely miatt az Egészségügyi Intenzív Osztályon monitoroztuk, nagy dózisú steroid, és antibiotikum terápia mellett szupportív kezelést, módosított Parkland formula szerinti folyadék reszusztitációt végeztünk, illetve antiszeptikus lokális terápia mellett fluidizációs ágyban helyeztük el.

Az intenzív terápia ellenére állapota fokozatosan hanyatlott, septicus shock alakult ki, mely miatt a beteg exitált. A sectio során kiterjedt lymphomás érintettség, septicémiát igazoltak. A beteg a két ritka kórkép társulása és a CTCL-ben szokatlan klinikai tünetek, a gyors progresszió miatt mutatjuk be.

Rózsa Annamária¹, Mojzes Jenő dr.⁴, Kálmán Endre dr.³, Szomor Árpád dr.², Battyáni Zita dr.¹:

Primer cutan anaplasticus CD30+ nagysejtes lymphoma

(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika², Patológiai Intézet³, Pécs, Szent Lukács Kórház, Dombóvár⁴)

A szerzők egy 20 éves fiatal férfibeteg esetét ismertetik, akinél 2011. áprilisában jobb orrszáj mellett hyperaemiás alapon superficiálisan vesiculák jelentek meg, a beteg antivirális, antibiotikus terápiaiban részesült. Az alkalmazott terápia mellett bőrfolyamata lényeges változást nem mutatott, a helyi infiltráció fokozatosan növekedett. Nem gyógyuló, heges, infiltrált maradványtünetből bőrbioopszia történt, mely cutan anaplasticus nagysejtes lymphomát igazolt, TCR monoclonális géntrendeződéssel. Kivizsgálás során vérképében eltérést nem észleltünk, sebváladákból baktérium nem tenyésztett ki, betegnél láz nem jelentkezett. Csontvelő biopszia és perifériás vér vizsgálat lymphoid érintettségét nem igazolt. Staging vizsgálatok során submandibulárisan reaktív nyirokcsomókat észleltünk. Onkoteam döntés alapján a sugárterápiát megajánlottuk, azonban ezt a beteg nem vállalta, mivel bőrfolyamata spontán teljes mértékben regressziót mutatott. A beteget ambulanciánkon szoros kontroll alatt tartjuk. Az esetet a szerzők arca lokalizálódó bőrelváltozások differenciál diagnosztikai szempontjából, ill. cutan anaplasticus nagysejtes lymphoma ritkasága miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

Gorka Eszter dr., Bánfalvi Teodóra dr., Schmidt Emese dr.,

Borbola Kinga dr., Liskay Gabriella dr.:

Multiplax cutan melanoma és non-Hodgkin limfoma együttes előfordulása

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A 62 éves férfibeteg, akinek anamnézisében hipertónián kívül egyéb lényeges megbetegedés nem szerepelt, 2005. januárban jelentkezett ambulanciánkon a bal fülcimpán bizonytalan ideje meglévő 13x17 mm-es, kifehélyesedő csomó miatt, amit melanoma malignum klinikai diagnózisának felállítása után eltávolítottunk. A szövettani vizsgálat Clark IV, Breslow 5 mm-es, exulcerált polipózus-noduláris melanoma malignumot igazolt. Az elégtelen biztonsági zónára való tekintettel a műtéti területre posztoperatív irradiációt kapott. Mellkas röntgen és hasi UH disszeminációra nem utalt, fizikálisan kóros nyirokcsomót nem észleltünk. Adjuváns kis dózisú interferon immunterápiát indítottunk. 2005. áprilisban a jobb fülkagyló dorsalis felszínéről újabb Clark III, Breslow 0,5 mm-es, vertikális növekedési fázisban lévő melanoma malignum eltávolítás történt. 2009. júliusban nyakon, supraclaviculárisan, axillárisan és inguinálisan jelentek meg multiplex nyirokcsomók, aspirációs citológiai vizsgálat malignus non-Hodgkin limfómát véleményezett. Diagnosztikus céllal nyirokcsomó eltávolítás történt, mely alapján kis limfocitás limfómának/ CLL-nek bizonyult. CLL miatt Fludara és Endoxan kezelést kapott, egy alkalommal leukoferezist végeztek a László Kórházban. 2011. áprilisban az orrhátról harmadik melanoma, Clark IV, Breslow 2,8 mm-es LMM került eltávolításra. Tekintettel arra, hogy a László Kórházban hematológiai alapbetegése miatt gravis trombocitopéniával járó kemoterápiát kapott, a melanoma adjuváns kezelése, hematológiai konzultáció alapján nem jött szóba, a beteget szorosan obszerváljuk.

Irodalmi adatok szerint a melanomához 8%-ban társul rosszindulatú tumor, ez viszonylag nagy gyakorisággal limfóma. (Rion et al., Arch Surg 1995., 130 (10) 1056-61 130 (10) 1056-61). Mindezek alapján, amennyiben melanoma malignum miatt gondozott betegnél nem a primer tumornak megfelelő nyirokregióban észlelhető kóros nyirokcsomó, limfóma gyanúját is fel kell vetni. Betegünk kórtörténetét ezért is tartottuk bemutatásra érdemesnek, mert az immun-supprimált betegnél összesen 3 melanoma lépett fel.

Bóta Margit dr.¹, Kőműves Zsuzsanna dr.², Emri Gabriella dr.²:

Melanomás betegek egészségpszichológiai vizsgálata

(Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Magatartástudományi Intézet¹, Bőrgyógyászati Klinika², Debrecen)

Kutatásunkban a daganatos betegség életminőségre gyakorolt hatásai közül a pszichés állapot kedvezőtlen változásainak, kiemelten

a szorongásnak, a depresszióknak és a túlélést segítő faktoroknak (a személyes, kulturális, vallási, szociális és gazdasági jellemzők, a kórháztól való távolság, a megküzdési stílus, a szociális támaszrendszer, szubjektív jóllét) vizsgálatát tűztük ki célul. A daganat, így a melanóma diagnózisát „természetes velejáróként” követi a depresszió, szorongás és anticipált halál (pl. a depresszió és rákbetegség egyidejű előfordulását 20-50% körül becsüli a szakirodalom).

A depresszió nem megfelelő diagnosztizálása csökkenti az életminőséget, megnöveli a kórházban töltött időt, és a kezelési tervvel való együttműködés hiányának gyakoribb előfordulását eredményezi.

Sok faktor befolyásolja a depresszió mértékét: a rák helye, a betegség súlyossága a diagnózis idején, a diagnózis óta eltelt idő, a kezelések típusa.

A depresszió felismerésének elmaradása azért fordulhat elő, mert a depresszió számos tünetében (fáradtság, étvágytalanság, súlyvesztés, alvászavarok) a rákbetegség fizikai hatása, vagy a kezelése és egyéb tünetek csökkentését szolgáló gyógyszerek, beavatkozások megjelenési módjával egybeeshetnek, holott rontják a betegség prognózisát és a rehabilitáció folyamatát is negatívan befolyásolják, ezért megelőzésük, időben történő felismerésük és megfelelő kezelése javíthatja az életminőséget és hosszabb túlélést eredményezhet.

A stressz kutatások a túlélést segítő egyik legjelentősebb tényezőjeként a depressziókezelés mellett a személyiségtől függő megküzdési módokat és a társas támogatottság szerepét is hangsúlyozzák.

Globális kérdésünk: egészségpszichológiai szempontból milyen sajátosság jellemzi a melanómás betegeket?

Egészségmegőrző mutatóik mutatnak-e eltérést az országos eredményekhez képest?

Van-e személyiségükben valamilyen jellegzetesség?

A melanómás betegeknek van-e jellegzetes megküzdési mechanizmusuk?

Milyen a szorongás, a stressz, a depresszió mértéke?

Milyen a társas támaszuk?

Szubjektív jóllétben van-e sajátosság?

A nem, iskolai végzettség, a vallás befolyásolja-e az előbb említett tényezőket?

Vizsgálati eszközök

Saját összeállítási kérdőív,

Big Five Inventory (BFI),

Megküzdési módok kérdőív (Lazarus-Folkman rövidített változat),

A Szubjektív Jóllét kérdőív (Grob-féle),

Társas támogatottság kérdőív (ISEL és MOS),

Depresszió kérdőív (Beck és DASS-21).

– elkülöníteni a melanómás betegek csoportjára jellemző karakter- és személyiségvonásokat.

– a daganatos betegség miatt kialakult súlyos stressz mértékének regisztrálása – a betegséghez kapcsolódó depresszió mérése

– a társas támasz mérése, mivel jelentős tényező a rákbetegséget kísérő depresszió kezelésében

– coping stratégiák, szorongás, elveszettség érzése, kognitív adaptáció alapvető pszichológiai aspektusok mérése, melyek különböző klinikai manifesztációkat eredményezhetnek betegeknél.

A vizsgálati alanyok (n=40 fő, 18 férfi, 22 nő, életkoruk: 23-78 év, átlagéletkor: 51,60) a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Bőrgyógyászati Klinika Melanoma Szakrendelés Ambulanciájának betegei voltak. Kizárásra kerültek azok a betegek, akik áttételt/több daganattal rendelkeztek; egyéb életveszélyes betegségük is volt;

Vizsgálatunk eredményeit több forrásból származó, egészségesek körében végzett országos adatokkal vetettük egybe. (A Szonda Ipsos a Médiaunió megbízásából egy országos reprezentatív kutatást végzett a lakosság egészséggel, egészségvédelemmel kapcsolatos véleményéről, OLEF 2000-es kérdőívfelvétele és ennek alapján a Gallup Intézet 2001-es Gyorsjelentése az országos lakossági egészségfelmérésről, valamint a HUNGAROSTUDY 2002-es országos reprezentatív egészségfelmérése).

Az adatok feldolgozását az SPSS 17.0 statisztikai programmal történt (leíró statisztika, VA, Tukey HSD).

A depresszió mértéke a melanómás betegek körében az átlagéletkort és nemek közötti különbséget figyelembe véve (51,6 év) nem mutat szignifikánsan magasabb eltérést a Hungarostudy 2002 – es vizsgálatában kapott eredményekhez képest.

A megküzdésben az egészséges populációval közel azonos mértékben kap szerepet a probléma centrikus és céltudatos cselekvés, de az érzelmelek központú megküzdés erőteljesebb, ami a daganatos betegek emocionális sérülékenységére hívja fel a figyelmet.

A coping stratégiák, szorongás, elveszettség érzése, kognitív adaptáció alapvető pszichológiai aspektusok, melyek különböző klinikai manifesztációkat eredményezhetnek betegeknél.

A társas támasz vizsgálatunkban is jelentős tényező a rákbetegséget kísérő depresszió kezelésében, így fontos lenne a családokat felkészíteni és segíteni a depresszió felismerésére és megfelelő „kezelésére” is.

A daganatos betegségeknek társadalmi vetületük is van, hiszen, azáltal, hogy hozzájárulnak az életminőség drasztikus csökkenéséhez, számos negatív gazdasági következménnyel is járnak (munka-képtelenség, rokkantnyugdíjazás). Éppen ezért a betegségfolyásra nézve káros pszichés következmények megelőzése és csökkentése nemcsak a betegek életminőségének javítása érdekében fontos, hanem egyben társadalmi érdek is.

Sürgetőnek tűnik egy adekvát megközelítés kidolgozása, mely elkülöníti a kezeléseket és a betegség miatti testi tüneteket a lelki háttérrel tényezőktől.

Gellén Emese dr.¹, Dózsa Anikó dr.^{1,2}, Erdei Irén dr.¹, Péter Zoltán dr.¹, Remenyik Éva dr.¹, Dezső Balázs dr.³:

Az immunhisztokémia jelentősége ritka bőrtumorok esetén

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika¹, Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc², Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Patológiai Intézet, Debrecen³)

A 68 éves nőbeteg anamnézisében hypertonia, cholecystectomy, hysterectomy szerepel. 2005-ben a törzs jobb oldalán egy 2 cm átmérőjű subcutan csomó jelent meg. Lágyszöveti UH-on az izmok között 2 cm-es elmosott szélű echodús területen belül 14 mm-es szabálytalan alakú, elmosott kontúrú echoszegény terület ábrázolódott, melynek sebészi eltávolítását javasolták. A tumor 2011-ben gyors növekedésnek indult, ezért a beteg a műtétbe belegyezett. A differenciáldiagnózisban felmerült leiomyosarcoma, rhabdomyosarcoma és dermatofibrosarcoma lehetősége. A kivizsgálások során a betegnek egyéb klinikai tünetei nem voltak, laborparamétereiben kóros eltérést nem észleltünk, mellkas röntgen, hasi ultrahang vizsgálat eltérést nem igazolt. A szövettani vizsgálat nyálábokba rendeződött basophil cytoplasmájú, infiltratív növekedést mutató, monomorph megjelenésű sejteket írt le. A sejtek magja kicsiny volt, cytoplazmájuk kiszélesedett, ebben finom és egyenletes granulációt hordoztak. A sejtek immunhisztokémiai festéssel S100, CD68 és NSE pozitívítást mutattak. Mindezek alapján a szövettani diagnózis benignus granular sejtes schwannoma atypusos formája volt.

A granular sejtes schwannoma ritka, az esetek 98%-ban benignus tumor. Legtöbbször nőket érint, soliter, a subcutisra lokalizálódik, de előfordulhat a nyálkahártyán, a gastrointestinális rendszerben, vagy érintheti a tüdőket is. A bőrön általában a törzsön, ritkábban a végtagokon helyezkedik el. Esetünk egy ritka, lassan növekvő benignus tumorra hívja fel a figyelmet, amely finom és tapasztalt bőrgyógyászok és patológusok számára is differenciáldiagnosztikai problémát jelenthet, azonban az általunk is alkalmazott különféle immunhisztokémiai festések segítségével a tumor azonosítása lehetővé válik.

Borbola Kinga dr.¹, Pánczél Gitta dr.¹, Plótár Vanda dr.², Liskay Gabriella dr.¹:

Metasztitikus hydradenocarcinómát követő metastitikus laphám carcinoma

(Országos Onkológiai Intézet, Onkodermatológia¹, Humán és Kísérletes Daganatpatológia², Budapest)

A 60 éves férfibeteg anamnézisében gyógyszeresen kezelt hypertonia, IDDM és emellett nagyszámú, szövettani lelettel igazolt basalioma, in situ és invazív, jól differenciált laphám carcinoma eltávolítása szerepel.

2005-ben más intézményben a jobb scapula feletti területről basaliomának véleményezett tumor eltávolítása történt.

2008. decemberben Intézetünk sebészetén ugyanerről a területről verejtékmirigy eredetű, legnagyobb valószínűséggel hydradenocarcinoma recidívája került eltávolításra, a szövettani lelet szerint residuum hátrahagyásával. A 2005-ben eltávolított blokkok metszetkonziliumát kértük Intézetünkben, melynek során infiltratív és metatypicus carcinoma basocellulare és fokális laphám metaplasziát mutató eccrin carcinoma igazolódott az elsődleges tumorból. Ismételt reexcíziót végeztünk, a hisztológia a harántcsíktolt izomzatot és zsírszövetet kiterjedten infiltráló, nyirokér inváziót mutató, a basalis kimetszési síkot elérő hydradenocarcinoma recidívát véleményezett. Staging vizsgálatok disseminációra nem utaltak. A beteg 50 Gy rtg félmély postoperatív irradiációban részesült.

2010. áprilisban a nyak jobb oldalán több, aspirációs cytológiával hydradenocarcinoma metasztázisát valószínűsítő, megnagyobbodott nyirokcsomót tapintottunk. Belső szervek dissemináció kizárását követően jobb oldali nyaki blockdissectióra került sor, melynek során 4 felső parajugularis nyirokcsomóban igazolódott tokot infiltráló, zsírszövetbe terjedő hydradenocarcinoma metasztázis. 2010. júliustól VI. széria Epirubicin-Platidium kombinált kemoterápiát és a nyak jobb oldalára 50 Gy postoperatív sugárkezelést kapott.

2011. márciusban a nyaki blockdissectio műtéti hegében 5 mm-es tömött nodust, a fejbőr jobb oldalán, a jobb temporalis régióban 15 mm-es vérző tumort észleltünk. A nyaki csomóból elvégzett aspirációs cytologia malignus epithelialis daganatot valószínűsített. A fejbőr tumorának opusát és a nyak jobb oldaláról próbaexcíziót végeztünk. A fejbőrrel eltávolított daganat hisztológiája perineurális terjedést, vérér és nyirokér inváziót mutató rosszul differenciált laphám carcinomát véleményezett, a nyak jobb oldaláról invazív laphám carcinoma metasztázisa igazolódott. Ez utóbbi esetében immunhisztokémiával az eccrin eredet kizárására került, a receptor meghatározás során Her2 negativitást és csaknem 100 %-os EGFR pozitivitást véleményeztek. ADOC protokoll szerinti polykemoterápiát indítottunk. A kemoterápia mellett súlyos neuro- és nephropathiát, valamint a beteg státuszában localis progressziót észleltünk, ezért Erbitux terápiára térünk át. Belső szervek dissemináció továbbra sem ismert, az alkalmazott kezelés hatására regressziót észleltünk.

Az esetet a két tumor együttes előfordulása, egyazon régióba történő áttétképzése, valamint a receptor meghatározás alapján alkalmazott eredményes célzott terápia miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Bognár Péter dr., Erős Nóra dr., Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Multiplex epitheloid haemangioma

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

A szerzők egy 39 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinek anamnesisében gyermekkorban zajlott szövődménymentes hepatitis A fertőző említendő. Egyéb komolyabb megbetegedése nem volt, rendszeresen gyógyszert nem szedett. 2009-ben a jobb hüvelykujjról egy képlet eltávolítása történt, melyet szövettanilag kapilláris haemangiomának bizonyult (in toto excisio). Fél év múlva a területen recidíva jelentkezett, néhány hónap alatt több növekvő, maximum 5-8 mm átmérőjű sötétlív csomó jelent meg a jobb kézen, mely klinikai kép alapján Kaposi-sarcoma ill. bacilláris angiomatosis lehetősége is felmerült. A beteg immunstatusa intakt volt, serum immunoglobulin szintjei normálisak, HIV szerológiája negatívnak bizonyult. Egy nagyobb képlet eltávolítása történt a jobb hüvelykujjról, mely szövettanilag epitheloid haemangiomának felelt meg. A hisztológiai és immunhisztokémiái vizsgálatok malignitást nem igazoltak. Kivizsgálása során mellkasi, hasi szervekben eltérést nem találtunk, rutin laborleletei közül jelzett (6,1%) eosinophilia említendő. Bár a betegnél immunszuprimált állapot nem állt fenn, a felmerült bacilláris angiomatosis lehetősége miatt 3 hónapig Sumetrolim kezelésben részesült, sine effecto. Tekintettel a progresszióra ex juvantibus 5%-os propranolol externát, majd szisztémás (80mg p. die) propranolol terápiát indítottunk, melyet lokális röntgen irradiációval egészítettünk ki. A fenti kezelések mellett a meglévő tünetek lassú regressziója megindult.

Pánczél Gitta dr., Borbola Kinga dr., Plótár Vanda dr., Kovács Péter, Liskay Gabriella dr.:

Posztirradiációs histiocytaer sarcoma (Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

2005 márciusában, 46 éves férfi, az arc jobb oldalán elhelyezkedő, fülkagylót roncsoló, nagyméretű, szövettanilag igazolt, irreze-kábilis basalioma miatt jelentkezett Intézetünkben. Palliatív irradiációt és hat ciklus kemoterápiát kapott, melynek hatására jelentős regresszió következett be. Ezt követően sem kezelésre, sem kontrollra nem jelentkezett. 2011 márciusában, EGOG 3 fokozatú erőnlétben, a koponya jobb oldalán lévő, elmondása szerint két hónapja növekvő tumor klinikai képével kereste fel ambulanciánkat. Kivizsgálása során, képalkotó vizsgálatokkal multiplex pulmonalis, pleuralis, hepaticus és mellékvese propagációt találtunk. A tüdő core biopsziás anyagból elvégzett szövettani vizsgálat kötőszöveti eredetű tumorra utalt. Ezt követően a primer daganatból próbakimetszést végeztünk, a hisztológiai lelet – immunhisztokémiával alátámasztva (CD163, CD4, CD68 és lizozim pozitivitás) – histiocytás sarcomát véleményezett. A primer tumor metszetkonziliuma az öt évvel ezelőtti basalioma diagnózisát megerősítette, ennek alapján a folyamatot metasztatizáló, posztirradiációs második primer tumornak tartjuk. A basalioma korai stádiumban egyszerű sebészi kimetszéssel teljes gyógyulást eredményező daganat. Elhanyagolt, nagyméretű tumoroknál irradiáció is eredményes terápia lehet, azonban igen ritkán számolni kell késői mellékhatásként, második primer tumor megjelenésével. A betegnél kemoterápiát tervezünk.

Siklós Krisztina dr., Szamosújvári Judit dr., Noll Judit dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Infantilis myofibroma

(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati osztály, Budapest)

A jelenleg fél éves csecsemő jobb arcfelén születése óta észlelték egy hónapos korára centralisan kifehélyesedő, növekvő terime megjelenését. Ambulanciánkon történő első megjelenésekor a jobb mandibula szár felett egy 3x2,5 cm-es, livid-vörös színű, tömött tapintatú, dudoros felszínű, középső részén exulcerálódott nodust láttunk. Color Doppler ultrahang vizsgálattal egy közepesen vascularizált, a csontkontúrt megközelítő echoszegény terime, MR vizsgálattal első sorban a subcutisban, a mandibulával szoros kontaktusban, a T1 szekvencián alacsony, a T2 szekvencián inhomogén magas szignál intenzitású homogén szolid képlet volt megfigyelhető. Az elváltozásból szövettani vizsgálat céljából ékkimetszés történt, mely alapján infantil myofibroma igazolódott. Tekintettel a tumor spontán regressziós hajlamára a gyermeket 2 hónapig observáltuk, de a széli részek felől történő lassú terjedés miatt végül in toto sebészi excíziót végeztünk. A seb lobmentesen per primam gyógyult, ez idáig recidívát nem észleltünk.

Az infantil myofibroma egy ritka kórkép, melyre elsősorban a fej és a nyak régióban megjelenő soliter subcutan csomó jellemző. 50%-ban születéskor már látható, több mint 90%-ban az első két életévben belül jelentkezik. Multiplex vagy generalizált formában történő megjelenésekor infantil myofibromatosisról beszélünk. A soliter típus prognózisa jó, gyakori a spontán regresszió, sebészi excíziót követően a recidíva ritka.

Silló Pálma dr., Katona Mária dr., Kuzmanovszki Daniella dr., Hársing Judit dr., Becker Krisztina dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Keratinopáthiás ichthyosis (Epidermolitikus ichthyosis)

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

Az egészséges szülőktől 38. hétre, per vias naturales született beteg hátán már a szülőszobán észlelték hólyagképződést. A főleg törzsre és fejre lokalizálódó bullosus tünetei az első napokban leginkább Staphylococcus által okozott epidermalis nekrolízis (SSSS), illetve epidermolysis bullosa lehetőségét vetették fel. Néhány nap múlva a jó általános állapotú újszülöttnél kialakuló erythroderma, hámlás és acralis hyperkeratosis már congenitalis ichthyosiform

erythrodermára utalt, amit a későbbiekben elvégzett szövettani és elektronmikroszkópos vizsgálat megerősített.

A KRT1/10 gének mutáció analízise folyamatban van.

A lokális zsírozó-, és antimikrobás kezelés mellett a már kisedet betegünk tünetei hullámozó lefolyást mutatnak.

Az esetet az előfordulás ritkasága miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

*Varga Erika dr., Németh Réka dr., Csoma Zsanett dr.,
Kemény Lajos dr.:*

Keratosis lichenoides chronica gyermekkorban

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

A keratosis lichenoides chronica egy ritka, ismeretlen etiológiájú betegség, mely elsősorban felnőttkorban jelentkezik. Gyermekkorban is előfordulhat, ilyenkor gyakran megjelenik az arcon is, egyébként a felnőttekével megegyező módon a végtagok feszítő felszíne és a glutealis terület érintett. A kevés gyermekkori eset közül az öröklődés lehetősége is felmerült.

Betegünk tünetei néhány hónapos korában kezdődtek, kezdetben atópiás dermatitis, Hartnup betegség, porokeratosis lehetősége merült fel. Az erre alkalmazott kezelések mellett számottevő változás nem jött létre. Két éves korában tünetei az arcon, kezeken, karokon elsősorban álltak fenn szubjektív panaszt nem okozó lividvörös, infiltrált, enyhén hámló papulák, plakkok formájában. A diagnózist ismételt szövettani vizsgálatokkal lehetett igazolni. Az alkalmazott acitretin kezelés mellett jelentős javulást észleltünk.

Lukács Péter dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

A polarizált fény köbnerező szerepe Darier betegségben

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

A dyskeratosis follicularis Darier egy ritka, krónikus lefolyású, autoszomális domináns öröklésű, elszarusodással járó folyamat, melyet klinikailag a predilekciós helyeken (seborrhoeas, intertriginosus területek, nyak oldalsó részei) jelentkező keratikus göbcsék, szövettanilag pedig dyskeratosis jellemez. Ismert, hogy a tüneteket napfényexpozíció provokálhatja, de a polarizált fény hasonló hatásáról eddig nem volt adat. A szerzők 2 esetet mutatnak be. Egy 59 éves, Darier betegségben szenvedő nőbetegnél napégést követően, a ruhakivágásnak megfelelően, a fénynek kitett helyeken provokálódtak betegségére jellemző tünetei. Egy 72 éves nőbeteg otthonában orvosi kontroll nélkül, polarizált fényt kibocsátó készüléket használt, mely a csaknem komplett remisszióban lévő tüneteit provokálta, a fény fókuszának megfelelően gyulladt, erodált, nedvező karotikus göbcsék jelentkeztek. Mindkét esetben a betegség családi halmozódást mutatott. Az esetbemutatás a széles körben elterjedt, orvosi kontroll nélkül alkalmazott polarizált fényterápia veszélyeire hívja fel a figyelmet.

