

B71

Nyíró Ilona dr., Laczó Andrea dr., Kutasi Zsuzsa dr.,  
Battyáni Zita dr.

## Sweet-szindróma esete colitis ulcerosás betegen



2.

2. ábra

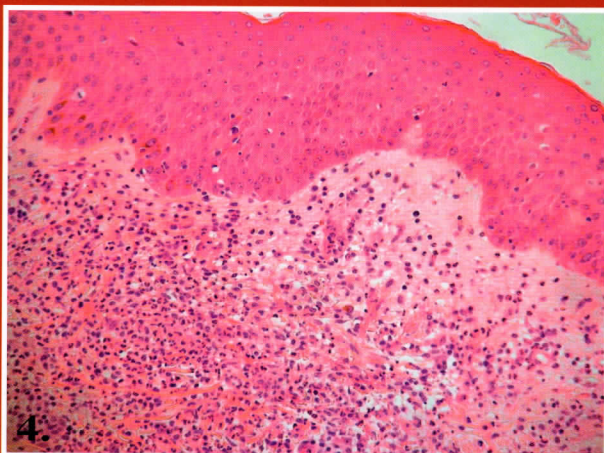
A plakkok laponan  
kiemelkednek



3.

3. ábra

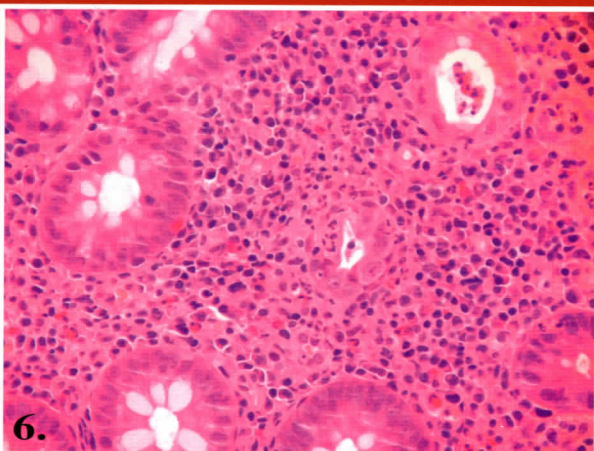
A könyök területén erythema exudativum  
multiforméhoz hasonló bőrjelenségek



4.

4. ábra

Kifejezett papillaris oedema, masszív  
dermalis perivascularis neutrophil  
infiltratio



6.

6. ábra

Sigma biopszia képe hasonló  
gyulladásos jeleket  
mutatott

# 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.	Várkonyi Viktória dr.

## TARTALOM

86. évf. 2010. 3. szám

*Pónyai Györgyi dr., Németh Ilona, Husz Sándor dr., Jurcsik Ágnes dr., Nebenführer László dr., Dinnyés Mária dr., Némethy Pálma dr., Kohánka Valéria dr., Temesvári Erzsébet dr.:*  
Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoport multicentrikus vizsgálata epoxy gyanta, MDBGN, tixocortol-pivalat és budesonid kontakt szenzibilizáció tesztelésére 2007-2008 ..... 71

## KAZUISZTIKA

*Rausch Ágota dr., Sima Ferenc dr., Cifra János dr.:*  
Grönblad – Strandberg szindróma esete ..... 76

*Nyírő Ilona dr., Laczó Andrea dr., Kutasi Zsuzsa dr., Battyáni Zita dr.:*  
Sweet – szindróma esete colitis ulcerosás betegen ..... 80

*Daróczy Judit dr.:*  
Lipödéma fagydagánattal ..... 84

## TERÁPIA

*Füredi Rita, Juhász Ferencné, Minauf Péter, Valovics Violetta:*  
A krónikus perifériás nyiroködéma komplex ödémamentesítő kezelése ..... 86

*Biczó Zsuzsanna dr.:*  
In memoriam Dr. Nagy Gyula ..... 92

Könyvismertetés ..... 94  
Kongresszusi naptár ..... 95

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

# 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	V. Várkonyi MD

## CONTENTS

Vol. 86. N° 3. 2010.

*Györgyi Pónyai, Ilona Németh, Sándor Husz, Ágnes Jurcsik, László Nebenführer, Mária Dinnyés, Pálma Némethy, Valéria Kohánka, Erzsébet Temesvári:*  
Multicentre study of the Contact Dermatitis Group of the Hungarian Dermatological Society for epoxy resin, MDBGN, tixocortol-pivalate and budenosoide contact hypersensitivity 2007-2008 .....71

## CASE REPORTS

*Ágota Rausch, Ferenc Sima, János Cifra:*  
A case of Grönblad – Strandberg syndrome .....76

*Ilona Nyírő, Andrea Laczó, Zsuzsa Kutasi, Zita Battyáni:*  
Sweet syndrome associated with ulcerative colitis .....80

*Judit Daróczy:*  
Chilblain in patient with lipoedema .....84

## THERAPY

*Rita Füredi, Juhász Ferencné, Péter Minauf, Violetta Valovics:*  
Complex decongestive physiotherapy of the peripheral chronic lymphoedema .....86

*Zsuzsanna Biczó:*  
In memoriam Gyula Nagy .....92

Book reviews .....94

Congress calendar .....95



*Semmelweis Egyetem, Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika*  
(igazgató: dr. Kárpáti Sarolta)<sup>1</sup>,  
*Szegedi Tudomány Egyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Centrum, Bőrgyógyászati és*  
*Allergológiai Klinika (igazgató: dr. Kemény Lajos)<sup>2</sup>,*  
*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (igazgató: dr. Bedros J. Róbert)<sup>3</sup>,*  
*Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet*  
(igazgató: dr. Radnai Zoltán)<sup>4</sup>,  
*Szentendrei Szakorvosi Rendelőintézet (igazgató: dr. Pázmány Annamária)<sup>5</sup>,*  
*Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet (igazgató: dr. Nagy Imre)<sup>6</sup>*

## **Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoport multicentrikus vizsgálata epoxy gyanta, MDBGN, tixocortol-pivalat és budesonid kontakt szenzibilizáció tesztelésére 2007-2008.**

### **Multicentre Study of the Contact Dermatitis Group of the Hungarian Dermatological Society for epoxy resin, MDBGN, tixocortol-pivalate and budesonide contact hypersensitivity 2007-2008.**

PÓNYAI GYÖRGYI DR.<sup>1</sup>, NÉMETH ILONA<sup>1</sup>, HUSZ SÁNDOR DR.<sup>2</sup>,  
JURCSIK ÁGNES DR.<sup>3</sup>, NEBENFÜHRER LÁSZLÓ DR.<sup>4</sup>, DINNYÉS MÁRIA DR.<sup>4</sup>,  
NÉMETHY PÁLMA DR.<sup>5</sup>, KOHÁNKA VALÉRIA DR.<sup>6</sup>, TEMESVÁRI ERZSÉBET DR.<sup>1</sup>

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

Az epoxy gyanta, metyldibromo-glutaronitril (MDBGN), tixocortol-pivalat, budesonid, környezeti és terápiás kontakt allergének hazai rutin tesztelésének bevezetését megelőzően 7 vizsgáló helyen történtek vizsgálatok 2007-2008-ban.

A közlemény a vizsgált 1448 beteg tesztelési adatainak feldolgozását, a szenzibilizációs gyakoriságot, a szenzibilizációra típusos klinikai tüneteket, valamint a teszreakciók specifikus jellemzőit ismerteti. A vizsgált kontakt allergének közül a budesonid 3,84%, a tixocortol-pivalat 2,0%, az MDBGN 1,77%, az epoxy gyanta 1,0% szenzibilizációs gyakoriságot mutatott, melynek eredményeként a fenti négy kontakt allergén az „Európai Standard”-ből a hazai gyakorlatba átvéve 2008-tól rutin tesztelésre került.

**Kulcsszavak:**  
**kontakt szenzibilizáció - epoxy gyanta - metyldibromo-glutaronitril - tixocortol-pivalat - budesonid**

#### **SUMMARY**

Prior to the introduction of testing for environmental and therapeutical contact allergens epoxy resin, methyl-dibromo-glutaronitril (MDBGN), tixocortol-pivalate and budesonide in Hungary, tests were carried out in 7 institutes in 2007-2008.

Authors present the processed testing data of 1448 patients with regard to the frequency of sensitization, typical clinical symptoms and the specific characteristics of test reactions. Of the tested contact allergens, budesonide showed a sensitization frequency of 3,84%, tixocortol-pivalate 2,0%, MDBGN 1,77% and epoxy resin 1,0%. Following the „European Standards” these 4 contact allergens have been included in the routine testing in Hungary.

**Key words:**  
**contact hypersensitivity - epoxy resin - metyldibromo-glutaronitrile - tixocortol-pivalate - budesonide**

A kontakt szenzibilizáció vizsgálata a *Jadasson-Block* in vivo tesztek bevezetése óta rutin a bőrgyógyászati gyakorlatban. Magyarországon *Rajka Ödön* 1923-tól alkalmazott tesztora nemzetközi viszonylatban is úttörő vállalkozás volt (12, 23), mert szoliter vizsgálatok helyett standard allergéneket vezetett be (terpentin, formalin,

HgCl<sub>2</sub>, nikkelszulfát, káliumdikromát és paraphenylandi-amin). Ezt a tesztort *Korossy Sándor* és *Király Kálmán* irányításával az 1970-es évektől kezdve bővítették (30) (*1. ábra*).

Az európai kontakt allergénsorok hazai bevezetését célozva a korábbi hazai rutin sor kibővítését epoxy gyanta,

1923	1969	1978	1980-85	1990-92	1993-2000	2007-2008
Rajka Ö.	Korossy S.	Korossy S.	Országos Bőr-Nemikórtani Intézet	Országos Bőr-Nemikórtani Intézet	Országos Bőr-Nemikórtani Intézet	SE Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
terpentín, formalin, HgCl <sub>2</sub> , nikkelszulfát, káliumdikromát, PPD	+ kobaltklorid, MBT, TMTD, perubalsam, chloramphenicol	+ phenylbutazon	+ neomycinszulfát, benzocain, vioform, parabén, lanolin, chlorquinaldol, kolofonium, pix lithantracis, IPPD, propolisz, rezorcín	+ propylenglycol, thiomersal, Hg(II)-amidochloratum, Quaternium 15, Katon CG	+ primin, sesquiterpen lacton mix, Fragrance mix I (fahéj alkohol, fahéj aldehid, eugenol, amil-fahéj aldehid, hydroxicitronellal, geránium olaj, isoeugenol, oak moss)	+ budesonid, tixocortol pivalat, epoxy gyanta, methyl dibromoglutaronitril, Fragrance mix II. (citral, citronellol, kumarin, farnesol, hexylcinnamat, hydroxyisohexyl 3-cyclohexen)

1. ábra

### Epicutan próbák kontakt allergén sorának bővülése Magyarországon

1. Szegei Tudomány Egyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika <i>Prof. Dr. Husz Sándor</i>	81
2. Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Bőrgyógyászat <i>Dr. Jurcsik Ágnes</i>	78
3. Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház Bőrgyógyászat <i>Dr. Nébenführer László</i>	64
4. Szentendrei Bőr- és Nemigondozó Intézet <i>Dr. Némethy Pálma</i>	63
5. Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Szakrendelő <i>Dr. Dimyész Mária</i>	61
6. Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet (OMFI) <i>Dr. Kohánka Valéria</i>	28
7. Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika	1073

1. táblázat

A multicentrikus vizsgálat intézetei és kivitelezői  
(n = 1448)

methyl dibromo-glutaronitril, tixocortol-pivalat és budesonid kontakt allergénekkal terveztük. A bevezetést megelőzően, a hazai bőrgyógyászati beteganyag tesztelésével multicentrikus vizsgálattal mértük fel ezen allergének szenzibilizációs gyakoriságát.

### Anyag és módszer

A teszteléseket hét centrumban, 1448 bőrbetegén végeztük (1. táblázat). A vizsgált betegek diagnózisát tekintve legtöbben az allergiás kontakt dermatitis, az irritatív kontakt dermatitis és az atópiás dermatitis csoportba tartoztak (2. táblázat és 2. ábra).

A multicentrikus vizsgálat során a Brial Allergen GmbH (Németország, Greven) által előállított allergéneket /epoxy gyanta 1%, methyl dibromo-glutaronitril (MDBGN/dibromodicy-

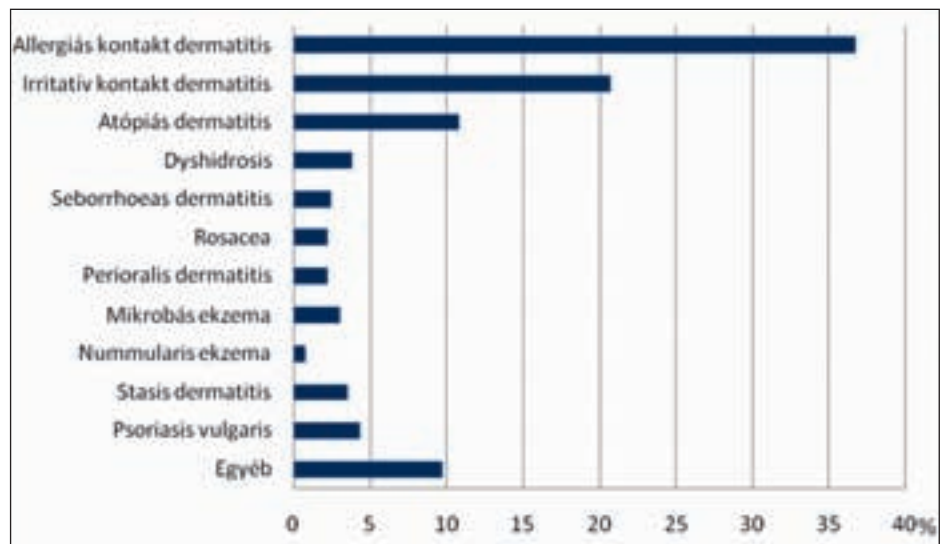
anobutan) 0,3%, tixocortol-pivalat 1% és budesonid 0,1%/ használtuk (forgalmazza: Spirolab Kft.).

A teszteléseket az epicutan tesztek nemzetközi metodikai előírásainak megfelelően végeztük (4, 7, 13, 30, 33, 34). A tesztek kiváltotta bőrreakciók leolvása 40 percen, 24, 48, 72, 96 órában történt. A Semmelweis Egyetem Bőr Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika tesztelt betegein (n=1 073) a 7. napos bőrreakciókat is értékeltük.

Diagnózis	n	%
Allergiás kontakt dermatitis	531	36,7
Irritatív kontakt dermatitis	300	20,7
Atópiás dermatitis	156	10,8
Dyshidrosis	55	3,8
Seborrhoeas dermatitis	35	2,4
Rosacea	32	2,2
Perioralis dermatitis	32	2,2
Mikrobás ekzema	43	3,0
Nummularis ekzema	10	0,7
Stasis dermatitis	51	3,5
Psoriasis vulgaris	62	4,3
Egyéb	141	9,7

2. táblázat

Vizsgált betegek diagnosztikus megoszlása  
(n = 1448)



2. ábra

Vizsgált betegek diagnosztikus megoszlása %-ban (n=1448)

Allergének	Magyarországi felmérés adatai (n=1448)					SE Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika adatai (n=1073)					
	20'	246	486	726	966	20'	246	486	726	966	7. nap
Epoxy gyanta	0,07	0,21	0,21	1,03	1,03	–	–	–	1,03	1,03	1,03
Methylidibromo-glutaronitril	–	0,48	1,10	1,31	1,59	–	0,28	0,93	1,12	1,49	1,77
Tixocortol-pivalat	–	–	0,69	1,59	1,80	–	–	0,47	1,68	1,96	2,01
Budesonid	–	0,21	1,24	2,76	3,38	–	–	0,93	2,89	2,89	3,84

3. táblázat

Kontakt szenzibilizáció %-os gyakorisága

### Eredmények

Az epoxy gyanta 40 perces értékelésben 1 betegen adott azonnali reakciót. A 72, 96 órás értékelések során mindkét időpontban 1,0%-os szenzibilizációs gyakoriságot tapasztaltunk (3. ábra). A szenzibilizáció gyakoriságát a 7. napos értékelés nem változtatta.