*Meszes Angéla dr., Boros-Gyevi Márta dr.,
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr., Korom Irma dr., Varga Erika dr.,
Kemény Lajos dr.:*

Szerzett reaktív perforáló collagenosis

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

A reaktív perforáló collagenosis egy ritka ismeretlen etiológiájú bőrgyógyászati megbetegedés, amely a megváltozott szerkezetű kollagén epidermisen keresztül történő eliminációja miatt alakul ki. Öröklött és szerzett formája ismert, a szerzett forma gyakran jelentkezik diabetes mellitusban vagy veseelégtelenségben szenvedő, dializált betegekben, de hypothyreosis, hyperparathyreosis és malignus tumorokkal való együttes előfordulásáról is vannak adatok. A szerzők három veseelégtelenségben szenvedő beteg esetét ismertetik, amelyek közül kettőnek diabetes mellitusa is ismert. Mindhárom esetben a betegek a végtagokon és a törzsön kialakult, apró, hevesen viszkető, excoriált papulák miatt jelentkeztek klinikánkon, egyikük

esetében kisebb necroticus fekélyeket is észleltünk. A kezdetben alkalmazott antiparaziter kezelések ellenére a tünetek stagnáltak. Az elvégzett rutin szövettani vizsgálat mindhárom esetben a szerzett reaktív perforáló collagenosisra jellegzetes szöveti képet mutatott. Az alkalmazott per os antihistamin, lokális szteroid és vioformos paszta hatására a viszketés mérséklődött és a bőrtünetekben is jelentős javulást észleltünk. Eseteinket a betegség ritka volta és a terápiás nehézségek miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

*Törőcsik Dániel dr.¹, Veres Imre dr.¹, Pfliegler György dr.²,
Remenyik Éva dr.¹:*

„Gümös” kéz

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum,
Bőrgyógyászati Klinika¹, II. Belgyógyászati Klinika,
Ritka Betegségek Tanszéke², Debrecen)

64 éves nőbeteg anamnézisében appendectomia, cholecystectomia, ITP, hypertonia valamint splenectomia szerepel. Ambulanciánkon 1 éve kezekre lokalizálódó, feszes, merev bőrrel jelentkező, mely mellett a kézujjakon, tenyereken számos, gombostűfejnyi, bőrszínű nodulus volt látható. Bőrtünetei mellett ujjai merevebbé váltak, váll-, karfájdalom, ízületi duzzanat jelentkezett. Differenciál diagnózisként felmerült dermatomyositis, xanthomatosis, amyloidosis, valamint mucinosis is. Kéz röntgen enyhe arthrosist, mézsfelrakódást írt le, izombiopsziában myositisre utaló jel nem volt. Laborvizsgálatokban emelkedett koleszterin, és LDL szintek mellett reumafaktor és tumor markerek normál tartományon belül voltak. A diagnózist szövettani vizsgálattal állítottuk fel, döntően a szövettani kép alapján, mely acrokeratoelastoidosisnak felelt meg.

*Tóth Béla dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Wiknokál Norbert dr.¹,
Bánvölgyi András dr.¹, Bánhegyi Dénes dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:*

HIV és syphilis fertőzés társulása

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai
Klinika¹, Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent
László Kórház², Budapest)

34 éves férfibetegünk HIV fertőzése 3 éve ismert, emiatt a Szt. László Kórházban gondozták. Május óta kap kombinált antiretrovirális kezelést, 3 hónapja történt váltás a kezelésben, bőrtünetek megjelenése, májfunkciós értékek emelkedése és hányinger miatt. Szeptemberben a bal szemének fájdalmát, illetve homályos látást észlelt, iridocyclitis diagnózissal lokális kezelést kapott, mely mellett tünetei javultak, de nem szűntek meg. 5 nappal klinikánkon való megjelenése előtt, a jobb alsó végtagon, majd testszerte fájdalmas vesiculák megjelenését észlelte. A Szt. László Kórházban syphilis szerológiai vizsgálat történt, RPR pozitívítást igazoltak, ezért irányították STD Ambulanciánkra. Ismételt syphilis szerológiai vizsgálatok történtek RPR 1:128-ig pozitív, TPPA, TP ELISA vizsgálat szintén pozitív lett.

Az iridocyclitis syphilitica és a disszeminált herpes zoster fertőzés miatt a beteget hospitalizáltuk, liquor vizsgálata folyamatban van. A módszertani útmutatónak megfelelően iv. kristályos penicillin kezelést indítottunk, iv. aciclovir kezelés mellett.

Esetünkkel az egyre gyakoribb és egyre súlyosabb tünetekkel jelentkező syphilises fertőzésekre kívánjuk a figyelmet felhívni.

*Lohinai György dr.¹ Dulka Edit dr.², Kucsera István dr.³,
Márk Zsuzsa dr.²:*

Hyperinfectív strongyloidosis lobaris pneumoniával

(Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest¹, Tüdőgyógyintézet,
Törökbalint², Országos Epidemiológiai Központ, Parazitológia³,
Budapest)

71 éves nőbeteg, akit chronicus obstructív tüdőbetegség relapsusai miatt az elmúlt években, belgyógyászaton, ismételt szteroidokkal és váltott parenterális antibiotikummal kezeltek. Radiológiai folyamat consequens a jobb alsó tüdőlebenyt érintette.

Jelen kórházi felvételére is légzési elégtelenség miatt került sor. Ezen alkalommal bőrén test szerte lárvajaratok jelentek meg, köpe-

téből, a bronchusosó folyadékából és a székletéből is Strongyloides stercoralis lárvák voltak kimutathatók. Így felállítottuk a hyperinfektiv strongyloidosis diagnózisát.

A lárvákat mozgó felvételen demonstráljuk.

Ivermectin kezelés mellett légszomja megszűnt, radiológiai regresszió lépett fel.

Ezt követően kórházi ápolásra nem szorult.

Az eset felhívja a figyelmet az évekig persistáló, autoreinfektiv, tehát természeti cyclus nélküli fertőzésre és immunsuppressív kezelés hatására annak robbanásszerű terjedésére. Érdekes a folyamat lobáris mivolta, emiatt a feregfertőzés lehetősége nem merült fel, leginkább tüdődaganat, vagy egyéb eredetű pneumonia kizárására irányultak a korábbi vizsgálatok.

Paschali Ekaterine dr.¹, Morvay Márta dr.¹, Lohinai György dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Cutan larva migrans

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, Magánpraxis, Budapest²)

Az 53 és 47 éves férfibetegeknél, traumát követően viszketéssel járó erupciók jelentek meg. Antimikotikus, antibiotikus, lokális antiparaziter kezelésekre a folyamat tovább progrediált, az érintett területekre, karéjos, kanyargós vörös csíkok keletkeztek, mely klinikailag a cutan larva migrans fennállására utaltak. Szövettani vizsgálat megerősítette a feltételezett diagnózist. Az első beteg kezdetben Stromectol (ivermectin) kezelést kapott, melytől javult, de tünetmentes csak a Zentel (albendazol) szedése után lett.

A másik beteg Stromectol (ivermectin) kezelésben részesült, melytől követően teljesen tünetmentessé vált.

A betegség ritka előfordulása és a kezdetben nedvező, szóródó impetiginizált ekzémára hasonlító megtévesztő klinikai kép miatt mutatjuk be az eseteket.

Kinyó Ágnes dr., Varga Anita dr., Lakatos Anna, Varga Erika dr., Gyulai Rolland dr., Bata-Csörgő Zsuzsanna dr., Kemény Lajos dr.:

Allopurinol-okozta hiperszenzitivitási szindróma multiplex szövődeményekkel

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az allopurinol, egy hipoxantin analóg, amely gátolja a xantin oxidázt, ezáltal hatékonyan csökkenti a húgysavszintet köszvényben, hematológiai betegségekben. A gyógyszer jól tolerálható, az esetek többségében nem okoz mellékhatásokat, de a betegek 2%-ában szedése során bőrtünetek jelentkezhetnek, és csökkent vesefunkciók vagy thiazid diuretikumok együttes szedése esetén súlyos hiperszenzitivitási szindróma alakulhat ki. A tünetegyüttesre jellemző a kiterjedt bőrtünetek jelenléte, láz, eozinofília és elsősorban a vesék károsodása, a betegség az esetek 25%-ában halálos kimenetelű. Az allopurinol-okozta hiperszenzitivitási szindrómában (AHS) szenvedő betegek közül egy beteg esetét ismertetjük, akinél csökkent vesefunkciók mellett thiazid diuretikum és allopurinol együttes beállítása történt, melynek következményeként több belszervet érintő súlyos, maradandó károsodás alakult ki. Az eset bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet egy ártalmatlannak vélt gyógyszer súlyos mellékhatásaira, a korai felismerés és terápia jelentőségére, valamint arra, hogy az allopurinol-okozta súlyos mellékhatások elkerülhetők lennének, ha az allopurinol beállítása körültekintőbben történne, illetve thiazid diuretikum együttes adását, valamint csökkent vesefunkciók esetén a gyógyszer alkalmazását lehetőség szerint elkerüljük.

Károlyi Zsuzsanna dr.:

TNF-alfa gátló kezelés során fellépő alopecia areata

(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

A TNF-alfa gátló kezelés bevezetése új perspektívát nyitott a psoriasis terápiájában. A kezelés biztonságos és jól tolerálható, de

az egyre kiterjedtebb alkalmazás és hosszabb utánkötési idő során a mellékhatások újabb és újabb spektrumával ismerkedhetünk meg.

Az előadó egy 48 éves nőbeteg esetét ismerteti, akinél a TNF-alfa gátló kezelés 4. hónapjában a temporális régióra és fejtetőre lokalizálódó, progrediáló alopecia areata alakult ki.

Az irodalomban közölt 16 hasonló eset kapcsán az előadó áttekintést ad a TNF-alfa terápia során észlelt alopecia klinikai jellegzetességeiről, terápiás lehetőségeiről és a feltételezett patomechanizmusról.

Csősz Judit dr., Bartos Zsuzsanna dr., Kocsis Lajos dr.,

Török László dr.:

A fejbőr erosiv pustulosus dermatitisének megjelenése psoriasisos betegnél

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

Az erosiv pustulosus dermatitis ismeretlen etiológiájú, hajas fejbőrön jelentkező, pustulákkal, erosival, hegesedéssel járó betegség, melyet elsősorban idős nőbetegek esetében írnak le.

64 éves nőbeteg esetét ismertetnénk, aki hajas fejbőrre, nyakra, arcra, tenyerekre terjedő pustulosus, hyperkeratotikus, nedvező plakkok miatt került felvételre osztályunkra. Betegünknel súlyos, terápia rezisztens psoriasis miatt 2009 májusában biológiai kezelést indítottunk. A klinikai kép alapján felmerült psoriasis pustulosa és erosiv pustulosus dermatitis fennállásának lehetősége, melynek elkülönítése céljából szövettani vizsgálatot végeztünk. A hajas fejbőről készült vizsgálat erosiv pustulosus dermatitis diagnózisát erősítette meg. Ezt követően acitretin és lokális szteroid terápiát kezdtünk, amelyre a fejbőr pustulosus tünete heges alopecias göcök hátrahagyásával gyógyultak.

Az esetet ritkasága, valamint psoriasis pustulosával való együttes előfordulásának érdekessége miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Czirbesz Kata dr., Balatoni Tímea dr., Liszky Gabriella dr.:

A psoriasis vulgaris kezelésének késői mellékhatásaként kialakult bőrtumorkok

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

2010 novemberében a 70 éves nőbeteget jobb bokatáji residuális laphám karcinóma miatt utalták ambulanciánkra. Anamnézisében 1982-ben operált és postoperatív irradiációval kezelt, majd 1998-ban kiújult, ismételtelt eltávolított invazív planocelluláris vulva karcinóma, 1997-ben komplex onkoterápiával kezelt invazív mamma karcinóma, valamint psoriasis vulgaris szerepel. Vizsgálatakor testszerzte 5-10 cm-es laposan elterülő, erythémás, néhol parakeratotikus hámplakkokat, a jobb bokatájon operált 3 cm-es exulcerált tumor residuumot, a bal combon 6 cm-es, karfiolszerű, a jobb comb hajlító felszínén felhánt szélű, kásás bennékű, a vulvatájékon 3 cm-es előemelkedő, illetve testszerzte 1-2 cm-es bőrszínű, lapos vagy előemelkedő, néhol exulcerált tumort találtunk. A II-es bőrtípusú beteg 18 éves korától kezeli psoriasis vulgarisát kátrányt tartalmazó externákkal, lokális szteroiddal, Neotigazonnal, arzént tartalmazó tablettákkal. Magánrendelőben 2009 augusztusától 1 évig tartó UVB fényterápiában részesült, mely időszak alatt bőrgyógyászati kontrollra nem járt. Tumorait eltávolítottuk, Neotigazon terápiát állítottunk be. A hisztológiai vizsgálat a bal combon exulcerált basaliomát és invazív laphám karcinómát, a jobb combon, bal csuklón és a vulva területén invazív karcinoma planocellulare keratoidest, illetve a jobb combon basocelluláris karcinómát véleményezett. A jobb bokatájék tumora csak csonkoló műtéttel lett volna eltávolítható, ezért a tumormegkissebítése céljából 50 Gy rgt. mélyterápiás irradiációt kezdtünk. 2011 augusztusában az irradiáció alatt korábbi mamma karcinóma recidíváját észleltük, operációjára előjegyeztük.

A psoriasis terápiájában alkalmazott artifizciális UV B sugárzás, a hosszasan alkalmazott kátrány és szteroid tartalmú externák, gyakori napozás, a bőrtumorkok kialakulásának rizikóját sokszorosára növelik. A terápia megválasztásánál fontos a bőrtípus figyelembe vétele, a beteg informálása későbbi bőrtumorkok kialakulásának veszélyéről, valamint az ellenőrzések szükségességéről.

Kui Róbert dr.¹, Piukovics Klára dr.², Borbényi Zita dr.²,
Kemény Lajos dr.¹, Gyulai Rolland dr.¹:

Psoriasis vulgaris komplett remissziója Hodgkin-lymphomás beteg autológ haemopoieticus őssejt transzplantációját követően (Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ², Szeged)

A psoriasis patogenezisében a bőr strukturális rendellenességei mellett központi jelentőségű a veleszületett és szerzett immunrendszer kóros működése. Az immunsejtek aktivitásának csökkentésével vagy bizonyos gyulladásozó citokinek gátlásával a pikkelysömörös betegek tartósan tünetmentessé tehetők, ugyanakkor a betegség végleges gyógyítására jelenleg kevés a remény. Az autológ haemopoieticus őssejt transzplantáció régóta alkalmazott kezelési eljárás malignus hematológiai betegségek kezelésére, és újabban tartós remissziót sikerült elérni bizonyos autoimmun betegségek esetén is. A szerzők egy 19 éves, Hodgkin-kórban és súlyos psoriasis vulgarisban egyaránt szenvedő férfibeteg esetét ismertetik. Mivel hematológiai betegsége kombinált kemoterápiás kezelése ellenére progressziót mutatott, autológ haemopoieticus őssejt transzplantációban részesült. A beavatkozást követően a hematológiai betegsége komplett remisszióba került. Az őssejt-beültetést megelőzően észlelt kiterjedtek psoriasisos bőrtünetei a beavatkozást követően fokozatosan regrediáltak, majd tünetmentessé vált. Jelenleg, több mint másfél évvel a transzplantáció után mind hematológiai betegsége mind a psoriasis komplett remisszióban van. Tudomásunk szerint ezidáig három közlemény született autológ őssejt transzplantációban részesült psoriasisos betegről, esetünk az első magyarországi közlés.

Dózsa Anikó dr.^{1,2}, Oláh Zsolt dr.³, Schlamadinger Ágota dr.³,
Nagy Edit dr.³, Borus László dr.⁵, Frenzl István dr.⁴, Rázsó Katalin dr.³,
Boda Zoltán dr.³, Remenyik Éva dr.¹, Juhász István dr.¹:

Hirtelen kialakuló bőrnekrózis

(Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc², Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen³, Háziorvosi rendelő, Hajdúsámson⁴, Debrecen Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Debrecen⁵)

64 éves polycythaemia vera miatt korábban kezelés alatt álló nőbeteg trombólis gyanú miatt proflikatikusán kapott nem frakcionált ill. LMWH heparin beadását követően 3 nappal az injekció beadási helyein kékes-livid bőrnekrózis alakult ki, ezen kívül a beteg bal keze, alkarja a csukló fölött 5 cm-re terjedően ill. lába duzzadt, livid volt. A klinikai kép alapján a differenciál diagnózisban felmerült heparin indukálta thrombocytopaenia thrombosisal (HITT), de a bőrcholesterin vagy septicus emboliája, choagulopathiához társult lágyrésznekrózis, cryoglobulinaemia, DIC is.

Doppler Uh vizsgálat igazolta a bal v. axillaris, v. brachialis ill. v. femoralis superficialis részleges, valamint alsó végtagi mélyvénás thrombosisát. A laboratóriumi vizsgálatokban thrombocytopaeniát (87G/l), megnyúlt APTI (104) értékeket észleltünk. A vizsgálatok a HITT diagnózisát erősítették meg. Hirudin kezelést indítottunk, ennek ellenére a szövetek a végtagokon is nekrotikussá váltak, a beteg septicus állapotba került. Az alkar és a láb amputációja vált szükségessé, mely után a beteg lázталanná vált.

HITT ritka gyógyszer mellékhatás, amely heparin badását követően 4-14 nappal 0,2%-ban fordul elő (≤3 hónap). A folyamat hátterében immunmediált mechanizmus áll, amely a thrombocyták aggregációját váltja ki és thrombinfelszabadulást létrehozva thrombusképződéshez vezető kaszkádot indít be, így a keringő thrombocyták száma kevesebb, mint felére csökken, miközben thrombosisok alakulnak ki.

Esetünkben azonban a gyors progresszió hátterében a korábban fennállt septicus állapotban termelődött immunfehérjék állhatnak (irodalom: Jang and Hursting, Circulation, 2005.). Ezen kívül, a thrombosis kialakulásának fokozott kockázatával járó myeloproliferatív alapbetegség is hozzájárulhatott a folyamat rapid progressziójához.

Lengyel Zsuzsanna dr.¹, Szász Orsolya dr.¹, Kovács László András dr.¹,
Kádár Solt dr.¹, Kassai Gábor dr.², Kálmán Endre dr.³,
Battyáni Zita dr.¹:

Calciphylaxis sikeres kezelése

(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, II. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum²,
Patológiai Intézet³, Pécs)

Calciphylaxis, másnéven uraemiás gangraena syndroma egy ritka, dializált betegek között ~4%-ban előforduló kórkép. Az ischaemiás, gyakran hemorrhagiás necrosisok foltos vagy hálózatos livid erythaemával, illetve necrotikus purpurával kezdődnek. A kórkép mortalitása igen magas másodlagos fertőzések és sepsis kialakulásának veszélye miatt. Etiopatogenezisében a veseelégtelenségnek, az emelkedett parathormon, calcium és foszfát szintnek van jelentősége. Standard elfogadott kezelés nem ismert, mindenképpen fontos a metabolikus eltérések rendezése, illetve másodlagos fertőzések megelőzése. Esetünkben egy 39 éves, 16 éve hemodializált nőbetegnél a bal lábszár mediális felszínén egy fájdalmas, rapidan progrediáló ulcus jelentkezett. Tekintettel a folyamat gyors előrehaladására szövetmintát vettünk, mely calciphylaxis talaján kialakult fekélyt véleményezett. Konzervatív sebkezelés mellett a folyamat tovább terjedt, emiatt sebészi nekrectomiát követően vakum asszociált closure (V.A.C.) terápia került bevezetésre. A kezelés 14. napján az ulcust mesh-graft-al transzplantáltuk. A transzplantátum megtapadt és a beteg kínzó fájdalma megszűnt. Esetünkben fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a betegnél alkalmazott multidiszciplinális kezelés az életminőség jelentős javulását eredményezte.

Poszterek

*Erős Nóra dr.¹, Kontár Orsolya dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹,
Bottlik Gyula dr.¹, Demeter Judit dr.², Fodor Anikó dr.²,
Hársing Judit dr.¹, Csomor Judit dr.³, Szepesi Ágota dr.³,
Matolcsy András dr.³, Kárpáti Sarolta dr.¹:*

Primer cutan CD4+ kis/közepes pleomorph T-sejtes lymphoma
(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹,
Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika², Semmelweis
Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet³, Budapest)

A primer cutan CD4+ kis/közepes pleomorph T-sejtes lymphoma ritka, indolens lefolyású betegség, 13 betegen szerzett tapasztalatainkat foglaljuk össze az alábbiakban. A bőrtünetek fejre, nyakra, törzs felső részére és a felkarra lokalizálódtak. 11 betegnél soliter, livid erythemás csomó volt látható. A staging vizsgálatok minden betegnél kizárták az extracutan érintettséget. A szövettani vizsgálat CD3+/CD4+ kis/közepes lymphoid sejtek nodularis vagy diffúz dermalis infiltrációját mutatta, reaktív CD30+, CD8+, CD20+ lymphoid sejtekkel és histiocytákkal keveredve. A tumor sejtek 10-20% PD-1 pozitivitást mutattak 5/5 esetben, a proliferációs index az esetek többségében 10-20% között alakult. 2 esetben spontán regresszió következett be, a többi betegnél a tumorokat sebészileg eltávolítottuk. Egy esetben a multiplex tüneteket sebészi kimetszés mellett röntgenbesugárzással és interferon-alfával kezeltük. A betegek utánkövetése során nyirokcsomó- vagy egyéb szervi érintettség nem fordult elő. A vizsgálat alapján megállapítható, hogy a primer cutan CD4+ kis/közepes pleomorph T-sejtes lymphoma kedvező lefolyású, a bőrre lokalizált betegség, terápiára jól reagál, bár multiplex bőrtünetek esetén előfordulhat terápia-rezisztencia.

*Dózsa Anikó dr.^{1,2,4}, Ralph Rühl dr.², Dezső Balázs dr.^{4,6},
Tóth Balázs dr.³, Bíró Tamás dr.³, Bácsi Attila dr.⁷,
Christos C. Zouboulis dr.⁸, Gerd Schmitz dr.⁹, Holger Selmann dr.⁹,
Remenyik Éva dr.⁴, Nagy László dr.²:*

PUFA molekulák aktiválják a PPAR γ (Peroxiszóma Proliferáció Aktiválta Receptor gamma) molekulát az ép sebocytákban
(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc¹, Debreceni Egyetem, Orvos-, és Egészségtudományi Centrum, Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet², Élettani Intézet³, Bőrgyógyászati Klinika⁴, Patológiai Intézet⁵, Immunológiai Intézet⁶, Bőrgyógyászati és Immunológiai Intézet, Klinika Dessau, Dessau⁸, Klinikai Kémiai Intézet, Universitat Regensburg, Regensburg⁹)

A faggyúmirigy a dermisben elhelyezkedő ectodermalis eredetű módosult keratinocytákból álló bőrfüggelék. Fiziológias működése során - az adipocytákhoz hasonlóan - a mirigysejtek differenciálódhatnak, különböző lipideket termelnek, majd ezeket ürítik a bőrfelszínre. Eddigi kutatási eredményeink szerint a PPAR γ magreceptornak transzkripció faktoroként kulcsfontosságú szerepe van a normál sebocyta differenciációjában, proliferációjában, citokintermelésben és komplex lipidek metabolizmusában. A kísérletek során exogén ligandokat használtunk, hogy a specifikus hatást bizonyíthassuk. A betegségek kialakulása során viszont természetes, ún. endogén ligandok szabályozzák a sejteket. Ezért jelen munkánkban a sebocytákban a PPAR γ molekulát szabályozó endogén ligandok megismerését tűztük ki célul.

Bőrbetegekből származó szövetminták formalinnal fixált, parafinba ágyazott meszeteiből immunhisztokémiai módszerrel, friss fagyasztott metszetből lézer mikrodiszsekciónal nyert faggyúmirigyből izolált RNS-ből valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakció (RT-qPCR) módszerrel végeztünk vizsgálatokat. A molekula funkcióját SZ95 immortalizált humán sebocyta sejtvonalban vizsgáltuk. Oil Red O festéssel és fluorimetriás módszerrel, valamint HPLC módszerrel kvalitatív és kvantitatív lipidvizsgálatokat végeztünk. A sebocyták által termelt citokinek szintjét ELISA módszerrel, a sejtek proliferációs képességét MUH assay-vel határoztuk meg.

Ismert, hogy a faggyúmirigysejtekben az arachidonsav (AA) az egyik leghatékonyabb lipidtermelést indukáló molekula. Kimutattuk, hogy az arachidonsav egy természetes PPAR γ aktivátor, PPAR γ

célgén expressziós szintjét emeli és PPAR γ gamma aktiváláson keresztül beindítja a sejtek IL-6 citokintermelését. Az AA kaszkád során PUFA derivátumok képződnek. HPLC méréseink szerint, amennyiben AA mellett a PPAR γ molekulát gátoltuk, bizonyos PUFA derivátumok szintje emelkedett, ami arra utal, hogy ezen molekulák PPAR γ ligandként funkcionálhatnak. Megvizsgáltuk ezeknek a PUFA molekuláknak (5-KETE 12-KETE, d15d12PgJ2, 15KETE, 9 HODE) a PPAR γ aktivátor hatását, és azt találtuk, hogy a 5-KETE 12-KETE, d15d12PgJ2 molekulák specifikus PPAR γ aktivátorok az SZ95 sejtekben. Ez fontos lépés további kutatásunk irányába: szeretnénk e molekulák szerepét in vivo tanulmányozni, megismerni, hogyan indítják el a gyulladásos folyamatot az ép sejteken és milyen szerepet tölthetnek be az acne vulgaris patomechanizmusában.

*Polyánka Hilda dr.¹, Szabó Kornélia dr.¹, Tax Gábor dr.²,
Tubak Vilmos dr.³, Katona L. Róbert dr.³, Kusz Erzsébet dr.⁴,
Újfaludi Zsuzsanna dr.^{5,6}, Kinyó Ágnes dr.², Boros Imre dr.^{5,6},
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.¹:*

A keratinociták veleszületett immunfolyamatainak tanulmányozására alkalmas keratinocita sejtvonal elsődleges jellemzése

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged², MTA SZBK Genetikai Intézet, Szeged³, MTA SZBK Biokémiai Intézet, Szeged⁴, MTA-SZTE Kromatinszerkezet és Génműködés Kutatócsoport, Szeged⁵, SZTE Biokémiai és Molekuláris Biológiai Tanszék, Szeged⁶)

A tenyésztett normál humán keratinocita (NHK) kultúrák előállítására és használatára sokszor ütközik nehézségekbe a sejtekhez való korlátozott hozzáférés, valamint a kultúrákban megfigyelhető rövid életidejűség miatt. A spontán immortalizálódott HaCaT sejteket széles körben használják a keratinociták működésének vizsgálatára, habár számos jellemzőjükben mutatnak eltérést a normál humán keratinocitáktól. Jelen munkánkban egy újonnan létrehozott, HPV E6 onkogén segítségével immortalizált keratinocita (HPV-KER) sejtvonal jellemzését tűztük ki célul.

A HPV-KER sejteket szinkronizáltuk, majd a sejtnyugalmi fázisból történő kiengedést követően valós idejű RT-PCR segítségével vizsgáltuk a proliferációs és differenciációs markergének kifejeződését. A differenciációs folyamatokhoz kapcsolható K1, K2 és K10 gének expressziója a legmagasabb értékeket a kontaktgátolt sejtekben mutatta, majd a sejtnyugalmi fázisból való kilépést követően jelentősen csökkent. A K14, K17, Ki67 és az a5 integrin gének esetében a legmagasabb expresszió 12-24 órával a sejtnyugalmi fázisból történő kiengedést követően volt megfigyelhető majd fokozatosan csökkent. A loricin és az involucrin kifejeződése jelen rendszerünkben nem volt detektálható.

Ezt követően arra is kíváncsiak voltunk, hogy vajon stresszválaszaikban a HPV-KER sejtek az NHK vagy a HaCaT sejtekhez állnak-e közelebb. A p53 fehérje expresszióját UV-B besugárzást követően vizsgáltuk, a TNFA gén kifejeződését pedig *Propionibacterium acnes* kokultúrákban követtük nyomon. Ezen kísérletek eredményei azt mutatták, hogy a HPV-KER sejtek stresszválaszaikban jobban hasonlítanak a normál humán keratinocitákra, mint a HaCaT sejtekre.

Eredményeink alapján elmondható, hogy az újonnan létrehozott humán keratinocita sejtvonal a normál humán keratinocitákhoz hasonló jellemzőkkel bír, ezért alkalmas *in vitro* modellrendszer lehet a keratinociták veleszületett immunfolyamatainak és stresszválaszaik tanulmányozására.

Szabó Kornélia dr.¹, Tax Gábor dr.², Urbán Edit dr.³, Kemény Lajos dr.^{1,2}:
A keratinocita aktivációs folyamatok szerepe az acne patogenezisében

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged², Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet, Szeged³)

Külső környezeti hatások eredményeképpen az epidermális keratinociták aktivált állapotba kerülnek, mely állapotban számos sejtbiológiai sajátosságuk eltér az alap állapothoz képest; hiperproliferatívaká válnak, és a fiziológiástól eltérő differenciációs folyamatok indulnak bennük. Ezen aktivált állapotnak fontos szerepe van számos patogén folyamat (sebgyógyulás, pikkelysömör) kialakulásában.

Munkánk során arra a kérdésre kerestünk választ, hogy vajon a fenti folyamatoknak szerepe lehet-e az egyik leggyakoribb gyulladássos bőrbetegség, az acné patogenezise során, valamint hogy a betegség kialakulása során szerepet játszó *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) baktériumnak van-e valamilyen funkciója ezen aktivált állapot kialakításában? Valamint hogy az egyes *P. acnes* fajok belüli, eltérő patogenitást mutató altörzsek (889, 6609, ATCC11828) hatása különbözik-e ezen folyamatokban?

A fenti kérdések megválaszolásához HPV E6/16 fehérjével immortalizált keratinocita sejteket kezeltünk *P. acnes* baktériummal, majd az aktivált állapot kialakításában szerepet játszó IL-1 α -a, a fenntartásáért felelős TNF α és TGF α , az aktivált állapot markereinek tekintett ICAM1, VCAM1, KRT6 és KRT16, valamint ezen állapot megszüntetésében fontos TGF β mRNS szintű kifejeződésének változását vizsgáltuk valós idejű PCR módszerrel.

A TNF α és IL-1 α mRNS-ek kifejeződés gyors, tranzienst emelkedést mutatott a *P. acnes* kezelés hatására. A TGF α és a KRT6 kifejeződése is fokozódott, ez azonban csak a késői, 24 órás baktérium kezelt mintákban volt megfigyelhető. Ez arra utal, hogy ezen gének kifejeződésének szabályozásában már a TNF α és IL-1 α citokinek által indukált jelátviteli folyamatok is szerepet játszhatnak. Kismértékű fokozott ICAM1 kifejeződés minden vizsgált időpontban megfigyelhető volt, míg a VCAM1 és a TGF β mRNS-ek nem voltak kimutathatók az egyes mintákban. Kismértékű eltérések az mRNS kifejeződés-változások időbeli lefolyásában és a változások mértékében megfigyelhetők voltak a különféle *P. acnes* törzsekkel (889, 6609, ATCC11828) végzett kísérletek során.

Eredményeink arra utalnak, hogy a *P. acnes* baktérium kezelés olyan sejtbiológiai program elindulását eredményezi a keratinocitákban, melynek során különféle citokinek, növekedési faktorok, differenciációs markerek és extracelluláris mátrix komponensek kifejeződése mRNS szinten megváltozik. Ezen változások eredményeképpen a sejtek aktivált állapotba kerülnek. Eredményeink arra is utalnak, hogy az aktivációs folyamatok eredményeképpen kialakul, az acné patogenezise során megfigyelhető abnormális keratinocita funkciók (hiperproliferáció, fiziológiás folyamatoktól eltérő, abnormális differenciáció) kialakításában a *P. acnes* baktérium jelentős szerepet játszik.

Szabó Kornélia dr.¹, Tax Gábor dr.², Urbán Edit dr.³,
Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Keratinociták és a *Propionibacterium acnes* bacterium kölcsönhatásának valós idejű vizsgálata

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged², Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet, Szeged³)

Az acné a serdülőkori populáció nagy százalékát érintő gyulladássos bőrbetegség, melynek kialakulásában a Gram-pozitív *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) baktérium fontos szerepet játszik. Laboratóriumunk korábbi munkái alapján ismert, hogy különféle *P. acnes* törzsek (889, 6609 és ATCC11828) eltérő hatással vannak *in vitro* tenyésztett humán keratinociták proliferációjára és életképességére.

A fenti kölcsönhatások behatóbb tanulmányozására, az aktivált sejtbiológiai folyamatok valós idejű követését végeztük egy új, impedancia-mérésen alapuló eljárás alkalmazásával. A kísérletek során immortalizált human keratinocitákat kezeltünk három *P. acnes* törzssel (889, 6609, ATCC11828), és vizsgáltuk ezen kezelések hatására bekövetkező sejtindex (Ci) változásokat. Ezek alapján a baktérium keratinociták sejtbiológiai sajátosságaira gyakorolt hatását elemeztük. A *P. acnes* 889 és 6609 baktériumkezelést követően a Ci értékek folyamatos emelkedést mutattak, ami arra utal, hogy a tenyésztett keratinociták proliferációja folytatódott a baktériumok jelenlétében. Ezzel ellentétben az ATCC11828 törzs esetében a Ci értékek tovább már nem emelkedtek.

A kezelést követően 24-30 óra elteltével a 889 és az ATCC11828 jelű baktériumok jelenlétében a Ci értékek gyors csökkenése volt megfigyelhető, ami arra utal, hogy a kezelés a keratinocita sejtek pusztulását eredményezte. Azt, hogy ez pontosan milyen mechanizmus szerint történik jelenleg is vizsgáljuk. A 6609-es törzs esetében ilyen hatás nem volt megfigyelhető.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a filogenetikailag eltérő fajok belüli alcsoportokba tartozó *P. acnes* törzsek eltérő hatást fejtenek ki *in vitro* tenyésztett humán keratinocitákra, mely különbségek hozzájárulhatnak az egyes törzsek eltérő mértékű patogenicitásához.

A bőr mikrobiális flóráját alkotó baktériumok és az epidermális keratinociták kölcsönhatásának részletes, valós idejű elemzése elméleti jelentősége mellett nagyban hozzájárulhat az acné vulgarisban szenvedő beteget tüneteinek súlyosságában megfigyelhető különbségek jobb megértéséhez.

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

A keratinociták által termelt TL1A citokin szerepe a pikkelysömör patogenezisében

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged², Creative Laboratory Kft., Szeged³)

A tumor nekrozis faktor alfa (TNF-alfa)-szerű citokin (TL1A, TNFSF15) fontos szerepet játszik a gyulladássos immunválaszban. A TL1A fehérje receptora a *death receptor 3* (DR3), amely aktivált T-sejtekben fejeződik ki. A DR3 aktivációjának hatására a sejtek gyorsan proliferálnak és emelkedik a gyulladássos citokinek termelése.

Célul tűztük ki a tenyésztett normál humán keratinociták TL1A expressziójának vizsgálatát, valamint a TL1A és DR3 fehérjék detektálását egészséges és pikkelysömörös bőrben.

Eredményeink alapján a TL1A mRNS kifejeződik tenyésztett keratinocitákban, amely tovább indukálható TNF-alfa kezelés hatására. Pikkelysömörös betegek léziós és nem-léziós epidermiszében jelentősen emelkedett a TL1A mRNS szintje az egészséges epidermiszhez képest. Immunfluoreszcens festés segítségével kimutattuk a TL1A fehérje nagymértékű felhalmozódását pikkelysömörös betegek dermiszében, egészséges személyek bőrében azonban nem volt detektálható. A DR3 receptor a pikkelysömörös léziós bőrben számos sejtben kifejeződik.

Míndezek alapján feltételezzük, hogy az epidermális keratinociták hozzájárulnak a pikkelysömörös betegek bőrében tapasztalható TL1A felhalmozódáshoz, amelynek a DR3 receptor által mediált szignál útvonalak révén fontos szerepe lehet a pikkelysömör patogenezisében.

Göblös Anikó dr.², Bacsa Sarolta dr.², Szegedi Krisztina dr.²,
Antal Mária dr.³, Németh István dr.², Sonkoly Enikő dr.⁴,
Dobozó Attila dr.^{1,2}, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2},
Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.¹:

A PRINS nem-kódoló RNS szabályozza a nukleofozmin UV-B-indukált intracelluláris elhelyezkedését

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged², MTA-SZBK, Növénybiológiai Intézet, Szeged³, Karolinska Intézet, Molekuláris Dermatológiai Kutatócsoport, Stockholm⁴)

Korábban már beszámoltunk a PRINS nem-kódoló RNS azonosításáról és jellemzéséről, amely adataink szerint szerepet játszik a pikkelysömörre való hajlam kialakításában valamint a sejtek stressz válaszában. A PRINS pikkelysömörös tünetmentes bőrben magasabb kifejeződést mutat a tünetes és a normál bőrhöz viszonyítva, és *in vitro* kísérleti eredményeink szerint szerepet játszik a sejtek stressz válaszában kialakításában. Ezt követően azonosítottunk egy chaperon fehérjét, a nukleofozmint (NPM), amely közvetlenül kötődik a PRINS-hez. Az NPM egy multifunkcionális foszoprotein, mely elsősorban a sejt-magvacskában fejeződik ki. UV-B besugárzott fibroblasztokban és tumor sejtekben kimutatták, hogy a NPM a magvacska és a magplazma

közt közeledek, és komplexet képez/újraegyesül kölcsönható partnereivel, a p14ARF és mdm2 fehérjékkel, melyek központi szerepet játszanak a p53 szabályozásában. Célunk volt megvizsgálni, detektálható-e hasonló sejten belüli NPM lokalizációs változás UV-B besugárzott keratinocitákban, és vajon a NPM-al kölcsönhatásba lépő PRINS nem-kódoló RNS-nek van-e bármilyen szerepe ezen folyamatban. Egy NPM-GFP kimérés konstrukciót használva kimutattuk, hogy az UV-B besugárzás megváltoztatja a NPM sejten belüli elhelyezkedését, a sejtmagvacskából a magplazmába történő áthelyeződését indukálja. A nem-kódoló PRINS RNS expressziójának csendesítése UV-B kezelt keratinocitákban a NPM sejtmagvacskában való visszatartását eredményezte, utalva arra, hogy a PRINS fizikailag és funkcionálisan is kötődik a nukleofozmához, és ily módon játszik szerepet a NPM-mediált sejtszintű stressz válasz kialakításában.

Feltételezzük, hogy a PRINS egy ribonukleokomplex része, eltérő expressziós szintje a pikkelysömörös tünetmentes epidermiszben hozzájárul a keratinociták abnormalis stressz válaszához és ily módon a pikkelysömörre való hajlam kialakulásához

Gyöngyösi Nóra dr.¹, Bánvölgyi András dr.¹, Haluszka Dóra¹, Emanuel Rognoni dr.², Reinhard Faessler dr.², Wikonkál Norbert dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Kindlin-1 KO egerek fotoszenzitivitásának vizsgálata

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Max Planck Institute of Biochemistry, Department of Molecular Medicine, Martinsried²)

A Kindler-szindróma egy ritka autoszómális recesszív öröklődést mutató genodermatózis, mely a FERMT1/KIND1 gén funkcióvesztéses mutációjára vezethető vissza. Ez a gén kódolja a 677 aminosavból álló kindlin-1 fehérjét, mely az aktin citoskeleton váz extracelluláris mátrixhoz történő kapcsolódásának szabályozásában vesz részt. A kindlin-1 főként a basalis keratinocytákban, a colonban és a vesében expresszálódik. Klinikailag a szindrómát újszülött korban jelentkező acrális bullaképződés jellemzi, melyhez a későbbiekben fokozott fényérzékenység, progresszív poikiloderma és diffúz bőratrófia társul.

Extracután manifesztációként mucosa érintettség (leggyakrabban gingivitis), szemészeti eltérések (keratoconjunctivitis), radiológiai abnormalitások, onychodystrophia, illetve intesztinális tünetek (colitis ulcerosa) kísérhetik. Tumoros megbetegedések közül a spinocelluláris carcinoma valamint a tranzicionális sejtes hólyagdaganatok gyakoribb előfordulását észlelték a megbetegedettek körében.

Vizsgálatunk során Kindlin-1 KO egerek fényérzékenységét vizsgáltuk rövid távú UVB besugárzást követően.

Egyszeri 100, 250, 500 illetve 1000 J UVB irradáció után 24 órával detektáltuk a Kindlin-1 knockout, heterozigóta és vad típusú egerek epidermiszében észlelt apoptotikus sunburn sejtek számát kontroll csoporthoz viszonyítva összesen 44 egér esetében. Eredményeink azt mutatják, hogy alacsony dózisú besugárzást követően nincs jelentős különbség a fotoszenzitivitás tekintetében, míg 500 J UVB irradációt követően a heterozigóta csoportban 22%-kal, KO csoportban 48%-kal, 1000 J dózisú besugárzás után knockout egerek között 57%-kal nőtt a sunburn sejtek száma a vad típusú egerekben észleltekhöz képest.

Eredményünk birtokában hosszú távú vizsgálatot tervezünk a krónikus UVB sugárzás hatásának feltérképezése céljából Kindlin-1KO egerek esetében.

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

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

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Department of Dermatology University of Ulm², Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum, Ulm³)

A mangán-szuperoxid diszmutáz 2 (MnSOD2) a sejtek szabadgyök eliminációs rendszerének egyik kulcsfehérjeje. Teljes szomatikus hiánya letális, ugyanakkor egyes szervekben való részleges

vagy teljes hiánya korai öregedéséhez és funkciócsökkenéshez vezethet.

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

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

Az egerek bőrének makroszkópos értékelése mellett a különböző sugárzásmennyiségnek kitett területekről (nyak, hát, farok, has), illetve a daganatokból szövettani mintavételt, illetve ugyanezen régiókban a bőrredő vastagság mérését végeztük.

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

Az öregedés, a ráncosodás mértékének meghatározását a szövettani minták, az egerek bőrredő vastagságának, továbbá a makroszkópos kép alapján a ráncok súlyosságának értékelése alapján végeztük.

A kapott eredmények igazolták, hogy az epidermalisan MnSOD2 homozigóta knockout egereken szignifikánsan nagyobb számú és átmérőjű daganatok képződtek.

A bőrredő vastagodása, illetve a ráncosság mértéke is fokozottabb az MnSOD2 deficiens egerekben, tehát hajlamosabbak a fény okozta öregedés jelenségére.

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

Nagy Nikoletta dr.^{1,2}, Farkas Katalin dr.¹, Kinyó Ágnes dr.¹, Meszes Angéla dr.¹, Szentner Kinga dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.²:

Az adenomatosis poliposis coli down-regulált (APCDD1) gén rs3185480 polimorfizmusa férfias típusú hajhullás kialakulására hajlamosíthat

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

Az adenomatosis poliposis coli down-regulált (APCDD1) gén a hajfollikulusok fejlődésében szerepet játszó WNT/á-katenin jelátviteli útvonal egyik ismert inhibitora. Az APCDD1 génen egy mutáció ismert az irodalomból, mely egy ritka, a haj örökletes elvékonyodásával és megritkulásával járó kórkép, a hereditár hipotrichosis simplex (HHS), kialakulásáért felelős. Mivel a HHS-ben kialakuló hajfenotípus számos hasonlóságot mutat a férfias típusú hajhullással (androgen alopecia=AGA), vizsgálatunk során célul tűztük ki az APCDD1 gén polimorfizmusainak vizsgálatát AGA-ban szenvedő betegekben. Vizsgálatunk során az APCDD1 gén kódoló régióiban lévő polimorfizmusokat szekvenálással genotípiáltuk. A vizsgálatba összesen 210 AGA-ban szenvedő beteg valamint 98 kontroll egyén került bevonásra. A kontroll egyének között telogén effluviumban vagy alopecia areatában szenvedő betegek is voltak. Az vizsgálati eredményeink alapján az APCDD1 gén (c.1781C/T, p.L476L) rs3185480 polimorfizmusa szignifikáns különbséget mutatott az AGA-ban szenvedő betegek és a kontroll egyének között. Vizsgálati eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy az APCDD1 gén rs3185480 polimorfizmusának ritka alléljének homozigóta formában történő hordozása esetén az AGA kialakulásának kockázata 3,5-szeresre (CI 0.933 – 13.125; Nominal Regression p=0.063), heterozigóta formában történő hordozása esetén 2,8-szeresre növekszik (CI 1.086 – 7.217; Nominal Regression p=0.033). Mivel az rs3185480 polimorfizmus nem eredményez aminosavcsertét az APCDD1 fehérje szekvenciájában, feltételezzük, hogy valamely más az rs3185480 polimorfizmussal kapcsolatos öröklődő genetikai faktor lehet felelős az AGA kialakulásának fokozott kockázatáért. Ezt a feltételezést alátámasztja, az a megfigyelés, hogy az rs3185480 polimor-

fizmus a HapMap adatbázisban tag polimorfizmusként szerepel, a továbbiakban az rs3185480 polimorfizmus által alkotott haplotípus vizsgálatát tervezzük.

Vas Krisztina dr.¹, Kormos Bernadett dr.², Belső Nóra dr.¹, Kui Róbert dr.¹, Széll Márta dr.², Kemény Lajos dr.^{1,2}, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}:

Az alfa5 integrin receptor és ligandja, az onkofötális fibronektin kifejeződése eltér pikkelysömörös tünetmentes és egészséges bőrben

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

A pikkelysömör patomechanizmusának jobb megértése érdekében gén- és fehérje expressziós vizsgálatokat végeztünk mechanikai stressznek alávetett pikkelysömörös tünetmentes, valamint egészséges bőrben. Korábbi vizsgálataink azt mutatták, hogy lényeges különbség mutatkozik a pikkelysömörös betegek tünetmentes bőre és egészséges személyek bőre között a KGF és KGFR mRNS, illetve fehérje kifejeződés tekintetében. A bőr homeosztázisának megváltozása fontos lehet a betegség kialakulásának szempontjából. Úgynevezett tape stripping módszerrel mechanikai stresszt váltottunk ki pikkelysömörös tünetmentes és egészséges bőrben, majd a kezelést követően 6, 24 és 48 órával mintákat vettünk a kezelt és kontroll területről. Valós idejű PCR és immunfluoreszcens festés segítségével határoztuk meg az alfa5 integrin és ligandja, az EDA⁺FN mRNS és fehérje szintű kifejeződését. Eredményeink szerint mind az alfa5 integrin mind az EDA⁺FN expressziója kezeléstől függetlenül magasabb a pikkelysömörös nem tünetes bőrben az egészségeshez képest. A tape stripping hatására növekedett az alfa5 integrin gén expressziója mindkét bőrben, fehérjeszinten ez a növekedés kifejezettebb a pikkelysömörös bőrben. Fehérjeszinten jelentős EDA⁺FN expressziót detektáltunk a pikkelysömörös epidermiszben és dermiszben az egészséges bőrhöz képest a mechanikai stresszt megelőzően is, tape stripping EDA⁺FN növekedést indukált mindkét bőrben, a pikkelysömörös bőrben ez az indukció kifejezettebb volt. Kísérleteink bizonyítják, hogy a pikkelysömörös tünetmentes bőr különbözik az egészséges bőrtől és ezek a különbségek hozzájárulhatnak a betegség patomechanizmusához.

Tóth Veronika dr., Hatvani Zsófia dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Melanoma szűrés a Paksi Atomerőműben

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

Számos exogén ágens, munkahelyi hatás játszhat szerepet a melanoma és nem melanoma bőrdaganatok kialakulásában. Több korábbi tanulmány foglalkozott az ionizáló sugárzás és a melanoma kialakulás közötti összefüggéssel, néhány esetben emelkedett melanoma incidenciát találtak. A Paksi Atomerőművet 1976-ban alapították, névleges teljesítményét 2009-ben 500MW-ra növelték, ezzel Magyarország energiaellátásának közel 40%-át az erőmű biztosítja.

2008 és 2009 októbere között az erőmű 4500 dolgozója közül 556 fő, 281 férfi és 275 nő bőronkológiai szűrését végeztük el. Mindkét nemnél a vizsgált dolgozók többsége, a férfiak 22%-a, nők 25%-a az 50-54 év közötti korcsoportba tartozott. A dolgozók körülbelül egynegyede 20-24 éve dolgozott az erőműben. A bőrdaganatokon kívül a vizsgálat kiterjedt a korábbi napégésekre, a bőrtípusra, az anyajegyek számára, a fénykárosodás jeleire, az ellátott munkakör sugárveszélyességére.

Az erőmű dolgozóinak körülbelül egyenolcoda vett részt az önkéntes szűrővizsgálaton, a részvételi arány alacsony tájékozottságot és érdeklődést tükröz a bőrdaganatokkal kapcsolatban. A vizsgálat ideje alatt egy nő beteg esetében találtunk in situ melanomát, két férfi betegnél basaliomát. A nők között nagyobb gyakorisággal voltak megfigyelhetők a fénykárosodás jelei, mint a férfiaknál. Bár a nők átlagosan kevesebb órát töltöttek a napon és kevesebb hólyagos napégésük volt, ötször annyian jártak rendszeresen szoláriumba és nagyobb arányban tartoztak az I-II bőrtípusba, mint a férfiak. Az általunk kiszűrt I-es bőrtípusú melanomás beteg nem sugárveszélyes munkakörben dolgozott, négy hólyagos napégése volt, bőrén megfigyelhetők voltak a fénykárosodás jelei.

Tekintettel az alacsony esetszáma és a melanoma és nem melanoma bőrdaganatok jelenőségére az eredmények pontosítása céljából az erőmű dolgozóinak további, szélesebb körű bőronkológiai szűrését tervezzük.

Farkas Katalin dr.¹, Nagy Nikolett dr.^{1,2}, Beke Dóra dr.¹, Kinyó Ágnes dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Széll Márta dr.²:

Az alopecia universalissal és végtagfejlődési rendellenességekkel járó Marie Unna-féle hipotrichosis simplex háttérben a hairless homológ génen újonnan azonosított misszensz mutáció állhat

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

A Marie Unna-féle hipotrichosis simplex (MUHH1=Marie Unna Hereditary Hypotrichosis 1; OMIM 146550) egy autoszómális domináns öröklésmenetet mutató, a haj megritkulásával vagy a haj és egyéb szőrzet teljes elvesztésével járó kórkép. A MUHH1 kialakulásának háttérben a hairless homológ (HR) gén mutációi ismertek. Vizsgálataink során célul tűztük ki egy 68 éves, alopecia universalissal és végtag fejlődési rendellenességekkel rendelkező nőbeteg genetikai vizsgálatát. A klinikai kép alapján felmerült a MUHH1 kórkép lehetősége is, ezért elvégeztük a HR gén kódoló szakaszainak szekvenálását. Vizsgálataink során a HR gén harmadik exonjában egy eddig még az irodalomból nem ismert új misszensz mutációt azonosítottunk (c.974G/A, p.Gly325Asp) heterozigóta formában. További genetikai vizsgálatba bevont klinikailag tünetmentes családtag és egészséges kontroll egyének esetében a HR gén harmadik exonjában mutációt nem találtunk. Az eset bemutatását a MUHH1 kórkép ritka volta miatt, a nőbeteg esetében detektált új fenotípus és a HR génen újonnan azonosított mutáció miatt tartottuk érdemesnek.

Bartos Zsuzsanna dr., Faragó Eszter dr.:

Alopecia syphilitica alveolaris

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét)

32 éves férfi beteget 6 hete fennálló az addig alkalmazott nyugtató és antihisztamin kezelésekre remissziót nem mutató bőrtünetei ill. a hajas fejbőrén megjelenő alopeciás foltok miatt küldték szakrendelésünkre. Az addigi obszerváció allergiát, gócot, hematológiai-, immunológiai rendellenességet nem igazolt.

A beteg vizsgálatok a következő bőrtüneteket észleltük: a hajas fejbőrön a halántéktájékon szimmetrikusan ujjbegynyi alveoláris alopeciás foltok, testszerte elszórtan roseolák, helyenként papulosus exanthemák, tenyerein diszkréten hámló papulák, a nyelvgyök bal oldalán érzékeny, hetek óta nem gyógyuló aphta, hónalji-, lágyéki megnagyobbodott nyirokcsomók. A klinikai tünetek felvetették a Sy.II diagnózisát, melyet betegünkénél és partnerénél elvégzett sy. szerológiai vizsgálatok megerősítettek. Depot-penicillin (benzathine benzilpenicilline) terápiát követő szerológiai kontrollvizsgálatokban a titercsökkenés és pácienseink tünetmentessé válása a kezelés sikerességét jelzik.

Esetünk egyik tanúsága, hogy az alopecia parvimauculata, mint rávezető tünet segíthet a helyes iránydiagnózis felállításában. Másrészt, ma sem vesztett aktualitásából az a szabály, hogy a roseiform-, roseoliform exanthemák, maculo-papulosus bőr-és tenyéri-, talpi tünetek esetén érdemes a syphilis korai bőrtüneteire is gondolni, célirányosan a klinikai vizsgálatokat kiterjeszteni és a sy. kizárását szerológiával megerősíteni.

Kiss Dorottya dr., Németh Ilona, Abádi Eszter dr.,

Pónyai Györgyi dr., Temesvári Erzsébet dr.:

Bufexamák kontakt szenibilizáció

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

A bufexamák (2-(p-butoxiphenyl)-acetyl-hydroxamic sav) helyileg alkalmazott nonsteroid gyulladásgátló.

Közel 30 éves terápiás alkalmazása során számos allergizáló hatása vált ismertté.

Széleskörű felhasználását a steroid fóbia tette lehetővé, így elsősorban arcon, hajlatokban (pl. perianalis régióban) jelentkező ekzemas bőrtünetek, valamint a gyermekkori atopias dermatitis terápiájában terjedt el. Európa-szerte észlelt magas szenzibilizációs gyakorisága miatt a rutin epicutan sorba történő beemelését is javasolták.

Három, bizonyítottan bufexamák szenzibilizált beteg esetét ismertetjük, részletezve a klinikai tünetek, valamint a bizonyítási metodika problematikáját, valamint a keresztreakciók lehetőségét.