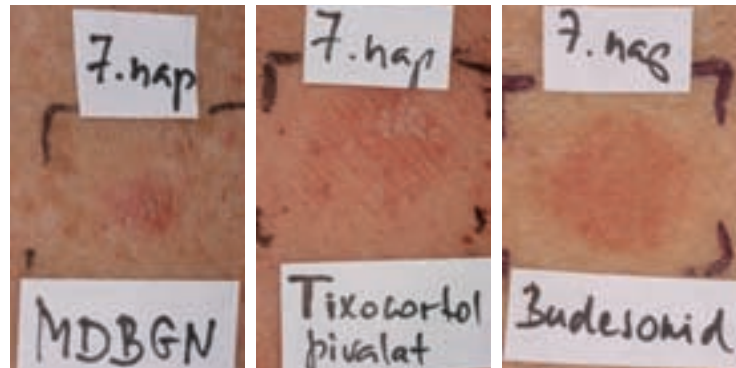


3. ábra

Epoxy gyanta reakciója  
96 órában

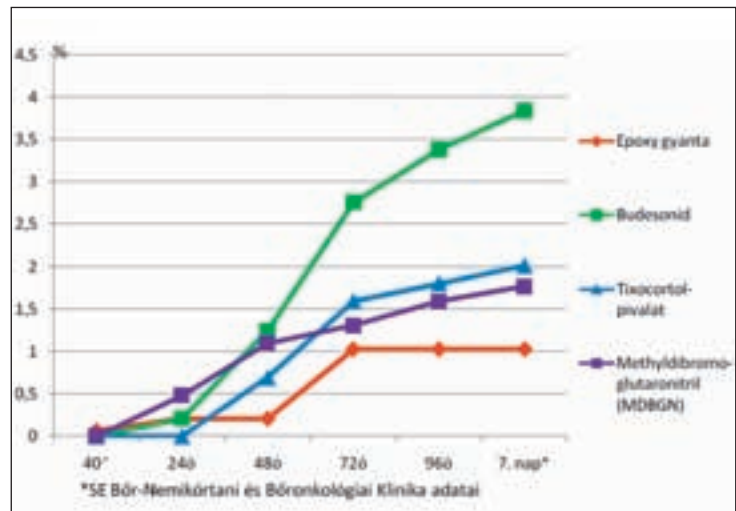
A methylidibromo-glutaronitril (MDBGN) tesztelése azonnali reakciót nem provokált, az értékelés során a szenzibilizáció emelkedő tendenciát mutatott. A tixocortol-pivalat vizsgálatokor azonnali reakciókat nem észleltünk, az idő elteltevel szenzibilizáció gyakorisága emelkedett, a 7. napra 2,0%-ra nőtt. A budesonid tesztelése során azonnali reakciót nem figyeltünk meg. Az értékelés során a szenzibilizáció gyakoriságának folyamatos emelkedését észleltünk (3. táblázat). A 7. napos értékelés jelentőségét a MDBGN és kortikoszteroid tesztelés során megjelenő késői reakciók emelik ki (4. és 5. ábra).

A diagnózis szerinti szenzibilizáció megoszlását tekintve epoxy gyanta kontakt szenzibilizációt az allergiás kontakt dermatitisen kívül dy-



4. ábra

MDBGN, tixocortol-pivalat és budesonid 7. napos reakciója



5. ábra

Pozitív reakciók megoszlása a leolvasási idő függvényében

Diagnózis	n	Pozitív esetszám			
		epoxy gyanta +n=15*	MDBGN +n=23	tixocortol-pivalat +n=26	budesonid +n=49
Allergiás kontakt dermatitis	531	7	13	17	22
Irritatív kontakt dermatitis	300		1		12
Atópiás dermatitis	156	2	3	1	5
Dyshidros	55	3*	2	1	2
Seborrhoeas dermatitis	35				2
Rosacea	32				
Perioralis dermatitis	32		1		1
Mikrobás ekzema	43	1		1	
Nummularis ekzema	10				
Stasis dermatitis	51	1	1	2	3
Psoriasis vulgaris	62		1		2
Egyéb	141	1	1	4	

\*1 kontakt urtica

4. táblázat

Pozitív reakciók diagnózis szerinti megoszlása (n=1448)

shidrosisban és atópiás dermatitisben is megfigyelhetünk, egy esetben kontakt urticariás reakciót is tapasztaltunk. A MDBGN kontakt szenzibilizáció az allergiás kontakt dermatitis mellett atópiás dermatitisben és dyshidrosisban is jelentkezett. Tixocortol-pivalat kontakt szenzibilizáció allergiás kontakt dermatitisben halmozódott, de stasis dermatitis esetében is megfigyelhető volt. Figyelemre méltó a budesonid kontakt szenzibilizáció gyakorisága a klinikailag irritatív dermatitis tüneteivel jelentkező kórképekben, valamint atópiás dermatitisben és stasis dermatitisben (4. táblázat).

## Megbeszélés

A kontakt szenzibilizáció tesztelésére használt rutin sorok rendszeres bővítését az új környezeti kontakt allergének megjelenése és a halmozott expozíciók teszik szükségessé. Az egyes országok korábbi politikai és gazdasági szeparációja után a globalizáció eredményeként a környezeti kontakt allergének expozíciós és szenzibilizációs lehetőségei kiegyenlítődték. A hazai szenzibilizációs gyakoriságok előzetes feltérképezésére, a rutin epicutan sor bővítése előtt, multicentrikus vizsgálattal teszteltük a korábban testsorunkban nem szereplő négy kontakt allergént.

Ezek közül legrégebben ismert az *epoxy gyanta*, mely szintetikus gyanta (a bisphenol-A diglicidyl észtere), kontakt és aerogén allergén. Kezdetben foglalkozási allergénként (fém-, műanyag-, gumi-, fa-, kerámia-, építőipar, járműgyártás, elektromos ipar) vált ismertté, majd a mindennapi környezetben (műanyagok, festékek, ragasztó- és kötőanyagok, lakkok, körömpépítők összetevője) is megjelent. Felhasználják fogászati ellátásnál, valamint pacemakerek előállításában is (1, 3, 7, 22). Keresztreaktivitás a fogászati beavatkozásoknál használt BIS-GMA epoxy-dimethacrylátokkal és az újabb megfigyelések szerint a Fragrance mix I. illat komponenseivel lehetséges (2, 22). Tesztelésénél első sorban a koncentráció standardizálása volt a legnagyobb feladat, mivel a tesztek során kialakuló szenzibilizációval is számolni kellett, mely az ESSCA adatai alapján ma is 1%. (8). Expozíciója során a kontakt urticariás reakció sem szokatlan (24, 27). Az epoxy gyanta szenzibilizációs gyakorisága 1970-es években 1,8-5,6% volt (7), az EU-ban végzett multicentrikus felmérés szerint szenzibilizációs gyakorisága jelenleg 1,12% (8).

A *methyl dibromo-glutaronitril* (MDBGN / 1,2-dibromo-2,4-dicianobutan) viszonylag új, az 1980-as évektől ismert kontakt allergén, nedvesítőszerek, higiénés készítmények, sam-

ponok, toalett papírok, ragasztók és tisztítószeres konzerválószer. Az Euxyl K 400 kozmetikai konzerválószer tartalmazza (MDGBN és 2-fenoxyethanol 1:4 arányban) (1, 4, 8, 12, 13, 14, 15). Allergizáló hatása röviddel nagyüzemi alkalmazását követően ismertté vált. A szenzibilizációs hatást bizonyító első közlemény 1983-ban jelent meg (19), Hollandiában 1994-ben 4%-os gyakoriságú szenzibilizációt igazoltak (12). A kontakt szenzibilizáció lehetősége miatt a kozmetikumokban alkalmazott koncentrációját 1986-ban 0,1%-ban maximálták, majd egyes készítményekből ki is tiltották (13, 25, 31). Az irodalomban közölt szenzibilizációs gyakorisága változó, ezt a standardizálás előtti vizsgálatoknál használt eltérő koncentrációk (1%-ról 0,5%-ra történő csökkentés) is magyarázhatják, mivel a tesztek során az irritatív reakciók száma jelentős volt (4, 14, 32). Az utóbbi évek európai multicentrikus vizsgálatai a szenzibilizáció csökkenéséről számolnak be (2003: 4,6%, 2007: 2,6%), ami a szer korlátozásának köszönhető (15). Egy 2004-es európai multicentrikus vizsgálat 1,58%-os (8), az ESSCA 2009-ben közzétett felmérése Európa országaiban 0,1-5,6% közötti szenzibilizációs gyakoriságot igazolt (32).

A kortikoszteroid kontakt szenzibilizáció kialakulását elsőként hydrocortison helyi alkalmazás során észlelték (5,17). Az első felmérésekben a tesztelendő kortikoszteroid allergének monitorozását, a koncentrációk standardizálását *Dooms-Goossens és mtsai* végezték, ennek során derült fény az esetleges keresztreaktivitásokra is. 1991-ben *Dooms-Goossens* a 7. leggyakoribb kontakt allergénként említette a kortikoszteroidokat (9, 10, 11, 21). Hazai vonatkozásban elsőként *Matura* (20), majd kortikoszteroid kontakt szenzibilizáció-kazuisztika közlését követően (28) *Soós Gy. és mtsai* végeztek kortikoszteroidokkal multicentrikus felmérést, melynek eredményeként már 2004-ben javasolták a szteroid kontakt szenzibilizáció marker vizsgálatára a tixocortol-pivalat és a budesonid tesztelését a hazai rutin sorokban (26, 29) (5. táblázat).

A *tixocortol-pivalat* kontakt, inhalatív és szisztémás allergén, a kortikoszteroidok A csoportját képviseli. Kontakt

Kortikoszteroidok	Keresztreakciók lehetősége
<b>A: hydrocortison típusú</b> (tixocortol-pivalat, hydrocortison, hydrocortison acetat, prednisolon, methylprednisolon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Egyes csoporton belül</b></li> <li>● <b>B</b> (budesonid) – <b>D<sub>2</sub></b> (hydrocortison-17-butytrat)</li> </ul>
<b>B: acetonid</b> (amcinoid desonid, flucloronid, flunisolid, fluocinolon, acetonid, fluocinonid, halcinoid, procinonid, triamcinolon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>B</b> (budesonid) – <b>D<sub>1</sub></b> (aclometason dipropionat)</li> <li>● <b>D<sub>2</sub></b> – <b>A</b> (hydrocortison)</li> </ul>
<b>C: betamethason típusú</b>	
<b>D</b> <b>D<sub>1</sub></b> : betametason valerat, betametason dipropionat, clobetason, mometason, fluticason, propionat, aclomethason dipropionat	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>D<sub>2</sub></b> (methylprednisolon aceponat) – <b>A</b> (methylprednisolon)</li> </ul>
<b>D<sub>2</sub></b> : hydrocortison-17-butytrat, hydrocortison-17-aceponat, methylprednisolon aceponat, prednicarbat	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>D<sub>2</sub></b> (prednicarbat) – <b>A</b> (prednisolon)</li> </ul>

5. táblázat

Kortikoszteroidok és keresztreakciók lehetősége



Allergén	EU %	Mo % 966	Mo % 7. nap
epoxy gyanta	1,12	1,03	1,03
methylidibromo-glutaronitril (MDBGN)	1,58	1,59	1,77
tixocortol-pivalat	1,48	1,80	2,00
budesonid	1,48	3,38	3,84

#### 6. táblázat

Vizsgálataink és az EU adatok (JEADV 2008. 22: 174)

szenzibilizációs gyakorisága 0.51-5% (9,22). Tesztelésével a keresztreaktivitások révén az A és D<sub>2</sub> csoportok is vizsgálhatók (18).

A *budesonid* a B csoportú kortikoszteroidok reprezentáló kontakt allergénje (R és S izomer keveréke 1:1 arányban). A 2004-es európai multicentrikus vizsgálatokban 1,48% gyakoriságú szenzibilizációját bizonyították (8). Keresztreakció elsősorban a D<sub>2</sub> csoport tagjaival lehetséges (18).

Saját vizsgálatainkban a tesztek 96 órás és 7. napos értékelésben az európai adatokhoz viszonyítva az epoxy gyanta szenzibilizációs gyakorisága kissé alacsonyabb, de lényegesen nem tér el (6. táblázat). A MDBGN 96 órás és 7. napos szenzibilizációs adata a 2004-es európai átlagot minimálisan meghaladta, de a 2009-es közlés szerint az észak-európai országok átlagának megfelel (8, 32). A kortikoszteroid kontakt allergének közül a budesonid 7. napos 3,84%-os gyakorisága az európai átlaghoz viszonyítva több mint kétszeres, a tixocortol-pivalat 2,0%-os gyakorisága pedig az európai átlagot meghaladja (8). A kortikoszteroid kontakt szenzibilizáció ilyen arányú előfordulása valószínűleg hazai terápiás szokásainkat is tükrözi.

Fenti vizsgálataink alapján ez a négy kontakt allergén 2008-ban a Magyar Dermatológiai Társulat Kontakt Dermatitis Munkacsoportjának ajánlására bekerült a hazai rutin környezeti kontakt epicutan sorba.