Virágh Zsófia dr.¹, Telkes Márta dr.¹, Istók Roland dr.², Babarcsi Edit dr.², Daróczy Judit dr.¹:

A nyirokódéma szövődmények felismerésének fontossága

(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály¹, Patológiai Osztály², Budapest)

A szerzők egy 67 éves férfi beteg esetét ismertetik, akinek az anamnézisében jobb alsó végtagi mélyvénás thrombosis, mindkét alsó végtagon recidiváló erysipelas, krónikus nyirokódéma szerepel. A több mint 30 éve fennálló primer nyirokódéma kezelése nem volt szakszerű: kompressziós gépi kezelést és gyógyharisnyát kapott. Mindkét kezelési mód önmagában elégtelen és állapotromláshoz vezet, aminek következtében a betegnél igen kiterjedt lymphangiomasziszis alakult ki a scrotum területén. A krónikus nyirokódéma tünetei klinikailag diagnosztikus értékűek. A kezeletlen esetekben olyan szövődmények jelentkeznek, melyeknek ismerete fontos. A leggyakoribb szövődmények: recidiváló erysipelas, lymphangiectasia, nyirokcsorgás, sebek, impetigo, papillomatosis, pseudotumor, pseudo-Kaposi féle sarcoma. Ezekből az elváltozásokból gyakran végeznek kimetszéseket, mert a tünet eredetét nem ismerik fel. A műtét helyén gyakori a bőr és lágyrészt fertőzés. A beteget a nyirokódéma szövődményeinek differenciál diagnosztikai fontossága miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Ottó Iringó Ágnes dr.¹, Konstantin Tamás dr.², Luczay Andrea dr.², Zágony Tamás dr.³, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Rosaceiform dermatitis különböző formái biológiai válaszmódosító kezelés alatt álló betegekben

(Simmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Gyermekgyógyászati Klinika², Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia³, Budapest)

A szerzők két, biológiai terápiában részesülő beteg esetismertése kapcsán tárgyalják a rosaceiform dermatitis, mint betegségcsoport kialakulásának potenciális veszélyét, ennek lehetséges magyarázatát és kezelési lehetőségeit. *Esetismertetés (I.):* a szisztémás juvenilis idiopathiás rheumatoid arthritisben szenvedő, 7 éves kislány betegsége 4 éves korában kezdődött több ízületet érintő duzzanattal, fájdalommal, tartós lázas állapotokkal. Szisztémás corticosteroid (CS) hatástalansága miatt methotrexat (MTX) bázis terápiát kapott tartós remissziót indukáló hatás nélkül. *Etanercept* mellett időszakosan alkalmazott szisztémás CS lökésterápia szintén nem hozta meg a várt eredményt. Nagy dózisu pulzus CS kezelés (250 mg Solu-Medrol iv. 4 napig) után észlelt betegségaktivitás miatt IL1beta blokkoló, *canakinumab* study keretén belül vasculitist, *Salmonella* enteritist tapasztaltak, antibiotikus terápiát követően az IL6-antagonista *tocilizumab* (Actemra) váltották napi 5 mg per os alkalmazott methylprednisolon és heti 10 mg adagban adott MTX mellett. Az 5. infúziót követően, új sampon alkalmazása után a fejbőrön viszkető eruptiók jelentek meg, arcon erythemás, papulosus, száraz plakkok kíséretében. Antihisztamin, helyileg alkalmazott antibiotikus externa és impetigo diagnózissal indikált per os Augmentin mellett bőrfolyamatának progresszióját észlelték, emiatt centrumba (SE II. Gyermekklinika) utalták. Ambulanciánkon történt jelentkezésekor kifejezett arci és periorbitalis oedema, erythema, száraz, tapadós hámlás és mtpx pustulózus tünetek kerültek leírásra az arcon, nyakon, dekoltázs területén, tarkón. A gyermek rendkívül irritálható volt. Cellux vizsgálattal *Demodex folliculorum*-ot azonosítottunk nagy denzitásban. Négy napos iv. metronidazol kezelés lokálisan alkalmazott benzylbenzoátos linimentummal és 2% borax-hydroszum

kombinációval, szisztémás antihisztamin és NSAID kezeléssel, illetve a per os CS adag átmeneti növelésével rapid regressziót eredményezett. *Esetismertetés (II.):* a 35 éves, Crohn betegségben szenvedő nőbeteg anamnesisében multiplex fistulaképződés, bélresectio műtétek, anus prae szerepel. *Infliximab* (Remicade) sikeres alkalmazását követően az esedékes harmadik infusio beadása előtt, klinikailag leginkább súlyos periorbitalis dermatitis képébe beleilleszhető gyulladt papulák, erythemás plakkok jelentek meg az állon és a száj körül. Elhúzódó tetracyclin kezelés megfelelő lokális terápiával és szisztémás antireflux kezeléssel kiegészítve fokozatos, lassú javulást eredményezett. *Megbeszélés:* TNFalpha-gátló vagy egyéb biológiai válaszmódosító kezelés alatt álló betegeknek fellépő súlyos, terápiázizstens rosaceiform dermatitis eseteket eddig csak kis számban közöltek (pl. granulomatous rosacea etanercept terápia alatt vagy rosaceiform dermatitis follicularis Demodex-szel pimicrolimus krém helyi alkalmazása során atópiás dermatitisben). A *tocilizumab* az egyik kulcsfontosságú, az IL-6-ot gátolja. Az IL-6 elsősorban a kórokozók által stimulált macrophágokból származik, s számos akut fázis fehérje májban történő felszabadulását eredményezi (pl. CRP, mannózkötő lektin stb.). Miután a CRP számos baktérium membránjában megtalálható foszforilkolinhoz kötődik, a kórokozót opsonizálja és a komplementrendszer klasszikus útját aktiválja – a mikroba lysiséhez vezet. MBL esetében hasonló mechanizmussal számolhatunk. Emellett az IL-6 gátlása az aktivált B-sejtek differenciációját és ellenanyagtermelését is hátrányosan befolyásolja. Mindezen sajtások, helyi bőr barrier károsodás (pl. detergens okozta irritatív dermatitis), mint hajlamossító faktor mellett kedvezhettek a *Demodex* kialakulásának. Az *infliximab* monocytákban apoptosist indukál, csakúgy a CD4+ és CD8+ T sejtekben, emellett komplement- és antitest-indukálta cytotoxicitást okoz macrophágokban és T sejtekben. Mindezen hatásai a lokális antimikrobás védekezést csökkentik, gastrointestinalis barrier-károsodással, felszívódási zavarral járó állapotokban, a táplálék összetevők abnormis lebontása és feldolgozása miatt hajlamossá válnak rosaceiform dermatitis kialakulására. Ezen körképekre biológiai kezelésben részesülő betegeknek általában jellemző, a konvencionális kezelésekkel szemben tanúsított lassabb reakciókészség. Biológiai terápia mellékhatásai között, a bőrgyógyászati körképek palettáján tehát a terápia rezisztens, rosaceiform dermatitis csoporttal is számolnia kell a kezelőorvosnak, mint életminőséget rontó tényezővel.

Szakos Erzsébet dr.¹, Bikszádi Ilona dr.¹, Deák Mária dr.², Kovács Judit dr.³, Vízi Jánosné⁴, Huszanyik István dr.⁴:

Total alopecia, egy sokszervi érintettséggel járó autoimmun betegség első tünete

(Velkey László Gyermekgyógyászati Központ, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc III-as Csecsemő és Gyermekosztály¹, Radiológiai Intézet², Patológiai osztály³, Ortopédsebészeti Osztály⁴, Miskolc)

A steril gyulladáshoz vezető folyamatok többnyire számos szervben zajlanak egyszerre, vagy egymást követően. Az első orvosi vizsgálat és kezelés meghatározó lehet a betegség lefolyásában, a beteg sorsának alakulásában.

A kisiskolás kortól asztmás fiúnál 8 éves korban folto alopecia indult, ami fokozatosan totalis, univerzális formává alakult. 4 évvel később, tonsillectomia után néhány héttel jelentkezett első bőrgyógyászati vizsgálatra a szerzők intézetében. Egyéb góca utaló eltérés, autoimmun szerológiai pozitívítás nem volt kimutatható. Csípő- és bokaízületi fájdalmak jelentkeztek. Ortopédiai vizsgálatot követően rendszeresen úszni kezdett. A kopasz fejbőrre, szemöldökök helyére lokális Capsaicines-steroidos-alkoholos ecsetelést kapott, száján át E és D vitamint. A szőrvesztett végtagok bőrére nem kapott ecsetelést. UVA fototerápiát a teljes bőrfelületre alkalmazták. Eredménytelen volt a kezelés. Az alszárok bőrén 2 hétig kiserek érintettségére utaló vasculopathia mutatkozott. Néhány hónappal később a rheuma factor pozitívvá vált. Kis adagú (0,3mg/tskg/nap) per os steroid és nonsteroid kezelés indult, ami átmenetileg kismértékű folto hajnövekedést és az ízületi panaszok javulását eredményezte. Pár hónappal később egy légúti infekció kapcsán ízületi panaszai ismét kifejezettebbé váltak. Ekkor azathyoprin kezelés indult. Vashiány és epigastriális fájdalom miatt oesophago-gastro-duodenosco-

pia történt. A gyomor nyálkahártyában néhány lencsényi-sárgás terime volt látható, melyek leukocyta gyülemnek bizonyultak szövettanilag. *Helicobacter* kolonizáció, illetve coeliakia nem igazolódott. Protonpumpa inhibitor adása ellenére perzisztált a hasfájás, sápadtság, vaspótlás ellenére a vashiány. Emiatt 4 hónap múlva a felső gastrointestinalis endoscopia ismétlése és colonoscopia vált szükségessé, bár enterális vérvesztés nem volt kimutatható. A gyomorban már nem voltak láthatók a steril abscessusok, a colon endoscopus képe Crohn betegségre utalt. A szövettan és a bél leukocyta scintigráfias vizsgálata az előkezelés miatt nem segített a diagnózis alátámasztásában.

A salazopyrin bevezetése után hajnövekedése megindult, majd a hasi panaszok romlása miatt 1mg/kg adagban újraindított szisztémás szteroid mellett kis kiterjedésű, szimmetrikus retroauricularis kopasz-ság hátrahagyásával minden területen visszazöldült a szőrzete. A methylprednisolon fokozatos csökkentése, illetve elsősorban a bélben ható budesonidra váltása után sem vesztette szőrzetét, de enterális tünetei szteroid függőek, ami biológiai terápia bevezetését (influximab) tette szükségessé.

Az évek óta perzisztáló alopecia, majd társuló ízületi gyulladás kezelése elfedte a Crohn betegség tüneteit, a bélgyulladás progressiója miatt minden terápiás lépés alkalmazása szükségessé vált a beteg komplex kezeléséhez.

Hatvani Zsófia dr.¹, Hidvégi Bernadett dr.¹, Mazán Mercédesz³, Pintér Dóra¹, Dobos Katalin², Somlai Beáta dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.^{1,3}

Duplex primer melanoma malignum familiáris aggregációja egyéb primer tumorok előfordulásával

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet², Budapest, MTA Molekuláris Medicina Kutatócsoport, Budapest³)

Genetikai vizsgálatunk alapját egy testvérpárban megfigyelt, ugyanolyan konstellációban jelentkezett négy különböző primer tumor adta: duplex melanoma malignum, basalioma, prostata carcinoma és primer tüdődaganat. A nem iker testvérpár családi anamnézisében idegrendszeri daganat, gyomor carcinoma és fiatal korban jelentkező pancreas daganat, valamint vesesejtes carcinoma fordult elő. Bár ezen daganatok mindegyike nem illeszthető be egyik hereditár tumor-prediszponáló szindrómába sem, néhányuk paralel előfordulása megtalálható a szakirodalomban.

Genetikai vizsgálatot olyan gének irányában végeztünk, melyek egy vagy több tumor kialakulásában ismert szerepelnek, így CDKN2A, MC1R, PTEN gének teljes kódoló szakaszát, valamint a BRCA 1 és 2 gének leggyakrabban mutációval bíró exonjainak csírvonal mutációit vizsgáltuk a testvérpár még élő tagján.

A CDKN2A génben egy Magyarországon eddig még nem identifikált mutációt találtunk (R99P), mely eddig két melanomás családban (Anglia, Franciaország) került azonosításra, ahol a melanoma szintén pancreas tumor előfordulással társult. Három MC1R variáns hordozója volt a betegünk (V60L, V92M, T314T), melyek közül az első kettő besorolásukat tekintve a gyakori, „nem vörös haj”-fenotípusra prediszponáló csoportba tartoznak, azonban melanoma prediszponáló hatásuk bizonyított. A harmadik variáns egy szinoním, aminosavcserével nem járó variáns, melynek jelentősége kérdéses. A BRCA 1 gén 11-es exonban egy báziscsere igazolódott, mely aminosavcserét von maga után (Q356R), jelentősége azonban sem mamma-, illetve ovárium daganatok kialakulása szempontjából, sem egyéb tumor genesis során nem igazolódott eddig, bár in-silico vizsgálatokkal az aminosav pozíció kritikus lokalizációnak bizonyult a fehérje funkciója szempontjából.

Feltételezésünk szerint az azonosított CDKN2A mutáció a MC1R polimorfizmusokkal együtt jelentős szereppel bír a többszörös melanoma képződés, illetve feltételezhető szegregációjával a pancreas tumor kialakulásában. A prostata daganat viszonylag gyakori tumornak igazolódott nagyszámú melanomás beteg-populációkat vizsgálva, illetve BRCA 1 mutáció hordozók között is, a kialakulásukban közös genetikai faktorok azonban még nem kerültek felismerésre. Az észlelt ritka primer tumor-konstelláció genetikai és környezeti prediszponáló faktorai, valamint azok szerepe és aránya a tumorok képződésben komplex, bemutatásuk részleteiben megtörténik a prezentációban.

Smolcz Katalin dr.¹, Vajda Adrienne dr.²:

Lichen planus pigmentosus

(Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft., Bőrgyógyászati Szakrendelés, Budapest¹, Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest²)

Szerzők 51 éves férfi esetét mutatják be. Tünetei fél évvel ambuláns jelentkezését megelőzően kezdődtek a felső végtagokon, mellkason, hason, háton, valamint kisebb mennyiségben a nyakon és az arcon is. Elmondása szerint az izolált jelenségek nagyrészt egyidőben alakultak ki és stagnáltak. Szájnálkahártya tünetmentes volt Szövetteni mintavétellel lichen planus pigmentosust diagnosztizáltak.

A lichen planus pigmentosus a lichen ruber planus egy nagyon ritka variánsa, mely általában IV. fototípusú embereken alakul ki. Hyperpigmentált – sötétbarna vagy szürkés – lichenoid leziók jellemzik, melyek leggyakrabban a fénynek kitett helyeken – így a nyakon és az arcon alakulnak ki és legtöbbször aszimptomatikusak. Jelen esetben a tünetekkel nagyrészt a ruhával fedett területeken találkozunk. A hajas fejbőr, a nyálkahártyák és a körmök nem érintettek. Az esetet ritka előfordulása és differenciál diagnosztikai érdekessége miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Paluska Márta dr., Csősz Judit dr., Kocsis Lajos dr., Oroján Iván dr.:

Panarteritis nodosa cutanea benigna

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét)

A panarteritis nodosa ritka, több szervet érintő, a kis és közepes artériákat megbetegítő necrotizáló vasculitis, mely az érfal fibrinoid necrosisát, majd hegesedését idézi elő. A Chapel Hill klasszifikációba nem besorolt, bárre lokalizálódó benignus forma nem jár többszervi érintettséggel, így prognózisa is kedvezőbb.

2011 áprilisában osztályunkra került 50 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, aki Baleseti Sebészeti Osztályról került átvételre többszöri sikertelen bőrtranszplantációs beavatkozást követően. Felvételekor a bal lábszár elülső felszínén, valamint bal belboka felett szabálytalan alakú, éles szélű, necrotikus pörkkel fedett fekélyeket láttunk, emellett a beteg hasi és ízületi fájdalomra panaszkodott. Korábbi járóbetegeként történő kivizsgálása során cANCA, rheuma faktor pozitívítás, emelkedett CRP érték, leukocytosis és eosinophylia igazolódott. Hospitalizációja során proteinuriára és melaenára derült fény. Az elévített vastagbéltükrözés gyulladásos bélbetegség fennállását kizárta, serológiai vizsgálat hepatitis fertőzést nem igazolt. A szakorvosi vizsgálatok reumatoid arthritist, valamint vesét érintő ANCA asszociált vasculitist nem támasztottak alá. Az elváltozásokból vett szövettani vizsgálat végül panarteritis nodosa diagnózist írta le. Tekintettel arra, hogy belszervi érintettségre nem derült fény, így az eddigi leletek alapján felállítottuk a panarteritis nodosa cutanea benigna diagnózist, majd szisztémás szteroid terápiát indítottunk. Osztályunkról való távozása után a beteg ismételt félévtag bőrtranszplantációs műtéten esett át.

Az esetet ritka előfordulása és néhány atypusos paramétere miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Tóth Béla dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Szilávik János dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

Kaposi sarcoma HIV pozitív betegnél

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház², Budapest)

32 éves férfibetegünk anamnesisében szifilisz, hepatitis B és HIV fertőzés szerepel, emiatt a Szent László Kórházban gondozták, anti-retrovirális kezelést még nem kapott. A törzsön és a felső végtagokon 4 hónapja észlelt bőrtünetek miatt kérték vizsgálatát. Vizsgálatkor a fenti régiókban 2-4 mm átmérőjű barna, minimálisan infiltrált papulákat láttunk. A klinikai kép nem volt típusos, azonban tekintettel a HIV fertőzésre, a Kaposi sarcoma lehetőségére felmerült. A szövettani vizsgálat a dermisben érproliferációt, körülötte lymphocytákból és histiocytar sejtekből álló beszűrődést, az erek körül Berlini-kék festéssel haemosiderin depozitumokat mutatott. A nor-

mál ér endothel sejtei és helyenként a résszerű vasculáris tereket határoló orsósejtek is CD34 pozitivitást mutattak. A szövettani és immunhisztokémiai vizsgálatok alapján Kaposi sarcomát diagnosztizáltunk. Bár a beteg immunstátusza kielégítő volt, tekintettel a Kaposi sarcomára, antiretroviális kezelést indítottak a Szt. László Kórházban.

Esetünkkel fel szeretnénk hívni a figyelmet, hogy a HIV pozitív betegeknek a bőrtünetek gyakran eltérnek a megszokottól. A korai diagnózis és az időben megkezdett antiretroviális terápia megakadályozhatja a rapid progressziót.

Zámolyi Szilvia dr., Baló J. Mátys dr., Vajda Adrienne dr.:
Generalizált Hailey – Hailey szindróma
(Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ, Budapest)

A 27 éves nőt 5 éves kora óta kezelik Darier-kór gyanúja miatt. Gyermekkorában kis kiterjedésben, enyhe formában jelentkeztek bőrtünetei, melyek 14 éves korában generalizálódtak. Változó dózisu A-vitaminszármazék, fototerápiás, antibiotikus ill. gyulladáscsökkentő, zsíroszóró externális kezeléssel bőrtünetei intenzitása hullámzott. Osztályos felvételére testszerte észlelt, subfebrilitással kísért follicularis, hyperkeratotikus erythemás papulák és helyenként (térhajlatokban, mellkason, hason) pörkkel fedett eróziók, sacralis tájékon és a crena aniban hasonló morfológiájú, de fokozottabban nedvedző, maceralt terület kezelése céljából került sor. A tünetek hajlati lokalizációja és a jellegzetes, harmonikaszerű rajzolat alapján felmerült a Darier-White betegséggel rokon Hailey-Hailey kór lehetősége, ezért bőrtüneteiből diagnosztikus próbaexcízió történt, ami az utóbbi kórkép fennállását erősítette meg. Szakirodalmi adatokra támaszkodva a terápia módosítása mellett döntöttünk: acitretin helyett szisztémás kortikoszteroid adását vezettük be célzott antibiotikus és lokális dezinfectáló, hidratáló kezelés további használatával. Az újonnan felállított diagnózis és az elsőnek választandó kezelés alkalmazása ellenére a beteg bőrtünetei progrediáltak, ezért a kortikoszteroid fokozatos leépítésével párhuzamosan ismételt acitretin adására fordultunk, amire generalizált bőrtünetei jó ütemben regrediálni kezdtek.

Az eset több kérdést, kezelési nehézséget is felvet: 1./ 22 éve nem megfelelő diagnózissal kezelt beteg bőrtünetei a helyes kórisme és az ennek megfelelő adekvát terápia ellenére progrediáltak; 2./ az évtizedek óta testszerte kezelésben részesülő, kisebb-nagyobb hámlási jelekkel küszködő beteg polyszenbilizálttá válhatott; 3./ a csaknem állandó superinfectio miatt gyakran antibiotikus kezelés miatt MRSA hordozóvá vált; 4./ a 27 éves fiatal nőt az acitretin használat mellett hypertoniássá, hypercholesterinaemiássá vált, családot a teratogen kockázat miatt nem alapíthat; 5./ depresszió, suicid készletés – jövőképe? Állapotában minden eddig elért apró javulás az utóbbi pozitív ártértékelését segítették. Szoros orvosi vezetése elengedhetetlen.

Borbola Kinga dr.¹, Pánczél Gitta dr.¹, Plótár Vanda dr.²,
Liszky Gabriella dr.¹:

Komplex onkoterápia szinkron tumordisseminációban 5 IV. stádiumú melanómában szenvedő beteg kapcsán
(Országos Onkológiai Intézet, Onkodermatológia¹,
Humán és Kísérletes Daganatpatológia², Budapest)

A daganatos megbetegedések incidenciája Magyarországon igen magas, a második leggyakoribb halálokozást eredményezik. A melanoma malignum és egyéb daganatok együttes előfordulása az irodalmi adatok alapján ismert, de a daganatos megbetegedések magas incidenciája alapján igen ritkán véletlen egybeesésként is előfordulhat egy betegnél duplex vagy multiplex tumor. Az Országos Onkológiai Intézet Onkodermatológiai Osztályának adatbázisából 5 beteg kórtörténetét ismertjük, akiknél a melanoma disseminációja mellett egyéb malignus tumor metasztatizációja is fellelhető.

2005. és 2011. között 5 olyan IV. stádiumú melanoma malignum-ban szenvedő beteg adatait dolgoztuk fel, akiknél a melanoma mellett szinkron disseminált egyéb tumor vált ismertté. Az 5 betegből 4 (80%) nő. Átlagéletkoruk: 64,8 év (61-69 év). 4 esetben a melanoma kezelési időszaka alatt észleltük az egyéb tumor megjelenését (ductalis invazív emlőcarcinoma, alacsony differenciált tüdő adenocarcinoma, közepesen differenciált serosus papillaris ovarium carcinoma,

rosszul differenciált endometrioid adenocarcinoma), 1 esetben disseminált hypernephroma kezelése alatt diagnosztizáltuk a melanomát.

A primer melanoma 2 esetben alsó végtagi, 2 esetben fejnyaki lokalizációjú, 1 esetben pedig ocularis volt. A melanoma átlagos daganatvastagsága 3,485 mm (0,34-8,00 mm) volt, 1 esetben a primer melanoma szövettanilag igazolt komplett regressziója állt fenn. Átlagosan 20,8 hó (0-39 hó) telt el a primer melanoma opusa és a melanoma disseminatio kialakulása között. Az 5 betegből mindössze 2-nél (40%) előzte meg regionális nyirokcsomó propagatio a disseminációt. A melanoma átlagosan 3 szervbe (1-6) adott áttétet. 2 betegnél indítottunk multidiszciplináris onko-team döntése alapján kombinált kemoterápiát (DTIC-Platidium, PBD), mely a beteg mindkét tumorának terápiairányult (melanoma + ovarium adenocarcinoma, melanoma + tüdő adenocarcinoma). Mivel azonban mindkét daganattípus progrediált, emiatt kemoterápiát váltottunk. 3 beteg egyidejűleg kapta a két daganattípusának megfelelő kezelést, igen szoros kontrollok és konzultációk mellett (melanoma: DTIC, BOLD – emlőcarcinoma: axillaris irradiatio, aromataz-inhibitor; melanoma: DTIC – endometrioid carcinoma: CAP; melanoma: DTIC, WBRT – hypernephroma: Sutent). A kettős tumor megjelenésétől eltelt 14,4 hó (10-26 hó) átlagos követési idő után jelenleg 3 beteg él (60%) megfelelő életminőséggel.

Centrumokban történő multidiszciplináris team munka segítségével az individuális megítélést igénylő, diagnosztikusan és terápiaiban magas szintű hozzáértést követelő esetekben is eredményes lehet az onkológiai terápia.

Gergely Brigitta dr.¹, Oroján Iván dr.¹, Husz Sándor dr.²:

Bullosus pemphigoid esete

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászati Osztály¹, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szövettani Laboratórium², Szeged)

2010 őszén a 64 éves nő beteg közvetlenül gerincműtét után testszerte jelentkező változó nagyságú anularis jellegű urticariform illetve csuklótájékon néhány feszes falú hólyag miatt jelentkezett szakkendelésünkön. Osztályunkon végzett kivizsgálása során szövettani vizsgálat Bullosus pemphigoid urticariform stádiumának megfelelő szövettani képet véleményezett, melyet Szegedi Bőrgyógyászati Klinikán végzett DIF vizsgálat is alátámasztott, ahol felvetődött paraneoplasia eredet lehetősége is. Betegünk esetében klinikai tüneteinek megjelenése után 7 hónappal találtunk pozitív tumor markeret. Az esetet a diagnosztikus nehézség miatt tartottuk érdemesnek bemutatásra, tekintettel arra, hogy a tünetek háttérben álló tumor kutatás folyamatában van.

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

Invers acne súlyos szövődménye

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórház, Bőrgyógyászati¹,
Patológia², Kecskemét)

Az anamnesis szerint acne inversa talaján kialakult inflammált, heges alapon – a glutealis régióban, az utóbbi hónapokban, részben hyperkeratotikus felszínű, részben ulceralt, mobilis, exophyticus növekedésű – tumorok alakultak ki. Megfelelő műtéti előkészítés és staging vizsgálatok elvégzése után in toto eltávolított nodusok histológiai vizsgálata invazív jól differenciált laphám carcinómát igazolt. Esetünk felhívja a figyelmet az egyre gyakrabban előforduló acne inversa egy ritka, súlyos szövődményére a Marjolin ulcusra, a konzervatív és műtéti kezelés, valamint a beteg observálásának fontosságára.

Halmy Klára dr.:

Gomba-adherencia vizsgálatok onychomycosisos betegeknel

(Laboratóriumi Kft Hajdú-Bihar Megyei Mikrobiológiai Laboratórium, Debrecen)

Az adherencia a mikroorganizmusok virulenciájának egy igen fontos tényezője. A gazdaszervezet és a mikroorganizmusok kölcsönhatásának első megnyilvánulása, amely a kolonizációban és a patogenezisben fontos szerepet tölt be. A gombafajták sejtfalának mannoproteinjei,

lipidjei és a kitin a gazdaszervezet szöveteinek protein természetű receptoraihoz kapcsolódnak. Az adherencia genetikailag determinált folyamat, melynek mértékét számos tényező befolyásolja: a gomba faja, csíraszama, hidrofóbicitása, proteináz enzim tartalma, valamint a lejártszódó folyamat tápközegének szénhidrát mennyisége, pH-ja, hőmérsékleti viszonyai és a gazdaszervezet target sejtjeinek minősége.

Vizsgálatainkban 70 onychomycosisos betegnél és 68 kontrollnál (mikroszkóposan és tenyésztéssel negatív esetek), Kimura és Pear-sall [1] sarjadzógombákra alkalmazott módszerével a köröm keratinocitákon adherencia vizsgálatokat végeztünk. Tesztörzsként *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata* és *Saccharomyces cerevisiae*t alkalmaztunk. Mikroszkóposan 50 keratinocitára eső sarjadzógomba blasztopórát számoltunk meg és átlagoltunk. A továbbiakban 48 onychomycosisos és 74 kontroll személynél az adherenciát *Trichophyton mentagrophytes* varietas *granulosum* konidiumaival végeztünk el.

Eredményeink értékelésénél a következőket állapítottuk meg:

A sarjadzógombák közül a *Candida albicans* adheráló készsége volt a legnagyobb és a *C. krusei* a legkisebb; az onychomycosisból származó keratinocitáknál az adherencia mérsékelten nagyobb mértékű, mint a kontroll esetekben; a kéz- és a lábkörmök kertinocitái azonos mértékben adheráltak; a köröm *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum* fertőzöttségénél nagyobb fokú volt az adherencia, mint a többi dermatophyton okozta fertőzés esetében; a köröm keratinocitáknál fokozottabb adherencia mutatkozott, mint a bőrből származóknál; a *Trich. ment. var. granulosum* konidiumok adheráló kapacitása nagyobb volt, mint a *C. albicans* blasztopóráké.