#### IRODALOM

- Andersen K. E., White I. R., Goossens A.: Allergens from Standard Series. in Frosch P. J., Menné T., Lepoittevin J.-P. (eds). Contact Dermatitis 4th Edition. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag (2006) 453-506.
- Andersen K. E., Christensen L. P., Vølund A., Johansen J. D., Paulsen E.: Association between positive patch tests to epoxy resin and fragrance mix I ingredients. Contact Dermatitis (2009) 60, 155-157.
- Bandmann H.-J., Dohn W.: Die Epicutantestung. München, Verlag J.F. Bergmann. (1967) 138-139.
- Bruze M., Gruberger B., Goossens A., Hindsén M., Pontén A.: Allergic contact dermatitis from methylidibromoglutaronitrile. Dermatitis (2005) 16, 80-86.
- Burckhardt W.: Kontaktekzem durch Hydrocortisone. Hautarzt (1959) 10, 42-43.
- Cheng K. S., Alikhan A., Maibach H. I.: Complication of international standards for patch testing methodology and allergens. Dermatitis (2009) 20, 257-260.
- Cronin E.: Epoxy resins. in Contact Dermatitis. Edinburgh, London, New York, Churchill Livingstone (1980) 595-614.
- The ESSCA Writing Group: The European Surveillance System of Contact Allergens /ESSCA/ results of patch testing the standard series 2004. JEADV (2008) 22, 174-181.
- Dooms-Goossens A., Degreef H., Coopman S.: Corticosteroid contact allergy: A reality. In: Frosch P.J., Dooms-Goossens A., Lachapelle J. M. et al eds: in Current topics in Contact Dermatitis. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, (1989) 233-237.
- Dooms-Goossens A.: Corticosteroid contact allergy: A challenge to patch testing. Am J Contact Dermat (1993) 4, 120-122.
- Dooms-Goossens A., Andersen K. E., Brandao F. M. et al.: Corticosteroid contact allergy an EECDRG multicentric study. Contact Dermatitis (1996) 35, 40-44.
- de Groot A. C., de Cock P. A., Coenraads P. J. et al.: Methylidibromoglutaronitrile (Euxyl K400) is an important contact allergen in The Netherlands. Contact Dermatitis (1996) 34, 118-120.
- de Groot A. C.: Patch Testing 3rd edition. The Netherlands, acdegroot publishing (2008) 169, 256.
- Gruberger B., Andersen K. E., Brandão F. M. et al.: Patch testing with methylidibromoglutaronitrile, a multicentre study within the EECDRG. Contact Dermatitis (2005) 52, 14-18.
- Johansen J. D., Veien N., Laurberg G et al.: Decreasing trends in methylidibromo glutaronitrile contact allergy-following regulatory intervention. Contact Dermatitis (2008) 59, 48-51.
- Hajós K., Rajka Ö.: Asthma, ekzema és rokon kórképek az allergia tanának tükrében. Budapest (1944) 105-107.
- Kooij R.: Hypersensitivity to Hydrocortisone. Br J Dermatol (1959) 71, 392-394.
- Lepoittevin J.-P., Goossens A.: Moléculár basis for the recognition of haptens by T lymphocytes. in Lepoittevin J.-P., Basketter D.-A., Goossens A., Karlberg A.-T. (eds) Allergic contact dermatitis. The molecular basis. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag (1998) 113-128.
- Mathias C. G.: Contact dermatitis to a new biocide (Tektamer 38) used in paste glue formulation. Contact Dermatitis (1983) 9, 418.
- Matura M.: Corticosteroid contact allergy in Hungary. Contact Dermatitis (1998) 38, 225-226.
- Matura M., Goossens A.: Contact allergy to corticosteroids. Allergy (2000) 55, 698-704.
- Pontén A.: Epoxy resins systems. in Frosch P.J., Menné T., Lepoittevin J.-P. (eds): Contact Dermatitis 4th Edition. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag (2006) 595-599.
- Rajka Ö.: A túlérzékenység szerepe az ekzema pathogenezisében. Bőrgyógy Vener Szle (1923) 1, 49-51, 220-225.
- Sasseville D.: Contact urticaria from epoxy resin and reactive diluents. Contact Dermatitis (1998) 38, 57-58.
- The Scientific Committee on Cosmetic products and Non-Food Products intended for consumers. Opinion concerning methylidibromoglutaronitrile, COLIPA no. P77, adopted by the SCCNFP during the 20th plenary meeting of 4 June 2002. European Commission, 2002.
- Soós Gy., Baló-Banga J. M., Bata Zs. és mtsai: Corticosteroid kontakt szenzibilizáció magyarországi multicentrikus vizsgálata. Bőrgyógy Vener Szle (2004) 80, 203-208.
- Stutz N., Hertl M., Löffler H.: Anaphylaxis caused by contact urticaria because of epoxy resins: an extraordinary emergency. Contact Dermatitis (2008) 58, 307-309.
- Temesvári E., Podányi B., Horváth A.: Corticosteroid delayed contact sensitivity and cross reactions provoked by 20 mm patch test exposure. Contact Dermatitis (2000) 43, 177-178.
- Temesvári E., Soós Gy.: Kortikoszteroid allergia Allergológia és Klinikai Immunológia (2005) 8, 124-131.
- Temesvári E., Kárpáti S.: Gyakorlati allergológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, (2009) 317-329.
- Thyssen J. P., Johansen J. D., Menné T.: Contact allergy epidemics and their controls. Contact Dermatitis (2007) 56, 185-195.
- Uter W., Rámsch C., Aberer W. et al.: The European baseline series in 10 European Countries 2005/2006- Results of the European Surveillance System on Contact Allergens /ESSCA/. Contact Dermatitis (2009) 61, 31-38
- Wahlberg J. E., Elsner P., Kanerva L., Maibach H. I.: Management of Positive Patch Test Reactions. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag (2003) 105.
- Wahlberg J. E., Lindberg M.: Patch testing. in Frosch P.J., Menné T., Lepoittevin J.-P. (eds): Contact Dermatitis 4th Edition, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag (2006) 365-390.

Érkezett: 2009. XI. 17.

Közlésre elfogadva: 2010. II. 2.



**Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd**  
**Bőr- és Nemibeteg Gondozó (mb. gondozóvezető: Hardicsay Klára dr.)<sup>1</sup>,**  
**Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály (mb. osztályvezető: Sima Ferenc dr.)<sup>2</sup>,**  
**Pathológiai Osztály (osztályvezető: Bogner Barna dr.)<sup>3</sup>**

## **Grönblad-Strandberg szindróma esete** **A case of Grönblad-Strandberg syndrome**

RAUSCH ÁGOTA DR.<sup>1</sup>, SIMA FERENC DR.<sup>2</sup>, CIFRA JÁNOS DR.<sup>3</sup>

### **ÖSSZEFOGLALÁS**

A szerzők egy 41 éves, Grönblad-Strandberg szindrómás (pseudoxanthoma elasticum) beteg esetét ismertetik, akinél a szindróma valamennyi jellemző tünete fennállt, és különösen súlyos cardio- és cerebrovascularis szövődményei voltak.

Felhívják a figyelmet arra, hogy a bőrtünetek helyes felismerése vezetett a ritka kórkép diagnózisának felállításához. Ez adta meg a lehetőséget a további célzott vizsgálatok elvégzéséhez és a szövődmények kezeléséhez.

**Kulcsszavak:**  
**Grönblad-Strandberg szindróma -**  
**pseudoxanthoma elasticum**

A pseudoxanthoma elasticum (PXE) egy ritka, öröklődő rendellenesség, melynek kóros elváltozásai elsősorban a bőrt, a szemeket és a keringési rendszert érintik. Patológiai alapja a rugalmas rostok összetöredezése és elmeszesedése. Előfordulása 1:100.000, a nők valamivel gyakrabban érintettek. Korábban a PXE-t sporadikus betegséggént tartották számon, majd később autoszomális domináns és recesszív öröklődésmentről készült beszámolók jelentek meg. A legújabb kutatások autoszomális recesszív öröklődést bizonyítanak (5). Klinikai megjelenése változatos, az enyhébb, nem típusos esetek elkerülhetik a figyelmet, pedig a korai felismerés fontos a különféle szerveket érintő szövődmények megelőzése és/vagy kezelése szempontjából.

### **Esetismertetés**

A 41 éves férfi 2009. júniusában a jobb felső végtagon kialakult közepes, ill. a jobb alsó végtagon megjelenő súlyos fokú spasticus paresis miatt került az Ideggyógyászati osztályra. Jobb oldalon fokozott mélyreflexeket, piramis jeleket észleltek. Anamnézisében nagyobb betegség nem szerepelt. A következő vizsgálatok történtek:

#### *Nativ koponya CT vizsgálat*

Az intra- és extracerebrális liquorterek normális tágasságúak. A középvonal megtartott. Az agy állományában bal oldalon, frontálisan a kamrasík magasságában szabálytalan alakú, ujjbegynyi hypodens terület látszik. Hasonló elváltozás látható bal oldalon a frontoparietális határon a convexitáson. A kérgi régióban frontálisan bizonytalan góc gyanítható. A jobb oldalon a thalamus csúcsánál borsónyi liquoridens góc van. Mindkét arteria vertebralis meszes. Vélemény: Ischaemias laesio a bal oldalon frontálisan. Tértfoglalás kizá-

### **SUMMARY**

Authors report a case of a 41 years old male with typical signs and symptoms of Grönblad-Strandberg syndrome (Pseudoxanthoma elasticum). The patient had severe cardiovascular and cerebrovascular complications.

They are taking notice of, that the correct recognition of the symptoms of the skin led to the right diagnosis. That gave the opportunity to further aimed examinations, and to treat complications.

**Key words:**  
**Grönblad-Strandberg syndrome -**  
**pseudoxanthoma elasticum**

rására kontrasztanyag CT vizsgálat javasolt. Régi ischaemias góc a jobb ACM területében. Arteriosclerosis.

#### *Kontrasztanyag koponya CT vizsgálat*

A hypodens gócek kontrasztanyag halmozást nem mutatnak, új góc nem jelent meg. Tértfoglalást a vizsgálat nem igazolt.

#### *Nyaki color DS*

Bal oldalon az intima-media vastagsága 0,8 mm. A bifurcatio hátsó falán egy apró meszesedés látszik, áramlási eltérés nincs. Jobb oldalon az intima-media vastagsága 0,8 mm. Az internában color jel nem jelenik meg, az interna lumene összeesett, benne áramlás nem mérhető, oclusiora utaló spike-ok regisztrálhatók. A jobb vertebralis áramlása 60%-os stenosisnak felel meg, bal oldalon normális áramlás mérhető.

A beteg piracetam infúziós kezelésben részesült. Thrombosis profilaxis (alsó vágtagi) céljából enoxaparin-natrium injectiokat kapott, majd acetyl-szalicilsav+dipiridamole tablettára váltottak. Hypercholesterinaemia miatt (chol: 7,6 HDL-chol: 1,76 LDL-chol: 5,13) atorvastatin beállítása történt. A felvételekor észlelt magas vérnyomása (legmagasabb érték: 170/100 Hgmm) a későbbiekben normál tartományban volt (ált.:120/70 Hgmm).

A fennmaradó, enyhe fokú jobb oldali hemiparesis miatt Mozgásszervi rehabilitációs osztályra került, ahonnan bőrtünetei miatt gondozónkba irányították konzílium céljából.

#### *Klinikai kép*

Észlelésünkör a hónalj, könyök- és lágyékajlatok bőrén több tenyérynagyúságú területen színes gombostűfejnyi, lencsényi nagyságú, sárgás színű papulákat láttunk lineáris és retikuláris elrendezésben, néhol plakkokat alkotva. Axillárisan kifejezett redőképződés, a bőr fokozott nyújthatósága volt megfigyelhető (1. ábra). A nyak két oldalán lévő bőrelváltozások az úgynevezett „kopasztott csirkebőr” tünetét mutatták (2. ábra). A submentális területen horizontális lefutású, mély ráncot láttunk (3. ábra). Nyálkahártya tünet nem volt.

Többszöri rákérdezésre a beteg elmondta, hogy bőrtüneteit már több éve észlelte, mivel azonban panaszt nem okozott, orvoshoz



1. ábra

Axillárisan kifejezett redőképződés, a bőr fokozott nyújthatóságával



2. ábra

„kopasztott csirkebőr” tünet comedokkal és atrophias területekkel tarkítva



3. ábra

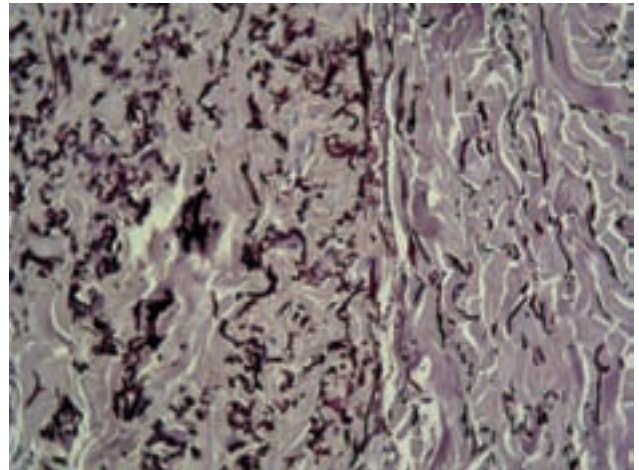
Submentálisan elhelyezkedő mély, horizontális lefutású ránc (mental crease)

nem fordult. Szüleit nem ismerte. Négy testvére közül nővérének van „ilyen bőre”, kapcsolatot velük nem tart.

A klinikai kép és anamnesis alapján pseudoxanthoma elasticum diagnózisa merült fel. A nyak bal oldalán, valamint a bal axilla elülső felszínén lévő bőrtünetekből punch biopsziát vettünk.

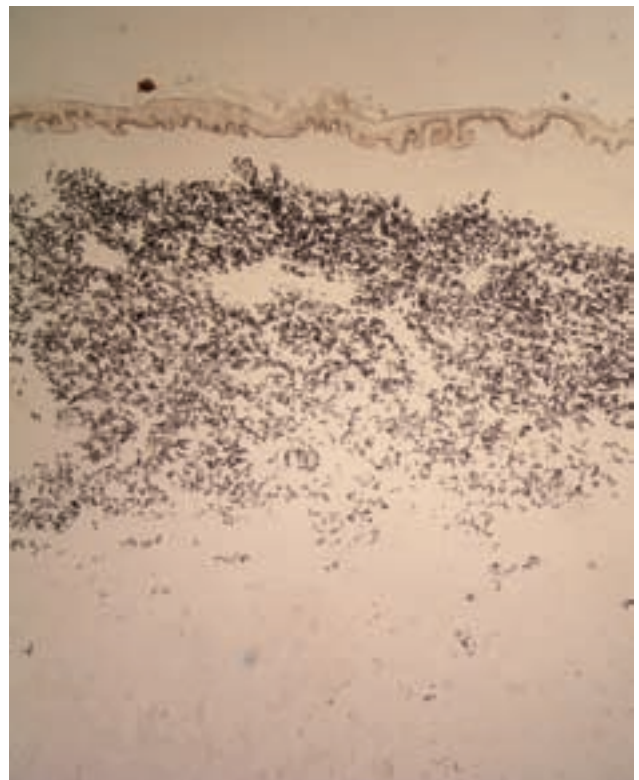
*Szövettani vizsgálat*

Mindkét minta felszínén típusos epidermis látható. A kimetszések egyik felében a reticuláris dermisben a környezetétől élesen elkülönülő, sejtmentes, vaskos, sávyszerű szakaszon összetöredezett rostokat tűnik fel, mely intenzív orcein festődése alapján rugalmas rost eredetű (4. ábra). Kossa reakcióval ezen a területen masszív mészlerakódás is igazolódott (5. ábra). A szöveti kép a speciális festésekkel észlelt sajátosságok alapján pseudoxanthoma elasticumnak bizonyult.



4. ábra

A fragmentálódott rugalmas rostok élesen elkülönülnek az épen maradtaktól (orcein f., 300x)



5. ábra

Kossa reakcióval masszív mészlerakódás mutatható ki (Kossa-módszer, 60x)

Miután a szövettani vizsgálat eredménye feltevéssünket igazolta, további kivizsgálásokat végeztünk.

#### *Szemészeti vizsgálat*

Külsőleg ép status. Töröközgek tiszták. Szemfenék: mindkét oldalon ép papilla. Maculatáj kifejezetten egyenetlen, nagyfokú pigmentzavar, helyenként hegesedés. Finom, barna színű csíkhálózat látható a hátsó póluson. A szemfenéki vizsgálat megerősíti a PXE diagnózisát. Jelenleg szemészeti teendő nincs, 3 hónap múlva kontroll.

#### *Hasi UH*

Hepar, cholecysta, közös epevezeték, pancreas, lép ultrahang képe normális. A vesék norm. nagyságúak, a veseparenchymában és az üregrendszerben is számos apró, hangárnyékkal nem kísért meszes reflexió látható mindkét oldalon. Vélemény: a vesékben észlelt elváltozások nagy valószínűséggel alapbetegségének szervi manifestációjának felelnek meg.

#### *Echocardiographia*

Normális tágasságú szívüregek, jó bal kamrai pumpafunkció. Körülírt 30 mm átmérőjű csúcsi aneurysma és benne 20 mm átmérőjű thrombus tapad. Concentrikus jellegű bal kamrai hypertrophia. Relaxatio zavarra jellemző mitrális beáramlási görbe.

Fenti súlyos szövődmény miatt a beteget jelenleg Kardiológia kezeli.

## Megbeszélés

A PXE egy ritka kötőszöveti megbetegedés, melyet *Rigal* ismertetett először (1881), aki leírta a bőrelváltozásokat, atípusos xanthomának véelve azokat. Ezt követően *Darier* kimutatta az elasztikus rostok rendellenes voltát, és a betegséget pseudoxanthoma elasticumnak nevezte el (1896). A svéd *Ester Grönblad* szemész és *James Strandberg* bőrgyógyász ismerték fel az összefüggést a bőrelváltozások és a szem betegsége között, és nevezték el Grönblad-Strandberg szindrómának (1929). *Touraine* az elastorrhexis systematisata elnevezést javasolta (1940). Ma a PXE, a Grönblad-Strandberg szindróma és az elastorrhexis systematisata elnevezés mindegyike elfogadott.

A betegség okaként az ABCC6 gén mutációját mutatták ki, mely gén az MRP6 fehérjét kódolja és a 16. kromoszóma p13.1 locusán található (3). Az MRP6 egy transzmembrális transzportért felelős fehérje, amely a vesében és a májban nagy mennyiségben van jelen, de a PXE által érintett szervekben is megtalálható. Szerepe még nem teljesen tisztázott. A mutáció következtében az MRP6 funkciója sérül. Mai tanulmányok feltételezik, hogy a károsodott MRP6 tevékenység következménye lehet olyan anyagok felszaporodása az extracelluláris térben, mint pl. a proteoglikánok vagy szisztémás mineralizációs modulátorok, pl. a fetuin-A, osteopontin. Következésképpen a PXE-t jelenleg metabolikus rendellenességként tartják számon (6, 7, 8, 9).

A bőrtünetek jellegzetesek: apró, sárga, lapos papulák fejlődnek ki, elsősorban a nyakon és összeolvadva plakkokat képeznek, amelyek a nyak bőrének „libabőrös”, illetve „kopasztott csirke” külsőt adnak. Gyakran részt vesz a folyamatban a könyök, a hónalj, a térdhajlat, az inguinális hajlat, valamint a köldök környékének bőre is. Amint a betegség előre halad, az érintett bőrterület ráncos, laza kötegekben csüngő lesz. Az elváltozások tünetmentesek, de kozmetikai szempontból zavaróak. Az ún. mentális ránc (mental crease) érzékeny és nagyfokban specifikus bőrtünete a PXE-nak, mivel a 30 év alatti betegek kétharmad részében megtalálható. Submentálisan horizontális lefutá-

sú, mély ránc látható, amint azt esetünkben is megfigyeltük. A ránc két oldalából függőlegesen és ferdén újabbak keletkezhetnek. E tünet észlelésekor, főként, ha ehhez szem- és/vagy egyéb vasculáris betegség társul, haladéktalanul ki kell vizsgálni a beteget PXE irányában.

A bőr biopsia szövettani képe jellemző: duzzadt, összecsomósodott és töredezett rugalmas rostokat mutat, kalcium lerakódással (4, 13). Hasonló elváltozások vannak a szem Bruch-membránjában, az erek, elsősorban a kis és közepes artériák elasticus rostjaiban, az endocardiumban és más szervekben.

Noha a bőr az elsődlegesen és legkorábban érintett szerv, a betegség lefolyását a szem és a cardiovascularis rendszer kóros elváltozásai határozzák meg (10).

A jellemző szemtünet az ún. angiooid csíkok, melyeket a retina elasticus rostjainak degenerációja és meszesedése okoz, ami a Bruch-membrán repedéseiből vezet. Ennek következtében a retina bevérvése, neovascularizációja és hegesedése alakul ki, ami végső esetben súlyos látásromláshoz vezethet. Az angiooid csíkok egymagukban nem körjelzők PXE-ra, más betegségekben is előfordulnak (11, 12).

A cardiovascularis rendszer tünete: angina pectoris, magas vérnyomás, a mitralis billentyű stenosisa vagy prolapsusa, hirtelen szívelégtelenség és szívhalál. A PXE vasculáris tüneteit a kis és középnagy artériák elasticus lemezének degenerációja és meszesedése okozza, mely elváltozások a betegek harmadában korai atherosclerosisához vezetnek (5).

A betegek 10 %-ában gastrointestinalis vérzések lépnek fel a submucosa ereinek meszesedése és törékenysége miatt. Vérzések léphetnek fel a cerebrovascularis rendszerben (2), a húgyrendszerben és az ízületekben is (5).

A legtöbb PXE esetet 10-15 éves életkorban kórismézik, de a bőrelváltozásokat már csecsemőkben is leírták (14). Mivel a tünetek nem mindig feltűnőek, a kórisme felállítása általában éveket késik.

A Grönblad-Strandberg szindróma nem gyógyítható. Az egyes szerveket érintő elváltozások ellenőrzést és gondozást igényelnek, illetve gyógyszeresen kezelhetők. Extrém súlyos bőrelváltozások esetén kozmetikai beavatkozások szóba jöhetnek (1).

Ismertetett esetünkben a betegség klinikai képét a súlyos vasculáris elváltozások uralták. A PXE-ra jellemző szem-, és bőrelváltozások ugyan nem okoztak panaszt a betegnek, azonban a diagnózis felállítását és a további kivizsgálásokat a bőrtünetek felismerése tette lehetővé. Genetikai vizsgálatok végzésére nem volt lehetőségünk.

## IRODALOM

1. Akram H., és mtsai.: Pseudoxanthoma elasticum. Brit J Oral Maxillofac Surg. (2008) 46, 237-38.
2. Bock A., Schwegler G.: Intracerebral haemorrhage as first manifestation of Pseudoxanthoma elasticum. Clin Neur Neurosurg. (2008) 110, 262-64.
3. Drera B., és mtsai.: Compound heterozygosity for a novel and recurrent ABCC6 gene mutation in an Italian family with Pseudoxanthoma elasticum. J Dermatol Science (2008) 49, 252-55.
4. Federico A., és mtsai.: Dystrophic calcinosis cutis in pseudoxanthoma elasticum. J Am Acad Dermatol. (2008) 58, 707-10.



5. *Finger R. P., és mtsai.*: Pseudoxanthoma elasticum: genetics, clinical manifestations and therapeutic approaches. *Surv Ophthalmol.* (2009) *54*, 272-85.
6. *Garcia-Fernandez M. I., és mtsai.*: Parameters of oxidative stress are present in the circulation of PXE patients. *Biochim Biophys Acta.* (2008) *1782*, 474-81.
7. *Götting Ch., és mtsai.*: Circulating P-, L and E-selectins in pseudoxanthoma elasticum patients. *Clin Biochem.* (2008) *41*, 368-74.
8. *Hendig D., és mtsai.*: The local calcification inhibitor matrix Gla protein in pseudoxanthoma elasticum. *Clin Biochem.* (2008) *41*, 407-12.
9. *Hendig D., és mtsai.*: Elevated serum levels of intracellular adhesion molecule ICAM-1 in Pseudoxanthoma elasticum. *Clin Chim Acta.* (2008) *394*, 54-58.
10. *Horváth G., Schneider I., Zombai E.*: Pseudoxanthoma elasticum kóreseink klinikánk 10 éves beteganyagában. *Orvosi Hetilap* (1995) *136*, 2779-82.
11. *Polgár V., Bausz M.*: Citogenetikai vizsgálatok familiáris halmozódást mutató Grönblad-Strandberg szindrómában. *Szemészet.* (1990) *127*, 137-41.
12. *Sebők B., Zombai E., Kiss A.*: Pseudoxanthoma elasticum. *Orvosi Hetilap* (1986) *127*, 77-80.
13. *Szalai Zs., Kassai E., Török É.*: Pseudoxanthoma elasticum kalcium depozitumokkal és exsudatív tünetekkel. *Bőrgyógy Vener Szle.* (2000) *76*, 241-44.
14. *Szöllősy R. és mtsai.*: A Grönblad-Strandberg szindrómáról egy eset kapcsán. *Gyermekegyógyászat* (2001) *52*, 366-68.

Érkezett: 2009. X. 12.

Közlésre elfogadva: 2010. II. 18.

## HAZAI HÍREK

Dr. Pálinkás József, az MTA elnöke, az Akadémia 180. közgyűlésén, 2010. május 3-án **Dr. Kemény Lajost**, a Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikájának tanszékvezető egyetemi tanárát a bőr immunológiájában, fotobiológiájában és biotechnológiájában elért kutatási eredményeiért, valamint a humán keratinociták mikroorganizmusok felismerésére szolgáló mintázatának elsőként való leírásáért és azok jellemzéséért Akadémiai Díjban részesítette.

*Professzor úrnak szívből gratulál a Magyar Dermatológiai Társulat, valamint a Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége.*

**Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászat Osztály**  
(vezető főorvos: **Dr. Battyáni Zita**)<sup>1</sup>,  
**Kaposi Mór Oktató kórház Pathológia Osztály**  
(vezető főorvos: **Dr. Viski Anna**)<sup>2</sup>

## Sweet-szindróma esete colitis ulcerosás betegen Sweet syndrome associated with ulcerative colitis

NYIRŐ ILONA DR.<sup>1</sup>, LACZÓ ANDREA DR.<sup>2</sup>, KUTASI ZSUZSA DR.<sup>1</sup>,  
BATTYÁNI ZITA DR.<sup>1</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők 46 éves nőbeteg esetét mutatják be, akinél évek óta fennálló colitis ulcerosa aktiválódása mellett, hirtelen megjelenő bőr, ízületi tünetek, láz és típusos laboratóriumi eltérés alapján felmerülő Sweet-szindróma diagnózisát a szövettani vizsgálat is megerősítette. A kivizsgálás során tumorra, haematológiai megbetegedésre utaló jelet nem találtak, infekciót igazolni nem tudtak. Bőr és ízületi tünetei, szubjektív panaszai és laboratóriumi eltérései kortikoszteroid adására gyorsan javultak. Gyulladásos bélbetegségének progressziója miatt belgyógyászati kezelésben részesült, állapota azóta stabilizálódott, bőrtünetei nem recidiváltak. A Sweet-szindróma bélbetegséggel való társulása az irodalomban jól ismert, azonban az ismertetett eset a ritkább társulási formát mutatja be.

**Kulcsszavak:**  
**Sweet-szindróma - colitis ulcerosa**

### SUMMARY

Authors report the case of a 46-year-old female patient with exacerbation of ulcerative colitis, who presented with rapidly developed skin and joint symptoms, fever and specific laboratory changes. Diagnosis of Sweet syndrome was based on the clinical picture and the histology. Underlying internal malignancy, haematological disorder or infectious disease was excluded. The skin and joint symptoms, laboratory changes responded well to corticosteroid therapy.

Her progressive inflammatory bowel disease was treated by the physician. Due to the constant therapy her gastrointestinal status is stable, skin changes didn't recur. The association of Sweet syndrome and bowel disease is well-known in the literature, but this case report gives an account of the more uncommon association.

**Key words:**  
**Sweet's syndrome - ulcerative colitis**

A colitis ulcerosa ismeretlen etiológiájú gyulladásos bélbetegség, mely gyakran társul extraintestinális (reumatológiai, szemészeti, kután) manifesztációkkal, mint az erythema nodosum és a pyoderma gangrenosum (1, 2). Sweet-szindrómával való társulása azonban ritka e megbetegedésnek (1, 2).

Az acut febrilis neutrophil dermatosis első leírója 1964-ben *Robert Douglá Sweet* (1, 3, 4, 5, 6). A Sweet-szindróma akutan kezdődő, lázzal járó megbetegedés, amelyet főként arcon nyakon, mellkason, végtagokon megjelenő lividvörös, papulák, plakkok, időnként álhólyagok, pusztulák jellemeznek. Kísérhetik szem, szájnyálkahártya, ízületi tünetek és leírtak belszervi (tüdő, máj, vese, bélrendszeri) érintettséget e kórképpel kapcsolatban (6, 7, 8). Típusos laboratóriumi eltérések tartoznak e megbetegedéshez neutrophil leukocytosis, gyorsult süllýedés. Jellemző a szövettani kép is.

### Esetbemutató

Anamnézis: 47 éves nőbeteg, családi anamnézise negatív. 1991 óta gondozzák colitis ulcerosa miatt. 1995-ben cholecystectomy, majd

négy aranyér műtét történt. Gyógyszerérzékenység nem ismert. 2005 óta bélbetegsége miatt a meszalizine kezelést azathioprinral egészítették ki. 2006 januárjában colitise rosszabbodott, ízületi panaszok jelentkeztek, diclofenac adását kezdték. 2006 februárjában conjunctivitis miatt ciprofloxacín szemcseppet kapott. Osztályunkra 2006. február 20.-án került felvételére, láz mellett fellépő fájdalmas bőrtünetek, ízületi duzzanatok miatt.

Felvételkor a felső végtagok feszítő felszínén, a hát és a dekoltázs területén, combokon változó nagyságú 1-2 mm-től 1-2 cm ig terjedő lividvörös plakkokat észleltünk (1., 2., 3. ábra). Szájnyálkahártyán felületes kis eroziók helyezkedtek el, ízületi mérsékelt oedémák voltak. Jobb oldali conjunctiva belövellt. Láza 39 C° volt.

Laboratóriumi vizsgálatok: We: 92mm/6, fvs.:14,7 G/L, neutr: 13,8 G/L, CRP: 206,6mg/l, GPT: 49 U/l, gamma GT: 119 U/l. Szérum állandók, vesefunkciók normál tartományban voltak. Vizelet általános és üledék vizsgálat negatív. Torok, széklet bakteriológiai leoltása során kórokozó nem tenyészt ki. A széklet *Clostridium difficile* toxin kimutatás, valamint parazitológia vizsgálat negatív eredményt adtak. Se.Yersinia: neg, se.HSV: neg. Tumor markerek (AFP, CEA, CA19-9, CA125, CA15-3): neg. Hasi UH vizsgálat 2006. 01.26.: Bal oldali sigma bélfala vastagabb, megnagyobbodott nyirokcsomó észlelhető.

Vékonybél CT,virt. colonoscopia: 2006. 02. 05. Mérsékelt hepatosplenomegália. Mérsékelt megnagyobbodott ileo-coecalis nyirokcsomókon kívül kóros jel nincs EKG:, mellkas rtg:negatív volt.

*Differenciál diagnosztikai szempontból* klinikai kép alapján a Sweet-szindróma mellett erythema exsudativum multiforme lehetősége merült fel.

A klinikai kép alapján felmerült diagnózis bizonyítására a beteg bal felkarjáról próbakimetszést végeztünk szövettani vizsgálat céljából.