Dobozy Enikő dr.:

A szkleroterápia szerepe az esztétikai bőrgyógyászatban (Phlebo-med Orvosi rendelő, Budapest)

A lábon megjelenő seprűvéna általában kizárólag esztétikai zavart jelentenek. Kezelésükre egyre több lézertípus válik alkalmassá, de az alacsony költségigényű szkleroterápiának továbbra is fontos szerepe van. Injekciós szklerotizálással gyorsan, hatékonyan és biztonságosan lehet kezelni nagyobb kiterjedésű és vastagabb microva-riáxiákat is.

Haluszka Dóra¹, Gyöngyösi Nóra dr.¹, Bánvölgyi András dr.¹, Kolonics Attila dr.², Szipőcs Róbert dr.³, Wikonkál Norbert dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Multifoton lézerek diagnosztikai célú felhasználása és egészségügyi kockázatának vizsgálata

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, N-Gene Kft., Budapest², Magyar Tudományos Akadémia Szilárdtestfizikai és Optikai Kutatóintézet, Budapest³)

A szöveti képkalkotás célja lehet a betegségek diagnosztizálása vagy fiziológiás változások követése az emberi testben.

Az optikai technikák előnye, hogy nem használnak ionizáló sugárzást, szemben a röntgen-sugarakkal, mindamelllett nagy a térbeli és időbeli felbontásuk, szemben a mágneses rezonanciával. A lézerrel történő munka során cél a belső endogén kromofórok (elasztin, kollagén, NADH, FAD) gerjesztése, hiszen ezek a molekulák mutatják a szövetek fiziológiai működésének alapjait. A szövetek minimális abszorpciót mutatnak a NIR (near-infrared) tartományban (650 nm-1300 nm), emiatt a legtöbb képkalkotó eljárás ebben a tartományban található.

A projekt során célunk egy szálintegrált képkalkotó eszköz megalkotása, mely alkalmas in vivo diagnosztikai célú felhasználásra. Lézerek alkalmazása során fokozottan számolnunk kell hő-, mechanikai illetve fotokémiai károsító hatásokkal. Munkánk során a fotokémiai károsító hatások detektálására koncentráltunk, ami szertes rendszerekben megegyezik az UV besugárzás által okozottakkal. UV besugárzás hatására a DNS-láncban specifikus cyclobutane pyrimidin dimerek képződnek, melyek pozitív kontrollként szerepeltek kísérleteinkben. Ezek nyomon követésére immunfluoriscens jelölési technikát dolgoztunk ki.

Munkánk során sikeresen detektálni tudtuk, mind az UVB, mind lézer besugárzás okozta DNS-károsodásokat. Ezek a későbbiekben

lehetőséget nyújtanak a lézerek diagnosztikai célú felhasználásában, egészségügyi kockázatainak vizsgálatában.

Eredményeink azt mutatták, hogy a két-foton lézerrel történő képkalkotás biztonságos módszer lehet a jövőben az in vivo kísérletekben és a diagnosztikában egyaránt.

Göbl Anna dr.¹, Till Attila dr.², Rembeczki László dr.²:

Tapasztalataink a „problémás” sebek gyógyításában a hiperbár oxigénterápia adjuváns alkalmazásával

(Hiperbár Centrum, Budapest¹, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest²)

A nehezen gyógyuló, kritikus állapotú sebek súlyos gondot jelentenek a páciensek számára; a gyógyításukra irányuló erőfeszítések jelentősen megterhelik az egészségügyi ellátó rendszert.

A sebgyógyulás élettanában az oxigén alapvető szerepe jól ismert, dokumentált. A konvencionális kezelési eljárások hatékonyságát az oxigén-ellátási deficit csökkentésével: tengerszintnél nagyobb nyomáson végzett (hiperbár) oxigénterápia (rövidítve: HBO) járulékos alkalmazásával kívántuk javítani. Jelen publikált adatok az OORI Etikai Bizottsága által előzetesen elbírált és engedélyezett vizsgálat részét képezik.

Hat olyan pácienszt választottunk ki a standard kezeléseket mellett adott HBO-terápiára, akiket legalább egy hónappal az érsebészeti rekonstrukciós lehetőségek elbírálása, lehetőség szerinti elvégzése után sem gyógyuló („problémás”) sebek miatt kezeltünk, kardiorespiratórikus szempontból stabil állapotúak voltak; és felvilágosított beleegyezésüket adták a HBO-kezeléshez.

A páciensek az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI) Amputációs Rehabilitációs Osztályán voltak hospitalizálva; a gondos sebészi ellátás, a páciensek szakszerű ápolása és rehabilitációs kezelése valamennyi esetben a szokásos módon történt.

A HBO-kezelést 'ambulánsan' (az OORI területén lévő HBO-centrumba oda- és visszazárlítva) végeztük. A HBO során a páciensek 100%-os, orvosi tisztaságú oxigén lélegeztek be megnövekedett környezeti nyomáson, túlnyomásos („kesz”) kamrában; a kezelés teljes időtartama alatt kamrán belüli orvosi felügyelet, és a hiperbár kezelésekre vonatkozó, nemzetközileg standardizált biztonsági előírások betartása mellett. Az O₂ 'dozírozása' a túlnyomás nagyságával és a túlnyomáson eltöltött idővel több, mint 10 éve standardizált: az elérni kívánt terápiás célhoz igazított nyomás/időtartam - görbék az ún. terápiás sémák. A „problem wound”-séma paramétere: 2,4 bar_{absz.} nyomáson 90 perc 100% O₂-légzés, napi egyszeri applikációval. A terápiás eredmények így összehasonlíthatóak, prognosztizálhatóak, kontrollálhatóak.

A szöveti oxigénnyomás (=TcPO₂) mérés-adatok szerint „problémás sebek” környékén a TcPO₂-értékek valamennyi páciensnél messze a sebgyógyuláshoz szükséges szint alatt voltak. Ezt nem emelte sebgyógyuláshoz elegendő szintre 100%-os O₂ tengerszinti nyomáson való belélegeztetése sem. A sebkörnyéki TcPO₂-szint HBO-val mérhetően növelhető volt a „problémás sebek” vizsgált eseteiben: azaz valamennyi páciens HBO-respondernek bizonyult; ezért a HBO adjuváns alkalmazását valamennyi vizsgált páciensnél javasoltuk.

A változatlan standard terápia mellett alkalmazott adjuváns HBO-kezelés hatására a páciensek 1-4 (átlag: 2) hónapja nem gyógyuló „problémás” sebei 1-4 (átlag: 1,2) hónap alatt begyógyultak.

Mind a hat páciensnél fennállt a cruralis szintű amputációs lehetősége – mely a HBO-kezelés járulékos alkalmazásával elkerülhető volt. Ez az aktív rehabilitáció folytatásának lehetőségét, és a páciensek életminőségének javítását is jelentette.

A 'problémás seb'-pácienseknél amputáció nélküli sebgyógyulást, azaz optimális terápiás eredményt értünk el a nemzetközileg bevált Sebkezelő Centrumok mintáját követő komplex páciens-kezeléssel. 'A „Wound Care Center-like team” tagjai: sebész, rehabilitációs szakember, HBO-orvos – és felvilágosított, jól kooperáló páciens.

Sikeres sebgyógyulást prognosztizált, és a HBO kúraszerű alkalmazását indokolta, ha levegő-, illetve 100%-os O₂ tengerszinti nyomáson való belélegeztetése mellett a TcPO₂ -értékek sebközélen mért szintje alacsony volt, de HBO hatására a TcPO₂-szint 50 Hgmm fölé emelkedett (=„responder” páciensek).

A továbbiakban tervezzük további 'problémás seb'-páciensek kezelését, illetve a már kezelt és gyógyult páciensek egy éves utánkövetését is.

Szakdolgozói szekció

Oláhné Sass Zsuzsa

MRSA fertőzés jelentősége ápolói szemszögből

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

Magyarországon a multirezisztens kórokozók közül a methicillin rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) fertőzések okozzák a leggyakoribb problémát a Bőrgyógyászati osztályokon.

Kiemelt jelentőségük abban rejlik, hogy az MRSA által leggyakrabban fertőzött szerv a bőr, ezért veszélyeztetettek a nedvező, pörkös bőrlaesiókkal, nyílt sebekkel ápolott betegek. A fekvőbeteg osztályokon felbukkanó járványok jelentős ápolási feladatokat rónak az ott dolgozó egészségügyi személyzetre, költségvonzatuk magas. Az MRSA járvány felszámolását elősegíti a betegek izolálása, a fokozott kézfertőtlenítés, az egyszer használatos kesztyű szigorú használata minden ápolási beavatkozás során, az egyszer használatos védőruhák viselése a fertőzött-kolonizált betegek ellátásánál, valamint a betegek és az ápoló személyzet szűrése.

Az előadásból átfogó képet kaphatunk az MRSA fertőzés kockázati tényezőiről osztályunkon, a fertőzés megelőzése érdekében tett higiénés rendszabályokról, a nemzetközi infekciókontroll programokról, és a fertőzött betegekkel kapcsolatos teendőkről.

Összehangolt kórházi higiénés rendszabályok bevezetésével hatékonyan lehet csökkenteni a multirezisztens baktériumok okozta infectiókat.

Farkas Ildikó, Gócza Lászlóné:

Melanoma szűrés a KMOK Bőrgyógyászati Osztályán

(Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár)

A rosszindulatú bőrdaganatok, köztük a festéksejtekből kiinduló melanoma malignum gyakorisága fokozatosan, évente 3 %-kal növekszik és az elmúlt 20 év során több mint duplájára emelkedett. Magyarországi viszonylatban 100 ezer lakosra 21 új eset jut évente. A bőrdaganatok, így a melanoma is, az egyik legegyszerűbben felfedezhető, kiszűrhető és megelőzhető, korai felismerés esetén pedig jól gyógyítható daganat. Legfőbb cél a megelőzés és a korai felismerés.

A Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztálya 2004 óta kiemelt feladatának tekintette, és hagyományörző szándékkal kezdeményezte a rosszindulatú bőrdaganatok megelőzése érdekében a Somogy megyei Naevus-hét címmel meghirdetett anyajegy ellenőrző szűrést. 2007 óta a szűrést az euro-melanoma nap keretén belül végezzük, illetve az egész év folyamán lehetőség van rendelőinkben az anyajegy dermatoscópos vizsgálatára, sz.e. videodermatoscóp igénybevételére. 2010-es év folyamán 3321 személy végeztette el az anyajegyszűrést osztályunkon.

Az osztályunkon külön szervezett anyajegyszűréseken az idő behatároltsága miatt egyre kevesebben vesznek részt, azonban az év során egyre nő azoknak a száma, akik anyajegy ellenőrzés céljából keresik fel rendelőinket. A szűrések során nem csak melanoma malignumot, hanem más egyéb bőrdaganatot, jóindulatú bőrdaganatot, és dysplastikus naevust is szűrték ki orvosaink. 2010-ben 3321 páciens jelent meg anyajegyszűrésen, ugyan ebben az évben az ambulanciánkon jelentkezett, és szövettanilag diagnosztizált melanómások száma 61 volt.

Célunk, a megelőzés és a korai felismerés eléréséhez nélkülözhetetlen az elsődleges prevenció előtérbe helyezése, a minél szélesebb körben, minél fiatalabb korosztály oktatása, egészségnevelése, orvosaink és szakdolgozóink közreműködésével. Felvilágosító tevékenységet és szűrővizsgálatokat végzünk a somogyi lakosság népegészségügyi helyzetének javításáért. A primer prevenció szempontjának előtérbe helyezése, mind a beteg gyógyulása, életkilátása, mind az ellátórendszerre háruló költségek tekintetében nagy fontossággal bír.

Németh Ilona:

Kontakt szenzibilizáció napjainkban

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

Az allergiás bőrbetegek száma világszerte mindkét nemből növekszik, az átlaglakosság 7-32%-át érinti, a 15-69 éves korosztályban minden 5. embernek allergiás bőrtünete van.

Az allergiás bőrreakciókat provokáló környezeti kontakt allergének skálája évről évre szélesedik a civilizáció, környezeti ártalmak, életstílusbeli divatirányzatok és gyártási technológiák fejlődésével. Újabb és újabb allergének jelennek meg, ill. egyes provokáló anyagok a mindennapi életünkben eltűnnek, mással helyettesítődnek.

Világszerte leggyakoribb bőralergiát okozó allergének: nikkell (7,3-27,8%), illatok (1,8-13,5%), lanolin 6,0%. Egyes országokban eltérnek az eredmények, az előfordulási gyakoriság életkörülményektől és hagyományoktól függ.

A SE Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Központi Allergológiai Laboratóriumában 2010-ben tesztelt 480 válogatás nélküli bőrbeteget vizsgáltunk, átlagéletkoruk 44,7 év (12-85 év). Betegek megoszlása: 133 férfi (27,7%), 347 nő (72,3%). Kontakt szenzibilizációt 251 betegnél (52,3%) igazoltunk, nőknél 39,6%-ban, a férfiaknál 10,8%-ban. Leggyakoribb kontakt allergének a nikkell 20,6%, pix 7,9%, FM II 4,8%, FM II 4,6% és a lanolin 4,4%.

Szoboszlai Istvánné:

A lanolinról

(Bőrgyógyászati és Fogászati Speciális Laboratórium, Budapest)

A lanolin sokféle krémekben előfordul. Viszonylag gyenge allergén, mégis gyakran felmerül, mint lehetséges kiváltó tényező kontakt ekcéma esetén. Egyes újabb készítményekről gyártóik azt állítják, hogy hypoallergén lanolint tartalmaznak. Ennek az állításnak az alátámasztására csak kevés számú közlemény áll rendelkezésre.

Az egyik ilyen hypoallergén lanolint vizsgáltuk laboratóriumunkban. Összehasonlítottuk a standard epicutan sorozatban található lanolinra, a hypoallergén lanolinra és a hypoallergén lanolint tartalmazó krémre adott reakciókat. Megállapítottuk, hogy a hypoallergén lanolin valóban negatívnak bizonyult.

Eredményeinket azért tartjuk fontosnak, mert a lanolin rendkívül kedvező tulajdonságokkal rendelkezik, és nehezen pótolható más összetevőkkel. Az ilyen jellegű információk fontosak a betegek tájékoztatásánál, és ebben a rendelésen dolgozó asszisztensek is aktív szerepet kaphatnak.

Horváth Andrea, Háncs Zoltánné:

In vivo allergológiai bőrtesztek gyakorlati kivitelezése

(Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati osztály, Kaposvár)

Az általános populációban az allergiás betegségek 25-30%-ban fordulnak elő. Ezek közül is a bőrtünetekkel járó allergiás kórképek egyre nagyobb gyakorisággal észlelhetők:

- atopiás dermatitis
- kontakt allergia
- urticaria formájában.

Betegségek etiológiájának, kiváltó ágensének igazolására számos in vivo cután teszt áll rendelkezésünkre. Alkalmazásukkal lehetővé válik a kiváltó ágensek megismerése után a betegség mielőbbi hatékony kezelése, ezzel a progresszió megállítása, illetve az ismételt kialakulás prevenciója. Osztályunkon több in vivo allergia teszt elvégzésére van lehetőség:

Prick teszt – prick by prick teszt - bőrteszt

Atopy patch teszt (APT) – bőrteszt

Epicután rátevési próbák – bőrteszt (standardizált, fogászati, steroid, fodrász)

Az atopy patch teszt új és nagyon hasznos diagnosztikus lehetőség az egyre nagyobb arányban előforduló atopiás dermatitis kivizsgálása során. A szerzők jelen előadásukban bemutatják a fenti diagnosztikai eljárás alkalmazásának lényegét, gyakorlati kivitelezését, különös tekintettel a szakasszisztens feladatokra.

Ezekkel a tesztekkel lehetőség nyílik az allergén kimutatására, a tünetek célzott kezelésére, illetve amennyiben lehetséges az allergén eliminálására.

Bacsó Istvánné, Petricz Andrea Nikolett:

Égésbetegségben szenvedő betegek ápolása

(Debreceni Egyetem, Orvos-, és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

Az égési sérülés a testfelületet ért, a testhőmérsékletnél jelentősen melegebb folyadék, gőz, gáz, láng, folyékony fém stb. következménye. Az égési sérülést a kültakaró érintettsége szerint négy fokozatba soroljuk. A kórkép súlyosságát az érintett felület nagysága, az égés foka és az életkor határozza meg. Fontos a gyors beavatkozás. Elsősorban kiemelkedő jelentősége van a laikus ellátásnak, mely a baleset beövetkezése után azonnal elkezdendő. A továbbiakban az égett beteg egy ideiglenes szakszerű ellátásban részesül a mentőben. A végleges ellátás a kórházban valósul meg. Mind a három szakasz meghatározó fontosságú a betegség kimenetelében. Ápolói szemszögből a megfigyelés, a sebellátás és a homokágy helyes használata kiemelkedő jelentőségű. Végül fontos kiemelni a rehabilitáció jelentőségét. Az égési sérültek ellátása egy team munka. A csapat minden egyes tagja elengedhetetlenül fontos résztvevője az égett betegek rehabilitációjában!

Horváthné Székely Izabella, Nagyné Dobi Dóra:

Ezüsttel impregnált hydrofiber kötszerek

(Debreceni Egyetem, Orvos-, és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A Hydrofiber® technológia egyedülálló gélszerű tulajdonságait nyújtja az ezüstion erejével. Az AQUACEL® Ag kötszeren belül található ezüstion elpusztítja a kötszerben található seb patogének széles körét, melyek fertőzést okozhatnak, mint például az MRSA, a VRE és a Pseudomonas aeruginosa, és segít csökkenteni a seb bioburdenjét (mikrobiális terheltségét). Az AQUACEL® Ag függőleges irányban szívja fel a folyadékot, szövetein belül a sebtől elzárja a váladékot, megvédve a seb körüli bőrt.

A kötszert az arca és a kézre lokalizációjú átmeneti mélységű égési sebeknél használtuk. Előadásunkban tapasztalatainkról kívánunk beszámolni. A kötszer felrakása előtti speciális sebellátásról, a kötszer felhelyezéséről, rögzítéséről, a cseréjéről, valamint a gyógyult területekről való eltávolítás módjáról kívánunk beszélni.

Eddigi tapasztalataink alapján a jobb sebgyógyulási körülmények miatt az égési seb regenerálódása, valamint a végleges hámképződés sokkal jobb minőségű a hagyományos kezelési módokhoz képest az AQUACEL® Ag kötszerrel kezelt esetekben.

A költség hatékonyság szempontjából is sokkal kedvezőbb az egyszeri vagy maximum kétszeri kötés felhelyezés az égési seb gyógyulási időtartama alatt.

A betegek komfort érzését is sokat javítja, azáltal, hogy lezárja a szabad idegvégződéseket és elmarad a naponkénti fájdalmas sebbezelés, kötés. Az AQUACEL® Ag könnyű eltávolításának köszönhetően csökken a fájdalom, így a sebkötözés a beteg számára elviselhetőbb.

Speri Rózsa Enikő, Leitner Adrienn:

Cryo-terápia alkalmazása a KMOK Bőrgyógyászati Osztályán

(Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár)

A nitrogén felfedezése az 1770-es évek korai szakaszára nyílik vissza. Az 1940-es években a folyékony nitrogén már könnyen elérhetővé vált. 1961-ben Cooper és Lee bevezetett egy zárt rendszerű készüléket spray formájában. 1990-ben, 87%-ban már a bőrgyógyászok használták cryo terápia formájában.

Ambulanciánkon a cryo terápiahoz folyékony nitrogénes fagyasztó készüléket alkalmazunk, melyben a gáz -196 °C-os hőmérsékletű, így alkalmas arra, hogy a bőr felszínére fújva megfelelően alacsony hőmérsékletet teremtsen a nem kívánt szövet lehűtésére. A folyékony nitrogén inaktív anyag, nem mérgező, használata gyakorlott bőrgyógyász kezében biztonságos.

A cryo terápia azaz fagyasztásos kezelés lényege, hogy az eltávolítani kívánt szöveteket azok fagyásáig addig hűtjük folyékony nitrogénnel, amíg azok elroncsolódnak. Így, eltávolítva a nem kívánt szövetet, új, ép bőr képződésének teremtünk lehetőséget.

Ez a speciális orvosi eljárás alkalmas vírusos és egyéb szemölcsök, jóindulatú bőrdaganatok, érányajegyek eltávolítására, keloidok kezelésére.

Az előadásban néhány esetet végigkövetve bemutatásra kerül a cryo terápia gyakorlati alkalmazása osztályunkon, annak asszisztenssi vonatkozásai, és a használata során szükséges óvintézkedések.

A kezelés gyors, hatékony, viszonylag fájdalommentes, nem igényel megelőző érzéstelenítő injekciót, gyermekkorban és terhesség alatt is biztonságosan használható. A gyógyulás gyors, jó kozmetikai eredményt ad, a hegképződés minimális.

Bacsó Istvánné, Petricz Andrea:

Bőrünk az egészség tükrében

(Debreceni Egyetem, Orvos-, és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A bőr testünk első védelmi vonala. A szervezet külső védőburkát alkotja, továbbá az érzékelés és a kiválasztás egyik szerve. A külvilággal folyamatosan érintkezve ingerek felvételére alkalmas. Szabályozza a test hőmérsékletét. Segít megszabadulni a toxikus anyagoktól és fenntartani a szervezet belső egyensúlyát, ezért nagyon fontos, hogy jó állapotban legyen. Bőrünk egészségének megőrzése érdekében lépéseket kell tennünk. Első lépésben ismernünk kell bőrünk felépítését és funkcióját. Továbbá ismernünk kell azokat a tényezőket, melyek pozitívan és negatívan befolyásolják bőrünk egészségi állapotát, kiemelve a helyes táplálkozást, és a megfelelő kozmetikumok alkalmazását.

Sánta Csilla:

Preventív tevékenység a krónikus vénás elégtelenség és szövődményeinek megelőzésében

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Ma Magyarországon a lakosság mintegy 30-35%-ának van törzsvéna varicositása, és mintegy 2%-a szenved ennek szövődményeként vénás lábszárfekély betegségben. Ez utóbbi kórkép a betegek számára munkaképtelenséget, hosszútávon pedig tartós életminőség romlást okoz. Sérülnek a betegek családi, szociális kapcsolatai, önértékelése, és tartós anyagi megterhelést jelent. Mindezek tükrében kiemelt prevenció feladat a betegségre hajlamosító populáció szűrése és tájékoztatása az alapellátásban a primer prevenció részeként, valamint a secunder prevenció már diagnosztizált esetekben. Problémát jelent azonban a megelőző tevékenység hatékony összehangolása a betegellátás különböző szintjeivel, és a terápiában résztvevő szakemberek feladataival.

Széllné Andóczy Balog Mónika, Sánta Csilla:

Ergonomia az egészségügyben

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Életünk jelentős részét töltjük el a munkahelyünkön. Ezért kiemelten fontos, hogy a hely, ahol napi tevékenységünket véghezvesszük, a feladat kivitelezésére alkalmas legyen. Az ergonomia a klasszikus definíció szerint a munkahely és a munkaeszközök kialakításának és a munkahelyi környezetnek az emberre, az emberi testre és annak működésére gyakorolt hatását vizsgálja. Célja a munkahelyeken az emberek egészségének, jó közérzetének és biztonságának megőrzése, és ezáltal a termelékenység növelése. Az ergonomia és a környezetpszichológia alkalmazásával növelhető a hatékonyság, a munkavégzés biztonsága, a dolgozó elégedettsége. Az ergonomia fontos része a kiegészítő megelőzésnek is. A Szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán felmértük a dolgozók ergonómiával és munkakörnyezetükkel kapcsolatos elégedettségét, előadásunkban erre, és ennek fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet.

Molnár Ilona:

Diéta, de hogyan?

(Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft., Szeged)

Több bőrgyógyászati kórkép gyógyításában fontos szerepe van a megfelelő diétának. Nem könnyű azonban elérni, hogy a betegek azt pontosan be is tartsák.

Szakrendelésünkön nagy figyelmet fordítunk arra, hogy meggyőzzük betegeinket a diéta szükségességéről és fontosságáról, segítsük őket a kivitelezésben és ellenőrizzük annak betartását.

Előadásomban szeretném összefoglalni az általunk alkalmazott módszereket, eszközöket diétázó betegeink irányítására és támogatására.

Vasas Judit:

Különböző eseteink negatív nyomású sebkezelési terápiáival

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A negatív nyomású sebkezelési terápia sub-atmoszférikus nyomás alkalmazását jelenti a seb felszínén. Ez a nem farmakológiai, teljes egészében fizikai módszer feltehetően a seb perfúziójának növelése, az oedema csökkentése, a granuláció serkentése, a bakteriális kolonizáció csökkentése és a sebváladék eltávolítása révén hat. Előadásunkban ezen kezelési eljárás klinikánkon való alkalmazását és gyakorlati tapasztalatait mutatjuk be különleges alkalmazásokon keresztül.

Kéri-Záborszky Mária, Horváth Krisztina,

Kuglarné Mészáros Katalin, Léderer Miklósné, Olasz Katalin:

Rovarcsípések

(XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat Révész utcai Védőnői Szolgálat, Budapest)

A rovaroknak csak kis hányada képes valóban megcsípni az embert. A csípés önvédelemből történhet, ilyenkor mérgeket beeresztik az áldozatukba, ha azonban ezt táplálkozási céllal teszik, akkor nem bocsátanak ki méreganyagot.

A legtöbb, Európában honos rovar nem okoz komolyabb betegséget, kivéve az élősködő kullancsfajokat.

Egy átlagos személy testsúly-kilogrammonként 20 rovarcsípést visel el biztonsággal. Ez azt jelenti, hogy egy felnőtt 1000-nél is több csípést kibír, egy kisgyermek azonban már 500 csípéstől is meghalhat. Természetesen már egyetlen csípés is lehet halálos, ha anaphylaxiás reakciót okoz.

Rovarak, amelyek megcsíphetnek:

- szúnyog
- kullancs
- méh vagy darázs
- bögöly
- hangya
- poloska, tetű
- pók

Elsődleges cél a rovarcsípések megelőzése – tippek és tanácsok.

Rovarcsípések kezelése

Homeopátiás módszerek

Mikor forduljunk orvoshoz rovarcsípés esetén

Kopácsiné Vida Anna:

Melanoma malignum – Tények, tévhitek, prevenció

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

A melanoma malignum rosszindulatú, nagy metasztatikus hajlamú, bőrből kiinduló daganat, melynek felismerése, kezelése gondos odafigyelést igényel. Korai stádiumban történő kezelése esetén az áttétképzés ennek következtében a halálozás is nagyobb számban lenne megelőzhető.

Melanomás betegeink körében sajnos egyre gyakrabban szembe-sülünk olyan tévhitekkel, melyek a kórkép időbeni felismerését, ki-

menetelését és kezelését nagy mértékben korlátozzák. A fényvédelemmel kapcsolatos ismeretek hiánya, a túlzott szolárium használat, a számtalan helyi és alternatív kezelési módszer az orvoshoz fordulás idejét lényegesen elnyújtja, segítve ezzel a betegség progresszióját.