1. ábra

Főként a végtagokon és törzsön elhelyezkedő, pár változó nagyságú, több helyen anularis jellegű, livid plakk



2. ábra

A plakkok laposan kiemelkednek

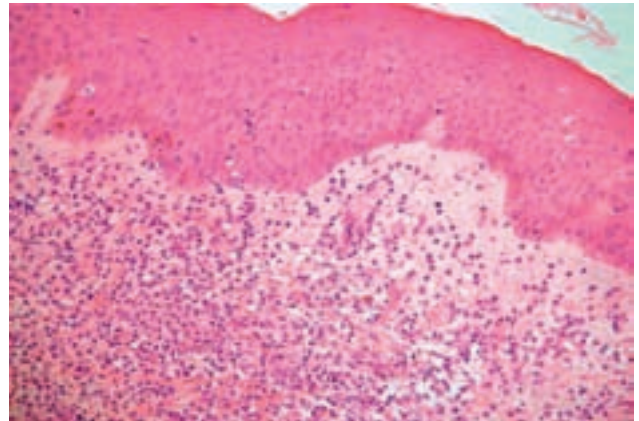


3. ábra

A könyök területén erythema exsudativum multiforméhoz hasonló bőrlenségek

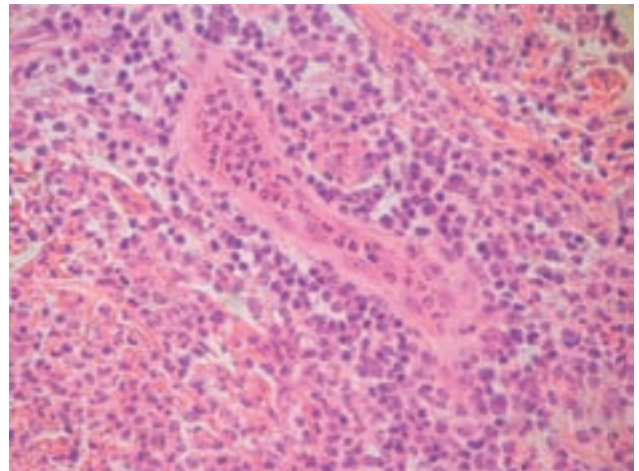
*Szövettani vizsgálat:*

Direkt immunfluoreszcencia IgG, IgA, IgM, és C3 antitestekkel negatív eredményt adott. A paraffinba ágyazott haematoxinil eosinnal festett metszeteken (4., 5. ábra) a kifejezett papillaris és dermalis oedema, perivascularisan dens neutrophil infiltratio mellett vasodilatációt, endothel duzzanatot és helyenként extravasatiót észlel-



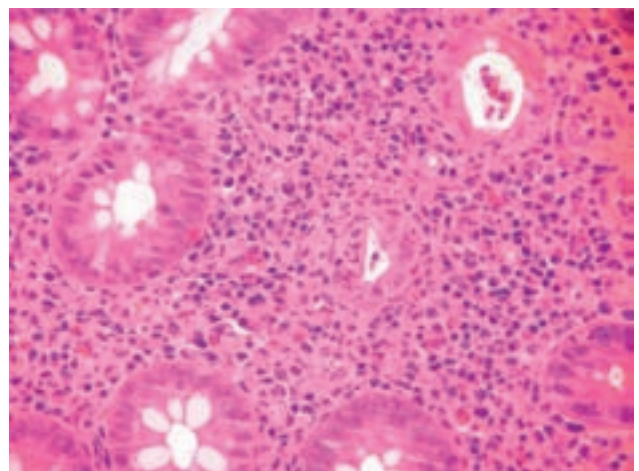
4. ábra

Kifejezett papillaris oedema, masszív dermalis perivascularis neutrophil infiltratio



5. ábra

Vasodilatáció, endothel megvastagodás, kifejezett neutrophil infiltratio és extravasatio



6. ábra

Sigma biopszia képe hasonló gyulladós jeleket mutatott





7. ábra

3 hét után maradványtünetek észlelhetők



8. ábra

6 héttel később teljes tünetmentesség

tünk, melyhez egyéb érkárosodás nem társult. A szövettani kép Sweet-szindróma lehetőségét támasztotta alá.

A betegnél, gastroenterológussal történő egyeztetés után 125 mg methylprednisolon i.v. adását kezdtük a korábban alkalmazott gyógyszerei (azathioprin 50mg/die, mesalasin 3x100mg/die, famotidin 40mg/die, tramadol sze.50mg, paracetamol sze., 2x500mg cefuroxim tbl) és colitises diéta folytatása mellett. Az ízület panaszai 1 nap után megszűntek, bőrtünetei is gyors javulást mutattak, colitise stagnált.

Ezen utóbbi miatt sigmoidoscopya valamint szövettani vizsgálat történt. A rectum ill. sigma alsó harmadán számos felszínes lineáris vérzéssel tarkított fekélyből a szövettani vizsgálat (6. ábra) colitis ulcerosa aktivitási jeleit igazolta.

Gastroenterológus javaslatára bevezetett ciprofloxacín kezelés mellett béltünetei is jelentősen javultak. Bőrtünetei heg nélkül gyógyultak (7., 8. ábra). Láza hőemelkedése teljesen megszűnt.

## Megbeszélés

A gyulladáshoz társuló bélbetegség (IBD) multifaktoriális kórkép, mely a vékony és/vagy vastagbél krónikus immun-mediált gyulladásával és relapsusra való hajlammal jellemezhető. Két fő formája a colitis ulcerosa és a Crohn betegség (9). IBD gyakran társul bőrgyógyászati megbetegedésekkel, de Sweet-szindrómával való előfordulása ritka.

A Sweet-szindróma vagy más néven akut lázzal kísért neutrophil dermatosis 1964-ben került először leírásra. E kórkép akut kezdetű, lázzal, leukocytosisal, fájdalmas erythemás plakkokkal járó megbetegedés.

A Sweet-szindróma ritka, pontos incidenciája nem ismert. Az irodalom világ szerte több mint négyszáz esetet említ. (4) Patogenezise részben ismeretlen, infekciók, bakteriális antigének, autoimmun mechanizmusok, immun komplexek, T-sejt aktiváció, módosult neutrophil funkció szerepét vetik fel a betegség kialakulásában (3, 5, 8).

A kórkép főként középkorú nőknél fordul elő (nő-ffi arány 5:1), lehet idiopatiás, infekciókhoz, myeloproliferatív megbetegedésekhez, malignomákhoz társulhat, de leírtak gyógyszer indukálta és egyéb betegséggel kapcsolódó formát is (2, 8). Az utóbbi években a közölt, IBD-vel társuló formák száma növekedett (1). Tumorról társuló formájában a férfi nő arány több szerző szerint is 1:1, melyek kb. az összes eset 20-25 %-át teszik ki (3).

Típusos esetben (hirtelen kezdet, láz, lividvörös papulák plakkok, nodusok a végtagokon, leukocytosis, típusos szövettan) nem okoz nehézséget a diagnózis felállítását. Ritkán előforduló tünetek a vesiculák, bullák, pustulák, urticariform exanthemák, ulceratiók, purpurák, haemorrhagiás léziók (6). Érintettek lehetnek a nyálkahártyák (szem, száj, genitáliák) és a synovialis felszínnek (6, 7). Arthralgia, myalgia, arthritis is gyakori társuló tünet (5, 7). Belsőszervi érintettségről, neurológiai, pulmonális, renalis, hepaticus is történtek közlések (6).

Betegünknel a bőrtünetek mellett conjunctivitis, ízületi érintettség valamint az ajak és száj nyálkahártyán aphthosus tünetek is jelentkeztek. Esetünkben a belsőszervi érintettség a colitis ulcerosa volt. Bőrtünetei az irodalomban leírtaknál kiterjedtebbek voltak.

A Sweet-szindróma diagnózisának felállításához, major és minor kritériumok nyújtanak segítséget (1, 6).

### Major kritériumok:

1. Hirtelen kezdődő típusos bőr tünetek.
2. Szövettani lelet mely a Sweet-szindrómára jellemző: Sűrű neutrophil infiltráció a dermisben.

### Minor kritériumok:

1. Láz >38 °C, általános gyengeség.
2. Korábbi nem spec. légzőszervi vagy gastrointestinális infekció vagy társulás. (Hemoproliferatív, gyulladáshoz társuló betegség, terhesség), szolid malignus tumorral.
3. Kitérő válasz kortikoszteroid vagy kálium iodatium terápiára.
4. Laboratóriumi eltérések:
  - emelkedett szüllyedés
  - C reaktiv protein pozitivitás
  - leukocytosis: 8000 feletti
  - >70 neutrophil granulocytá periferiás vérkenetben (4-ből 3 eltérés megléte szükséges).

A diagnózis felállításához mindkét major és legalább két minor kritérium megléte szükséges. Esetünk megfelel az említett feltételeknek.

Az etiológia és a társuló betegségek alapján a Sweet-szindróma nem egységes kórkép. Leggyakrabban az ún. *klasszikus*, vagy idiopathicus formával találkozhatunk, ahol az etiológia ismeretlen.

A parainflammatorikus betegségek: infekciózus vagy autoimmun eredetűek: IBD (colitis ulcerosa, Crohn betegség) sarcoidosis, dermatomyositis, Sjögren szindróma, lupus erythematosus, thyreoiditis, rheumatoid arthritis, kevert kötőszöveti betegség, Streptococcus infekció, Yersiniosis (12), húgyuti infekciók stb (6).

Az esetek 20 %-ában paraneoplasticus jelenségeként észleljük, ekkor a ffi:nő arány megegyezik, az idiopathias, vagy egyéb társulási formákkal leírt női túlsúllyal szemben. Férfiakon előforduló Sweet-szindróma esetén így nagyobb a lehetősége, hogy paraneoplaziás formáról van szó (6).

A haematológiai betegségek közül leggyakoribb myeloid leukaemia (5), de egyéb típusú leukaemiák, (myelodysplasia, Hodgkin, non-Hodgkin lymphomák stb.) is előfordulnak. A solid tumorok közül a genitourinaris traktus, emlő, gastrointestinum tumora a leggyakoribb. A Sweet-szindróma az esetek 2/3-ban a malignóma felismerése előtt jelentkezik (4).

A gyógyszer indukálta formákat granulocytamonocytacolonias stimuláló faktortól (GM-CSF), minocyclintől, trimethoprim-sulfamethoxazolom (13), carbamazepin, hidralazin és orális contraceptívumtól, al-transz-retinolsav, ofloxacin-tól (10), furosemid-től (14) észlelték.

A Sweet-szindróma azon esetei ahol bőrtünetek csak arcon jelennek meg, vagy csak 1-2 góc van lokalizált Sweet-szindrómának nevezzük. Ezeknél a láz, neutrophilia gyakran hiányzik. Egyes szerzők szerint, kézre lokalizálódó formánál gyakoribb a malignus tumor a háttérben (11).

Differenciáldiagnosztikai szempontból el kell különíteni: Erythema exsudativum multiformetől, erythema nodosumtól, erythema elevatum diutinumtól, lupus erythematosustól, cellulitistől, pyoderma gangrenosumtól. Esetünkben a klinikai kép alapján csak erythema exsudativum multiforme vetődött fel, de a típusos szövettan és a laboratóriumi eltérések egyértelművé tették a diagnózist.

Therápia 4-6 hetes prednisolon kezelés általában hatékony a bőrtünetek és szisztémás tünetek szanálásához. Betegünknel a kortikoszteroid önmagában gyors javulást, bőr és ízületi tünetei rövid időn belüli megszűnését eredményezte. Lokalizált tüneteknél helyi vagy intralesionális szteroid is jó hatású lehet. Kiegészítő kezelésként alkalmazott kálium-jodid (5, 11), colchicin (5) gyors regressziót eredményez. Enyhe esetben elsőként választandó szerek, indometacinum és clofazimin, kevésbé hatékonyak, mint az előbbiek. Dapsone, cyclosporin kezelés is eredményes de súlyos mellékhatások lehetősége miatt labor monitorozás szükséges.

Sweet-szindróma és IBD együttes előfordulása ritka, kevesebb mint 40 eset került közlésre(1). Colitis ulcerosával együtt való előfordulást 11 betegnél írták le. Crohn betegség, Colitis ulcerosa Sweet-szindróma társulás aránya 70%-30%.

Betegünknel az infekció mint kiváltó ok felmerült, azonban az elvégzett vizsgálatok ezt nem igazolták (széklet, torok bakteriológiai leoltás stb.)

Gyógyszereit hosszú ideje szedte, új gyógyszereket csak bőrtünetei kezdete után kapott. A bőrtünetek javulását követően változatlan gyógyszeres kezelés mellett nem ismétlődtek bőrtünetei, így gyógyszer kiváltó szerepe nem valószínű.

Esetünket a típusos klinikai és szövettani kép, és a colitis ulcerosával való ritka együttes előfordulás miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

## IRODALOM

1. Paoluzi O. A., Crispino P., A.: Amantea et al: Diffuse febrile dermatosis in a patient with active ulcerative colitis under treatment with steroids and azathioprine: a case of Sweet's syndrome: Digest Liver Dis. (2004) 36, 5, 361-366.
2. Károlyi Zs., Erős N., Újszászi J. és mtsai: Gyulladásos bélbetegségek bőr és nyálkahártyatünetei. Orvosi Hetilap (2000) 141, 25, 1391-1395.
3. Sziray Á., Vizi M., Mórocz I., Károlyi Zs.: Kézhaték neutrophil dermatosisa. Bőrgyógy. Vener. Szle (2007) 5, 161-184.
4. Chung V. Q., Moschella S. L., Zembovicz A. et al: Clinical and pathologic findings of paraneoplastic dermatoses. J Am Acad Dermatol (2006) 54, 745-761.
5. Török L., Seres K.: Akut febrilis neutrophil dermatosis (Sweet-szindróma). Orvosi Hetilap (1987) 128, 14, 721-723.
6. Péter R., Sallai Á., Haraszti G.: Sweet szindróma szemtünetekkel. Bőrgyógy. Vener. Szle. (1998) 74, 4, 189-192.
7. Zamanian A., Ameri A.: Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's syndrome): a study 15 cases in Iran. Int J Dermatol (2007) 46, 571-574.
8. Vaz A., Kramer K., Kalish R. A.: Sweet's syndrome in association with Crohn's disease. Postgrad. Med. J. (2000) 76, 901, 713-714.
9. Gaál M., Bata-Csörgő Zs., Husz S. et al.: Colitis ulcerosához társuló leukocytoclastikus vasculitis. Bőrgyógy. Vener. Szle. (2007) 2, 39-78.
10. Özdemir D., Korkmaz, U. Sahin I. et al.: Ofloxacin induced Sweet's syndrome in a patient with Crohn's disease. J Infection (2006) 52, 5, 155-157.
11. Weenig R. H., Bruce A. J., McEvoy M. T. et al.: Neutrophilic dermatosis of the hands: four new cases and review of the literature. Int J Dermatol (2004) 43, 2, 95-102.
12. Varga G., Újhelyi E., Szalóki P. et al.: Sweet-szindróma Yersinia pozitívással. Bőrgyógy. Vener. Szle (1996) 72, 3, 87-91.
13. Walker D. C., Philip R. Cohen P. C.: Trimethoprim-sulfamethoxazole-associated acute febrile neutrophilic dermatosis: Case report and review of drug-induced Sweet's syndrome. J Am Acad Dermatol. (1996) 34, 5, 918-923.
14. Govindarajan G., Bashir Q., Kuppusamy S. et al.: Sweet syndrome Associated with Furosemid. SMED JN (1998) 5, 570-572.

Érkezett: 2010. I. 6.

Közlésre elfogadva: 2010. III. 16.

**Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet  
Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály  
(osztályvezető: Daróczy Judit dr., c. egyetemi tanár)**

## Lipödéma fagydaganattal

### Chilblain in patient with lipoedema

DARÓCZY JUDIT DR.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A lipödéma gyakori, de ritkán diagnosztizált kórkép. Jellemző tünete a subcutan zsírszövet szimmetrikus, körülírt felszaporodása ami a combokon, karokon és a térd alatti területen jelentkezik. Gyakran társul nyiroködémával. A kialakulás oka nem ismert, de az autonóm idegrendszer károsodásának és a mikrocirkuláció zavarainak kóroki szerepe feltételezett. Lipödémában kialakult fagydaganat észlelésének leírása tudásunk szerint az irodalomban nem szerepel.

#### Kulcsszavak:

**lipödéma, fagydaganat - a bőr mikrocirkulációs funkciózavara**

#### SUMMARY

Lipoedema is a common but rarely diagnosed disease. It is characterised by symmetrical, circumscribed fat tissue accumulation on the thighs, arms and below the knee. It is commonly associated with lymphoedema. Etiology is not known. Autonom neuropathy and damaged microcirculation supposed to be pathological factors in the pathogenesis. According our knowledge it is the first description of chilblain developing in lipoedema patient.

#### Key words:

**lipoedema, chilblain - dysfunction of the skin microcirculation**

A károsodott mikrocirkuláció klinikai tünetei lipödémában megfigyelhetők. A végtagok hűvös tapintatúak, kifejezett a livedo reticularisra jellemző hálózatos livid színű bőrrajzolat. A hideggel szembeni intoleranciát gyakran panaszolják a lipödémás betegek. A mikrocirkuláció károsodása lipödémában lézer-Doppler vizsgálattal kimutatható (1).

#### Esetismertetés

24 éves nő, hideg téli hónapban, februárban jelentkezett avval a panasszal, hogy mindkét combján viszkető, égő érzéssel járó bőrpír jelent meg. Orvosától a viszkető, égő érzés csillapítására antihisztamin kezelést kapott. Állapota nem javult, a fájdalom a comb bőrben fokozódott.

Klinikai kép felvételkor: Lipödémás alkatú fiatal nő, az utóbbi években 6-8 kg-t hízott. A combok vastak, ujjnyomatot tartó ödéma nincs, a végtagokon kifejezett reticularis livedo rajzolat, gyöngyházfényű stria distensae. A lábszáron és a lábfejen nyiroködéma nem észlelhető, a lábujjak Stemmer pozitívak. Vizsgálatra készüléskor, a vetkőzészkor látható, hogy szoros, divatos farmer nadrágot visel, a varratok a bőrben benyomatot hagynak. Szimmetrikusan a combok feszítő felszínén kékes-vörös, a szívárvány egyéb színeit, így sárgás-piros elszíneződést is mutató hámreakció nélküli, minimális beszűrődéssel járó csomók észlelhetők. A kékes-vörös elszínezett bőrrel fedett plakkok és csomók a gluteuson is megfigyelhetők (1., 2. ábra). A területek hűvös tapintatúak, nyomásérzékenyek. Diagnózis: Pernio

Kezelés: Ichtyolos bedörzsölés, Lioton bedörzsölés, kompressziós harisnya viselése, non-steroid gyulladáscsökkentő, gyógytorna, szoros ruha kerülése. Betegsége természetéről fel kell világosítani.

#### Megbeszélés

A lipödéma gyakori állapot, kóros szerkezetű zsírszövet felszaporodásával jár. Ritkán diagnosztizált kórkép. A klinikai képet jellemzi a végtagok szimmetrikus megvastagodása, amelyet a szubkután zsírszövet abnormális lerakódása okoz.



1. ábra

Lipödéma I. stádium. A bal comb felső harmadában livid-vörös és kékes-lila bőrrel fedett tömött tapintatú plakk, számos gyöngyházfényű stria





2. ábra

A jobb comb felső és középső harmadában, valamint a glutealis területen 5-12 cm átmérőjű, kékes-vörös színű bőrrel fedett plakkok, gyöngyházfényű striák

kódása okoz, amely helyi ödémával társulhat és kialakul a lipo-lymphoedema. Krónikus betegség, folyamatos progresszió jellemzi. A felszaporodott zsírszövet tömege és az állapot súlyossága alapján I-IV stádium különíthető el. A bemutatott eset I. stádiumnak felel meg. Az alsó végtag érintettsége gyakoribb, mint a felső végtagé. A zsírszövet nyomásérzékeny, „fájdalmas zsírszövet” szindrómának is nevezik. A bemutatott esetben a comb megvastagodása és a kifejezett livedo reticularis, márványozott bőr jellemezte a klinikai képet. A striák kialakulása a kórképet jellemző súlygyarapodást és a kötőszövet, az elasztikus rostok károsodását jelzi. Az ízületi strukturák degenerálódása, artrozis kialakulása és a mozgáskor jelentkező fájdalom gyakran a beteg vezető panasza (6).

A felületes bőregek beidegzési zavara miatt (fordított axon reflex) gyakori a livedo reticularis. Különböző neuropathiákat is leírtak. A betegek hidegre, melege fokozottan érzékenyek, hajlamosan a panniculitis kialakulására. Ismert, hogy olyan betegeknél, akiknél pernio alakul ki kórosak a peripheriás vasomotoros funkciók. Nem működik megfelelően a veno-artériás reflex, ami a kis bőregek dilatációjának és összehúzódásának összehangolásáért felelős. A bőrkapillarisokban lassul a vérkeringés, mikroembolizációk jöhetnek létre a hideg hatására (2, 4, 5). A szoros ruházat viselése és hideg, nedves helyen való tartózkodás kerülendő. A keringés javítására az óvatos melegítés, szükség esetén alvadásgátló kezelés szükséges (3).

Kezelésében azt kell hangsúlyozni, hogy elsősorban a társbetegségeket és a szövődményeket kell megelőzni. A kórkép ismerete és a korai felismerés ezért fontos. Az optimális testsúly, a statikailag megfelelő lábbeli és a kornak, állapotnak megfelelő testmozgás alapvető, mert késlelteti az ízületi károsodás kialakulását. A társuló ödéma megelőzésére ajánlott I-II. kompressziós osztályba sorolt gyógyharisnya viselése. Nem ajánlott a térdharisnya, hanem a harisnyanadrágot (AM típus) kell felírni, mert a térdharisnya a térd alatti zsírszövet ödémakészségét fokozza. A betegek általában elégedetlenek az önképükkel, kövérnek, formátlanok tartják magukat, nem ritkán túlzott fogyókúrát folytatnak. A pszichés gondozás és az életmódbeli tanácsadás is a kezelés részét képezi.

#### IRODALOM

1. *Daróczy J.*: Pathology. P.:65-101, In: Browse N, Burnand K.G, Mortimer P.S.(ed.): Diseases of the Lymphatics, London, (2003).
2. *Golant A. és mtsai.*: Cold exposure injuries to the extremities. J Am Acad Orthop Surg. (2008) 16, 704-15.
3. *Hodl S.*: Treatment of freezing injury. Wien Med Wochenschr. (2005) 155, 199-203.
4. *Klüken N.*: Contribution á létude des troubles de la circulation périphérique des états acrocyanotiques et la livedo. Phlebologie, (1967) 4, 347-52.
5. *Long W. B. és mtsai.*: Cold injuries. J Long Ter Eff Med Implants (2005) 15, 67-78.
6. *Wenzl E., Daróczy J.*: A lipoedema, egy alig ismert kórkép: diagnózis, társbetegségek, kezelés. OH (2008) 149, 2121-27.

Érkezett: 2009. VII. 22.

Közlésre elfogadva: 2009. XI. 30.

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

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

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

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

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

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

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

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

*Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet  
Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály  
(osztályvezető: Daróczy Judit dr., c. egyetemi tanár)*

## **A krónikus perifériás nyiroködéma komplex ödémamentesítő kezelése**

### **Complex decongestive physiotherapy of the peripheral chronic lymphoedema**

FÜREDI RITA, JUHÁSZ FERENCNÉ, MINAUF PÉTER, VALOVICS VIOLETTA

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

*A komplex ödémamentesítő kezelés célja a kötőszövetben lévő nyirokfolyadék visszajuttatása a nyirokrendszerbe. A sikeres kezelés team munkát igényel, melyben az orvos, gyógytornász és nővér is részt vesz. Nélkülözhetetlen a beteg bevonása az aktív kezelésbe, a kompressziós pólya és a torna alkalmazásának megtanítása. A komplex kezelés elemei: manalis nyirokdrenázs, kompressziós pólya alkalmazása, speciális gyógytorna, mechanikus gépi kompresszió. A kezelés kontraindikációit és a mellékhatásokat is tárgyalják a szerzők.*

#### **Kulcsszavak:**

**krónikus perifériás nyiroködéma - komplex ödémamentesítő fizioterápia - manalis nyirokdrenázs - kompressziós pólya és harisnya - speciális gyógytorna, mechanikus gépi kompresszió**

#### **SUMMARY**

*The aim of the complex decongestive physiotherapy is the drainage of the lymph fluid from the connective tissue into the lymphatic system. The good practice for the management of lymphoedema needs the team work of medical doctor, physiotherapist and nurse. Patients should be involved in the active treatment of lymphoedema, they should practise the application of compression bandages and exercises. The main elements of the complex decongestive physiotherapy are as follows: manual lymphdrainage, compression bandages and stockings, special exercises, intermittent pneumatic compression. The side effects and the contraindications of the treatments are discussed.*

#### **Key words:**

**peripheral chronic lymphoedema - complex decongestive physiotherapy - manual lymphdrainage - compression bandages and stockings - special exercises - intermittent pneumatic compression**

Az ödémamentesítő kezeléssel az elégtelen vagy károsodott nyirokrendszer csökkent működése következtében a szövetekben rekedt magas fehérje-, és zsírtartalmú ödémafolyadékot kell a szövetekből eltávolítani, és a nagy nyirokértörzsekbe visszajuttatni.

Fizioterápiás eljárások kombinációjával érhető el az az optimális cél, hogy az extravaszkuláris térben rekedt anyag-, és folyadékmennyiség visszajusson az érrendszerbe.

A komplex ödémamentesítő kezelés elemei: 1. a manalis nyirokdrenázs, 2. a kompressziós pólya alkalmazása, 3. a speciális gyógytorna és 4. amennyiben nem kontraindikált, a gépi kompressziós kezelés (1, 2).

A kezeléssel a kötőszöveti rostok között megrekedt és a kötőszöveti alapanyaghoz kötődő nyirokfolyadékot az un. praelymphatikus réseken keresztül kell a nyirokkapillarisokba, majd a nagyobb nyirokerekbe juttatni. A kezelés hatására új kapcsolatok, shunt-ök alakulnak ki és az auto-

nom mozgású lymphangionok aktív közreműködésével a periféria felől a centrális nyirokerekbe kerül az ödémafolyadék.

A kezelést minden esetben orvos indikálja, és a gyógytornással, valamint a nővérral együtt határozzák meg az adott beteg esetében a kezelés elemeit. Az orvos ellenőrzi a kezelés közben fellépő esetleges szövödményeket, és módosítja vagy változtatja a kezelés ütemezését.

#### **1. Manalis nyirokdrenázs**

A manalis nyirokdrenázs (MLD) során a gyógytornász speciális masszázsfogásokat alkalmaz. A manalis nyirokdrenázs elve azon alapul, hogy a centrális nyirokerek- a nyaki, mellkasi, hasi nyirokcsomók és nagy nyirokerek- régiójának aktivizálásával (speciális masszázs) a gyógytornász szívó (drenáló) hatást gyakorol a perifériás nyirokrendszerre. A végtagokon és a törzsön alkalmazott

speciális „fogásokkal” összehúzódnak a nyirokkapillárisok és a kis gyűjtőerek a bőrben. A kapilláris shunt-ök megnyitásával mód van arra, hogy a károsodott nyirokrendszer megkerülve a nyirokköteles folyadékmennyiség a működőképes nyirokkapillárisokba, majd a kollektorokba és a nagy elvezető nyirokerekbe jusson.

A MLD alkalmazása valamennyi ödéma formában javasolt : primer-, és szekunder nyiroködémában, vénás betegségekkel együtt járó ödémában, lipödémában. Krónikus lábszársebek esetében is alkalmazható, ha a sebet nem kíséri akut gyulladás (cellulitis, orbánc).

A MLD a a centrális nyirokcsomók ingerlésével kezdődik, minden esetben a nyaki régióban, hogy a nyirokrendszer felkészülhessen a nagyobb nyirokmennyiség befogadására. Ezt követi a regionális nyirokcsomók ingerlése. Utána következik a proximális rész kiürítése, valamint ha szükséges a testet négy területre osztó, a test közepén függőlegesen és a deréktájon horizontálisan elhelyezkedő, vízvászító rendszer megnyitása a speciális fogásokkal. A perifériáról a centrum felé történik a drenálás. A MLD mindig a kompressziós pólyák alkalmazásával és tornával egészítendő ki.

### Esetismertetés

A sikeres kezelés egy példája az a bemutatott eset, melyben nyiroködéma, postthrombotikus szindróma, lipödéma együttesen okozták az elephantiasist.

54 éves férfi 30 éve észleli a bal alsó végtag fokozatos megvastagodását. Lipödéma következtében bőrlebensy keletkezett a bal combon, ami a kísérő nyiroködéma miatt ödéma-folyadékkal telt meg. Rugalmas tapintatú, görögdinnye nagyságú, a térdhajlatig lógó „bőrzacskó” alakult ki (1. ábra). A bőrlebensy felszínén papillomatosis és



1. ábra

Lipödéma és nyiroködéma együttes előfordulása.  
Nyirokfolyadékkal telt bőrzacskó a bal combon



2. ábra

A dinnye nagyságú bőrzacskó felszíne papillomatosis (elephantiasis)



3. ábra

Javult állapot 3 hetes kezelés után

nyirokér tárgulatok vannak (2. ábra). A beteg 2 alkalommal került felvételre 3-3 hetes kezelésre. Már 3 hét múlva észlelhető volt a javulás (3. ábra). Jól működött együtt, otthonában folytatta a kompressziós pólya alkalmazását. Fél év múlva, a megismételt komplex kezelés eredményeként, amiben a MLD vezető szerepet játszott, az ödéma kiürült a bőrzacskóból (4. ábra). Szóba jöhet az ödémamentesített bőrlebensy eltávolítása szövetcsökkentő műtéttel.

A kézi nyirokdrenázs kontraindikációja lehet abszolút és relatív. Kontraindikált a nyirokdrenázs alkalmazása, ha fennáll akut bakteriális vagy gombás fertőzés, thrombophlebitis, akut asztmás állapot, kezeletlen szívbeteg-





4. ábra  
Az előző beteg javult állapota fél éves  
kezelés után



5. ábra  
A szakszerűtlenül felhelyezett pólya szorítása  
következtében urtica alakult ki

ség, instabil magas vérnyomás, kezeletlen hyperthyreosis, kifeléelyesedett bőrmetasztázisokkal járó daganat, terhesség.

A kezelés relatív kontraindikált malignus nyiroködémában, szívritmuszavar esetén, a beteg együttműködésének hiányában. A kezelést meg kell szakítani hirtelen kialakuló bőrpír, láz, fájdalom esetén.

A sikeres kezeléssel elért jó állapot fenntartható azáltal, hogy egyes esetekben a beteget meg kell tanítani az önkezelés végzésére. Önkezelés alkalmazható a következő területeken: kéz-, és lábujjak, mell, has, mons pubis, scrotum, hímvessző, valamint az arc. Az önkezelés végrehajtásáról szemléltető leírást is kapnak a betegek.

## 2. A kompressziós pólya alkalmazása

A nyiroködéma komplex fizioterápiájának első szakasza a mobilis nyirokfolyadék eltávolítása, a második az elért állapot fenntartása. Az első szakasz fontos eszköze a kompressziós pólya (fásli). Rövid megnyúlású pólyát kell használni a kötés (bandázs) elkészítéséhez. A kötés célja, hogy a végtagra felhelyezve, olyan erejű állandó nyomást fejtsen ki, amelyik az artériás keringés akadályozása nélkül nyomást fejt ki a kötőszövetre, közvetve a vénákra és a nyirokerekre. A rövid megnyúlású pólyák munkanyomása magas, ezért aktív izomműködés mellett, ellentart az izom összehúzódásának és a végtagot mintegy kívülről megtámasztva, nagyban fokozza az izom pumpáló erejét és ezáltal a nyirokerek működésének aktivitását (összehúzóds-elernyedés). Az izompumpa elősegíti a nyirokfolyadék bejutását a kötőszövetből a kapillarisokba és a nagyobb nyirokerekbe. Ezért a kompressziós bandázs hatása az aktív mozgással, tornával együtt érvényesül. A pólya másik nagy előnye, hogy bármilyen formájú és méretű végtagra felhelyezhető, követi a végtag formáját, ami fontos, hiszen a kezelendő végtag igen extrém méretet és formát ölthet.

A helyes kompressziós pólyázási technikát a betegnek is meg kell tanulnia. Szükség lehet a családtagok bevo-



6. ábra  
A lábujjon a mollelaszt erosiót okozott

nására is, ha a bandázs feltétele a beteg számára problémát jelent (pl.: obes, ízületi panaszok, hypertonia). A fáslizás elsajátítását rendszeres fáslioktatással érhetjük el. A szakszerűtlen fáslizásnak lehetnek szövődményei. Ha a pólya szoros, akkor bőrpírt, csalángöböt okozhat (5. ábra), kép) vagy bőrsérüléshez vezet a lábujjak kötözésénél (6. ábra).