Prevenció szempontjából a betegoktatás, önvizsgálat szerepe emelendő ki. Új bőrelváltozás észlelésekor, vagy a már meglévő pigmentált képlet változása esetén minél előbbi szakorvosi vizsgálat javasolt, ahol dermatoszkópos anyajegyvizsgálat történik.

Előadásomban a kórkép összefoglalásán kívül az egyre divatosabbá váló „alternatív módszerek”, tévhitek szerepéről számolok be, hangsúlyozva ezek hatását a betegség kimenetelére.

Jancsó Rozália Rita:

Epicystostomia a bőrgyógyászatban – Herpes genitalis speciális ápolói feladatai

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

A herpes genitalis szexuális úton terjedő hólyagos bőrbetegség. Népegészségügyi statisztikák szerint a fertőzés 80%-ban egy éven belül kiújulhat, ezt elősegíthetik az immunrendszer normális működését gyengítő tényezők, mint az egyéb infekciók, a gyulladásozó betegségek, a stressz vagy a nem megfelelő táplálkozás.

A közvetlen panaszokon, a kifejezett fájdalomon, vizelési nehézségen kívül a betegek számára további súlyos problémát jelent a szexuálisan terjedő betegségekhez szorosan kapcsolódó társadalmi megbélyegzettség, illetve a kezelés során a kiszolgáltatottság érzésének megélése is.

A beteg megfelelő együttműködéséhez, a gyógyuláshoz elengedhetetlen a szisztémás gyógyszeres, illetve lokális terápia mellett a fenti pszichoszociális panaszok csökkentése, adekvát kezelése. Ebben jelentős szerepe van az empátián alapuló beteg-nővér közötti harmonikus kapcsolatnak, a megfelelően irányított kommunikációnak, illetve az intimitás szabályainak kiemelt helyen történő kezelésének a helyi kivitelezése során.

Előadásom részét képezi a betegünkél végzett epicystostomia indikációs körének részletes ismertetése. Ápolói tekintetben tapasztalhattuk, a beteg kifejezett fájdalmát, vizelési képtelenségét, mely az epicystostoma alkalmazásának fő okát képezte. A hólyagtorna és aszeptikus sebkezelés előtérbe helyezésén kívül újszerű szakmai feladatok sorozatával is szembesülhetünk. Az ápolás/kezelés során választ kaptunk a beavatkozás fontosságára, illetve arra, hogy milyen mértékben járult hozzá a gyors és teljes gyógyuláshoz.

Virág Krisztina

A melanoma sebészete klinikánkon

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

A bőrben található pigmentet termelő sejteket melanocytáknak nevezzük. A melanoma ezeknek a sejteknek a rosszindulatú daganatát jelenti. Ez egy rendkívül agresszív daganat, ezért fontos a mielőbbi felismerése. Korai stádiumban történő megfelelő sebészeti kimetszéssel a melanoma jól gyógyítható. A primer daganat biztonsági zónával történő eltávolításával együtt történik a Sentinel nyirokcsomó biopsziát. Ennek a módszernek az előnye, hogy megkíméli a beteget a feleslegesen végzett elektív blockdissectiótól. Amennyiben az őrszem nyirokcsomóban igazolt a metasztázis, úgy blockdissectio történik. Ezekről a sebészeti módszerekről beszél a szerző az előadásában.

Filóné Zsoldos Franciska

Otthonápolás jelentősége lábszárfelelyes betegeknél

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

Európa lakosságának 1/4-ét érinti a vénás fekély betegség, száma folyamatosan növekszik, hiszen a betegségre hajlamosító tényezők száma is növekvő tendenciát mutat pl. elhízás, cukorbetegség, dohányzás, mozgásszegény életmód. Az életkor előre haladtával a krónikus belgyógyászati betegségek mellett a bőrgyógyászati betegségek száma is

emelkedik. Magyarországon a lakosság 2%-a szenved lábszárfekély betegségben. A krónikus sebek kezelése fontos orvosi, ápolói és gazdasági probléma. Statisztikai adatok szerint a lakosság 10-15%-nak van az alsó végtagon olyan tünete, amely a vénák elégtelenségére utal. A visszérbetegségek rontják a beteg életminőségét. A lábszárfekély betegségben szenvedők nem igényelnek kórházi ápolást, szoros érsebészeti és bőrgyógyászati kontroll mellett a korszerű kötözőszerekkel otthon is kezelhetők. Az otthonápolás célja a beteg és hozzátartozójának életviteli és speciális tanácsokkal történő ellátása, a kötszerek helyes alkalmazásának megtanítása, a sebkötözés során a higiénés feltételek megteremtése. A sebek kezelése, a bőrgyógyászati betegségben szenvedő betegek ápolása komoly szakápolást igénylő feladat. Betegeink gyakran visszajárnak klinikánkra, tehát a házi szakápolók nincsenek felkészülve a bőrgyógyászati betegek otthoni ellátására. Sajnos nincs bőrgyógyászati szakápoló képzés. A főiskolai karon minimális óraszámokban oktatnak bőrgyógyászati ismereteket. Mindezek figyelembevételével szükséges lenne az ápolók gyakori továbbképzése, a legújabb bőrápoló szerek, legkorszerűbb sebkezelési technikák megismertetése.

Szeckler Melinda

Atópiás dermatitis és a működőm

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

A szerző az atópiás dermatitis rövid áttekintése (definíció, tünetek, kezelések) után ismerteti egy általa szerkesztett a PTE Bőrklinikán 2011-ben végzett vizsgálat eredményét. A kérdőívet az atópiás dermatitisben szenvedő betegek anonim módon töltötték ki. A kérdések a betegségükre, kezelésükre, életüket befolyásoló tünetekre vonatkoztak.

Jól ismert ezen betegcsoport allergiára való hajlama, így az allergének kerülése (köztük a működőm is) javasolt. A szerző az előadás második részében saját pozitív tapasztalatairól számol be, melyet működőm viselés kapcsán észlelt.

Dr. Túróczy Lászlóné:

Fényterápia a bőrgyógyászatban – Klinikánkon alkalmazott kezelések bemutatása

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

A fototerápia újkori úttörőinek köszönhetően (Jakob Lorber, Nils Finsen) ma már a modern orvoslás számos területen alkalmaz fototerápiás eljárásokat. A bőrgyógyászaton kívül használja a szemészet, az onkológia, a neonatológia, a reumatológia stb. A széleskörű alkalmazás ellenére sajnos keveset tudunk ezekről a kezelésekről, még szakmai berkeken belül is.

Előadásomban szeretném bemutatni a fény típusait, hatásait és alkalmazási területeit, kiemelve azokat a tulajdonságokat, melyek alapján alkalmassá válik gyógyászati használatra.

A bőrgyógyászat a fény bőrbe hatoló és a bőrretekben elnyelődő energiájának hatását használja.

Jó hatással van a psoriasis, ekcéma, morphea, vitiligo, pruritus, atópiás dermatitis, granuloma anulare, mikózis fungoidés stb. tüneteinek kezelésére. A klinikánkon alkalmazott módszerek részletes bemutatásán túl, szeretném ismertetni azokat a gyakorlati tanácsokat, melyek megkönnyítik mind az osztályos nővér/asszisztens, mind pedig a fényterápiás asszisztens munkáját ill. a kettejük közötti együttműködést a minél hatékonyabb kezelés érdekében. Kiemelném a kezeléssel kapcsolatos kockázati tényezők jelentőségét és ebben az asszisztens/nővér szerepét felvilágosító, egészségnevelő szerepén keresztül valamint, néhány fotó segítségével szeretném bemutatni a fényterápia hatékonyságát, mint kiegészítő terápia.

Szilágyi Adrienn:

Stevens-Johnson szindrómában szenvedő beteg ápolási teendői *(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)*

A Stevens-Johnson szindróma olyan allergián alapuló, súlyos tünetekkel járó betegség, amely érinti a bőrt, a nyálkahártyákat (az emésztő- és légzőrendszert is), a kötőhártyát, illetve sok esetben az ízületeket is. Kiváltó okok között szerepelhetnek baktériumok, vírusok, de leggyakrabban gyógyszerek, mint például, penicillin, antiepileptikumok, szulfonamidok, láz- és fájdalomcsillapítók, görcsoldók. Előfordul, hogy a kiváltó okot nem sikerül megtalálni. A kezelésben egyes tanulmányok szerint 3-15%-os a halálozási arány. Szövődményként maradandó és hosszú távú hatásai lehetnek, mint például a hegesezés és látászavarok.

A betegség kimenetele sokban függ az időben elkezdett szisztémás kezelés mellett a megfelelő szakosított ápolástól is. A kezdetben banálisnak vélt tünetek néhány nap alatt súlyos, életveszélyes állapotba progrediálhatnak, amikor is szükségessé válhat a páciens intenzív osztályra való áthelyezése. Éppen ezért a kezelés során alapvető fontossággal bír a szoros és szakosított obszerváció mind az orvos, mind pedig az ápoló részéről, hiszen az állapot rosszabbodása sokszor óráról órára alakul ki.

Előadásomban szeretném bemutatni egyik klinikánkon kezelt súlyos betegünk esetét, felhívni a figyelmet a körkép ápolási nehézségeire és kiemelném azokat a prioritásokat, melyek a sokszor visszafordíthatatlan szövődmények megelőzését szolgálják. A kezelésben abszolút fontossággal bír a szakmai és gyakorlati tapasztalattal bíró team munkája, szorosan bevonva ebbe az érintett egyéb területek szakembereit is.

A SZERZŐK NÉVSORA / AUTHORS INDEX

- A**
 Abádi Eszter 203
 Altmayer Anita 184
 Antal Mária 201
- B**
 Babarczy Edit 204
 Bacsa Sarolta 201
 Bácsi Attila 200
 Bacsó Istvánné 209
 Bacsó Zsolt 189
 Bagdi Enikő 193
 Bak Mihály 186
 Balatoni Tímea 184, 198
 Baló J. Mátyás 179, 206
 Balog Attila 192
 Baltás Eszter 186
 Bánfalvi Teodóra 194
 Bánhegyi Dénes 197
 Bánvölgyi András 197, 202,
 207
 Barna Gábor 190
 Bartos Zsuzsanna 186, 193,
 198, 203
 Bata-Csörgő Zsuzsanna 182,
 192, 197, 198, 200, 201, 203
 Battyáni Zita 184, 188, 192,
 194, 199
 Bebes Attila 201
 Becker Krisztina 196
 Beke Dóra 203
 Beke Lívია 188
 Belső Nóra 203
 Bikszádi Ilona 193, 204
 Bíró Tamás 200
 Bocskai Márta 192
 Boda Zoltán 199
 Bodnár Edina 194
 Bognár Péter 189, 196
 Borbényi Zita 199
 Borbola Kinga 184, 185, 186,
 194, 195, 196, 206
 Boros Gábor 188, 190
 Boros Imre 200
 Boros-Gyevi Márta 197
 Borus László 199
 Bóta Margit 194
 Bottlik Gyula 184, 200
 Buzás Edit 189
- C, Cs**
 Czirbesz Kata 198
 Csernus Adriána Evelin 192
 Csernus Valér 188
 Csete Béla 192
 Csoma Zsanett 192, 197
 Csomor Judit 193, 194, 200
 Csósz Judit 186, 198, 205
- D**
 Daróczy Judit 182, 183, 204
 Deák Mária 204
 Demeter Judit 193, 200
 Dezső Balázs 195, 200
 Doan Xuan Quang Minh 189
 Dobos Katalin 205
 Dobozy Attila 201
 Dobozy Enikő 207
 Dózsa Anikó 195, 199, 200
 Dulka Edit 197
- E**
 Egervári Kristóf 188
 Emri Eszter 188, 190
 Emri Gabriella 188, 190, 194
 Erdei Irén 187, 194, 195
 Erős Gábor 191
 Erős Nóra 196, 200
- F**
 Faessler Reinhard 202
 Faragó Eszter 203
 Farkas Beatrix 187
 Farkas Ildikó 208
 Farkas Katalin 202, 203
 Filóné Zsoldos Franciska 210
 Fodor Anikó 200
 Fodor Károly 185
 Frenzl István 199
- G, Gy**
 Gáspár Krisztián 187, 189,
 190
 Gellén Emese 195
 Gergely Brigitta 206
 Gergely Lajos 192
 Gilde Katalin 185
 Gócza Lászlóné 208
 Gorka Eszter 194
 Göbl Anna 207
 Göblös Anikó 201
 Gömöri Éva 192
 Gyöngyösi Nóra 193, 202,
 207
 Gyulai Rolland 182, 186, 198,
 199
- H**
 Halmy Klára 206
 Haluszka Dóra 202, 207
 Háncs Zoltánné 208
 Hársing Judit 184, 189, 194,
 196, 200, 205
 Hartmann Petra 191
 Hatvani Zsófia 203, 205
 Hidvégi Bernadett 205
 Hidvégi Judit 186
 Holló Péter 182, 190
 Horkay Irén 188
 Horst van der Gijsbertus 188
 Horváth Andrea 208
 Horváth Krisztina 210
 Horváthné
 Székely Izabella 209
 Hunyadi János 186, 187
 Husz Sándor 206
 Huszanyik István 204
- I**
 Irinyi Beatrix 184, 187
 Istók Roland 204
- J**
 Jancsó Rozália Rita 210
 Jókai Hajnalka 190
 Juhász Attila 188
 Juhász István 181, 188, 199
- K**
 Kádár Zsolt 199
 Kálmán Endre 192, 194, 199
 Karikó Katalin 188
 Károlyi Zsuzsanna 186, 187,
 197, 198
 Kárpáti Sarolta 182, 189, 190,
 193, 194, 196, 200, 202,
 203, 204, 205, 207
 Kassai Gábor 199
 Katona L. Róbert 200
 Katona Mária 196
 Kemény Lajos 183, 186, 189,
 191, 192, 197, 198, 199,
 200, 201, 202, 203
 Kerekes Zsuzsanna 186
 Kéri-Záborszky Mária 210
 Kinyó Ágnes 186, 198, 200,
 202, 203
 Kis Erika 186
 Kiss Dorottya 203
 Kocsis Lajos 193, 198, 205,
 206
 Kolonics Attila 207
 Konstantin Tamás 204
- Kontár Orsolya 190, 200**
Kopácsiné Vida Anna 210
Kormos Bernadett 203
Korom Irma 197
Kósa Lajos 187
Kosztolányi Gábor 206
Kovács Judit 204
Kovács László 192
Kovács László András 192,
199
Kovács Péter 185, 196
Kőműves Zsuzsanna 194
Krenács László 193
Kucsera István 197
Kuglerné
Mészáros Katalin 210
Kui Róbert 199, 203
Kusz Erzsébet 200
Kuzmanovszki Daniella 196
- L**
 Lakatos Anna 198
 Lakatos Lóránt 189
 Léderer Miklósné 210
 Légrádi Mária 192
 Leitner Adrienn 209
 Lengyel Zsuzsanna 188, 199
 Liszczay Gabriella 184, 185,
 186, 188, 194, 195, 196,
 198, 206
 Lohinai György 197, 198
 Lukács Andrea 204, 194
 Lukács Péter 197
- M**
 Majoros Tibor 186
 Manczinger Máté 189
 Márk Zsuzsa 197
 Marschalkó Márta 181, 182,
 193, 194, 197, 200, 205
 Matolcsy András 200
 Mazán Mercédesz 189, 205
 Méhes Gábor 188, 192
 Meinhard Wlaschek 202
 Meszes Angéla 197, 202
 Mikó Edit 188, 191
 Miltényi Zsófia 194
 Mócsai Gábor 191
 Mojzes Jenő 194
 Molnár Ilona 110
 Morvay Márta 198
 Muramatsu Hiromi 188

- N**
Nagy András 188
Nagy Edit 199
Nagy Gabriella 184, 187
Nagy Georgina 188, 189, 190
Nagy István 189
Nagy László 200
Nagy Nikoletta 202, 203
Nagy Zsolt 193
Nagyné Dobi Dóra 209
Németh Ilona 184, 189, 203,
209
Németh István 191, 201
Németh Réka 197
Noll Judit 196
- O**
Oláh Judit 186
Oláh Zsolt 198
Oláhné Sass Zsuzsa 208
Olasz Katalin 210
Oroján Iván 186, 205, 206
Ostorházy Eszter 182
Ottó Iringó Ágnes 204
- P**
Pál Endre 192
Paluska Márta 205
Pánczél Gitta 185, 186, 195,
196, 206
Paschali Ekaterine 198
Paulsson Mats 189
Péter Zoltán 195
Petricz Andrea 209
Pfliegler György 197
Pintér Dóra 205
- Piukovics Klára 199
Plótár Vanda 184, 188, 195,
196, 206
Polyánka Hilda 200
Pónyai Györgyi 184, 203
Pónyai Katinka 182
Poroszkai Mária 183
- R**
Rázsó Katalin 199
Rédling Marianna 183
Rembeczki László 207
Remenyik Éva 182, 183, 187,
188, 189, 190, 192, 193,
194, 197, 200
Rognoni Emanuel 202
Rózsa Annamária 194
Rózsa Dávid 188, 190
Ruzsa Zoltán 183
Rühl Ralph 200
- S, Sz**
Sánta Csilla 209
Scharffetter-Kochanek
Karin 202
Schlammadinger Ágota 199
Schmidt Emese 194
Schmitz Gerd 200
Scholtz Beáta 188
Seltmann Holger 200
Serester Orsolya 188
Siklós Krisztina 196
Silló Pálma 196
Smolecz Katalin 205
Smyth Neil 189
Somlai Beáta 184, 185, 205
- Somogyi Tihamér 206
Sonkoly Enikő 201
Speri Rózsa Enikő 201
Szabad Gábor 183
Szabó Éva 183
Szabó Kornélia 200, 201
Szakonyi József 190, 193
Szakos Erzsébet 193, 204
Szalai Zsuzsanna 186, 196
Szamosújvári Judit 196
Szász Orsolya 199
Szeckler Melinda 211
Szegedi Andrea 181, 182,
187, 189, 190, 192
Szegedi Krisztina 201
Széll Márta 200, 201, 202, 203
Széllné
Andóczy Balogh Mónika 209
Szentner Kinga 191, 202
Szepesi Ágota 200
Szilágyi Adrienn 211
Szipőcs Róbert 207
Szlávik János 205
Szoboszlai Istvánné 208
Szolnoky Győző 191
Szomor Árpád 194
Szoták Judit 193
- T**
Takács Szandra 192
Tax Gábor 200, 201
Telkes Márta 204
Temesvári Erzsébet 181, 184,
189, 203
Till Attila 207
Tóth Balázs 200
- Tóth Béla 197, 205
Tóth Károly 183
Tóth Veronika 203
Törőcsik Dániel 182, 189, 197
Török László 193, 198, 206
Tubak Vilmos 200, 201
Túróczy Lászlóné 211
- U, Ú**
Újfaludi Zsuzsanna 200
Urbán Edit 200, 201
- V, W**
Vajda Adrienne 179, 183, 205,
206
Varga Anita 198
Varga Erika 186, 197, 198
Várszegi Dalma 184
Várölgyi Tünde 188, 191
Vas Krisztina 201, 203
Vasas Judit 183, 210
Veress Imre 188, 194, 197
Virág Krisztina 210
Virágh Zsófia 204
Vízi Jánosné 204
Vönöczky Katalin 185
Vörös Andrea 189
Weissman Drew 188
Wikonkál Norbert 193, 197,
202, 207
- Z**
Zágoni Tamás 204
Zámolyi Szilvia 183, 206
Zeher Margit 194
Zouboulis Christos C. 200

*Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
(igazgató: Kárpáti Sarolta dr., egyetemi tanár)*

Nézzünk a tükörbe! – A Humira hosszútávú hatásossága és biztonságossága a magyarországi tapasztalatok tükrében*

Let there be light! Long term efficacy and safety of Humira in the light of Hungarian experience

WIKONKÁL NORBERT DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A biológiai terápia közepes- súlyos egyéb terápiára nem reagáló psoriasis kezelésében pótolhatatlan fegyverünké vált az elmúlt években. A plakk psoriasis kezelésére rendelkezésre álló anti-TNFalfa támadáspontú adalimumab relatíve újabb szer a kezelésben. Hatékonysága és biztonságossága ugyan jól ismert, mégis újabb adatok kerülnek közlésre ebben a témában. Az irodalom áttekintése mellett saját tapasztalatinkról is beszámolunk.

Kulcsszavak:

psoriasis - biológiai terápia - hatékonyság és biztonság - adalimumab, review

SUMMARY

Biological therapy has become an invaluable tool for treating severe, therapy-resistant cases of psoriasis. Adalimumab is the most recent anti TNFalpha monoclonal antibody to treat plaque psoriasis. Efficacy and safety data have already been published, yet new publications emerge from time to time to provide further data. Here we review recent advances on this field and share some of our experience with the use of adalimumab.

Key words:

psoriasis - biological therapy - efficacy and safety - adalimumab - review

A psoriasis az emberiség kezdete óta ismert kórkép, számos történelmi utalást lehet találni rá ókori leírásokban. Már Hippokratész írásában is megjelenik ismert betegségként, bár a psoriasis kifejezés csak jóval később kerül bevezetésre.

A római korban *Celsus* még infektív eredetűnek gondolta, az impetigo egy speciális formájaként értelmezte. A középkorban a lepra egyik variánsaként tekintettek rá, a pácienseket elkülönítették, lepratelepekre zárták, másutt megkülönböztető ruházat és csengő viselésére kötelezték, hogy az egészségesek megfertőződését kivédjék.

1776-ban *Joseph Plenck*, bécsi tanár volt az, aki a pikkelysömört a fertőző kórképek közül kiemelte és a hámlással járó kórképek közé helyezte.

Az angol *Robert Willan* (1757-1812) írta le önálló betegségként, konkrétan két formáját különböztetve meg: leprosa graecorum-ként a pikkelyes, főként a hajas fejbőrt is érintő formát nevezte, míg a psora leprosa kifejezés szolgált az exszudatív forma elnevezésére.

A kórkép pontos megkülönböztetése és a psoriasis név bevezetése *Ferdinand Hebra* bécsi bőrgyógyász pro-

fesszor érdeme, aki 1841-ben *Willan* munkáját továbbgondolva a modern értelemben használt leírást megalakította.

A pikkelysömör gyakori betegség, Európában, így hazánkban is 2% körüli az előfordulási gyakorisága (1). A férfi:nő arány kiegyenlített, a betegség bármilyen életkorban kialakulhat. Az I-es típusú forma a betegek 65 százaléka, ilyenkor a betegség a pubertás táján jelentkezik és erős genetikai terheltség jellemzi, főként HLA-Cw6, HLA-B13 és HLA-B17 pozitivitással jár (2). A II-es típusú inkább 40 év feletti életkorban jelenik meg leggyakrabban, fenti HLA típusok kevésbé gyakoriak ezekben az esetekben.

A psoriasisra nem mint pusztán bőrbetegségre tekintünk többé, hanem egy komplex immunregulációs zavarként értelmezzük, amelynek leginkább érintett szerve a bőr.

Az immunszuppresszív készítmények hatékonysága a terápiában szintén igazolja ezt az új szemléletet. Emellett annak a komplex immunológiai működészavarnak a hámsejtek mellett belszervi aspektusai is lehetnek, ezek a psoriasis comorbiditásaiként manifesztálódnak. Ebbe a körbe tartoznak psoriasisához társuló ízületi gyulladás,

* Szponzorált közlemény

az arthritis psoriatica, a szerzett anyagcserezavarok, a metabolikus szindróma, dyslipidaemia, inzulinrezisztencia, 2-es típusú diabetes, obesitas (3). Fentiekből részben következik a psoriasis és a hypertonia, kiterjedt atherosclerosis, a stroke, az AMI társulása is (4). Emellett lymphomák, szolid tumorok, depresszió együttes előfordulását is észleljük.

A psoriasis kezelése a biológiai terápiás érában

A biológiai terápia elindítása a hagyományos antipszoriaticus kezelések kudarca után válik szükségessé. A jelenlegi magyarországi OEP finanszírozási előírások szerint 15 és afeletti PASI érték esetén kezdhető biológiai terápia olyan pácienseknél, akiknél a szóba jövő PUVA vagy narrow-band UVB fototerápia, illetve szisztémás terápiás lehetőségek, acitretin, metotrexát, cyclosporin A nem hozott elegendő javulást vagy nem volt a kezelés tolerálható. A biológiai terápia megkezdése előtt a páciens kivizsgálásának részletesnek kell lennie a kezelést kontraindikáló állapotok kizárására, tehát terhességi teszt, teljes vérkép, vizelet, elektrolitok, májfunkciós értékek, antinukleáris antitestek (ANA, anti-DNS), HBV, HCV, RPR és HIV szerológiai vizsgálatok szükségességek.

A látens TBC fellobbanása a biológiai terápiák egyik legrettegettebb szövődménye, ennek kizárására mellkas Rtg, tuberculin teszt, tüdőgyógyász konzílium szükséges. A hagyományos PPD bőrteszt mellett az interferon alapú TBC diagnosztikát is ma már rutinszerűen alkalmazzuk.

A kezelésben ma három TNF támadáspontú készítmény és egy interleukin inhibitor áll rendelkezésre, ezek közül az adalimumabot tekintjük át részletesen.

Adalimumab (Humira)

2002-ben kapott FDA regisztrációt reumatoid arthritisben, majd 2008-ban vált plakk psoriasisban is regisztrálttá az anti-TNF α támadáspontú legújabb biológiai terápiás szer. Az adalimumab tisztán humán monoklonális TNF α ellenes IgG1 osztályú ellenanyag. A TNF α -hoz való kötődése specifikus és magas affinitású, három molekulája 3 TNF molekulát képes irreverzibilisen stabil komplexben megkötni.

Az adalimumab hatékonysága a placebo kontrollált, randomizált, kettős vak CHAMPION klinikai vizsgálattal került igazolásra (5). A vizsgálatba végül 271 páciens került randomizálása, amelyet 15 kieső kivételével mindenki sikeresen befejezett. Ez a vizsgálat egyértelműen megmutatta, hogy a 16-ik héten a betegek közel négyötöde, 79,6% elérte a PASI 75 választ szemben a placebo csoport 18,9%-ával. A teljes feltisztulást, a PASI 100 értéket is a vizsgálatba bevontak 16,7%-ának sikerült elérni, ez a placeboval kezelték 1,9%-os válaszához képest statisztikailag szignifikáns különbség.

A másik jelentős klinikai vizsgálat, amely az adalimumab hosszú távú használata során észlelt biztonságosságot és hatékonyságot, illetve az adalimumab elhagyásá-

nak hatását vizsgálta, a REVEAL study volt (6). A vizsgálatba bevont 1212 páciens 3 szakaszban kapta az adalimumabot: az első szakaszban 16 hétig kettős vak, placebo kontrollos vizsgálat történt egy adalimumab karon (n = 814) és egy placebo karon (n = 398), majd a 16-33-ik hét között a placebo kar betegei adalimumabot kaptak nyílt szakasz formájában (open label extension, OLE), hasonlóan a PASI 75-öt elért adalimumab karon lévő páciensekhez. majd a 33-ik héten a még meglévő PASI 75 választ mutató pácienseket ismételten randomizálták placebo és adalimumabot kapó csoportokra. Hasonlóan a CHAMPION vizsgálatához, a REVEAL esetén is azt lehetett tapasztalni, hogy 16-ik heti PASI 75 válasz igen magas, 71,0% volt, amely aztán a nyílt szakaszban is megmaradt, a 24-ik hétre ez 70,3%-ra változott csupán. A 33-ik hét után placebo kapó karon a páciensek 28,4%-ánál a klinikai hatás elveszett az 52-ik hétre, míg az adalimumabot tovább kapó karon ez a hatásvesztés csak 4,9% volt.

A fenti klinikai vizsgálatokban és további két Humira klinikai vizsgálatban résztvevő betegeket egy további open label vizsgálatba vonták be (7). Ebben a vizsgálatban összesen 1468 páciens vett részt, akik a fenti vizsgálatokat folytatták és együtt mint „all adalimumab treatment” populáció kerültek bevonásra. A bevonásra kerültek kezdetben nyílt szakaszban kapták az adalimumabot akár 252 hétig is ezt megelőzően. Ezt követően az adalimumab elhagyásra került 40 hét időtartamra („W szakasz”), vagy a bőrtünetek markáns romlásáig, majd ismételt kezelés történt újabb 16 hétig („R szakasz”). Az újra-kezelt időszak végén történt az eredmények értékelése. Összegezve, a fenti klinikai vizsgálat azt mutatta, hogy az adalimumab elhagyását követően átlag 141 nappal a tünetek recidiváltak. Az ismételt kezelés megkezdésekor azonban a páciensek 69%-a ismételten elérte a „tisztá” vagy „minimális” érintettséget.

A REVEAL vizsgálatba bevont pácienseknél a fentiek szerint tehát 3 éves kezelés is előfordult, az ő adataiknak egy újabb elemzése jelent meg a közelmúltban (8) Ennek konklúziója olyan egyértelmű volt, hogy a Humira alkalmazási előíratába is beemelték.

Az alkalmazási előíratba az alábbi rész került be az 5.1 fejezetbe a klinikai vizsgálatok részbe: A 16. és a 33. héten összesen 233 PASI 75 reszponder részesült folyamatos Humira-kezelésben 52 héten át a Psoriasis Study I (REVEAL) vizsgálatban, és folytatta a Humira alkalmazását a nyílt elrendezésű kiterjesztéses vizsgálatban. A PASI 75 és az egyértelmű vagy minimális PGA terápiás válaszarány ezeknél a betegeknél 74,7%, illetve 59,0% volt a megadott sorrendben a nyílt elrendezésű kezelés további 108 hetes időszakát követően (összesen 160 hét). Egy olyan elemzésben, amelyben nonreszpondernek tekintettek minden olyan beteget, aki nemkívánatos események vagy a hatásosság hiánya miatt idő előtt abbahagyta a vizsgálatot, vagy akinél dózis-eszkálációra került sor, a PASI 75 és az egyértelmű vagy minimális PGA terápiás válaszarány ezeknél a betegeknél 69,6%, illetve 55,7% volt a megadott sorrendben a nyílt elrende-

zésű kezelés további 108 hetes időszakát követően (összesen 160 hét).

Ez a konklúzió jól tükrözi a klinikai tapasztalatot is, amelyet egy saját esetünkkel támasztunk alá.

Esetismertetés

41 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, akinek a távolabbi anamnézisében érdemi megbetegedés nem szerepel, gyógyszert rendszeresen nem szed. 20 éve ismert súlyos tünetekkel járó psoriasis, családi anamnézise psoriasisra nézve pozitív. Ízületi érintettsége nincsen.

Tünetei kezdettől jelentős kiterjedést mutattak, emiatt az évek során szisztémás terápiában és fototerápiában részesült. Metotrexátot 2000-ben 10 hónapon át heti 12,5-15mg dózisban kapott, majd éveken át a családtervezés, terhesség és szoptatás ideje alatt a szisztémás kezeléseket nem kaphatta, a fototerápia viszont szerény hatásokúnak bizonyult, bár évente 40-50 fototerápiás kezelést kapott éveken keresztül. 2007-ben a gyermekvállalást elhalasztva acitretin került beállításra napi 20 mg dózisban. Fél éves gyógyszeresedés mellett sem jelentkezett jelentős javulás, így Sandimmun került beállításra 3 mg/ttkg dózisban. Ezt nagyon kifejezett rossz közérzet és hirtelen megemelkedő vérnyomásértékek miatt nem tudta 2 hónapnál hosszabb ideig szedni, így az időközben elérhetővé váló biológiai terápiát indítottunk el betegünkönél 2008 májusában efalizumab formájában (1. ábra). A terápia megkezdésekor a PASI érték 38,0 volt, DLQI:28-as. Az efalizumab terápia első 3 hónapja után a bőrtünetei javultak, a PASI érték 12,8-ra csökkent, a DLQI=7 lett (2. ábra). Az efalizumab forgalmazási engedélyének az Európai Gyógyszer Ügynökség (EMA) általi felfüggesztése után a terápiát etanerceptre váltottuk 2009 márciusban. Az etanercept mellett a bőrtünetei folyamatosan romlottak, az irodalomban ismert efalizumab elhagyása után jelentkező rebound effektust az etanercept nem tudta kivédeni, a 12-ik héten az etanercept indukciós szakasz végén a PASI:35,6 érték volt, míg a DLQI:30 (3. ábra). Ennek következtében a kezelést etanercepttel nem folytathattuk, adalimumab terápia indult



2. ábra

Efalizumab kezelés során elért javulás:
PASI: 12,8



1. ábra

Kiterjedt bőrtünetek biológiai terápia elkezdése előtt.
Kezelés előtt PASI: 38,0



3. ábra

Etanercept kezelés indukciós szakaszának vége utáni
bőrstatusz, PASI: 35,6



4. ábra

Adalimumab terápia 13-ik hetére elért bőrstatusz,
PASI: 9,8

2009 júniusban. Ezt a kezelést a páciens azóta is kapja, a bőrstatusza az indukciós időszak végére a 13-ik hétre 9,8-as PASI értéket ért el, a DLQI 4-re csökkent (4. ábra). Hosszabb időszakokra a PASI=0 értéket is sikerült elérni, egy-egy banális felső légúti hurut kivételével mellékhatást nem észleltünk, a kezelést a páciens jelenleg is kapja.

Biztonságosság hosszú távon

Az adalimumab hosszú távú biztonságossági adatairól Burmester közleménye számolt be a közelmúltban(9). Az adatok 36 világszerte végzett klinikai vizsgálatból származnak, amelyek között 19 rheumatoid arthritis, arthritis psoriatica, 3 spondylosis ankylopoetica, 1 juvenilis idiopathias arthritis, 5 Crohn-betegség és 5 plakk psoriasis indikációban végzett vizsgálat volt. Az értékelésbe bevont vizsgálatok randomizált klinikai vizsgálatok, open label vizsgálatok, hosszú távú kiterjesztett vizsgálatok voltak. A vizsgálat 10 év tapasztalatát összegzi 2007 áprilisáig, összesen 19041 páciens adatai alapján.

Súlyos fertőzések

A súlyos fertőzések kockázata az egyes vizsgált indikációkban jelentősen eltérőnek mutatkozik, a RA és CD vizsgálatok ilyen szempontból sokkal több súlyos adverz eseményt (SAE) produkáltak, de ez nem különbözött

szignifikánsan a biológiai terápia előtt ebben a betegkörben jelentett súlyos infekciók százalékos arányától(10, 11). Az egyéb jelentős SAE-k, mint demyelinizációs betegség, lupus-like syndroma, és kongesztív szívelégtelenség nem fordultak elő a PsA, plakk psoriasis és JIA vizsgálatokban.

Malignus tumorok

A vizsgálatok szerint a daganatok kialakulásának kockázata nem volt emelkedett a populációéhoz képest, amit az is mutat, hogy az életkor miatt nem várható a populációban daganat kialakulása, ez nem volt másképp a JIA esetén sem. Természetesen a vizsgált időszak még mindig rövidnek tekinthető egyértelműen elvetni a daganatok kialakulásának veszélyét, az eltelt 10 év tapasztalata reménytelően mutatkozik.

Összegezve elmondhatjuk, hogy a biológiai terápia egy olyan modern megközelítés a psoriasis kezelésében, amely korábban nem elérhető sikereket eredményez a pácienseknek és a kezelőorvosainak is. Ehhez a kezeléshez több évtizednyi kutatómunka gyakorlatba való átültetése vezetett jól illusztrálva az alapkutatás és az alkalmazott klinikai gyakorlat közötti mind szabadabb átjárhatóságot.

IRODALOM

1. *Gelfand, J. M., et al.*: Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Archives of dermatology*, (2005) *141*, 1537-41.
2. *Nestle, F. O., Kaplan D. H., Barker J.*: Psoriasis. *The New England journal of medicine*, (2009) *361*, 496-509.
3. *Christophers, E.*: Comorbidities in psoriasis. *Clinics in dermatology* (2007) *25*, 529-34.
4. *Gottlieb, A. B., C. Chao, and F. Dann*: Psoriasis comorbidities. *The Journal of dermatological treatment*, (2008) *19*, 5-21.
5. *Saurat, J.H., et al.*: Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *The British journal of dermatology*, (2008) *158*, 558-66.
6. *Menter, A., et al.*: Adalimumab therapy for moderate to severe psoriasis: A randomized, controlled phase III trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, (2008) *58*, 106-15.
7. *Papp, K., et al.*: Adalimumab for moderate to severe chronic plaque psoriasis: efficacy and safety of retreatment and disease recurrence following withdrawal from therapy. *The British journal of dermatology*, (2011) *164*, 434-41.
8. *Gordon, K., et al.*: Long-term efficacy and safety of adalimumab in patients with moderate to severe psoriasis treated continuously over 3 years: Results from an open-label extension study for patients from REVEAL. *Journal of the American Academy of Dermatology*, (2011).
9. *Burmester, G. R., et al.*: Adalimumab safety and mortality rates from global clinical trials of six immune-mediated inflammatory diseases. *Annals of the rheumatic diseases*, (2009) *68*, 1863-9.
10. *Doran, M.F., et al.*: Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. *Arthritis and rheumatism*, (2002) *46*, 2287-93.
11. *Lichtenstein, G. R., et al.*: Serious infections and mortality in association with therapies for Crohn's disease: TREAT registry. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, (2006) *4*, 621-30.

*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
(igazgató: Kárpáti Sarolta dr., egyetemi tanár)*

Előzetesen TNF-alpha gátló terápiában részesülő beteg ustekinumab kezelése*

Ustekinumab treatment of a patient with previous TNF-alpha inhibitor therapy

HOLLÓ PÉTER DR., JÓKAI HAJNALKA DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők súlyos psoriasis vulgarisban szenvedő férfibeteg esetét ismertetik. Az 51 éves, II-es típusú diabetes mellitusos páciensnek 22 éve ismert volt pikkelysömöre. A korábbi kezelési módok sikertelensége (lokális készítmények, balneoterápia, nb-UVB) és szövődményes alkalmazása (acitretin) után biológiai válaszmódosító kezelés indult adalimumabbal. A kezdeti javulást követően, mintegy 8 hónap elteltével a bőrtünetek kifejezett szóródása volt észlelhető, így váltás történt ustekinumabra. A kezelés hatására a psoriasisos plakkok gyors ütemben regrediáltak. Az ustekinumab terápia mindeddig sikeresen, szövődménymentesen zajlott. Az eset bemutatásán keresztül szerzők utalnak az IL-12/23 antagonistá ustekinumab biztonságos és eredményes alkalmazhatóságára azon psoriasisos betegeknél, akik a TNF-alpha gátlókra nem mutattak tartós terápiás válaszkészséget.

Kulcsszavak:
psoriasis vulgaris - TNF-alpha inhibitor -
terápia rezisztencia - ustekinumab

SUMMARY

Authors present the case of a male patient suffering from severe psoriasis vulgaris. The 51-year-old patient with type II diabetes mellitus had a 22-year-long history of chronic plaque psoriasis. As previous treatments proved to be inefficient (local therapy, balneotherapy, nb-UVB) or had complications (acitretin), biological therapy was initiated with adalimumab. Following initial improvement, after 8-month-long treatment duration skin symptoms definitely recurred and therapy was switched to ustekinumab which resulted a rapid regression of psoriatic plaques. So far the patient has been treated with ustekinumab successfully and without complications. Presenting this case authors refer to safe and successful application of the IL-12/23 antagonist ustekinumab in case of psoriatic patients who have previously failed to show a long-term therapeutic responsiveness to TNF-alpha inhibitors.

Key words:
psoriasis vulgaris - TNF-alpha inhibitor -
therapy resistance - ustekinumab

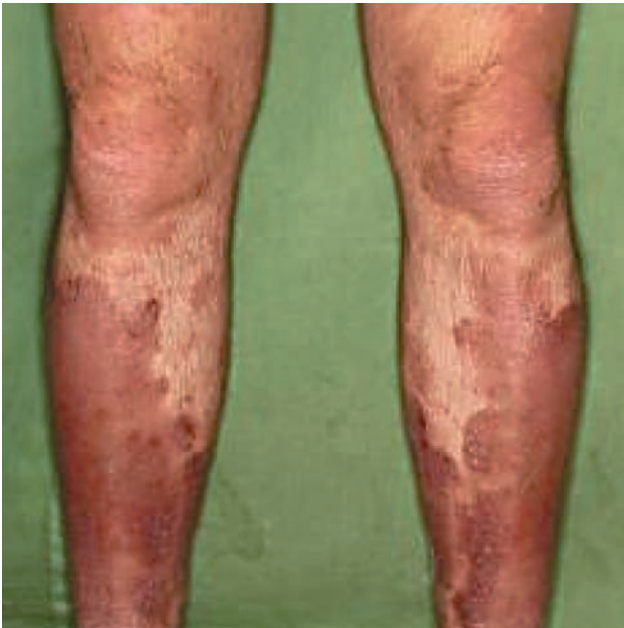
A mind újabb hatásmechanizmusú biológiai válaszmódosító szerek mindennapos gyakorlatba való bekerülése a középsúlyos-súlyos psoriasis kezelésében alapvetően megváltoztatta a kezelési stratégiánkat. Az IL12/23 gátló ustekinumab megjelenése révén a TNF-alpha gátlókkal szemben kialakult terápiarezisztencia vagy nem kívánatos mellékhatások jelentkezése esetén ma már mód van más támadáspontú szer alkalmazására. A TNF-alpha gátlókkal kezelt páciensek 20-30%-ánál szakítják meg a kezelést 2 éven belül a terápiás hatékonyság megszűnése vagy nem kívánatos mellékhatások fellépése miatt. Több vizsgálat igazolta, hogy az eredménytelen TNF-alpha gátló kezelés lényegesen gyakoribb azon betegeknél, akik korábban egy másik TNF-alpha inhibitor adására sem adtak hosszútávú,

kielégítő terápiás választ (1). Az ustekinumab hatékonyságát és biztonságos alkalmazhatóságát randomizált, kettős-vak, placebo-kontrollált klinikai vizsgálatok támasztják alá biológiai terápia naív betegeken psoriasisban (2, 3). Tekintettel a TNF-alpha gátlók széles körben való elterjedése óta eltelt egyre hosszabb időszakokra, nő azon betegek száma, akiknél indokolt a váltás más támadáspontú szerre. A TNF-alpha gátlókról az IL-12/23 antagonistá ustekinumabra történő váltás sikerességéről azonban egyelőre még kis számú adat áll rendelkezésre.

Esetismertetés

Az 51 éves férfi anamnézisében tonsillectomia, valamint 6 éve ismert és kezelt II-es típusú diabetes mellitus szerepelt. Pikkelysömörét 22 évvel korábban diagnosztizálták, ízületi panaszai nem voltak. Eleinte lokális készítményeket, narrow band UVB kezelést alkal-

* Szponzorált közlemény



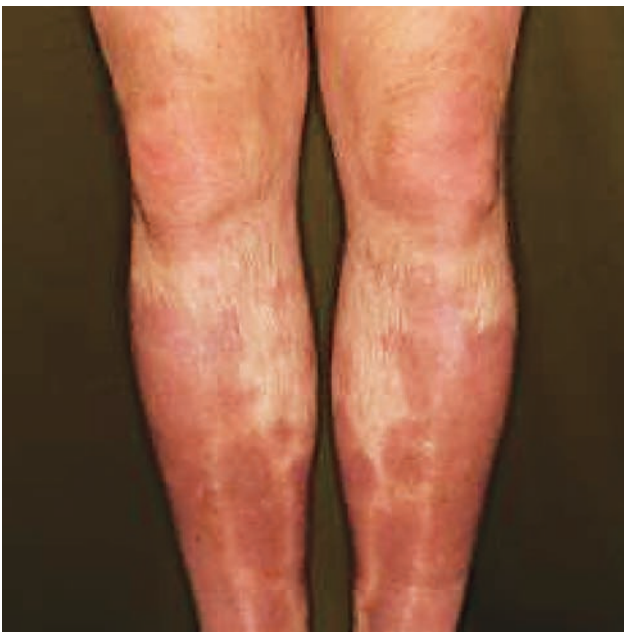
1. ábra

Parakeratotikus psoriasisos plakkok a térdéken és a lábszárak extensor felszínén, ustekinumab kezelés előtt



3. ábra

Kiterjedt psoriasisos bőrtünetek a törzsön, karokon, combokon, ustekinumab kezelés előtt



2. ábra

A térdék és lábszárak bőrtüneteinek remissziója 3 hónap ustekinumab kezelés után



4. ábra

A törzsön és a végtagokon észlelt léziók javulása 3 hónap ustekinumab kezelést követően

maztak. Később tünetei súlyosbodása miatt szisztémás acitretin terápia került beállításra, melyet azonban a triglicerid szint és a májenzimek emelkedése miatt el kellett hagyni. A bőrtünetek ismételt szóródása (PASI: 19,0; DLQI: 17) miatt ezt követően került sor biológiai válaszmodosító terápia elkezdésére. A szükséges vizsgálatok a kezelésnek semmilyen kontraindikációját nem igazolták. 2010 januárjában adalimumab terápia indítottunk (indukciós dózis: 80 mg sc., majd 2 hetente 40 mg sc.), melynek hatására 2 hónap alatt tünetmentessé vált. Mellékhatás a kezelés során nem jelentkezett. 8 hónapos terápiás időtartam után a bőrtünetek ismételt kifejezett exacerbációját (PASI: 16; DLQI: 12) tapasztaltuk. Az adalimumab adását felfüggesztettük és ustekinumab (Stelara, 45 mg sc.) kezelésre tér-

tünk át. 3 hónap elteltével csupán minimális maradványtünetet észleltünk a lábszárakon (PASI: 1,8; DLQI: 5), a kezelés azóta, több mint egy év elteltével sikeresen és szövődmenymentesen zajlik (PASI: 1,6; DLQI: 0) (1-4. ábra).

Megbeszélés

A psoriasis pathogenezisében sokáig a Th1 típusú helper T-sejtek vezető szerepét feltételezték, melyek differenciálódásának fő serkentő citokinmolekulája az antigénprezentáló sejtek által szekretált IL-12. A Th1 proinflamma-

torikus útvonal meghatározó effektoros citokinmolekuláihoz tartozik a TNF-alpha, melynek gyógyszeres gátlása ma már széles körben elterjedt terápiás lehetőség. A Th17 aktiváció meghatározó pathogenetikai jelentősége csak később vált egyértelművé. A Th17 irányú differenciálódásért az IL-23 tehető felelőssé. A psoriasisos betegek bőrtüneteinek kezelésére legújabban regisztrált készítmény, az ustekinumab az IL-12 és az IL-23 egyidejű blokkolásával a TNF-alpha inhibitoroknál átfogóbban képes a psoriasis molekuláris eseménysorozatának gátlására (4, 5).

Mindezek elméletileg alátámasztják az ustekinumabbal szemben támasztott megfelelő klinikai hatásosságra vonatkozó várakozást olyan betegeknél, akik megelőzően egy vagy akár több TNF-alpha gátló szerrel szemben is rezisztensnek bizonyultak.

Rallis és mtsai egy 68 éves, terápiarefrakter psoriasisos nőbeteg tartós, sikeres és szövődégmentes ustekinumab kezelését ismertetik, akinek tüneteinek korábban etanercept és adalimumab hatására sem javultak, az infliximab terápia során pedig számos mellékhatás jelentkezett (6). *Downs* tanulmányában 10 psoriasisban szenvedő, TNF-alpha gátlóval kezelt betegnél primer terápiarezisztencia vagy terápiás hatásvesztés miatt ustekinumab terápiát indítottak. Átlag 5 hónapos kezelési időtartam után 7 páciensnél 90%-os, 3 páciensnél pedig 75%-os PASI választ tapasztaltak (7).

Papp és mtsai a PHOENIX vizsgálat egyik karján azt tapasztalták, hogy a korábban TNF-alpha gátlóval sikertelenül kezelt betegeknél nagyobb a terápiarezisztencia rizikója. Az előzetesen TNF-alphára nem reagáló betegek mintegy 50%-a ért el PASI75 javulást ustekinumabra váltott terápia során 12 hét alatt, szemben a csak ustekinumabbal kezelték 70%-os arányával (8).

Esetünkben az ustekinumabra történő váltást a TNF-alpha gátlóval szemben kialakult rezisztencia indokolta; az újonnan beállított kezeléssel tartós, jó klinikai hatást sikerült elérni. Ugyanakkor további, nagy beteganyaggon végzett randomizált vizsgálatok szükségesek, hogy az egyes biológiai válaszmódosító antipszoriátikus kezelések közti váltások mindennapos gyakorlatban követett irányvonalait megfelelően alátámasszuk.

IRODALOM

1. *Clemmensen A. és mtsai.*: Responses to ustekinumab in the anti-TNF agent-naïve vs. anti-TNF agent-exposed patients with psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* (2011) 25, 1037-1040.
2. *Reich K., Yasothan U., Kirkpatrick P.*: Ustekinumab. *Nat Rev Drug Discov* (2009) 8, 355-356.
3. *Papoutsaki M., Costanzo A., Chimenti S.*: Emerging treatments in the management of psoriasis: biological targeting with ustekinumab. *Clin Cosmet Investig Dermatol* (2009) 2, 95-103.
4. *Tzu J., Kerdel F.*: From conventional to cutting edge: the new era of biologics in treatment of psoriasis. *Dermatol Ther* (2008) 21, 131-141.
5. *Mercuri S. R., Naldi L.*: Potential role of ustekinumab in the treatment of chronic plaque psoriasis. (2010) 4, 119-129.
6. *Rallis E., Verros C.*: Ustekinumab treats psoriasis refractory to seven conventional and biologic therapies. *Dermatol Online J* (2011) 17, 14.
7. *Downs A. M.*: Observational case series on a group of patients with severe psoriasis who failed to respond to antitumour necrosis factor alpha biologics and switched to ustekinumab. *Br J Dermatol* (2010) 163, 443-444.
8. *Papp K. A. és mtsai.*: Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 2). *Lancet* (2008) 371, 1675-1684.

*Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
(igazgató: Kárpáti Sarolta dr., egyetemi tanár)*

A psoriasis komorbiditásai - infliximab kezelés kardiológiai gondozás alatt álló betegnél*

Comorbidities of psoriasis - infliximab therapy on a patient with severe cardiologic symptoms

WIKONKÁL NORBERT DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A biológiai terápia Magyarországon elsődlegesen a súlyos és évtizedek óta fennálló kiterjedt tünetekkel járó psoriasis kezelésére szolgál. Ezen pácienseknek az esetek túlnyomó részében számos komorbiditással is bírnak, amelyek a psoriasis kezelése szempontjából is jelentőséggel bírnak. Esetismertetésünkkel komplex kardiológiai komorbiditással gondozás alatt álló páciensünk példáján az infliximab kezelés hatékonysága mellett annak biztonságosságáról is beszámolunk.

Kulcsszavak:
kardiális dekompenzáció - psoriasis -
infliximab - review

SUMMARY

Biological therapy in Hungary is mainly given to those with severe psoriasis often decades of advanced symptoms. These patients usually have comorbidities that may be relevant when it comes to choose therapy. Here we review some of the basic comorbidities and report a case when a patient with manifest cardiologic symptoms was successfully treated to represent the efficacy and safety of the use of infliximab.

Key words:
cardiac failure - psoriasis - infliximab -
review

Az a szemlélet, hogy a psoriasis pusztán a bőrt és annak keratinocitáit érintő betegség lenne, már a múlté. Ismerteink folyamatosan bővültek a pikkelysömör mechanizmusának megértésével, hogy mára felismerjük, hogy a pikkelysömör egy szisztémás gyulladásos eltérés felborult citokin rendszerrel, amelynek domináns manifesztációja a bőr, de a gyulladás az egész szervezet érinti. Ezzel összhangban a psoriasis komorbiditásai egyre nagyobb figyelmet kapnak.

A psoriasis komorbiditásai

Az a tény, hogy psoriasisos betegek jelentős része a pikkelysömör mellett egyéb betegséggel is érintett, nem újkéltű (1). A psoriasis és az egyéb társuló kórképek viszonya azonban sokáig nem volt egyértelmű. Relatív hamar felismerésre került az ízületi gyulladás, a psoriasisos arthritis és a pikkelysömör közötti összefüggés, de további szövődő kórképek esetén a direkt kapcsolat felismerése csak később történt meg.

Manapság a psoriasisához társuló kórképek száma egyre növekszik. A legismertebb a psoriasisához társuló ízületi gyulladás, de a szerzett anyagcserezavarok, a meta-

bolikus szindróma, dyslipidaemia, inzulinrezisztencia, 2-es típusú diabetes, obesitas is ide sorolható. Ezeknek a kórállapotoknak következménye a hipertónia, ill. kiterjedt atherosclerosis, amely fokozott kockázatot jelent a stroke és miokardiális történések szempontjából.

Fenti komorbiditások mellett kiterjedt irodalma van a psoriasis és malignus betegségek kapcsolatának is, amelyet alább röviden érintünk.

Arthritis psoriatica

A psoriasisához társuló komorbiditások közül elsődlegesen az arthritis a legkézenfekvőbb. Gyakorisága 25 és 34% közé tehető a psoriasisos betegek körében (2). A bőrtünetek az esetek 80%-ban az ízületi gyulladás előtt megjelennek, akár 10 évvel megelőzhetik az ízületi érintettséget(3, 4). Az arthritis psoriatica diagnózisa a Moll és Wright által felállított kritériumok alapján történik (5). Az eredeti kritériumok szerint az arthritis psoriatica diagnózisa felállítható, ha a páciensnek psoriasis van ízületi gyulladás kíséretében az alábbi jellemző típusok egyikével: poliartikuláris szimmetrikus, vagy oligoartikuláris (kevesebb mint 5 ízületet érintő) aszimmetrikus

* Szponzorált közlemény

arthritis, disztális interphalangeális ízületi gyulladás, spondylitis vagy arthritis mutilans. Az előrehaladott formáknál jellemző a kolbászujj, a teleszkópujj, mint speciális morfológia megjelenése. Fontos említeni, hogy az ízületi érintettség gyakran korábban psoriasisos körömr érintettség jelentkezik. Ennek alternatívája a "Classification Criteria for Psoriatic Arthritis" (6), ahol az arthritis megléte esetén pontszámmal értékeli azt, hogy erre az arthritis psoriatica diagnózisa kimondható-e. 3 pont esetén állítható fel az arthritis psoriatica diagnózisa, amiből 2 pontot ér a psoriasis bőrtüneteinek megléte. További egy-egy pontot jelent az anamnézisben szereplő arthritis psoriatica, a családban előforduló psoriasis, korábbi vagy jelenleg zajló dactylitis, juxtaartikuláris csont újdonszövődés, reumafaktor negativitás, ill. a psoriasisos körömtünet megléte.