A kompressziós bandázsnak a pólyákon kívül vannak kiegészítő elemei, amelyek biztosítják a pólya nyomásának egyenletes elosztását. Ilyenek a gumí anyagú ovalis,



7. ábra

A lapkompressz hatására reaktív erythemás foltok keletkeztek

vese alakú és lap kompresszek, melyeknek helytelen alkalmazása is okozhat szövödményt (7. ábra). A kompressziós kötés egy alsó végtagra történő felhelyezéséhez szükséges: 2 m csőgéz, 1 db 8 cm széles rövid megnyúlású pólya, 4 db 12 cm-es pólya, 1 db mollelast lábujjközi tekerő, 2 db vese alakú kompressz, 2 db 10 és 15 cm-es cellona vattatekerés.

A kompressziós pólyákat félévente írhatja fel bőrgyógyász, sebész, érsebész, onkológus.

A kompressziós pólya használatának kontraindikációi: kritikus érzésküllet, diabetes mellitusban a használat a nappali órákra korlátozódik, malignus nyiroködéma, orbánc, dekompensált kardiális állapot, kezeletlen hipertónia, plégia, izületi betegségek. Ilyen esetekben a pólyák egyéni elbírálás alapján alkalmazhatóak.

A kompressziós kezelés második szakaszában kerül alkalmazásra a gyógyharisnya. Célja az elért optimális ödéma mentes állapot fenntartása. Tilos harisnyát adni ujjbenyomatott tartó, mobilis ödémafolyadékkal telt végtagra! A folyadék összenyomhatatlansága miatt a környező szövetek komprimálódnak, és romlik az artériás vérellátás. A sikeres kezelés végén a gyógyharisnyát szakorvos írhatja fel, azután, hogy a gyógytornással együtt meghatározta a gyógyharisnya típusát. Azért is fontos a gyógytornász bevonása, mert a kezeléseken folyamán hosszú időt tölt a beteggel, és a beteg életviteléhez, egyéni igényeihez alkalmazva, segíti a legmegfelelőbb segédeszköz típus kiválasztását.

A gyógyharisnyák típusai változatosak, az igényeknek megfelelően választhatók: térdharisnya, combharisnya, harisnyanadrág, félszáras harisnyanadrágok, karharisnya, kesztyű, lábtütyű, arc- és fejmaszk. A harisnya mérete lehet standard vagy egyéni. A felíró orvos négy kompressziós fokozat közül választhat.

A gyógyharisnya kontraindikációi: kritikus érzésküllet, súlyos izületi betegség, vénagyulladás, bőrgyulladás, plégia, együttműködés hiánya.

### 3. Speciális gyógytorna

A nyiroködéma komplex kezelésének fontos eleme a



8. ábra

Csoportos torna a tornateremben. A kompressziós pólya használata alapfeltétele a tornának

mozgásterápia. A tornát gyógytornász állítja össze és tanítja meg a betegnek, valamint ellenőrzi a gyakorlatok helyes kivitelezését és elsajátítását. A betegek a tornát általában csoportosan végzik fekvő, vagy ülő helyzetben. A csoportos torna előnye a feszültségoldó, hangulatjavító hatás is. Nyiroködéma kezeléssel foglalkozó egységekben szükséges a tornaterem biztosítása (8. ábra). Gyakran van arra szükség, hogy idős, vagy mozgáskorlátozott betegek egyéni mozgásterápiában is részesülhessenek.

**A nyiroktorna elemei:** Gerinc-, és légzőtorna valamint izompumpa gyakorlatok javasolhatók. A gerinc gyakorlatokkal az a cél, hogy aktiválódjon a törzsi nyirokrendszer és ezáltal megnyíljon a központi nyirokcsomók rendszere a keringés előtt. Ez a hatás nyújtózással, a törzs flexiós és rotációs gyakorlataival érhető el. A helyes hasi és mellkasi légzés elsajátítása fontos része a tornának, hiszen ezeknek a légzéstechnikáknak a segítségével stimulálódnak a törzsi nyirokcsatornák, illetve a negatív mellúri nyomást fokozva szívóhatás érvényesül a nagy nyirokerekre. A mozgásprogram a proximális nagyizületi mozgásoktól halad a disztális kisizületi mozgások irányába. A pumpáló gyakorlatokkal ugyancsak fokozható a nyirok beáramlása a nagyerekbe, ennek a gyakorlatnak az elemei a csukló, boka, valamint a kéz -és lábujjak pumpáló mozdulatai. A gyakorlatok végzésének fontos feltétele az érintett végtagok kompressziós pólyával való kötése, mert a pólyák által biztosított erőltetett izompumpa segítségével így lehet a leghatékonyabban a nyirokfolyadékot a nyirokerekbe juttatni. A torna kompressziós pólya nélkül nem éri el a kívánt hatást. A tornát ajánlott naponta végezni, 20-25 percig.

Kiemelkedő az úszás és a víz alatti torna jelentősége, aminek az a magyarázata, hogy a vízben történő mozgás a hidrosztatikai nyomás és az izompumpa révén fokozza a vénás-, és nyirokkeringést, valamint tehermentesített helyzetet biztosít az ízületeknek. Ajánlott sportok még a kerékpározás, jóga. Nem javasolt az ugrálással, az ízületek fokozott terhelésével járó kézilabda, röplabda, ping-



9. ábra

A nyirokelvezetés biztosítása előtt alkalmazott gépi kompresszió a bal karban súlyos cellulitist eredményezett



10. ábra

Az előző betegnél alkalmazott kompressziós pólya és a manuális nyirokdrenázs segítségével eltávolított a gyulladásos ödéma folyadékát a karból

pong, tenisz. Kerülni kell a sérülésveszélyes sportokat pl. sélés, lovaglás.

#### 4. Mechanikus gépi kompresszió

A mechanikus kompresszió alkalmazásakor gép által előidézett nyomáshullám segíti a nyirokfolyadék kiürülését a szövetekből. A mechanikus kompresszió csak akkor alkalmazható, ha a kezelő team meggyőződik arról, hogy a periféria felől a nyirokáramlás a központ felé akadálytalanul megtörténhet, azaz a nyirokelfolyásnak már nincs akadálya. Ez azért fontos, mert a gépi kompresszió a manzsetta rekeszein keresztül nyomást gyakorol a szövetekre, de azt nem tudja befolyásolni, hogy disztális vagy centrális irányban történik-e a nyirokfolyadék eltávolítása a szövetekből. Abban az esetben, ha az elvezetés még nem lehetséges a centrum felé, mert még nem nyitottak a nyirokutak, akkor a folyadék a kívánt centripetális irány helyett centrifugálisan áramolhat. Ezáltal nem az ödémás területről való elfolyást fokozza a kezelés, ami a cél, hanem az ödéma folyadék disztális irányban, azaz „visszafelé”, a kívánt folyásiránnyal ellentétesen mozog. Ekkor a végtag disztális részén – kézfejen, lábfejen, ujjakban - fokozódik az ödéma, romlik a beteg állapota. Ezért a mechanikus gépi kezelést minden esetben a manuális nyirok drenázs-nak és a kompressziós pólya kezelésnek kell megelőznie és kiegészítenie.

A készülékben az elektromos kompresszor levegőt nyom a géphez kapcsolt speciális manzsettába. A nyiroködéma kezelésében csak több, lehetőleg 12 rekeszes manzsettát lehet használni. Ez azért szükséges, mert csak folyamatosan, 4-5 cm-es távolságokban lehet a nyomáshullámot a végtagra bocsátani. Az érintett végtagra helyezett több rekeszes manzsetta disztális része felől a proximális rész felé hullámszerűen töltődik fel levegővel, mindaddig megtartja a disztális rekesz a nyomást, míg a nyomás alatt lévő levegő bejut a proximális részbe, akkor a disztális rész kiürül. Amikor a nyomáshullám végigfutott a 12 rekeszen, akkor újabb nyomáshullám indul a végtag széli része felől. A kezelés elve azon alapszik, hogy a sorba kapcsolt pneumatikus rekeszek a nyirokerek pulzációját utánzó ritmussal kompressziós hatást fejtenek ki a végtag kötőszövetére. A gép nyomáserőssége 20-80 Hgmm között szabályozható, percenként 5-20 frekvenciájú nyomáshullámra állítható be.

A kompressziós gépi kezelés alkalmazása során a vérnyomás érték kontrollálása feltétlenül szükséges, mert a vénás-lymphás keringés befolyásolása, különösen vazolabil betegeken befolyásolhatja a vérnyomást.

A mechanikus gépi kompressziós kezelés kontraindikációi: kezeletlen nyiroködéma: lábfej, kézfej cipőszerű duzzanata, ujjak tövében csecsemőráncok, gyulladt der-



matosclerosis posztthrombotikus szindrómában, a kéz-, vagy lábujjak Stemmer pozitívítása, malignus nyiroködéma, bőrfertőzés, akut mélyvénás trombózis, lázas állapot, orbánc, cellulitis.

A mechanikus gépi kompressziós kezelést sok helyen használják, mint egyedüli nyiroködéma kezelési módszert. A nem megfelelő indikáció esetén és nem megfelelő géppel alkalmazott kezelésnek súlyos mellékhatásai lehetnek (9., 10. ábra).

## IRODALOM

1. *Daróczy J.*: International Consensus. Best practice for the management of lymphoedema. Medical Education Partnership. London, (2006) 15-48.
2. Krónikus perifériás nyiroködéma kezelése. Klinikai irányelvek kézikönyve. Háziiorvosi Útmutató. Medition Kiadó Kft. Budapest, (2008) 279-96

Érkezett: 2009. VII. 22.

Közlésre elfogadva: 2009. XI. 30.

## In memoriam Dr. Nagy Gyula (1938-2010)



Dr. Nagy Gyula 1938. január 4-én született Jászfákóhalmán. 1962-ben végzett a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, és a Szegedi Bőrclinikán kezdett dolgozni Dr. Rávnay Tamás professzor, majd Dr. Simon Miklós professzor tanítványaként. A tudományos életbe is itt kapcsolódott be Dr. Simon Miklós professzor irányításával. Már akkor kitűnt szorgalmával, érdeklődésével.

1967-1979 között a Kiskunfélegyházi Bőr- és Nemi-beteg gondozó Intézet vezető-főorvosaként dolgozott. Az ottani működése alatt foglalkozott az arzén expozíció okozta korai és késői bőrkárosodásokkal, az arzén daganatkeltő és fejlődési rendellenességeket okozó hatásával. A kandidátusi disszertációját is ebben a témakörben írta, és 1984-ben lett az orvostudományok kandidátusa.

1979. február 16-tól nyugdíjba vonulásáig, 2003. január 4-ig, 24 évig volt a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztályának vezető főorvosa. Az Osztály fejlődését több ponton indította el, új terápiák és diagnosztikus lehetőségek megvalósításával. Az orvoslásban mindig az egész embert látta, az egész ember vizsgálatára tanított és távol állt tőle a finanszírozott betegellátás.

Ezen a munkahelyén is folyamatosan dolgozott különféle tudományos témákon is a mindennapi munkája mellett. Foglalkozott az intolerancia kérdéskörével urticaria

chr esetében, az elszarusodás zavaaraival járó genodermatosisokkal, de felkeltették érdeklődését a naevusvonalak, azok irányultsága, illetve az abból levonható fejlődési következtetések a bőrszerv kialakulására is.

Részt vett a Darier-kór génje locus-ának 12q24.1-re való meghatározásában munkatársaival, a brit kutatócsoportok közül közvetlenül a Newcastle upon Tyne-i, Strachan T. vezette központtal dolgoztak együtt.

Orvostörténeti témákkal is foglalkozott, Kaposvár szülőltette, a Kaposi-szarkóma első leírója, Kaposi Mór élete és munkássága volt a témája az ilyen irányú ténykedésének. E munkája eredményének megkoronázása lett, hogy 1991-ben a kaposvári kórház felvette a Kaposi Mór nevet és 1992. október 23-án emlékművet is avathattunk külföldi bőrgyógyászok részvételével.

Amit pénzzel nem lehetett elérni osztályunk fejlesztésében, akkor ő a tudás felé fordult, képzéssel pótolta azt. Képezte önmagát, bennünket, növéreket, hallgatókat, mert tanítani szeretett és tudott is a napi gyógyító munka mellett. Példamutató magatartásával, tudásával, jó hírével, toleranciájával, segítőkészségével vonzotta a bőrgyógyászatot tanulni vágyó kollégákat, közel 15 főre tehető azok száma, akik tanítványai lehettek. Szerény volt, de nem álszerény, tisztában volt tudásával, értékeivel és az átadott tudásanyaggal.

Összesem 80 cikke jelent meg különféle szaklapokban, amelyek harmada orvostörténeti témájú volt. A cikkei közül 14 német, 4 francia, 2 angol nyelvű, a többi magyar nyelvű volt.

Külföldi szakmai úton 1984-ben Vietnámban, 1999-ben Japánban az arzénendémiák során szerzett tapasztalatainak meghívása miatt lehetett.

„Kaposi Mór nyomában” címmel emlékfüzetet adott ki 150. évfordulója alkalmából Frankl Józseffel együtt. Egyik szerkesztője volt a Kaposi Mór Megyei Kórház alapításának 150. évfordulójára megjelent évkönyvnek.

Oktatott a kaposvári Egészségügyi Főiskolán, ő írta meg Illei György szerkesztette „Klinikai ápolástani ismeretek I”, Pécs, bőrgyógyászati fejezetét. Folyamatosan szervezett kaposvári működése során tudományos rendezvényeket osztálya orvosai segítségével.

Tagja volt a Kórház Tudományos Bizottságnak, a Magyar Dermatológiai Társulat vezetőségének (1995-1998), valamint a Francia Orvostörténeti Társaság tagja, a Francia Dermatológiai Társaság levelező tagja is volt.

2003. január 4-én, 65. születésnapján vonult vissza. 5 évig még vállalkozó orvosként megyei bőrgyógyászati szakrendeléseken dolgozott. Tudományos munkásságát nem hagyta félbe, orvostörténeti témákkal foglalkozott.

2 évvel ezelőtt Sopronba költözött feleségével, gyermekei közelében akarta tölteni megérdemelt nyugdíjas éveit. A tudományos munkát ott is folytatta, a tavalyi évben még két cikke megjelent a *Lege Artis* c. folyóiratban.

A betegség váratlanul tört rá, amely már régóta ott lapanghatott a mélyben és gyorsan legyűrte, leterítette, mint ő az ellenfeleit kedvenc sportjában, a teniszben.

Mint volt tanítványod, munkatársaid nevében is mondhatom, örülünk, hogy megismerhettünk, segíthettünk Neked és köszönjük, hogy magatartásoddal útravalót adtál mindnyájunknak.

Egy Horatius idézettel szeretnék tőled elköszönni:

*„Non omnis moriar, multaue pars mei.  
Vita bit libitinam.”*

(Nem hal meg egészen az, akinek művei  
fenntartják a nevét.)

Isten veled Gyuszi bácsi!

*Dr. Biczó Zsuzsanna*  
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár



## KÖNYVISMERTETÉS

Editor: Fred F. Ferri, MD, FACP

**FERRI'S FAST FACTS IN DERMATOLOGY  
A PRACTICAL GUIDE TO SKIN DISEASES AND  
DISORDERS**

Associate editors: James S., Studdiford, MD, FACP, Amber Tully, MD  
Saunders Elsevier, 2010  
ISBN 978-1-4377-0847-9

Az angol nyelvű, köpenyzebben is elférő kalauzt a gyakorlatban dolgozók nagy haszonnal forgathatják.

A könyv elején található általános bevezető rész, a bőrgyógyászati anamnézis felvételét és klinikai vizsgálat menetét tárgyalja, kezdve a primer és szekunder elemi jelenségekkel, amelyeket színes ábrákkal és példákkal is szemléltet. Ezt követi a bőrtüneteket predilekciós helyük, ill. kor szerinti megoszlásuk szerinti felsorolása, és differenciál-diagnosztikája.

A harmadik fejezettel kezdve következnek az egyes bőrbetegségek ABC sorrendben. Ez az elrendezés lehetővé teszi, hogy tartalomjegyzék használata nélkül, könnyen és gyorsan tájékozódjunk, és megtaláljuk a keresett diagnózisokat.

Minden egyes diagnózis tárgyalása következetesen, ikonokkal jelölt pontokba szedve történik, megkönnyítve az olvasó helyzetét a célzott keresésben. A diagnózist elsőként minden esetben több, a betegségre jellemző morfológiát jól mutató távoli-, ill. közeli klinikai kép demonstrál. Ezeket követi a definíció ill. a kórkép etiológiai háttere. A diagnózis felállításának egyes kritériumai következnek „diagnosztikus kulcs” címszó alatt, amely rész tartalmazza a klinikai kép részletes leírását, a fizikális vizsgálat során felmerülő tüneteket, ill. a javasolt kivizsgálási tervet is.

Következő pontban történik a differenciáldiagnosztikai szempontból felmerülő betegségek felsorolása, majd a tüneti és oki terápia, amelyben a szerzők a legmodernebb algoritmusokat vonultatják fel.

A betegségek tárgyalásának utolsó szakasza az ún. „klinikusi gyöngyszem”, amely részben egy-egy a betegséghez kapcsolódó érdekességet osztanak meg velünk, a diagnózis felállításának megkönnyítendő.

Összességében nagyon hasznos, sok információt tartalmazó, a mindennapos betegellátásban gyors és részletes segítséget adó kiadvány.

Pónyai Katinka dr.

*Bogousslavsky J., Hennerici M. G., Bazner, C. Bassetti:*  
**NEUROLOGICAL DISORDERS IN FAMOUS ARTISTS.  
Part 3**

Frontiers of Neurology and Neuroscience. Ed: J. Bogousslavsky  
Vol.27 KARGER. 2010  
ISBN 978-3-8055-9330-4  
e-ISBN 978-3-8055-9331-1

A híres művészek kórképeit feldolgozó harmadik kötet ismét számos bőrgyógyászati vonatkozást is elemez. A fejezetenként részletezett nagy szakmai kutató munkára és szakmai felkészültségre alapuló kórtörténetek, növelve a kiadvány olvashatóságát számos, a beteg korára jellemző háttér információval is szolgál. A kórképek feldolgozottsága az elmúlt évszázadra vonatkozó adatokat tekintve természetesen pontosabb, szakmailag jobban követhető viszonyítva a pl. Leonardo da Vinci 15-16. századi adataihoz. Ugyanakkor ez utóbbi kórtörténethez kapcsolódóan is a klinikai tünetek patológiai mechanizmusában a klinikai tünetek magyarázatát adó legmodernebb ismeretek birtokába jutunk.

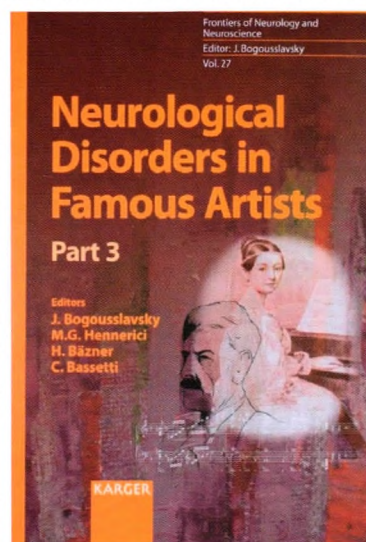
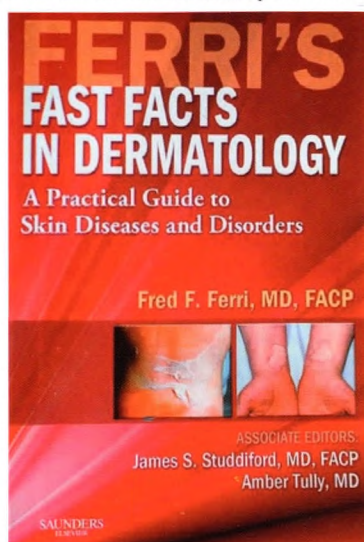
Igen részletes fejezet foglalkozik *Paul Klee* szisztémás sclerózis tüneteinek magyarázatával és a klinikai tünetcsoport hatásának a festő stílus változásában történő megjelenésével. *Franz Schubert*, *Hugo Wolf* és *Robert Schumann* kórtörténetének ismertetése alkalmas ad a neurosyphilis klinikai tüneteinek részletes elemzésére. Schumann és Wolf klinikai tüneteit a feltételezett fertőzéstől a művészek élete végéig követhető a művészeti alkotó munka forma és stílusváltozása valamint az alkotó munka intenzitása is. Ismert zeneszerzők, zongoraművészek, matematikusok, írók neurológiai kórképei mellett magyar vonatkozásban Bartók Béla viselkedési problémáit is önálló fejezet részletezi.

Legszínesebb, szakmai szempontból legrészletesebben interpretált egyéniség *Ernest Hemingway*.

Bizonyítván a neurológiai kórképek közismert voltát az operairodalom (pl. *Rigoletto*, *Lammermori Lucia*), valamint Shakespeare művei (*Lear király*, *Téli rege*, *Othello*, *Julius Cesar*, *Machbeth*, *VI Henrik*, *IV Henrik*) is e szempontok szerint külön-külön fejezetekben feldolgozottak.

A könyv érdekes, szórakoztató olvasmány, szakorvosjelölteknek, szakorvosoknak egyaránt.

Temesvári Erzsébet dr.



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

## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2010

### **1st International Summit for Nail Diseases**

Rendezvény kezdete: 2010. 07. 02.  
Rendezvény vége: 2010. 07. 04.  
Helyszín: Görögország- Athén- Divani Caravel Hotel  
Telefon: +30 210 7257693  
Fax: +30 210 7257532  
E-Mail: info@naiI2010.gr  
A rendezvény weboldala: <http://www.naiI2010.gr>

### **VII. New Trends in Allergy & 6th Georg Rajka Symposium - International Symposium on Atopic Dermatitis**

Rendezvény kezdete: 2010. 07. 22.  
Rendezvény vége: 2010. 07. 24.  
Helyszín: Germany / Németország – München  
Telefon: 004989-5482-3473 Fax: 004989-5482-3442  
E-Mail: trends10@interplan.de  
A rendezvény weboldala: [www.new-trends-allergy.de](http://www.new-trends-allergy.de)

### **40th Annual ESDR Meeting**

Rendezvény kezdete: 2010. 09. 08.  
Rendezvény vége: 2010. 09. 11.  
Helyszín: Finnland/Finnország-Helsinki - Marina Congress Centre  
Telefon: +4122-321-48-90  
Fax: +4122-321-4892 E-Mail: office@esdr.org  
Munkahely neve: CongCreator CC Ltd  
Munkahely címe: FI-00101 Helsinki, PO Box 762, street Kalevankatu 12 A, 3rd floor. [www.esdr.org](http://www.esdr.org) Telefon: +35809045420190  
Fax: +358945421930  
E-Mail: info@concreator.com  
A rendezvény weboldala: [www.esdr.org](http://www.esdr.org)

### **EADV 19. Kongresszusa**

Rendezvény kezdete: 2010. 10. 06.  
Rendezvény vége: 2010. 10. 10.  
Helyszín: Sweden /Svédország- Gothenburg- Swedish Exhibition Centre 19th EADV Congress President c/o MCI - Berlin Office Markgrafenstr. 56. 10117 Berlin, Germany  
Fax: +49 (0)30-20-45-40-85  
E-mail: president@EADVGotheburg2010.org

### **X. ADJ International Congress - Nemzetközi Kongresszus**

Rendezvény kezdete: 2010. 10. 29.  
Rendezvény vége: 2010. 11.01.  
Helyszín: Málta  
E-Mail: secretariat@malta2010.net  
A rendezvény weboldala: <http://www.malta2010.net/>

### **A plasztikai sebészet és a dermatológia problémái - Világkongresszus**

Rendezvény kezdete: 2010. 11.04.  
Rendezvény vége: 2010. 11. 07.  
Helyszín: Spanyolország- Barcelona  
További információ:  
<http://www.comtecmed.com/coplasdy/2010/Default.aspx>

### **Főv. Önk. Egy. Szt. István és Szt. László Kh. Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs osztálya által rendezett Bőrgyógyászati Tudományos Ülés**

Helyszín: Magyarország  
Időpont: 2010. november 12.  
Szervező: Prof. Dr. Daróczy Judit  
Információ: [daroczy@istvankorhaz.hu](mailto:daroczy@istvankorhaz.hu)  
Tel.: 1/280-13-68

### **Magyar STD Társaság XV. Nagygyűlése**

Időpont: 2010. október 14-16.  
Helyszín: Magyarország, Budapest  
Szervező: Magyar STD Társaság, dr. Várkonyi Viktória, dr. Tisza Tímea  
Információ: Bagdi Károly  
Convention Budapest Kft.  
[kbagdi@convention.hu](mailto:kbagdi@convention.hu),  
[www.convention.hu](http://www.convention.hu)

### **Magyar Dermatológiai Társulat 83. Nagygyűlése és IX. Dermato-Pharma Szakkiállítás**

Helyszín: Magyarország – Budapest Nagyváradi tér 4. NET  
Időpont: 2010. december 9-11.  
Szervező: Prof. Dr. Kemény Lajos  
Információ: SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika  
6720 Szeged, Korányi fasor 6.  
[office@derma.hu](mailto:office@derma.hu)  
[www.derma.hu](http://www.derma.hu)

## Hazai Hírek

Az MDT Cutan Lymphoma Munkacsoportja 2010 június 1-én vezetőség választással egybekötött tudományos ülést tartott a Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Tantermében.

A jelenlevők a Szekció Elnökének *dr. Marschalkó Márta* egyetemi docent, a Szekció Titkárának *dr. Erős Nóra* egyetemi tanársegédet választották meg.

Az ülés programja:

1. *Kuzmanovszki D., Somlai B., Marschalkó M., Erős N., Hársing J., Csomor J., Szepesi Á., Matolcsy A., Kárpáti S.*: Sézary szindróma
2. *Losonczy V., Somlai B., Erős N., Hársing J., Csomor J., Szepesi Á., Matolcsy A., Kárpáti S.*: Primer cutan peripheriás T-sejtes lymphoma
3. *Losonczy V., Holló P., Erős N., Marschalkó M., Hársing J., Csomor J., Szepesi A., Matolcsy A., Kárpáti S.*: Lymphomatoid papulosist követő anaplasias nagy sejtes lymphoma
4. *Szakonyi J.*: Extracorporalis fotoferezis kezelés Sézary szindrómában. Beszámoló a Fotoferezis Bizottság tevékenységéről
5. *Marschalkó M.*: Beszámoló az MDT Cutan Lymphoma Szekció tevékenységéről
6. Egyebek
7. Vezetőség választás

## Felhívás

2009 májusában az MDT Cutan Lymphoma Szekció keretén belül megalakult az Extracorporalis Fotoferezis kezelést koordináló bizottság. A Bizottság feladata az extracorporalis fotoferezis kezelés indításáról, folytatásáról, ill. befejezéséről történő testületi döntés meghozatala, a kezelés hatásosságának értékelése.

Sézary syndroma, erythrodermás mycosis fungoides indikáció esetén kérjük a kollegákat, hogy betegüket, vagy dokumentációját a Bizottsághoz eljuttatni szíveskedjenek, az érdemi döntés meghozatalához.

A kezelést kérő kolléga feladata a diagnózis felállítása, a staging vizsgálatok elvégzése, és a kezelés szükségességének indoklása.

A Bizottság minden hónap első keddjén, a Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika cutan lymphoma esetek konzultációjának időpontjában, szükség szerint, előzetes értesítés után ülésezik.

A Bizottság tagjai: Prof. dr. Kárpáti Sarolta, Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Igazgatója, az MDT Cutan Lymphoma Szekció elnöke és titkára, a Semmelweis Egyetem Bőr- Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Onkoteam tagjai, a Szent László Kórház Ferezis Osztály Vezetője és helyettese, valamint az engedélyért folyamodó kezelőorvos.



## Atópiás Bőrbetegekért Egyesület közhasznúsági jelentése 2009

Az Egyesület alakulásának időpontja:	2005.05.06.
Az Egyesület működésének kezdete:	2005.05.06
Bírósági bejegyzés száma:	12.Pk.60.280/2005/3
A nyilvántartást vezető bíróság:	Fővárosi Bíróság
Egyesület nyilvántartási száma:	11504
Az Egyesület székhelye:	Budapest 1085 Mária u. 41.
Az Egyesület közhasznú szervezet.	

Az Egyesület célja az atópiás dermatitissel kapcsolatos egészségmegőrző, betegségmegelőző, gyógyító-egészségügyi rehabilitációs tevékenység, a betegséggel kapcsolatos tudományos tevékenység, kutatás, nevelés és oktatás, képességfejlesztés és ismeretterjesztés.

### 2009 évi eredmény:

Állományi létszám és bérköltség, személyi jellegű kifizetések: nem voltak.

Anyagköltség: 752.000 Ft, (749.000 tevékenységgel kapcsolatos anyagbeszerzés + 3.000 Ft nyomtatvány és irodaszer)

Könyvelési szolgáltatás: 205.000 Ft

APEH késedelmi pótlék: 2.000 Ft.

Bank költség: 55.000 Ft

### Bevételek:

Egyéb támogatás: 750.000 Ft (Astellas Pharma Kft.)

Tagdíj: 16.000 Ft

Bank kamat: 3.000 Ft

2009 évi közhasznú eredmény: - 287.000 Ft Az Egyesület saját tőkéje: 594.000 Ft

Az Egyesületnek köztartozása nincs.

Budapest, 2010. 05. 26.

*Az Alapítvány Kuratóriuma*

## Az Epidermolysis Bullosa Alapítvány 2009. évi közhasznúsági jelentése

Az Alapítvány célja:

- az Epidermolysis Bullosa elnevezésű bőrbetegséggel kapcsolatos ismeretterjesztés, diagnosztizálás megszervezése, laboratóriumi háttér kiépítése
- orvosi munkával és társadalmi felvilágosító tevékenységgel, valamint az érintettek és családtagjaik bevonásával a betegség súlyos szövődményeinek megelőzése
- a betegek érdekeinek képviselése

2009. évi eredmény	(adatok e Ft-ban)
<b>Összes közhasznú tevékenység bevétele:</b>	<b>377</b>
<b>Összes közhasznú tevékenység ráfordításai:</b>	<b>332</b>

Az alapítványnak köztartozása nincs. Az alapítvány a kiadásokat az alapító okiratban megfogalmazott célok megvalósítására fordította.

*Az Alapítvány kuratóriuma*

## A Nékám Alapítvány 2009. évi közhasznúsági jelentése

Az Alapítvány célja:

- a Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikán zajló gyógyítási, kutatási, oktatási tevékenység feltételeinek javítása
- a betegellátás korszerűsítése, minőségének javítása
- új kezelési módok bevezetése, ehhez a technikai feltételek megteremtése

2009. évi eredmény	(adatok e Ft-ban)
<b>Összes közhasznú tevékenység bevétele:</b>	<b>27814</b>
<b>Összes közhasznú tevékenység ráfordításai:</b>	<b>27052</b>

Az alapítványnak köztartozása nincs. Az alapítvány a kiadásokat az alapító okiratban megfogalmazott célok megvalósítására fordította.

*Az Alapítvány kuratóriuma*