Psoriasis és malignus folyamatok

A psoriasis komorbiditásai között különleges helyet foglal el a kórképhez társuló malignus folyamatok (7), amelyeknek a köre még az elmúlt években is bővült és úgy tűnik, hogy nem pusztán a psoriasis kezelésében alkalmazott készítmények által okozott fokozott rizikóról van szó. A malignus folyamatok, elsősorban a lymphomák gyakorisága – hasonlóan a rheumatoid arthritishez – magasabb psoriasis esetén is. Egy 1988-2002 között végzett nagy esetszámon végzett utánkötéses vizsgálatban a lymphomák, különösen a Hodgkin-kór és a cutan T-sejtes lymphoma fokozott kockázatát lehetett észlelni psoriasisos páciensek körében (8). Összefüggés volt megállapítható a pikkelysömör súlyossága és ezen kórképek kialakulásának esélye között is, azaz abban a páciens körben volt észlelhető több lymphoma, akik a bőrbetegségük súlyosság miatt PUVA, narrow-band UVB fototerápiát, metotrexát, azathioprin vagy cyclosporin A kezelést kaptak. Emellett szolid tumorokra való fogékonyság is valamelyest emelkedett a psoriasisos betegeknél. Leírták a fej-nyak tumorok, máj, hasnyálmirigy, tüdő, emlő és vesetumorok fokozott kockázatát (7, 9, 10). Természetesen a non melanoma bőrtumorok gyakorisága is emelkedett, ennek részletezése azonban meghaladja ezen közlemény kereteit.

Kardiológiai komorbiditások

A psoriasisoshoz társuló kórképek közül több is kardiológiai érintettséghez vezethet. Egyesek ezek közül indirekt módon, mint a metabolikus szindróma, hypertonia, dyslipidaemia, inzulinrezisztencia, 2-es típusú diabetes, obesitas, de a szisztémás gyulladásnak direkt kardiológiai hatása is létezik. A kardiovaszkuláris betegségek külön csoportot képeznek, hiszen a krónikus gyulladás, illetve az atherosclerosis között igazolt összefüggés létezik (11). Értelemszerűen a fenti kockázati tényezők mind akut myocardialis történés szempontjából is rizikótényezőt jelentenek, így nem meglepetés, hogy a psoriasisos betegek körében a myocardialis infarktus kialaku-

lásának az esélye az átlaghoz képest jóval gyakoribb. Szintén a kardiovaszkuláris rizikó komorbiditások csoportba tartozik az agyi érkatasztrófa, a stroke kialakulásának fokozott kockázata is. Egy brit vizsgálat szerint a súlyos psoriasisban szenvedők 43 százalékkal nagyobb kockázata van agyi érkatasztrófa az enyhe psoriasisban szenvedőkhöz képest. A szisztémás gyulladás és annak mediátorai vélelmezhetőek ennek a háttérben (12). 44164 beteg részvételével végzett vizsgálatban a psoriasisban szenvedők között szignifikánsan nagyobb eséllyel alakult ki stroke, mint a psoriasisos nem érintett kontroll csoportban (13).

A terápia hatása a komorbiditásokra

A psoriasis kezelésben használatos terápiás kezelések közül a fototerápiának és a lokális kezelésnek szisztémásan csekély hatása észlelhető, így ezek az általános gyulladás szempontjából szerényebb hatékonysággal bírnak. A komorbiditások szempontjából a konvencionális szisztémás kezelések és a biológiai terápia viszont kiemelten hatékony tud lenni. Számos közlés a kezelés és a komorbiditások közötti összefüggésről a reumatológiából szempontjából származik, de léteznek vizsgálatok psoriasis kezelésében is. 7600 pikkelysömörben szenvedő veterán vizsgálva a metotrexátot alacsony dózisban szedő csoport körében alacsonyabb volt a kardiovaszkuláris betegség, atherosclerosis és agyi érkatasztrófa kialakulásának az esélye (14). Ennek magyarázata, hogy a szisztémás gyulladás fékentartása a psoriasis kezelésén kívül ezekre a komorbiditásokra is jótékony hatással bír. A reumatológiai kórképek és a kardiovaszkuláris kórképek viszonyáról több adat áll rendelkezésre. Elsődlegesen rheumatoid arthritisben végeztek vizsgálatokat, ahol, hasonlóan a psoriasisoshoz, metotrexát alkalmazása esetén 70%-al csökkentek találták a kardiovaszkuláris mortalitást olyan páciensekhez képest, akik rheumatoid arthritis miatt csak egyéb DMARD kezelést kaptak (15). Infliximab és egyéb TNF-alfa gátlók alkalmazásával is kardiovaszkuláris kockázat sikeres csökkentéséről számoltak be (16, 17).

Fentiek tükrében megemlítenéd, hogy a kardiovaszkuláris kockázat és a biológiai terápia viszonya összetett, hiszen a NYHA kritériumok szerinti III-as, IV-es kardiális dekompenzációban a kezelés egyáltalán meg sem kezdhető.

Esetismertetés

65 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, akinek a távolabbi anamnézisében számos a psoriasis szempontjából releváns komorbiditás szerepel. 1987 óta ismert és kezelt hipertóniája, 1991 óta ismétlődő szívbetegséggel áll gondozás alatt, 1998-ban ismerték fel kifejezett hepatomegáliával járó diffúz májlézióját. 2001 óta dysthymia, depresszív hangulatzavar miatt áll kezelés alatt, illetve 2006-ban carotis doppler vizsgálattal igazolható volt kifejezett atherosclerosis. 1996 óta ismert 2-es típusú diabeteze, emellett erős dohányos, ezek együttesen vezettek közepes fokban beszűkült vesefunkcióhoz és jelentős fokú atherosclerosisához.

20 éve ismert kifejezett tünetekkel járó súlyos psoriasis, amely első észlelésünkör 37,1-es PASI értékkel és 26-os DLQI-val járt.



1. ábra

A páciens kiterjedt bőrtünetei az infliximab kezelés megkezdése előtt. PASI=37,1 DLQI=26



3. ábra

A kardiológiai beavatkozás előtt felfüggesztett Remicade kezelés a tünetek ismételt megjelenésével járt



2. ábra

A 14-ik hétre elért javulás:
PASI=0, DLQI=0



4. ábra

A sikeres stent beültetés után a kezelést visszaállítottuk, a tünetek gyors regresszióját lehetett észlelni

Ez jól tükrözi a páciens tüneteinek előrehaladott, kifejezett voltát. Korábban számos intézetben állt kezelés alatt, ahol többféle lokális kezelést kapott, évtizedeken keresztül használt lokális kortikoszteroidos készítményeket különböző hatáserősséggel. Több alkalommal került hospitalizációra, ezek során kapott dithranol kezelést. Esetenként fototerápiás kezelés sorozatokban narrow-band UVB és PUVA kezelést is kapott.

Szisztémás terápiában is részesült, több éven keresztül kapott napi 50mg dózisban acitretint. A szóba jövő egyéb szisztémás kezelések közül a metotrexátot hepatológiai vizsgálat tartott ellenjavalltnak, cyclosporint pedig a páciens diabeteses veseérintettsége, hypertóniája és magas vérzsír szintje miatt, belgyógyással konzultálva nem állíthattunk be. 2007-ben állapota annyira súlyos és terápiarezisztens volt, hogy egyéb adható kezelés hiányában infliximab infúziós kezelésre szántuk el magunkat OEP egyedi méltányossági eljárás keretében (1. ábra). A 2007 augusztusában elkezdett kezelést követően az indukciós időszak 14. hetére a bőrtünetei teljesen felszűntek, 100%-os PASI érték javulást észleltünk (2. ábra), melyet követően természetesen az infúzióit folytattuk az alkalmazásban előírt 8 hetes időintervallumokban.

2010. márciusában kardiológiai állapotfelmérés és coronarographia történt, aminek következményeként 2010. októberében stent beültetését végezték el. Az invazív beavatkozás előtt az esedékes infliximab infúzióját nem kapta meg, amely mellett a bőrtünetei jelentős progressziót mutattak. A beavatkozás sikeres volt, rövid rehabilitáció után jelentkezett ismételt kezelésre kiterjedt tünetekkel (3. ábra), ami miatt a kardiológiai egyetértés birtokában a kezelését heti 5mg metotrexát mellett ismételtel visszaállítottuk. A biológiai terápia ismételt elkezdése sikeres volt, mellékhatás nélkül tudtuk az infúziókat folytatni, aminek eredménye a korábbihoz hasonló rapid, markáns javulás volt (4. ábra).

Megbeszélés

Psoriasis gyakran előforduló komoly szisztémás betegség, amely a bőrtünetek mellett szisztémás gyulladás fenntartásával egyéb szervekkel is hatással van. A praxisban dolgozóknak fel kell ismerniük a psoriasis súlyos eseteit és komolyan kell venni az ezzel járó szisztémás gyulladást, ami egyéb betegségek kialakulásában szerepet játszhat. Általános elvek a psoriasisához társuló komorbiditások kezelésére továbbra is váratnak önmagukra, de a gyakorlatban, az egyes esetek kezelésében ezeknek nagy szerepe van már a terápia választásánál is. A terápia megválasztásánál a komorbiditásoknak meghatározó szerepük tud lenni, hiszen a szisztémás gyulladás mérséklésével az egyéb kockázatokat is mérsékelni lehet. Esetünk jól példázza, hogy egy súlyos psoriasisos páciensnél a betegség kontroll alatt tartása a bőrtüneteken kívül a kardiovaszkuláris kockázati tényezők javulását is előidézte odáig, hogy a páciensnél invazív érsebészeti beavatkozásra is sor tudott kerülni, amely aztán jelentősen javította az életkilátásokat. Az infliximab kezelést a

beavatkozás előtt el kellett hagyni, ami mellett a bőrtünetek fellángoltak, majd a sikeres rehabilitáció után a terápiát visszaállítva a páciensnél a korábbihoz hasonló kitűnő terápiai eredményeket lehetett ismételtel elérni.

IRODALOM

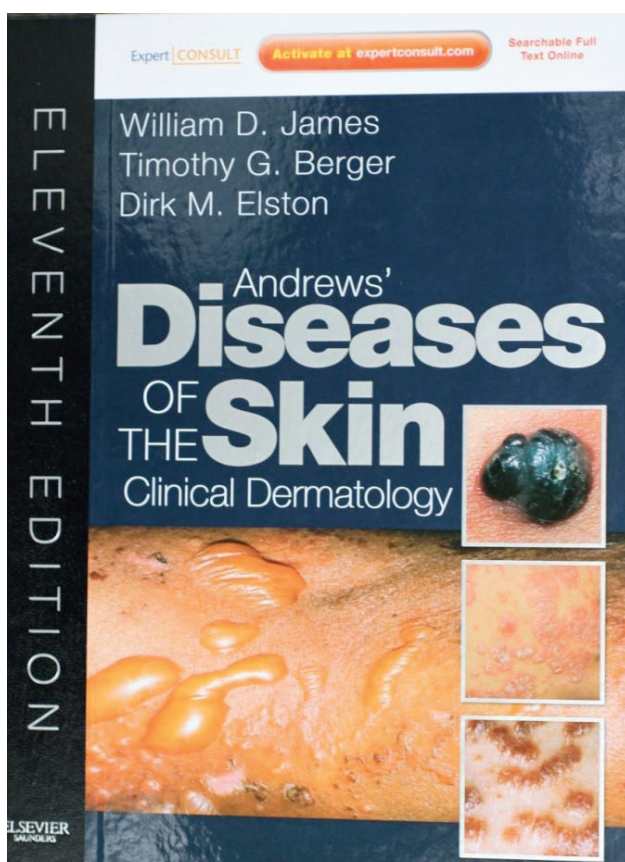
1. McDonald, C. J. and Calabresi P.: Psoriasis and occlusive vascular disease. The British journal of dermatology, (1978) 99, 469-75.
2. Gladman, D. D.: Psoriatic arthritis. Dermatologic therapy, (2004) 17, 350-63.
3. Gladman, D. D., et al.: Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Annals of the rheumatic diseases, (2005) 64 Suppl 2, 14-7.
4. Gottlieb, A. B., et al.: Clinical characteristics of psoriatic arthritis and psoriasis in dermatologists' offices. The Journal of dermatological treatment, (2006) 17, 279-87.
5. Moll, J.M. and Wright V.: Psoriatic arthritis. Seminars in arthritis and rheumatism, (1973) 3, 55-78.
6. Taylor, W., et al.: Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis and rheumatism, (2006) 54, 2665-73.
7. Olsen, J. H., H. Moller, and G. Frenzt: Malignant tumors in patients with psoriasis. Journal of the American Academy of Dermatology, (1992) 27, 716-22.
8. Gelfand, J. M., et al.: The risk of lymphoma in patients with psoriasis. The Journal of investigative dermatology, (2006) 126, 2194-201.
9. Boffetta, P., Gridley G. and Lindelof B.: Cancer risk in a population-based cohort of patients hospitalized for psoriasis in Sweden. The Journal of investigative dermatology, (2001) 117, 1531-7.
10. Frenzt, G. and J. H. Olsen: Malignant tumours and psoriasis: a follow-up study. The British journal of dermatology, (1999) 140, 237-42.
11. Shapiro, J., et al.: The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case-control study. Journal of the American Academy of Dermatology, (2007) 56, 629-34.
12. Gelfand, J. M., et al.: The risk of stroke in patients with psoriasis. The Journal of investigative dermatology, (2009) 129, 2411-8.
13. Kaye, J. A., L. Li, and Jick S. S.: Incidence of risk factors for myocardial infarction and other vascular diseases in patients with psoriasis. The British journal of dermatology, (2008) 159, 895-902.
14. Prodanovich, S., et al.: Methotrexate reduces incidence of vascular diseases in veterans with psoriasis or rheumatoid arthritis. Journal of the American Academy of Dermatology, (2005) 52, 262-7.
15. Choi, H. K., et al.: Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. Lancet, (2002) 359, 1173-7.
16. Naranjo, A., et al.: Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from the QUEST-RA study. Arthritis research & therapy, (2008) 10, 30.
17. Jacobsson, L. T., et al.: Treatment with tumor necrosis factor blockers is associated with a lower incidence of first cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. The Journal of rheumatology, (2005) 32, 1213-8.

KÖNYVISMERTETÉS

James W. D., Berger T. G., Elston D. M.:
**ANDREWS DISEASES OF THE SKIN
 CLINICAL DERMATOLOGY**
 ELSEVIER SAUNDERS 2011
 ISBN: 978-1-4377-0314-6
 International ISBN :978-0-8089-2417-3

Az 1950-től szakmai bibliaként emlegetett, 11. kiadásában megjelenő bőrgyógyászati tankönyv a bőrgyógyászati kórképek klinikai tüneteit, a jellemző symptomákat, a diagnosztikus módszereket, valamint az új terápiás lehetőségeket a modern kutatási eredményeket felhasználva tárgyalja.

A tartalmi felépítés a bőr anatómiai felépítésétől kiindulva a diagnózis pontosításának lehetőségeire fókuszál. A klinikai tüneteket a pruritus, neurocutan dermatosisok, atopias dermatitis, kontakt dermatitis, gyógyszer mellékhatások, erythema és urticaria fejezeteivel vezeti be.



Az ekzémás kórképek ismertetését többek között a hormon indukálta dermatosisok, immundeficienciák, purin nucleosid phosphoriláz deficiencia, chronikus granulomatosis kórképek (CGD), hyperimmunoglobulin E syndroma (HIES), komplement deficienciák, graft-versus-host kórképek egészítik ki.

A kontakt dermatitis fejezet aetiológiai faktorai, allergénjei naprakész irodalmi hivatkozásokkal olvashatók, a diagnosztikus lehetőségek a nemzetközi standardokat ismertetik.

A gyógyszer mellékhatások fejezetében a szenzibilizáció lehetőségei a klinikai képeken túl a provokáló gyógyszereknek megfelelően is részletezettek (pl. anticonvulsiv szerek, allopurinol, sulfonamidok, mynocylin, Dapson). Gyógyszer mellékhatások ismertetése kitér a TNF gátlók, a higanyvegyületek, valamint a bromo- és jododerma klinikai megjelenésére, továbbá az indukált autoimmun kórképekre is.

A további fejezetekben a kötőszöveti betegségek, mucinosok,

seborrhoeas kórképek demonstratív klinikai képanyaggal olvashatók.

Az infekciósus kórképek fejezetei között a syphilis mellett a yaws és a pinta is megtalálható.

Ugyancsak jól dokumentált a parazitózisok fejezete mely a földi, édes és sós vízi kórokozókat ismerteti.

A nutricionalis- és a metabolikus eredetű kórképek, az endokrin eltérések, a genodermatososok további önálló fejezetekben részletezettek

A bőr tumorok kórképeként csatolt klinikai dokumentációja kiemelkedő, hasonlóan a makrophag-monocyta vonatkozású kórképek, a cutan lymphoid hyperplasiák, cutan T sejt lymphomák, malignus lymphomák fejezete is.

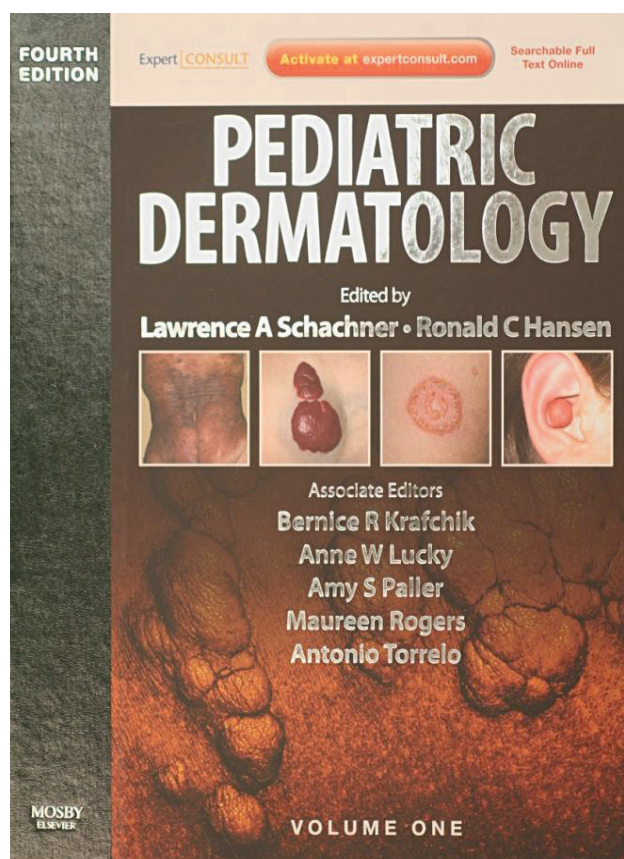
A terápiás lehetőségek kórképeként igen nagy részletességgel tárgyalta, önálló fejezetet a sebészi- és laser eljárások, valamint a kozmetológiai beavatkozások kaptak.

A könyv naprakész információt az gyakorló bőrgyógyászoknak, de klinikusoknak és a szakmát művelő kutatóknak is.

Temesvári Erzsébet dr.

Lawrence A. Schachner, Ronald C. Hansen eds:
PEDIATRIC DERMATOLOGY
 Mosby Elsevier 2011
 ISBN – 13: 9780723435402

A különlegesen igényes, fotókkal, táblázatokkal és ábrákkal illusztrált, öt társszerkesztő és két vezető szerkesztő által jegyzett kiadvány az újszülött- és gyermekkorban előforduló bőrgyógyászati betegségekre fókuszál. Két kötetben, hét fő fejezetre tagolódik. Áttekinti az általános bőrgyógyászati alapokat (bőrszerkezet, gyermekkori bőrbetegségek diagnosztikus algoritmus, terápiás alapel-



vek), az öröklődő és újszülött korban manifesztálódó betegségeket (genodermatosisok, ichthyosisok, bullosisok, fertőzések, sérülések) és az ahhoz kapcsolódó prenatális diagnosztikus lehetőségeket. Külön fejezetben tárgyalja a nyálkahártyákon megjelenő kórképeket, a pigment-anomáliákat és a haj eltéréseit. Kiemeli az ekzémás kórképeket, a papulosquamosus és a bullosus betegségeket. A daganatok és szisztémás betegségek közül tárgyalja az ér-malformációkat, anyajegyeket, a benignus és malignus kor-specifikus tumorokat és a gyermekkori autoimmun kórképeket (lupus erythematosus, juvenilis systemás sclerosis, juvenilis dermatomyositis, cryoproteinaemiák). Nagy áttekintő fejezet foglalkozik a bakteriális, virális, gombás kórképekkel, a fertőzéssel és a szexuális úton terjedő betegségekkel (ezen belül a HIV és AIDS gyermekkori vonatkozásaival). Az egyes kórképekhez kapcsolódóan részletes leírást, tünettant, patomechanizmust és terápiás részt találunk. Az olvasottakat színes

képanyag illusztrálja, egyes fontosabb tudnivalókat kisebb-nagyobb táblázatokban, „boxokban” foglalnak össze a szerzők a jobb és gyorsabb áttekinthetőség kedvéért. Az egyes fejezetek végén válogatott irodalmi jegyzékkel segítik a további tájékozódást az adott területen.

A kiadvány logikus, rendezett, jól áttekinthető beosztása lehetővé teszi a hatalmas információ-anyagban történő gyors tájékozódást, a kórképek beazonosítását és a szükséges teendők elvégzését. A könyv elsősorban bőrgyógyászok, gyermekgyógyászok, illetve a határterületen működő gyermek-bőrgyógyászok számára nyújt részletes összefoglalást, szakvizsgára kitérő felkészülési forrás. Rezidensek, szakorvosjelöltek, de a bőrgyógyászat iránt érdeklődő háziorvosok is haszonnal forgathatják.

Pónyai Györgyi dr.

KONGRESSZUSI NAPTÁR 2012

Allergológiai ülés

Rendezvény kezdete: 2012.02.16.
Rendezvény vége: 2012.02.16.
Helyszín: Magyarország, Debrecen, DAB Székház
Információ: Prof. Dr. Remenyik Éva, 4032 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98, DE OEC Bőrgyógyászati Klinika

Kapcsolat Napja

Rendezvény kezdete: 2012.02.18.
Rendezvény vége: 2012.02.18.
Helyszín: Magyarország, 4032 Debrecen, Nagyerdei krt.
98, DE OEC Bőrgyógyászati Klinika
Információ: Prof. Dr. Remenyik Éva, 4032 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98, DE OEC Bőrgyógyászati Klinika

DE OEC Bőrgyógyászati Klinika tudományos beszámolója

Rendezvény kezdete: 2012.03.26.
Rendezvény vége: 2012.03.26.
Helyszín: Magyarország, Debrecen, DAB Székház
Információ: Prof. Dr. Remenyik Éva, 4032 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98, DE OEC Bőrgyógyászati Klinika

I. Interdiszciplináris Magánorvosi Fórum 2012

Rendezvény kezdete: 2012.03.29.
Rendezvény vége: 2012.04.01.
Helyszín: Magyarország, Siófok, Hotel Azúr
Információ: Dr. Kovács János, Globomed Kft.

MAKIT XL. Kongresszusa

Rendezvény kezdete: 2012.05.17.
Rendezvény vége: 2012.05.19.
Helyszín: Magyarország, 8220 Balatonalmádi,
Bajcsy-Zsilinszky u. 14., Ramada Hotel & Resort Lake
Balaton
Információ:

EADV Training Course - Acne & Rosacea

Rendezvény kezdete: 2012.09.28.
Rendezvény vége: 2012.09.29.
Helyszín: Magyarország, 4032 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98., DE OEC Bőrgyógyászati Klinika
Információ: Prof. Dr. Remenyik Éva, 4032 Debrecen,
Nagyerdei krt. 98, DE OEC Bőrgyógyászati Klinika

Pszoriázis Világnap

Rendezvény kezdete: 2012.10.29.
Rendezvény vége: 2012.10.29.
Helyszín: Magyarország

Magyar STD Társaság XVII. Nagygyűlése, VI. Venerológiai Továbbképző Tanfolyam

Rendezvény kezdete: 2012.11.15.
Rendezvény vége: 2012.11.17.
Helyszín: Magyarország, Budapest
Információ: Dr. Tisza Tímea, Körúti Orvosi Centrum,
Budapest

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

Rendezvény kezdete: 2012.12.06.
Rendezvény vége: 2012.12.08.
Helyszín: Magyarország, 1089 Budapest, Nagyvárad tér
4., NET épülete (Nagyvárad téri Elméleti Tömb)
Információ: Convention Budapest Kft., Papp Zsombor

2nd ICAD 2012

Rendezvény kezdete: 2012.01.19.
Rendezvény vége: 2012.01.21.
Helyszín: Thailand, Bangkok
Információ:
http://www.dst.or.th/userfiles/file/ICAD%202012/icad2012_regform.pdf

15th Meeting of European Dermatology Forum

Rendezvény kezdete: 2012.01.19.
Rendezvény vége: 2012.01.21.
Helyszín: Svájc, Interlaken
Információ: www.euroderm.org

8th IACD World Congress

Rendezvény kezdete: 2012.01.31.
Rendezvény vége: 2012.02.04.
Helyszín: Mexico, Cancun
Információ: www.icadworld.org

DDG KOMPAKT 2012

Rendezvény kezdete: 2012.02.24.
Rendezvény vége: 2012.02.25.
Helyszín: Németország, Berlin
Információ: www.derma.de

The 10th AMWC 2012

Rendezvény kezdete: 2012.03.29.
Rendezvény vége: 2012.03.31.
Helyszín: Monaco, Monte Carlo
Információ: <http://www.euromedicom.com/amwc-2012/index.html>

11th Congress of European Society for Pediatric Dermatology

Rendezvény kezdete: 2012.05.16.
Rendezvény vége: 2012.05.19.
Helyszín: Törökország, Isztambul
Információ: www.espd2012.org

9th EADV Spring Symposium

Rendezvény kezdete: 2012.06.06.
Rendezvény vége: 2012.06.10.
Helyszín: Olaszország, Verona
Információ: www.eadv.org

18th Congress of the International Society for Human and Animal Mycology

Rendezvény kezdete: 2012.06.11.
Rendezvény vége: 2012.06.15.
Helyszín: Németország, Berlin
Információ: www.isham2012.org

67th Congress of the Brazilian Society of Dermatology

Rendezvény kezdete: 2012.09.01.
Rendezvény vége: 2012.09.04.
Helyszín: Brazília, Rio de Janeiro
Információ: <http://www.dermato2012.com.br/>

European Congress of Immunology 2012

Rendezvény kezdete: 2012.09.05.
Rendezvény vége: 2012.09.08.
Helyszín: Skócia, Glasgow
Információ: www.eci-glasgow2012.com

21st EADV Congress

Rendezvény kezdete: 2012.09.06.
Rendezvény vége: 2012.09.09.
Helyszín: Lettország, Riga
Információ: www.eadv.org

42nd Annual ESDR Meeting

Rendezvény kezdete: 2012.09.19.
Rendezvény vége: 2012.09.22.
Információ: www.esdr.org

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu