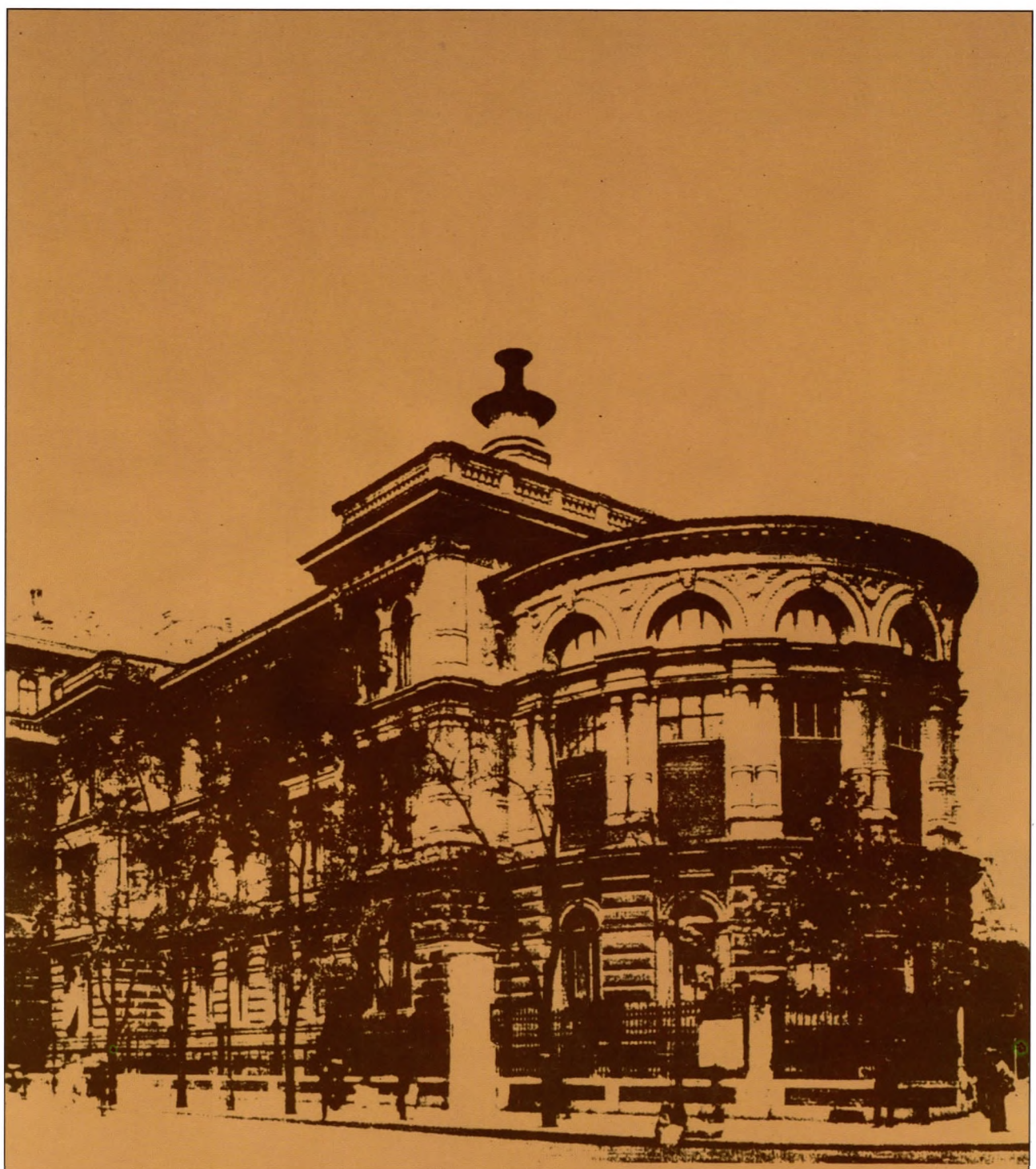


371

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI
Szemle

85. ÉVFOLYAM

2009. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés
2009. december 10–12.**

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

85. évf. 2009. 6. szám

Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés absztraktjai 2009. december 10-12.	243
Szerzők névsora	276
<i>Gyulai Roland dr., Kui Róbert dr., Bali Gábor dr., Tabák Réka dr., Kemény Lajos dr.:</i> Pikkelysömörhöz társuló súlyos körömtünetek jelentős javulása infliximab kezelés során	279
<i>Kui Róbert dr., Bali Gábor dr., Tabák Réka dr., Gyulai Roland dr., Kemény Lajos dr.:</i> Tapasztalataink súlyos pikkelysömör adalimumab kezelésével	283

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közzétételének 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. 85. N° 6. 2009.

The Hungarian Dermatological Society Annual Meeting 10-12 December 2009	243
Authors Index	276
<i>Rolland Gyulai, Róbert Kui, Gábor Bali, Réka Tabák, Lajos Kemény:</i> Marked improvement of severe psoriatic nail disease during infliximab treatment	279
<i>Róbert Kui, Gábor Bali, Réka Tabák, Rolland Gyulai, Lajos Kemény:</i> Adalimumab treatment of severe psoriasis	283

Magyar Dermatológiai Társulat 82. Nagygyűlése

Budapest, 2009. december 10-12.

Továbbképző előadások

Várkonyi Viktória dr.:

A venerológia aktuális problémái (Körúti Orvosi Centrum, Budapest)

A venerológiai ellátást hazánkban az a bőr- és nemibeteg gondozó hálózat biztosítja, amelynek a kialakítása a 70-es évek végére fejeződött be és amely alkalmasnak bizonyult arra, hogy a 80-as évek közepén egységes szakmai elvek alapján csatlakozzon a nemzeti HIV/AIDS program megvalósításához. A BNG hálózatra a XX. század utolsó évtizedében, majd az ezredfordulót követően a venerológiai járványügyi helyzet megváltozása következtében egyre több feladat hárult. Az elmúlt két évtizedben különböző intenzitással, fokozatosan és következetesen emelkedett a syphilises esetek száma. A XXI. század első évtizede második felétől az ismert HIV fertőzöttek számában Magyarországon is látványos változás következett be. Újabb kihívásként jelentkezett a HPV infekció, amely a quadrivalent és a bivalens vaccináció bevezetése révén került a reflektorfénybe.

Megváltozott a betegek hozzáállása is. Sok ismerettel, gyakran rosszul értelmezett információkkal rendelkeznek és az orvosoktól, így tőlünk venerológusoktól is várják a kérdéseikre a kielégítő válaszokat.

A kérdés, hogy mindezen kihívásoknak hogyan tudunk megfelelni? Meddig terjed a nemigyógyászok kompetenciája? Melyek azok a feladatok, amelyeknek az orvosképzésben is meg kellene felelni? Mit jelent a venerológiai szemlélet? Rendelkezésre állnak-e az adott problémák megoldásához, a diagnózis felállításához a jól felkészült szakemberek, a megbízható laboratóriumi háttérrel nem is beszélve?

A nemi betegek ellátása a bőr-és nemigyógyászok feladata, ez nem vitatható. Az ún. egyéb nemi érintkezéssel közvetített fertőzések okozta tünetek (folyás, sebképződés, erozió, gyulladással elváltozások, szövet szaporulat /szemölcsök, tumorok/), mint „fertőző nemi betegségekre gyanús állapotok”, is komoly szakmai kihívást jelentenek. Hasonlóan próbára teszi a dermatovenerológusokat, ha az aggodó páciensnek tanácsokat kell adni (pl. HIV szűréshez a vérvétel előtti tanácsadás). A példákat hosszasan lehetne sorolni.

Mi lenne a megoldás?

„Változás nélkül lehetetlen a haladás, és aki képtelen módosítani a véleményét, semmin sem tud változtatni”

George Bernard Shaw

„Egynek minden nehéz, együtt semmi sem lehetetlen”

Gróf Széchenyi István

Horváth Attila dr.:

A HIV-fertőzés Magyarországon – 25 éves a Magyar Epidemiológiai Surveillance

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

1981 júniusa óta tudunk az AIDS-járvány létezéséről, bár utólag bizonyították, hogy évtizedekkel korábban megjelent. Magyarországra vélhetően 1983-ban került a vírus be.

1985. januárjában alakult meg a Szakértői Bizottság, az Egészségügyi Minisztérium támogatásával. 1986-ban január 1-jével az akkori költségvetésből elkülönített forrásból megindult a kiterjedt szűrővizsgálat.

A szűrővizsgálati rendszer részben a nemzetközi ajánlásokkal szembefordulva tartalmazta a rizikó csoportok kötelező szűrését is, amely visszamenőleg is hasznos stratégiának bizonyult.

Jelenleg Magyarország az alacsonyan átfertőzött országok között szerepel. Az idejében elindított védekezés epidemiológiai előnyök mellett hasznos, tudományos eredményeket is hozott.

Az ezredfordulót követő egészségügyi reform (privatizáció, laboratóriumi kapacitások csökkentése, kutatás fejlesztés összegeinek radikális csökkentése, országos intézet megszüntetése) az addig jól működő központi irányítást is tönkretette. Ennek a helyzetnek járványügyi következményei már észrevehetőek. Ebben a fentiek mellett a betegség kimenetelének a változása (HAART) és a szexuális magatartás megváltozása is fontos szerepet játszik.

Rozgonyi Ferenc dr.:

Antibiotikumok alkalmazása a bőrgyógyászatban: Az erysipelas korszerű kezelése, javasolt új protokollok

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

A továbbképző előadásban ismertetésre kerül az erysipelas leggyakoribb kórokozóinak természetes és szerzett antibiotikum rezisztenciája, a ma is hatásos antibiotikumok hatásmechanizmusa és hatásspektruma.

Elemzésre kerülnek azok a mikrobiológiai tényezők, amelyek meggátolhatják a kórokozó szempontjából teljesen adekvátnak gondolt antibiotikus kezelés eredményességét.

Klinikai mikrobiológiai szempontból összehasonlításra kerülnek az egyetemi klinikák és kórházi osztályok megküldött protokolljai. A normál bakteriális bőrflóra és a leggyakoribb kórokozók rezisztencia adatai, továbbá feltételezeten, vagy mikrobiológiailag bizonyítottan mono-, vagy polymicrobás fertőzés, valamint különböző klinikai manifesztáció figyelembevételével, többféle szisztémás és lokális empirikus erysipelas antibiotikum kezelési protokoll javaslatok hangzanak el.

Daróczy Judit dr.:

Nyiroködéma, a súlyos bőr-, és lágyrészfertőzések (SSSTIs) elsődleges rizikó faktora, klinikai jellemzők

(Főv. Egyesített Szt.István és Szt.László Kórház- Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A bőr-, és lágyrészfertőzések (Skin and Soft Tissue Infections-SSSTIs) száma szaporodik. A nyiroködéma az SSTI legsúlyosabb eseteiben elsődleges rizikófaktorként szerepel. A bőrfertőzések oka: nyirokcsorgás, lymphangiectasia, az immunkompetens sejtek migrációjának hiánya.

A korai diagnózis felállításában legfontosabbak a klinikai tünetek felismerése. Az általános állapot monitorozása (légzésszám, pulzus, láb, folyadék háztartás, kardiális állapot) mellett az indikátor laboratóriumi értékek napszakon belül is követendő (C-Reaktív Protein). Szisztémás antibiotikum intravénás adása, anticoagulálás nélkülözhetetlen.

Mindez megköveteli a megfelelő ellátási szinten (kórház) és a beavatkozásokban kompetens osztályon (sebészet, intenzív osztály, infektológia) való kezelést, ahol a keringés monitorozása, folyadék-pótlás, lélegeztetés, dialysis történhet

65 SSTI eset ellátásának tanulságait összegzi a szerző.

Wikonkál Norbert dr.:

Borrelia infekciók

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

A borrelia infekciók szerepe számos bőrgyógyászati kórkép kapcsán került igazolásra és áll jelenleg is viták keresztjében.

A továbbképző előadásban a kórokozó mikrobiológiai, immunológiai vonatkozásain keresztül tárgyaljuk az egyes kórképek kialakításában játszott szerepét.

Somlai Beáta dr.:

Immunszuppresszió - cutan fertőzések

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

A masszív immunszuppresszió, melyet különböző megbetegedéseknél alkalmaznak, janus arcú terápia. Egyrészt elengedhetetlen az adott betegség kezelésére, vagy a szervtranszplantációt követően a szerv megőrzéséhez, de alkalmazása során számolni kell különböző mellékhatásokkal, így pl. infekciók fellépésével. Ez utóbbiak jelentkezhetnek szisztémásan, vagy izoláltan a bőrön.

Az immunszupprimált betegek körében keletkező fertőzéseket egyaránt okozhatják vírusok, baktériumok vagy gombák. Ezeket a kórképeket a normál populációban megszokott klinikai megjelenéshez képest kiterjedtebb és terápiarezisztensebb formában észleljük. Gyakoriak a szokatlan klinikai képet mutató oportunistá fertőzések is.

Az immunszuppresszált betegek gondozása során a fertőzésekkel szemben fokozott éberség szükséges.

Temesvári Erzsébet dr.:

Atopiás dermatitishez társuló infekciók

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

Az atopias dermatitis utóbbi évtizedekben megfigyelt, a felnőttkorban is megjelenő fokozódó gyakorisága a bőrtünetekhez kapcsolódó superinfekciók halmozódását is regisztrálja.

Az atopias bőr barrier funkció károsodása, a következményes dehidráció, a redukált absorpciós képesség a bőrinfekciók (bacterialis, mycoticus, viralis) megjelenésére magában is hajlamosít.

A superinfekciók ok és okozati szerepe, a kültakaró veleszületett adaptív immunkfunkciójának sérülése, az antimikrobás chemokin és peptid funkció genetikailag indukált dysregulációja a bőrgyógyászati kutatások jelenlegi célpontja. Ezen kutatások többek között első sorban a *Staphylococcus aureus* (toxinok) superantigen hatást, az

antivirális proteinek, a plazmocyter dentritikus sejtek dysfunkcióját, valamint a mycoticus superinfekciók aetiológiai szerepét kutatják a dermatitis indukálása és fenntartása magyarázataként. A vizsgálati eredmények a dermatitis gyakori terápia rezisztenciájára is választ adnak. A superinfekciók aetiológiai szerepe a jelenlegi modern terápiai lehetőségek effektivitását is befolyásolja.

Gyulai Rolland dr.:

Gyulladásos bélbetegségek bőrtünetei

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A gyulladásos bélbetegségek (IBD) gyakran társulnak reumatológiai, szemészeti és bőrgyógyászati extraintestinalis tünetekkel. A bőrtünetek előfordulási gyakorisága Crohn betegségben 15-20%, colitis ulcerosában 10% körüli.

Specifikus extraintestinalis tünetek esetén a béltünetekkel szövettanilag megegyező elváltozások alakulnak ki, míg a reaktív tünetek eltérő patogenetikai alapon jönnek létre. Az extraintestinalis tünetek egy része az alapbetegség aktivitásával párhuzamos, míg mások attól független lefolyásúak.

Az IBD-hez társuló bőrtünetek nem ritkán diagnosztikus és/vagy terápiai jelentőséggel bírnak, így ismeretük a gyakorló bőrgyógyász számára is elengedhetetlen.

Az előadás klinikai esetek segítségével tekinti át az extraintestinalis IBD tünetek kialakulásának, epidemiológiájának, klinikumának és kezelésének legfontosabb szempontjait.

Török László dr.

Myelo-cutan társulások

(Kecskeméti Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét)

A csontvelő betegségekhez viszonylag gyakran társulnak bőr és nyálkahártya tünetek, amelyek a klinikus számára diagnosztikus, prognosztikus és terápiai jelentőséggel rendelkezhetnek. Az előadás az adott terjedelem miatt elsősorban a daganatos természetű myelocutan társulásokkal foglalkozik különös tekintettel a myeloproliferatív kórképekre, de érinti a ritkább, csontvelőből kiinduló, vagy azt neoplasztikusan involváló kórképeket is.

Betegbemutatók

Meszes Angéla dr., Garaczi Edina dr., Kemény Lajos dr.,
Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.:

Amoxicillin indukálta exanthea mononucleosis infectiosaban szenvedő betegeknél

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai
Klinika, Szeged)

Mononucleosis infectiosaban szenvedő tinédzserek és fiatal felnőttek esetében gyakran jelentkezik maculopapulosus exanthea amoxicillin szedésekor.

A szerzők négy az említett korcsoportba tartozó beteg esetét ismertetik, akik mindannyian generalizált maculopapulosus bőrtünetek miatt kerültek felvételre. Mindegyik esetben a bőrtünetek kialakulását megelőzően 1 héttel láz, pharyngitis miatt kezdtek el a betegek amoxicillin-clavulansav antibiotikumot szedni. A felvételkor lymphadenomegáliát, a rutin laboratóriumi vizsgálatokban lymphocytosis és emelkedett májfunkciós értékeket észleltünk. Az elvégzett vírus-szerológiai vizsgálatok EBV okozta acut mononucleosis fennállását igazolták. Egy beteg estében a mononucleosis gyógyulását követően allergológiai kivizsgálásra került sor annak érdekében, hogy kiderítsük valódi amoxicillin gyógyszerallergiáról vagy csupán egy vírusfertőzéshez társuló jelenségről van-e szó. Negatív LTT eredményt követően penicillin major antigénnel (penicilloil) Prick tesztet végeztünk, amely során negatív eredményt kaptunk, viszont az intradermalis terhelésnél 1: 10-es hígításban pozitív bőrreakciót észleltünk, amely valódi gyógyszerallergia fennállására utalt. A korábbi irodalmi adatok az acut mononucleosis során alkalmazott aminopenicillin szedését követően jelentkező maculopapulosus bőrküteseket nem-allergiás eredetűnek vélelmezték, és szükségtelennek tartották kivizsgálás elvégzését. Az utóbbi években egyre több adat jelenik meg arról, hogy a mononucleosisos betegek „amoxicillin rash” betegsége valódi allergia kialakulásának következménye.

Eseteink bemutatásával a valódi gyógyszerallergia kialakulásának és az allergológiai kivizsgálás létjogosultságának fontosságát szeretnénk hangsúlyozni.

Tabák Réka dr., Baltás Eszter dr., Varga Erika dr.,
Gyulai Rolland dr., Kemény Lajos dr.:

Psoriasis biológiai terápiája során eruptívan jelentkező víruszemölcsök

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az 58 éves férfi súlyos psoriasis 24 éve ismert. A klasszikus terápiás lehetőségek kimerülésével heti 1x100 mg (1 mg/ttkg) efalizumab kezelést vezetünk be, mely mellett 3 éven át teljesen tünetmentes volt.

A kezelés elkezdését néhány héttel követően eruptívan testszerte nagyszámú verruca vulgaris jelent meg. Lokális fluorouracil/szalicilsav kezelés hatására a verrucák regrediáltak és a beteg a továbbiakban tünetmentes maradt. Az efalizumab forgalomból való kivonása miatt kezelését felfüggesztettük. 3 hetes terápiás szünet alatt psoriasis recidivált, ezért etanercept kezelést kezdtünk heti 1x50 mg dózisban. Pikkelysömöre a kezelés ellenére is gyors szóródást mutatott, így az etanercept dózist átmenetileg (10 héten át) heti 2x50 mg-ra emeltük, és 2 héten át napi 40 mg prednisolonnal egészítettük ki. Az apró elemű, szóródó proriasisos tünetekkel egy időben ismét számos verruca vulgaris jelentkezett. A szemölcsöket mechanikusan eltávolítottuk, fluorouracil/szalicilsav ecsetelést alkalmaztunk és az etanercept mellett 4 héten át napi 10 mg acitretint adtunk.

A beteg bőre jelenleg heti 1x50 mg etanercept kezelés mellett tünetmentes.

Silló Pálma dr.:

Mycoplasma fertőzés indukálta eosinophil fasciitis

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

Az eosinophil fasciitis (EF) egy ritka, scleroderma csoportba sorolt betegség, melynek pontos etiológiája, patomechanizmusa máig nem ismert. Egyes esetekben Borrelia fertőzés merült fel kiváltó okként.

Egy 23 éves férfi beteg jelentkezett Klinikánkon 19 hónapja progresszív folyamat miatt. Bőre rugalmatlanná, tömött tapintatúvá vált, a perifériás vénák felett a bőrön behúzóds volt észlelhető, ízületeinek mozgása a bőr feszülése miatt jelentősen beszűkült. 1 éve alacsony dózisu kortikoszteroid kezelés alatt állt. Laborjában mérsékelt gyulladás, eosinophilia, emelkedett IgG volt észlelhető. Az EF diagnózisát bőrbiopsiával támasztottuk alá.

A betegség kialakulásának hátterét vizsgáló kiterjesztett mikrobiológiai vizsgálatokra, tenyésztésre, szerológiai vizsgálatokra került sor. A kitenyészett törzsek alfajait PCR vizsgálattal azonosítottuk. A vér és húgycső tenyésztései ismételt Mycoplasma (M) pozitívak voltak. PCR vizsgálatok során a kitenyészett baktériumok általános madár (baromfi) M. PCR pozitivitást mutattak, ill. ettől függetlenül M. hominis is azonosítható volt. Szérum ELISA vizsgálat csak M. pneumoniae-ra volt elérhető, mely IgM pozitivitást mutatott, miközben ismételt negatív volt Borreliára. A beteg ismételt parenterális és orális erythromycin, clarithromycin kezelésben, valamint intermitáló methylprednisolon terápiaiban részesült, miközben állapota látványosan javult.

Az EF betegek többsége reagál kortikoszteroid kezelésre, azonban néhány esetben a terápia sikertelen. Prezentációnkban az EF kortikoszteroid kezelésre nem reagált, kialakulásának hátterében krónikus, több M törzs által okozott fertőzést igazoltunk. A szteroid kezelés M ellenes antibiotikum (macrolid) kezeléssel kiegészítve a laborleletek normalizálódásához, a beteg állapotának jelentős javulásához vezetett. Eredményeink alapján rámutatunk a M fertőzés és EF eddig ismeretlen kapcsolatára, a M fertőzés EF-ben betöltött kóroki szerepére, elismerve, hogy az EF patomechanizmusa még nem pontosan ismert.

Pónyai Katinka dr., Marschalkó Márta dr., Tóth Béla dr.,
Ackermann Mária, Rozgonyi Ferenc dr., Vörös Edit,
Kárpáti Sarolta dr.:

Extragenitalis Chlamydia fertőzés

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

19 éves promiszkuáló férfibetegünk ambuláns megjelenése előtt 4 héttel észlelte jobb conjunctivájának belövelltségét, váladékózását. Ezzel egy időben testszerte urticariform exanthea ill., diffúz hajhullás jelentkezett, általános tünetként átmeneti hőemelkedésekkel, testsúlycsökkenéssel és a cervicalis nyirokcsomók megnagyobbodásával kísérve. Ambulanciánkat – az eredménytelen szemészeti kezelés után – ismerten HIV szeropozitív partnere kérésére kereste fel.

A conjunctiva területéről vett mintából végzett Chlamydia Ag/ELISA teszt pozitív eredményt mutatott, míg a genitális területről vett minta negatív volt. Célzott parenterális antibiotikus kezelés után a beteg tünetmentessé vált. A gondozásba vételkor kötelezően ajánlott syphilis és HIV szerológia negatív eredménnyel zárult, azonban az 1 hónappal később megismételt szerológiai során már HIV szeropozitivitást igazoltunk.

Esetünket az extragenitalis lokalizáció ill. az együttesen aquiralt HIV coinfectio miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Kovács L. András dr.¹, Gömöri Éva dr.², Szepes Éva dr.¹,
Battyáni Zita dr.¹:

Confluens reticularis papillomatosis

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹,
PTE OEKK KK Patológiai Intézet², Pécs)

A szerzők egy 24 éves obes nőbeteg esetét ismertetik, aki 2008. augusztusában az intermammaris, submammaris régióra, hasra, tarkójára, nyakra, deréktájra, valamint a könyökhajlatokra szimmetrikusan lokalizálódó, halványbarna, izolált, máshol konfluáló, reticu-

laris rajzolatot mutató hámló, ill. bársonyos tapintatú papulákkal és plakkokkal jelentkezett. A klinikai kép, a negatív mycológiai vizsgálat alapján felmerülő confluens reticularis papillomatosis diagnózisát a szövettani kép alátámasztotta. Szisztémás antibiotikum kezelésre tünetmentesedett a beteg.

Az esetet a szerzők a kórkép ritkasága és differenciáldiagnosztikai jelentősége miatt mutatják be.

Poroszkai Mária dr., Daróczy Judit dr.:

Lymphoedema talaján kialakult szövődményes unguis incarnatus esete

(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szt. István és Szt. László Kh. – Rendelőintézet Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály, Budapest)

A szerzők rámutatnak, hogy a nem megfelelően kezelt benőtt köröm igen súlyos állapot kialakulásához vezethet.

A bemutatásra kerülő, 55 éves férfibeteg állapotát IV-es stádiumú nyiroködéma (elephantiasis), 2-es típusú diabetes mellitus valamint extrém obesitas súlyosbította. Az ismételt erysipelasok miatt szükségessé vált a behatolási kaput jelentő krónikus granuláció megszüntetése.

Orvosi javaslat ellenére a beteg nem a sebészi megoldást, hanem a bizonytalan kimenetelű lézeres technikával történő kezelést választotta, melynek következtében a kezelt halluxon pseudotumoros papillomatosis, hyperkeratosis alakult ki. Az ödéma mentesítő kezelés javulást eredményezett. A szövődményes unguis incarnatus esetében az elsődlegesen választandó kezelés az Emmert-féle plasztika.

Szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy nyiroködémában a benőtt köröm gyakori, aminek okai:

1. kagylókörm
2. papillomatosis
3. ödémás körömrödő,
4. Stemmer pozitív lábujjak.

A kezelés elmulasztásának súlyos következményei vannak (nekrozis, amputáció). A benőtt köröm rontja az életminőséget.

Ottó Iringó Ágnes dr., Pónyai Katinka dr., Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Orális syphilis és differenciáldiagnosztikai nehézségei (Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

A 39 éves, hat gyermekes nőbetegét fogászatról küldték konzíliumba ambulanciánkra Stevens-Johnson syndroma iránydiagnózissal. Jelentkezésekor már hat hete állt fenn a jobb felső fogsor hídja alatt, elhúzódó clindamycin terápiára nem reagáló gyulladás, melyet a felső ajkon felületen ulceratio, oedema, buccalis vesiculosus-aphthosus laesiók, a homlok jobb oldalán szóródó herpetiform exanthemák kísérték. Az alkalmazott antivirális és antiszeptikus kezelés csak részleges javulást hozott. Az ajak lézió kifejezett, radírgumiszerű tömörsége alapján syphilis lehetősége is felmerült, melyet a szerológia alátámasztott (RPR 1/64-ig pozitív, TPHA +++, TP-ELISA pozitív). A sötét látóteret vizsgálata nem volt értékelhető. HIV szerológia negatívnak bizonyult. Egy héttel később a törzsön is megjelent két barnás-erythemás papula. Mindezek alapján I.- II. stádiumú syphilis diagnózisát állítottuk fel. A stádiumnak megfelelő kezelést megkapta, mely jó ütemű, teljes gyógyulást eredményezett. Férjének syphilis szerológiája negatív volt. A nem típusos bőrtünetek és az eltúlkolt anamnézis nehezítette a korrekt diagnózis felállítását. A szerzők ki-
térnek az orális syphilis differenciáldiagnosztikai buktatóira is.

Károlyi Zsuzsánna dr.¹, Hársing Judit dr.²:

Medúzacsípés területében kialakuló tinea incognita

(Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály¹, Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest²)

Az előadó egy 14 éves, atopias leány esetét ismerteti, akinél a bal lábszár medialis felszínén tenyérszerű, viszkető, livid-vörös plakk ala-

kult ki, melynek területében időszakosan apró pustulák jelentkeztek. Az orvos szülő a bőrfolyamatot antibioticus, lokális steroid és calcineurin-inhibitor externákkal kezelték, bőrtünetei a terápia ellenére perzisztáltak.

A részletes anamnézis felvétel során derült ki, hogy a gyermeket fél évvel korábban ezen a területen, Mallorcán egy medúza megcsípte, a vesiculo-bullosus bőrtünetek hónapokig fennálltak, átmeneti tünetmentes periódus után kb. 5 hónap elteltével recidiváltak.

A bakteriológiai és mycológiai vizsgálat negatív volt, medúza-csípés indukálta granulomatosis bőrtünetek gyanúja miatt bőrtünetes történt, a szövettani mintában a folliculusokat körben gombaspórák hüvelyezték be.

A pustulából később, kezeletlen állapotban Trichophyton mentagrophytes kitenyészett. Szisztémás terbinafin terápia hatására a gyulladás maradványtünetekkel, hyperpigmentációval és striák hátrahagyásával történt. Esetükben a medúzacsípés okozta lokális reakció ritka formáját, az úgynevezett recurráló allergiás reakciót észlelték, mely a pruritushoz társuló excoriatio következtében mycoticusan felülfertőződött.

A csalánozók törzsébe tartozó medúzák változatos lokális és szisztémás tüneteket okozhatnak, akár fatális kimenetellel. Az előadó az esetismertetés kapcsán áttekintést ad a medúzacsípéshez társuló változatos bőrtünetekről, az elsődleges ellátás speciális szempontjairól.

Sántha Ildikó dr.^{1,2}, Vizi Jánosné¹, Szakos Erzsébet dr.¹:

Acromonium species előfordulása dermatomycosisban

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, III-as Gyermekosztály¹, ÁNTSZ Észak-Magyarországi Régiójának Mikrobiológiai Laboratóriuma, Miskolc²)

A dermatológiai gyakorlat a mindennapi munkájában ritkán támaszkodhat a gombás bőrbetegségek mikrobiológiai diagnosztikájára. Ennek számos oka közül a legfontosabb, hogy a kórokozó fonalas gombák tenyésztése időigényes és nagy gyakorlatot kíván. Már csak epidemiológiai szempontból sem tekinthetünk el azonban attól, hogy a dermatomycosisok kórokozóinak kiderítésére ne tegyünk kísérletet.

A szerzők 13 éves leány hátán néhány napja progrediáló, gírlanos széllel terjedő eritémás, hámló bőrelváltozásáról vett hámkaparekból tenyésztették ki az Acromonium speciest. A mintavétel után ex juvantibus elkezdett per os terbinafin és helyi dezinficiáló kezelés mellett a bőrfolyamat 3 hét alatt gyógyult. Itt a vakon elkezdett kezelés hatékonynak bizonyult. A fertőző forrás egy beteg szőr házi-nyúl volt.

Az eset a kórokozó szempontjából is ritka példája annak, hogyan támasztja alá a dermatológiai diagnózist az elvégzett mikológiai tenyésztés.

Károlyi Zsuzsánna dr., Sziray Ágnes dr., Tornai Ildikó dr.:

Szemhéji dirofilariosis esete

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

A szerzők egy 39 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél a bal felsőszemhéjén egy vonalas lefutású, alakját változtató erythemás bőrlézió alakult ki, mely égő, viszkető fájdalmat okozott. Dirofilariosis gyanújával a beteget a szemészeti osztályra irányították, ahol helyi érzéstelenítésben a palpebra bőre alól egy 12 cm hosszú, fehéres színű, élő, mozgó fonállférget távolítottak el.

A trópusi és mediterrán országokban honos Dirofilaria repens fertőzéseket hazánkban is egyre gyakrabban észlelik. A D. repens indirekt fejlődésű parazita, melynek végleges gazdája a kutyák, ritkábban macskák és vadon élő ragadozók. Köztigazdák a szúnyogok, melyek csípése által alkalomszerűen fertőződhet az ember is. Az infekció az esetek kb. 20%-ban a periocularis régiót érinti.

Az egyre népszerűbbé váló kutyatartás, a környezeti változások, mint például a globális felmelegedés a vektorok elszaporodásának kedveznek. Feltételezhető, hogy a nyári szúnyoginváziók során az emberi fertőződés a diagnosztikánál sokkal gyak-

rabban fordul elő, ezért a szerzők esetismertetésükkel fel kívánják hívni a figyelmet erre a ritkán diagnosztizált parazitás megbetegedésre.

Légradi Mária dr.¹, Kálmán Endre dr.², Mojzes Jenő dr.³,
Battyáni Zita dr.¹:

Abrikosoff's tumor

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatologiai
Klinika¹, PTE OEKK KK Patológiai Intézet², Szent Lukács Kórház
Dombóvár Bőrgyógyászat³)

A ritkán előforduló granular sejt tumort Abrikosoff írta le először 1926-ban. Az esetek 97%-ában benignus. Az immunhisztokémiai vizsgálatok alapján neuroectodermális (schwannian) eredetű tumor főként a 30 és 60 éves korosztályt érint, női dominanciával.

A daganat a test bármelyik részét érintheti, de 45-65%-ban a fej és nyak régióban fordul elő, melyből 70%-ban orális lokalizációjú (nyelv, szájpadlás, orális mucosa).

A szerzők egy 36 éves nőbeteg esetét mutatják be, aki a sternum felett jelentkező, hirtelen növekvő, viszkető 1,5cm átmérőjű tumor miatt jelentkezett vizsgálatra. A klinikai kép alapján dermatofibroma, dermatofibrosarcoma, acanthoma lehetősége merült fel. In toto excisiót követően a szövettani vizsgálat jóindulatú ideghüvely eredetű mesenchymalis tumort igazolt, a diagnózist immunhisztokémiai vizsgálatokkal támasztották alá.

A szerzők, az esetet a tumor előfordulásának és lokalizációjának ritkasága, valamint a differenciál diagnosztikai nehézségek miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

Szilágyi Melinda dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Erős Nóra dr.¹,
Hársing Judit dr.¹, Fodor Anikó dr.³, Csomor Judit dr.²,
Szepesi Ágota dr.², Matolcsy András dr.², Demeter Judit dr.³,
Kárpáti Sarolta dr.¹:

Burkitt és diffúz nagy B-sejtes lymphoma közötti, nem klasszifikálható, átmeneti entitás cutan manifestációja

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹,
Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató
Intézet², Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika,
Budapest³)

A 78 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében hypertonia, chronicus obstructív tüdőbetegség, TIA szerepel. 2008 decemberében az arcon és a hajás fejbőrön gyors növekedést mutató, fájdalommentes, 0,5-3 cm átmérőjű, kemény tapintatú csomók alakultak ki. Szövettani vizsgálat a dermisben monomorph lymphoid infiltrátumot mutatott, a tumorsejtek CD20, CD10, Bcl-6 pozitívak, CD3, bcl-2, MUM1, TdT negatívak voltak, proliferációs ráta 67% (Ki67) feletti volt. FISH vizsgálat MYC gén transzlokációját igazolta.

A szövettani és immunhisztokémiai vizsgálatok alapján Burkitt és diffúz nagy B-sejtes lymphoma közötti átmeneti entitás igazolódott. Staging vizsgálatok generalizált nyirokcsomó- és lépérintettséget igazoltak, crista biopszia és flow citometria negatív eredménnyel zárult. Nyolc ciklus R-CEOP kezelés hatására bőrtünetei és belsзervi tünetei regressziót mutattak.

Esetünkben a klinikailag diffúz nagy B-sejtes lymphomára jellemző kórkép szövettanilag Burkitt lymphoma és diffúz nagy B-sejtes lymphoma közötti, nem klasszifikálható, átmeneti entitás cutan manifestációjának felelt meg.

Burkitt és diffúz nagy B-sejtes lymphoma közötti, nem klasszifikálható, átmeneti entitás cutan manifestációja extrem ritka. Az irodalomban csak néhány, direkt, per continuitatem cutan terjedést írtak le.

Töröcsik Dániel dr., Veres Imre dr., Remenyik Éva dr.,
Kovács Ilona dr.*,
Molnár László dr.***, Rádi Péter dr.***,

Verrucosus carcinoma a kézujjon

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen, Kenézy Gyula Kórház
Patológia O. Debrecen*, Kenézy Gyula Kórház Traumatológiai és
Kézsebészeti O. Debrecen**, Houston USA***)

Az 58 éves nőbeteg anamnézisében schizophrénia szerepel. Bőrgyógyászati Klinikánkon 2004. júliusában jelentkezett, akkor már 8 éve meglevő, a jobb kéz IV-es ujján lencsényi piros foltként induló, majd fokozatosan növekvő karfiolszerű, diónyi méretű, helyenként macerált tumorról, interdigitális erózióval.

Diagnóziként felmerült: verruca vulgaris, verrucosus carcinoma, TBC cutis verrucosa. Compliance problémák miatt a beteget legközelebb 2008. áprilisában láttuk, az akkor elvégzett szövettani vizsgálat epidermodysplasia verruciformis-t (EV) írt le, malignitásra utaló jegeket nem talált, a szövetben PCR-al HPV15 és HPV20 jelenlétét detektálta mely EV-vel összefüggésbe hozható. Konzervatív kezelések (Dermamil kenőcs, Lamisil krém, IFNa sc.) ellenére az érintett végtag amputációja nem volt elkerülhető. A teljes patológiai feldolgozás in situ carcinomát írt le. Az amputációt követően a tenyérművel felszínén műtéttel már nem eltávolítható területen jelentkező recidiva imiquimod kezelésre teljes regressziót mutatott.

Az eset felhívja a figyelmet a HPV okozta bőrinfekciók differenciáldiagnosztikai problémájára, kezelésének lehetőségeire, illetve a malignus transzformáció veszélyére.

Almádi Tamás dr., Juhász István dr., Veres Imre dr.:

Lábujjon lévő vérzékeny tumorok differenciáldiagnosztikája (Debreceni Egyetem OEC Bőrklínika, Debrecen)

Két olyan beteg esetét szeretnénk bemutatni, ahol a lábujj körömpercén lévő vérzékeny tumorok klinikai megjelenése nagyon hasonló volt, azonban a szövettani feldolgozás során merőben ellentétes diagnózisok születtek. Az egyik betegnél az excisionális biopszia eredménye pyogen granulomát írt le, így a beteg további kezelést nem igényelt.

A másik betegnél a szövettani vizsgálat amelanoticus melanomát igazolt, így az excisio kiterjesztésére, az érintett lábujj amputációjára került sor.

A szerzők ezen eseteket azért tartják bemutatásra érdemesnek, mert rávilágítanak arra, hogy a klinikailag hasonló elváltozások mögött hisztológiai különböző entitások húzódnak meg, melyek alapvetően meghatározzák a további terápiás lépéseket.

Nemes Edina dr., Oláh Judit dr., Korom Irma dr.,
Kahán Zsuzsanna dr., Lázár György dr., Kemény Lajos dr.:

Hármas primer tumor előfordulása fiatal nőbetegnél (SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Onkoterápiás Klinika, Sebészeti Klinika, Szeged)

33 éves nőbetegnél 2006. decemberben történt a hát területéről egy 2 éve növekvő pigmentált tumor eltávolítása, melynek szövettani vizsgálata Clark II-III. szintű, 1,524 mm abszolút vastagságú, pT2b stádiumú erodált noduláris és superficiális részleteket tartalmazó melanoma malignumot igazolt. A sentinel nyirokcsomók vizsgálata (2 régióban 5 db nyecs.) áttéti tumort nem igazolt. Staging vizsgálatai disszeminációra utaló jelet nem írtak le. A beteg 1 évig részesült interferon kezelésben.

2008. februárban a bal emlő laterális részén tömött tapintatú terimét észlelt, melynek szövettani vizsgálata Gr. III invasiv medullaris carcinomát mutatott. Tekintettel a fenti szövettanra és az emlő MR vizsgálaton lévő multifokális malignus halmozásra, bal oldali mastectomia és axilláris blokkdisszekció történt. A látott kép szövettanilag 4 góci ductalis adenocarcinomának és tokot infiltráló nyirokcsomó metastasisoknak felelt meg. PET CT vizsgálat a fenti emlő tumorok mellett még felvetette pancreas farokban lévő daganat lehetőségét is. Exploratív laparotomia történt, melynek során irresecabilis metasztatizáló folyamatot találtak a hasban. Szövettani mintavétel történt, mely harmadik primer tumorként ismeretlen kiindulású, a pancreasban, májban és nyirokcsomókra is terjedő közepesen differenciált adenocarcinomát igazolt.

Tekintettel a többszörös primer tumorokra, Gemzár- PPD kombinált kemoterápiában részesült.

Ez év májusban relaparotomia történt, mely teljes patológiai regressziót mutatott és tumormentes hasi szerveket.

Jelenleg a beteg jól van, a korábban megemelkedett tumormarker értékei normalizálódtak.

A hármass primer tumor együttes előfordulása fiatalkorú betegnél

genetikai predispozícióra utal, melynek részletes vizsgálatai még folyamatban vannak.

A beteget a többszörös primer tumorok ritka előfordulása és a diagnosztikus nehézségek miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Vajda Adrienne dr.*, Baló J.Mátyás dr. *, Kiss Edit dr. **, Kósa Rita dr. ***:

Multiplex bőr-, gyomor- és vastagbél áttétellel járó emlőrák szokatlan lefolyású esete

(HM Állami Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati osztály *, Allergológiai és Immunológiai osztály **, Patológiai osztály ***, Budapest)

A belszervi daganatok 0,7 -10 %-a ad bőr metasztázist, mely általában előrehaladott rákos betegség esetén jelenik meg, azonban első klinikai tünete is lehet a tumoros betegségnek. Ez esetben a bőrelváltozás szövettani vizsgálata derít fényt a primer tumorra. Leggyakoribb az emlőrák cutan áttéteje, ezt követi a tüdő, szájnyalvákahártya, colon, rectum, gyomor és oesophagus rosszindulatú daganata. Az emlőrák metasztázisai általában a mellkas bőrében jelennek meg, nagyon ritkán alopecia neoplastica alakulhat ki, illetve leírtak kéz és felső végtag bőrébe adott esetet is. Klinikailag indurált papulák, csomók jellemzik. Az emlőrákok közül a nagyobb, szövettanilag invazív lobularis carcinoma esetén a valószínűbb a bőr metasztázis lehetősége.

Estesimertetés: a 68 éves nő panaszaival 2008 februárjában kezdődtek mellkasi fájdalommal, fogyással. Bal oldali mellkasi fluidum citológiai vizsgálata TBC gyanúját vetette fel. Mellkas CT a jobb alsó lebenyben 3 mm-es nodulust, valamint a sterno-costalis ízület felett lágyrészarányékot írt le. Hasi CT kis körülírt képletet véleményezett a pancreasfark területén. Mammographia negatív volt. Területi tüdőgondozásban a mellkasi CT vizsgálat alapján pleuritisnek tartották, a sternum melletti duzzanat miatt pedig sebészeti incízió és drainage történt. 2008 szeptemberében a nyakon, mellkas és felső végtagok bőrében halvány erythemás bőrrel fedett lapos csomók jelentek meg. Biopszia történt tbc kérdéssel. Patológus kolléga krónikus nem specifikus dermatitisnek tartotta a szöveti képet, tbc-t kizárta, pulmonológiai kivizsgálás szintén elvetette ennek lehetőségét. 2008 novemberében dysphagia miatt nyelés és gyomor rtg készült negatív eredménnyel. Ez év februárban jelentkezett ismételt belgyógyászánál súlyosbódó panaszaival. Kórházi felvételt nem tudta vállalni. CEA és CA 125 jelentősen emelkedett, mellkas és hasi CT neoplasziát nem igazolt. Június elején került felvételre cachexiás állapotban, nagyfokú gyengeség, nyelési nehézség, részleges szájjár miatt. Gastroscopia, colonoscopya kapcsán történt biopszia és bőrminta szövettani vizsgálata lobularis emlőrák metasztázisát igazolta. Július 7-én meghalt.

A valós diagnózis felállítását nagymértékben nehezítette, hogy a képkeltő vizsgálatok kezdetben tüdő folyamat irányába terelték a figyelmet, valamint az első bőr biopszia szövettani vizsgálata nem volt releváns. Ez utóbbi ismétlésével több, mint fél évvel hamarabb diagnózishoz lehetett volna jutni, bár a beteg életét vélhetően ez sem mentette volna meg.

Lukácsi Andrea dr., Battyáni Zita dr.:

Melanoma cutan metastasis – Spontán regresszió?

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerzők egy 67 éves nőbeteg esetét mutatják be, akiknél 1996-ban 3,15 mm-es nodularis melanoma eltávolítása történt jobb lábszárról negatív elektív blokdissectióval.

Tekintettel a tumor vastagságra DTIC kezelésben részesült. 2 évvel később megjelenő cutan metastasisok miatt ismételt kemoterápia, szelektív végtagperfúzió, valamint radioterápia történt eredménytelenül. A jobb alsó végtagon kialakult másodlagos lymphoedema, az alsó végtagon csaknem teljes terjedelemben elhelyezkedő számtalan cutan metasztázis mellett a beteg a további kezelést nem vállalta.

Rendszeres onkológiai gondozása során tünetei éveken keresztül változatlanok voltak, általános állapota az oedema okozta mozgáskorlátozottságán kívül jó, távoli metasztázisokat nem lehetett kimu-

tatni. A legutolsó kontroll alkalmával a cutan metastasisok csaknem teljes mértékű regresszióját észlelték.

Lukács Péter dr., Károlyi Zsuzsanna dr., Mórocz István dr., Kiszely Péter dr.:

Emlőtumor granuloma anulare-szerű bőrmetastasisa (Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati és Patológiai Osztály, Miskolc)

A szerzők egy 74 éves nőbeteg esetét mutatják be, akinek a jobb emlő alatt egy terápiarezisztens granuloma anulare-nak imponáló plakk keletkezett.

Az elváltozásból próbaexcíziót végeztek, a szövettani vizsgálat emlőcarcinoma bőrmetastasisát véleményezte. Fizikális vizsgálattal az emlőkben kóros rezisztencia nem volt tapintható, képkeltő vizsgálatok, tüdőbiopszia, majd az emlőablato után végzett szövettani vizsgálat során multifokális, izomba törő, nyirokcsomó metastasisokat adó primer emlőtumor igazolódott. Jelenleg a beteg onkológiai gondozás alatt áll.

Az esetismertetés a kétes, terápiarezisztens, atípusos bőrfolyamatok esetén történő próbabiopszia fontosságára hívja fel a figyelmet.

Korponyai Csilla dr.¹, Altmayer Anita dr.¹, Varga Erika dr.¹, Szőke Anita dr.², Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.¹, Kemény Lajos dr.¹:

Myeloma multiplex és amyloidosis együttes előfordulása (Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem II. Belgyógyászati Klinika²)

A szerzők egy 63 éves nőbeteg esetét ismertetik, akit haemorrhagiás bőrtünetek miatt irányítottak bőrgyógyászati szakvizsgálatra. Egy tervezett szemészeti műtéti beavatkozás premedikációja során a szemhéjakon, a conjunctiva alatt valamint a törzsön haematomák alakultak ki, emiatt a műtétet el is halasztották. Vérzékenység irányában elvégzett vizsgálatok kóros alvadási zavart nem igazoltak. Klinikailag a haemorrhagiás amyloidosis diagnózisa merült fel. A fehérje elektroforézis vizsgálat normál összfehérje mellett a béta frakció magasságában monoklonális IgG kappa típusú paraprotein jelenlétét igazolta. Jamshidi csontvelő biopszia történt, melynek szövettani lelete alapján myeloma multiplex és primer amyloidosis fennállása igazolódott.

A beteg a diagnózis felállítása óta haematológiai gondozás alatt áll, eddig 3. ciklus thalidomid-dexamethason kezelésben részesült. A kezelés mellett bőrtünetei regrediáltak.

Az esetet a jellegzetes, bár mitigált bőrtünetek, a betegség ritka kombinált előfordulása és a diagnosztikus nehézségek tanulsága miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Szagos Erzsébet dr.¹, Bikszádi Ilona dr.¹, Dezső Balázs dr.⁶, Kalmár László dr.², Kovács Judit dr.², Reál Pál dr.², Simon Béláné dr.¹, Vámosi Illdikó dr.⁴:

Krónikusan perzisztáló lichen oris talaján kialakult buccalis carcinoma

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, III-as Gyermekosztály¹, Szájsebészeti Részleg², Patológiai Osztály³, Központi Klinikai Laboratórium⁴, Miskolc, DE OEC Fogorvostudományi Kar⁵, Patológiai Intézet, Debrecen⁶)

Bevezetés: Az orális lichen planusban szenvedő betegek körében jellemző a női túlsúly. Nagy számú esetben hosszú nyomon követése során 0,8% gyakorisággal írták le a szájnyalvákahártyán carcinoma kialakulását lichen oris kapcsán.

Beteg: Az első jelentkezéskor 43 éves nőnél a végtagokon kezdődő, hevesen viszkető livid papulákkal járó, fehéres faagszerű rajzolatot mutató kétoldali buccalis nyálkahártya elváltozással társuló dermatosis alakult ki. Lichen ruber planusnak megfelelt a klinikai kép. Helyi steroid és ichthyol tartalmú kenőcsök, antihistamin adása mellett 2-3 év alatt regrediáltak a bőrtünetek, míg a szájnyalvákahártya elváltozások stagnáltak.

A betegség fennállásának 7. évében a jobb buccalis nyálkahártya területén 2cm átmérőjű, közel korong alakú, 2-3mm-re kiemelkedő,

egyenetlen felszínű terime mutatkozott. A nyálkahártya tüneteket általános panaszok nem kísérték. Laboratóriumi paramétereiben nuklearis és antifoszfolipid antitest pozitívítás, emelkedett *Helicobacter pylori* szerológiai paraméterek mutatkoztak. A teriméből szövettani mintavétel történt, ami carcinomát igazolt.

A progresszív ellátás szerint elvégzett radikális műtét szövettani feldolgozása szerint a carcinoma eltávolítása az ében történt. Az elvégzett vizsgálatok metastasisra nem utaltak. A beavatkozást követően 3 hónappal a beteg sebei per primam gyógyultak. Munkaképessé vált. A szoros nyomon követésen kívül jelenleg teendőt nem igényel.

Az esetet figyelemfelkeltés céljából tartották bemutatásra érdemesnek a szerzők. A bőrtünetek gyógyulása után is javasoltják a szájnyalkahártya rendszeres kontrollját.

Csösz Judit dr., Török László dr.:

Bazex-szindróma 55 éves férfi betegnél

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

2007 novemberében jelentkezett szakrendelésünkön egy 55 éves férfi beteg, acrákon lividerythemas alapon psoriasiform tünetekkel, kifejezett körömdystrophiával, tenyéri-talpi hyperkeratosissal. Betegünk mesopharynx tumor miatt onkológiai gondozás alatt állt.

A Bazex-szindróma (acrokeratosis paraneoplastica) az acrákra lokalizálódó, psoriaticus plakkra emlékeztető, a felső légutak vagy emésztőrendszer felső szakaszának tumoraihoz kapcsolódó, klasszikus paraneoplasias tünetegyüttes. Elsősorban idős férfiak megbetegedése és az esetek kétharmad részében megelőzi a daganat kialakulását. Differenciáldiagnosztikájában a psoriasisra, a lupus erythematosusra és a krónikus ekzémára kell gondolnunk.

Az esetet ritka előfordulása miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Noll Judit dr.¹, Fekete György dr.², Török Éva dr.¹, Szalai Zsuzsanna dr.¹:

Fabry kór – 120 éves kórkép, új perspektíva

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Kórház, Bőrosztály¹ Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika², Budapest)

Az X-kromoszómához kötött, recesszív módon öröklődő lysosomal lipidtárolási betegséget elsőként Fabry és Anderson írta le 1898-ban, angiokeratoma corporis diffusum néven. Előfordulási gyakorisága 1/40 000 lakos, a hibás génnel rendelkező férfiak lánygyermekei betegek, fiúgyermekei egészségesek, míg a hibás génnel rendelkező „hordozó” nők 50%-os eséllyel örökölik a betegséget. A génhiba eredményeként hiányzik az alfa-galaktózidáz (alfa-GAL) enzim, minek következtében a globotriaozil-ceramid (Gb3), egy neutrális glikosz-fingolipid, rakódik le az érintett szervek (myocardium, vese, cerebrovascularis rendszer, bőr, cornea, idegrendszer) vascularis endothelében, a parenchyma és a funkció maradandó károsodását okozva.

Betegünknel a bőrtünet alapján Török professzorasszony 1988-ban állította fel az angiokeratoma diagnózist, az évek során asthma bronchiale (jelentős obstructio ventilatio zavar), saruhártya érintettség (sötétben látásromlás), halláscsökkenés (magas frekvencián közepesfokú, perceptio jellegű), veseérintettség (microalbuminuria, 267-560 mg/nap), pitvarfibrillatio jelentkezett. A fokozatos progresszió azonban az időközben kifejlesztett és hazánkban is rendelkezésre álló kezelés hatására jelentősen lelassult. A beteg 2002 decemberétől részesül – Magyarországon elsőként – enzimpótló kezelésben, kéthetente 0.2 ml/tskg humán galaktózidázt kap. Bár a diagnózis felállításakor, 11 éves korában életkilátásai még meglehetősen szerények voltak, az idén 32 esztendő férfi felsőfokú végzettséggel rendelkezik, informatikusként dolgozik.

Kondorosi Ildkó dr., Kassay Erzsébet dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Carney szindróma

(Fővárosi Önk. Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A szerzők egy 10 éves fiú esetét mutatják be, aki recidíváló, multiplexen megjelenő kék neavusok, illetve a szemhéjon előforduló

myxomák kezelése céljából jelentkezett ambulanciánkon. Kivizsgálása során Carney szindróma fennállása merült fel.

A Carney szindrómát myxomák, lentigók, kék neavusok együttes jelenléte jellemzi. Általában autoszomális dominánsan öröklődik. A bőrtünetek mellett szisztémás tünetek is előfordulnak. Ilyen a pigmentált nodularis mellékvese hyperplasia, cardialis myxoma, a subcutan szöveteket infiltráló schwannoma, mely malignus elfajulást mutathat. Differenciáldiagnosztikájában fontos gondolni a LEOPARD szindrómára. Terápiájában a myxomák és a nagy, szabálytalan kék neavusok eltávolítása javasolt.

Az esetet ritkasága miatt mutatjuk be.

Ujfaludi Adrienn dr., Marschalkó Márta dr., Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Interstitialis granulomatosus dermatitis arthritissel

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

Az 50 éves nőbeteg több, mint 20 éve ismert rheumatoid arthritise miatt Methotrexate és alacsony dózisu szisztémás corticosteroid terápiában részesül 4 éve. 2 éve kezdődtek szubjektív panasz nem okozó bőrtünetei mindkét axillában, inguinában, valamint a combok hajlító felszínén. Vizsgálata során az említett régiókban livid-erythemas, 2-3 mm átmérőjű, helyenként lineárisan, helyenként annularisan elrendeződött papulákat láttunk. A szövettani vizsgálat granulomatosus szöveti képet mutatott. A klinikai kép, a hisztológiai vizsgálat, valamint az anamnesztikus adatok alapján az interstitialis granulomatosus dermatitis arthritissel diagnózist állítottuk fel. Bőrtünetei lokális corticosteroid kezelés mellett maradványtünettel regrediáltak.

Az interstitialis granulomatosus dermatitis ritka kórkép típusos szöveti eltérésekkel, változatos klinikai megjelenéssel. Leggyakrabban autoimmun valamint kötőszöveti betegségekkel együtt jelentkezik. Arthritishez társult formáját Ackerman írta le 1993-ban. A szöveti képet interstitialis és palissad elrendeződésű histiocyták, degenérált kolagén rostok, neutrophil és eosinophil granulocyták jellemzik. Mind szövettanilag, mind a klinikai kép alapján nagy hasonlóságot mutat a granuloma annularehoz.

Takács Szandra dr.¹, Csete Béla dr.¹, Battyáni Zita dr.¹, Gömöri Éva dr.²:

Necrobiosis lipidica sarcomatoid, ulceratív variánsa

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, PTE OEKK KK Patológiai Intézet², Pécs)

Az ismert IgA hiányban szenvedő, szepszis miatt jobb lábszár amputált, hipertóniás, cukorbeteg férfit 1997. óta kezelték szövettanilag igazolt necrobiosis lipidica diabetorum miatt a Zala Megyei Kórházban.

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

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

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

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

Kékedi Judit-Kriszta dr., Dezső Balázs dr., Soós Györgyike dr.*, Remenyik Éva dr., Szegedi Andrea dr.:*

Stiff skin (páncélbőr) szindróma

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen, DEOEC Patológiai Intézet*, Debrecen)

Egy 8 éves leánygyermek esetét ismertetjük, aki 2009 áprilisában jelentkezett a Bőrgyógyászati Klinikán főleg a gluteusokra, valamint a váll izületei feletti bőrre lokalizálódó tömörség, kökemény tapintat miatt, mely korlátozta mozgásában, a háti lordózis eltűnését, fokozott kifóziót okozva.

Mater elmondása szerint a gluteusokon a bőr születése óta tömött tapintatú volt, a progresszió 1 éve kezdődött. Az elvégzett rutin és immun laboratóriumi vizsgálatokban kórosat nem találtunk. A szövettan megvastagodott, rendezetlen kollagén rostokon kívül egyéb elváltozást nem mutatott. A scleroderma-szerű klinikai kép, a típusos testtartás, a negatív laboreredmények és szövettani kép a stiff skin szindróma diagnózisát vetette fel.

Ezt a ritka betegséget először 1979-ben írták le, azóta csupán 43 esetet ismertettek világszerte. Etiológiája mindmáig ismeretlen. Terápiájában irodalmi adatok alapján a különböző immunszuppresszív szerek nem bizonyultak hatásosnak.

Betegünknel fizioterápiás torna és gyógymasszázs kezelést alkalmaztunk, a bőr tömörségét nagymértékben nem befolyásolta, de a mozgáskorlátozottságot progressziót megállította.

Markó Zoltán Lóránt dr., Dezső Balázs dr.,*

*Kékedi Judit Kriszta dr., Kiss Erzsébet dr.**, Remenyik Éva dr.:*

Szokatlan lokalizációjú myxoedema Graves-Basedow kórban (Graves dermatopathia)

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen, DEOEC Patológiai Intézet Debrecen *, Kenézy Gyula Kórház Belgyógyászati O. Debrecen**)

A 47 éves nőbeteg anamnézisében a kézhátakra terjedő vitiligo, valamint 2001 óta diffúz golyvával, thyreotoxicózissal, exophthalmussal járó Graves-Basedow-kór szerepel. 2007 óta mindkét nagy lábujj dorsalis felszínén egyre növekvő, tömött tapintatú, halvány hyperaemiás, az alapjához tapadó rezisztencia jelent meg, amit a szövettani vizsgálat myxosus fellazulást tartalmazó fibrosus kötőszövetként írt le. Ortopédia klinikán két alkalommal műtét történt, de tünetek recidiváltak. A hisztopatológiai lelet és az alapbetegség ismeretében a diagnosis: Graves dermatopathia ritka lokalizációban. A lábakra lokalizálódó oedema és a tünetek lassú progressziója miatt alkalmazott kompresszióra, csak minimális javulás jelentkezett. Később a helyi okklúzív szteroid terápiára a léziók felpuhultak, méretük jelentősen csökkent. A beteg pajzsmirigy funkciói szubsztitúció mellett egyensúlyban voltak.

A Graves-Basedow kórban jelentkező lokalizált myxoedema (dermatopathia) oka nem minden részletében ismert. A TSHR extra-thyreoidális manifestációban játszott szerepe is felmerül. A leggyakoribb lokalizáció a lábszárak elülső felszíne, ez a súlyos szemtünetekkel járó esetek 15%-ban jelentkeznek. Az esetet a ritka lokalizáció és a terápiás nehézségek miatt mutatjuk be.

Bognár Péter dr., Wikonkál Norbert dr., Hársing Judit dr.,

Kárpáti Sarolta dr.:

Dermatomyositis

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

A szerzők egy 59 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél tíz évvel ezelőtt jelentkeztek dermatomyositis klasszikus bőrtünetei (heliotrop rash, Gottron papulák) a kórképre jellemző proximális dominanciájú izomgyengeség kíséretében. A típusos klinikai képet myositisre utaló laboreltérések is kísérték. A dermatomyositis klinikai diagnózisa szövettani, EMG, ill. izombiopsiás vizsgálatokkal is megerősítésre került.

A kórkép paraneoplasztikus volta az akkor elvégzett kiterjesztett vizsgálatokkal nem volt igazolható.

A betegség lassan, a mellékhatások miatt, több alkalommal váltott immunszuppresszív terápiával volt csak uralható. Két évvel később a végtagokon proximalisan, majd testszerte tömött - később szövettanilag is verifikált calcinosisnak megfelelő - subcutan nodusok alakultak ki, mely miatt diltiazem beállítása történt, közepes mértékű effektivitással. A betegség, az immunszuppresszív terápia mellett inaktív volt. 2009-ben, tizenegy évvel a dermatomyositis első tüneteit követően, a beteg fél év alatt jelentős testsúly-

vesztésről, bizonytalan hasi panaszokról, obstipatio és diarrhoea váltakozásáról számolt be, dermatomyositis aktivitására utaló bőrtünet, myositisre utaló laboratóriumi eltérés nem volt detektálható. Ismételt, paraneoplasia irányában történő célzott kivizsgálása során a caecum és a colon ascendens határán, a lument körkörösén szűkítő, szövettanilag adenocarcinomának bizonyuló tumor jelenléte volt igazolható.

Az eset érdekessége a kétféle értelmezés lehetősége. Egyfelől a dermatomyositis mint paraneoplasztikus folyamat, melyben a társuló neoplasztikus háttér került igen későn felismerésre, másfelől nem zárható ki az egy évtizeden át alkalmazott immunszuppresszív terápia másodlagos daganatkeltő szerepe sem.

Herédi Emese dr., Bodnár Edina dr., Veres Imre dr.,

Remenyik Éva dr., Szegedi Andrea dr.:

A Churg-Strauss szindróma differenciáldiagnosztikai nehézségei (Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen)

A szerzők középkorú nőbeteg esetét ismertetik, akinek kórelőzményében krónikus sinusitis, asthma bronchiale szerepel. 2008. novemberében a törzsön, felső végtagon fájdalmas, hyperaemiás plakkok, nodusok jelentek meg láz kíséretében. A klinikai kép klasszikus Sweet-szindróma lehetőségét vetette fel, melyet a laboreltérések (leukocytosis) és a szövettani vizsgálat is alátámasztott.

Szisztémás szteroid kezelés mellett gyors javulást tapasztaltunk, háttérbetegség nem igazolódott. A beteg 2009. májusban alsó végtagon szimmetrikusan jelentkező, fájdalmas, hyperaemiás urticák miatt került ismét felvételre. A megváltozott klinikai kép ekkor már Churg-Strauss szindróma lehetőségét vetette fel a mellkas röntgenen észlelt pulmonalis infiltrattal, a paranasalis sinus abnormalitásokkal, és a vérképben észlelt eosinophiliával együtt. Immunszrológiában c-ANCA enyhe pozitivitás igazolódott, ELISA módszerrel MPO kifejezetten pozitív volt. A beteg jelenleg közepes dózisú szteroid és intermittáló cyclophosphamide infúzió mellett klinikailag tünetmentes.

Az eset érdekessége, hogy a korábbi Sweet szindróma diagnózisa már a Churg-Strauss szindróma prodromalis-eosinophil fázisa alatt született. Mindez felveti, hogy az eredeti klinikai kép esetleg már a primer vasculitis megnyilvánulása volt.

Holló Péter dr.¹, Horváth Beáta dr.¹, Szigeti Ágnes dr.¹,

Ujfalussy Ilona dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

Felty-szindrómával társult pyoderma gangrenosum

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Állami Egészségügyi Központ, Rheumatológiai Osztály, Budapest²)

49 éves nőbeteg anamnéziséből 8 éve ismert, gyógyszeres kezelést nem igénylő szeropozitív rheumatoid arthritis emelhető ki.

2009 márciusban szeméremtosten, gluteusokon, bal lábszáron és bal axillában 1-2 cm átmérőjű fájdalmas, felhányt szélű, lepedékes fekélyek jelentek meg. Tünetei háttérben bélbetegség nem igazolódott, rheumatoid arthritishez társuló pyoderma gangrenosum gyanúja merült fel. A már ekkor észlelt kifejezett leukopenia, neutropenia háttérben a gyakori fejfájásra szedett analgetikum abusus volt valószínűsíthető. A beállított szteroid terápia hatására bőre tünetmentesedett, vérképe rendeződött. A szteroid elhagyását követően bőrtünetei és labor eltérései recidiváltak. Crista biopsia során nyert csontvelő normális, kiérő vérképzést mutatott, primer haematológiai megbetegedés kizárható volt. Fizikális vizsgálat és hasi UH is egyaránt splenomegalia fennállását igazolta. Mindezek alapján Felty-szindróma diagnózisa igazolódott. Ismételt szisztémás szteroid terápia hatására bőrtünetei teljesen regrediáltak, fehérvérsejtszáma rendeződött.

A Felty-szindróma a rheumatoid arthritis egy súlyos formája, amelyben a sokizületi gyulladáshoz splenomegalia, leukopenia társul. A kísérő extraarticularis tünetek közé tartozik a ritkán fellépő vasculitis, pyoderma gangrenosum.

Az eset érdekessége a Felty szindróma és pyoderma gangrenosum klinikai képének ritka együttes előfordulása.

Horváth Krisztina dr.^{1,2}, Veres Imre dr.², Bodolay Edit dr.³,
Együd Katalin dr.¹, Remenyik Éva dr.²:

Idős betegen kialakult mucinosis papulosa

(„Jósa András” Oktató Kórház Bőr- Nemibeteg gondozó Intézet Nyíregyháza¹, DEOEC Bőrklínika², DEOEC Immunológiai Tanszék III. sz. Belgyógyászati Klinika³)

A mucinosis papulosa egy generalizált tüneteket okozó betegség, mely diagnosztikus és terápiás nehézségeket egyaránt okozhat.

A szerzők egy 86 éves beteg esetét mutatják be, aki testszerte megjelenő papulonoduláris, sárgás, tömött tapintatú papulák, plakkok miatt jelentkezett a DEOEC Bőrklínikán.

A beteg kórelőzményében colon adenocarcinoma és vesefunkció romlás miatt nephrológiai gondozás szerepelnek.

Laboreredményeiből ENA ellenes antitest (SS-A, SS-B), immunkomplex emelkedés, poliklonális gamma globulin szaporulat, kóros vesefunkciós értékek emelhető ki. Differenciáldiagnózisként belső szervi tumorhoz társuló bőrátételek, amyloidosis, xanthoma lehetőség merült fel a mucinosos papulosa mellett.

A hisztopathológia a dermisben mucin lerakódást, a basalmembrán mentén szakaszos IgG pozitívítást mutatott. Közepes dóziszú szteroid és chloroquin terápiára bőrtünetei néhány hónap alatt jelentős javulást mutattak.

Az eseten keresztül a szerzők kitérnek a betegség differenciáldiagnosztikájára és egyéb terápiás lehetőségeire is.

Kinyó Ágnes dr.¹, Gyulai Roland dr.¹, Molnár Tamás dr.²,
Varga Erika dr.¹, Kemény Lajos dr.¹:

Vesiculopustulosus bőrtünetek extraintesztinális manifesztációként Crohn-betegségben

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹,
SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika², Szeged)

A szerzők egy 32 éves férfi beteg esetét ismertetik, aki magas lázzal, disszeminált pustulosus bőrtünetekkel és az alsó végtagra lokalizálódó ízületi fájdalommal került felvételre. 2 évvel korábban 1-2 hétig tartó hasmenést követően hasonló bőrtüneteket észlelt, melyek akkor szteroid adását követően gyógyultak.

Felvétele előtt néhány héttel lezajlott véres-nyákos hasmenésről számolt be, felvételekor azonban gasztrointesztinális tünete már nem volt. A pustulosus bőrtünetekből végzett hisztológiai vizsgálat neutrophil dermatitist véleményezett. A colonoscopos vizsgálat ulcerálódott, granulomatosus pancolitist írt le, a colon biopszia hisztológiai vizsgálata Crohn-betegséget igazolt.

A klinikai és hisztopathológiai kép alapján a tünetegyüttest Crohn-betegséghez társuló vesiculopustulosus erupciónak véleményeztük. Parenterális metilprednisolon és cefuroxim-metronidazol adását követően mind bőrtünetei, mind gasztrointesztinális tünetei komplett remisszióban kerültek.

Esetünk bemutatásával hangsúlyozni szeretnénk, hogy gyulladással járó bélbetegség esetén a bőrtüneteknek diagnosztikai jelentőségük lehet a sokszor tünetszegény intesztinális alapbetegség felderítésében és megfelelő kezelésében.

Csernus Adriána Evelin dr.¹, Mojzes Jenő dr.², Battyáni Zita dr.¹,
Krenács László dr.³, Kálmán Endre dr.⁴:

Rosai-Dorfman betegség

(PTE OEKK KK, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹, Dombóvári Szent Lukács EÜ KHT, Bőr-, és Nemibeteg Gondozó², T-sejt Orvosdiagnosztikai Kft. Daganatpatológiai és Molekulárisdiagnosztikai Laboratórium, Szeged³, PTE OEKK KK Patológiai Intézet⁴)

A szerzők egy 72 éves férfi esetét mutatják be, akinél törzsön, hajas fejbőrön elszórtan jelentkező, lilás-vöröses, dermatoscopppal teleangiectasiát mutató, sárgás csomókat tartalmazó soliter tumorok háttérben Rosai-Dorfman betegség cutan formája igazolódott. A beteg komplett kivizsgálása során szisztematizációra utaló jelet nem találtunk. Az irodalomban leírt többféle kezelési alternatíva közül betegünknek cryotherápiát vezetünk be, melynek hatására bőrtünetei fokozatosan visszafejlődtek, újak nem jelentek meg. A betegség lefolyása az esetleges szisztematizáció lehetősége miatt további obszervációt igényel.

Solymosi Ágnes dr.¹, Noll Judit dr.¹, Hársing Judit dr.²,
Silló Pálma dr.², Szalai Zsuzsanna dr.²:

Juvenilis linearis IgA dermatosis

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Kórház Bőrosztály¹, Budapest SE Bőr, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika², Budapest)

A 3 éves kisfiú felvételét megelőzően 2 héttel hajlatokban, majd glutealis hólyagok jelentek meg, melyet kezdetben varicellának tartottak, a tünetek progressziójára való tekintettel pyoderma irányú diagnózissal kórházba utalták. Az ott alkalmazott parenterális antibiotikus, antivirális terápia ellenére tünetek tovább progressziáltak. Átvételekor testszerte nagy kiterjedésű pörkös plakkok voltak láthatók szélükön álló hólyagkoszorúval. A bullák anularis, gyöngyörszerű laesioakat alkottak.

Az elvégzett szövettani, immunhisztokémiai vizsgálat, illetve keringő ellenanyag meghatározás linearis IgA dermatosis fennálltát igazolta. Az alkalmazott parenterális szteroid terápia hatására bőre tünetmentessé vált, szteroid leépítéscor recidiva jelentkezett, jelenleg fenntartó dózison tartjuk.

A gyermekkori hólyagos megbetegedések csoportjába tartozó juvenilis linearis IgA dermatosis elsősorban iskoláskor előtti gyermekeken előforduló, ritka, évekig fennálló kórkép. Direkt immunfluoreszcens vizsgálattal a basalmembránnak megfelelően linearisan IgA lerakódás látható, indirekt IF vizsgálattal a gyermekek 75%-nál lehet kimutatni keringő basalmembrán elleni IgA antitesteket. Rend szerint 1-2 év alatt gyógyul, de esetenként fiatal felnőttkorban is recidiválnak a tünetek.

Esetünket a ritka kórkép, a kiterjedt klinikai tünetek miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

A Nékám Alapítvány
köszöni mindazok segítségét,
akik személyi jövedelemadójuk 1%-át
felajánlották számunkra.

Az Alapítvány az összeget közhasznú célra
– a HU 0122 52/2008/NA számú –
pályázatunkhoz szükséges önerő biztosítására tartalékolja.

az Alapítvány Kuratóriuma

Tudományos előadások

Szalai Zsuzsanna dr.*, Tasnádi Géza dr.** , Harkányi Zoltán dr.***

A gyermekkori haemangiómák kezelésének forradalmian új szemlélete

(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály Budapest*; Heim Pál Gyermekkorház Sebészeti Osztály Budapest**; Heim Pál Gyermekkorház Intervenció Radiológiai Osztály Budapest***)

A haemangiómák, vaszkuláris malformációk felismerése, kezelése szempontjából fontos a korai pontos diagnózis, és az időben elkezdett terápia, amellyel a későbbi szövődmények elháríthatóak. Adott esetben a vitális funkciók is sérülhetnek, torzító elváltozások alakulhatnak ki.

A haemangiómák felületes, mély, vagy kevert formákra, lokalizált, vagy segmentális típusra oszthatók fel. Kiemelendő a segmentális forma, amely a legveszélyesebb típus. A társuló szindrómák (PHACE, PELVIS) és egyéb formák: verrucosus haemangioma, eruptív neonatalis haemangiomatosis, ulcero-mutiláló haemangioma, szerzett multiplex haemangiomatosis említhető továbbá.

A haemangiómák diagnózisa ritkán jelent problémát. Az érfejlődési anomáliák esetében fontos csecsemőkorban a visceralis elváltozások detektálása. Várakozás lehetséges bizonyos esetekben, de nem szabad minden formát kezeletlenül hagyni.

A Heim Pál Gyermekkorházban működő haemangioma-vaszkuláris malformáció konzultációs szakrendelésre érkező betegeket angiológus és a gyermekbőrgyógyász konzultálja egyidőben, jelentős segítséget nyújt a magas színvonalú diagnosztikai háttér, kórház radiológiai és intervenció diagnosztikai egysége által.

A multiplex, rapidan progrediáló, kifehélyesedő formák esetében a növekedés lelassítása, megállítása a cél. A haemangiómák az usurationnak kitett területeken exulcerálódhatnak, melyhez jelentős fájdalom társul. A hám sérülését követő vérzés könnyen vezet szeptikus állapothoz.

A konzultációra érkezők közül sürgősséggel kerülnek ellátásra azok az újszülöttek, akiknél kifejezett a progresszió. A korábbi évek gyakorlata szerint a kiterjedt, szövődményes, koponyán belüli és arckoponyát érintő, kiterjedt lágyrész infiltrációval járó esetekben gyógyszeres terápia bevezetésére került sor. A corticosteroidok a hagyományos terápia elsővonalbeli szerepei voltak, emellett az interferon alfa és a vincristin a volt választható indokolt esetben, melyek számos mellékhatással bírnak.

Az újdonságok közé tartozó terápiás lehetőségek igen kedvező eredményei biztatóak, és alapjaiban változtatták meg a haemangioma kezelésének szemléletét. Klinikai vizsgálatok indultak a béta-blokkoló kezeléssel kapcsolatban külföldön. Az irodalmi adatok mellékhatások nélküli jó eredményekről számolnak be, a jó eredményeket eseteink is alátámasztják.

Telek Géza dr.:

A szepszis molekulárbíológija a bőr-, és lágyrészfertőzések (SSTI) radikális sebészi kezelésének háttérében

(Főv. Egyesített Szt.István és Szt.László Kórház-Rendelőintézet, SE III. Sebészeti Klinika, Budapest)

A szepszis klinikai tünetei (több szerv károsodása) a szervezetnek a fertőzésre, azaz a baktérium toxinokra adott megsemmisítő és szabályozatlan immunreakciójának a következménye. Szepszisben a veleszületett és az adaptív immunitás dysfunkciója jön létre. Olyan dinamikus szindróma alakul ki, amit antagonistá folyamatok jellemeznek. A gyulladás nem mint elsődleges kompenzáló mechanizmus jelentkezik, hanem a hyperinflammatorikus válaszméchanizmus és az anergia vagy immunparalízis között változik. A szisztémás gyulladásos válaszreakció (SIRS) az oka a szepszis 30-70%-os halálos kimenetelének.

A kutatások bizonyítják, hogy a baktérium toxinok és a gyulladás hatására a Toll-like receptorok stimulációja következik be, ami citokinek felszabadulását eredményezi, melyek szerepet játszanak a szepszis pathogenezisében. Ezen receptorok blokkolása meghatáro-

zón befolyásolhatja a szepszis kezelését. A kutatások ellenére nincs specifikus kezelés szepszisben.

A bőr-, és lágyrészfertőzésekben ezért meghatározó a gyors diagnózis és a radikális sebészi kezelés. A nekrotomia csökkenti a toxinok, mint superantigének jelenlétét, ezáltal a kóros gyulladási reakciót és azok szervkárosító (vese, máj, csontvelő) hatását.

Szerző összefoglalja a súlyos lágyrészfertőzések sebészi és immunmodulációs kezelésének irodalmi adatait és saját eredményeit.

Pécsvárad Zsolt dr.:

A vénás betegségek korszerű diagnosztikája

(Flór Ferenc Kórház Angiológiai osztály, Kistarcsa)

A krónikus vénás betegség súlyos végstádiuma, az ulcus cruris, a lakosság 1%-át érinti. Hosszú idő alatt alakul azonban ki, így ha idejében, korábbi stádiumban észlelik, lehetőség van a progressio elkerülésére, de legalábbis annak lassítására.

A diagnózis már az anamnesis felvételével és a fizikális vizsgálat is felállítható. A pontosabb teendőket azonban már műszeres vizsgálatok alapján határozzuk meg. Manapság a phlebographia hátterbe szorul, a "gold standard" a color duplex ultrahang vizsgálat lett. Ennek segítségével pontosan meghatározható a vénás elzáródás lokalizációja, kiterjedése, a reflux mértéke. Elkülöníthető a mélyvénás és a felszínes vénás rendszer kóros eltérése. Segítségével határozható csak meg a széles körben elfogadott u.n. CEAP osztályozás is. Sajnálatos, hogy az ultrahangos módszert jelenleg még főleg a mélyvénás thrombosis igazolására használjuk. Ennek oka manapság már inkább a megfelelő szakemberek kis száma, s kevésbé a készülékek hiánya. Munkánkat segítheti a foto- és a strain-gauge plethysmographia, illetve újabban a CT és MR venographia is, melyek a jövőben talán a szélesebb körű szűrési feladatok elvégzésére is alkalmazhatóak lesznek.

Összességében elmondható, hogy megfelelő diagnózis, melynek műszeres feltételei napjainkban már adóttak, lehetőséget teremthet arra, hogy az angiológus belgyógyász, az érsebész és a dermatológus szoros együttműködésével e súlyos népbetegség előfordulása csökkenthető legyen.

Bihari Imre dr.:

Újdonságok a scleroterápiában

(Á+B Klinika, Budapest)

A scleroterapia két irányban fejlődik tovább, egyrészt a kis méretű, másrészt a nagy méretű erek vonatkozásában.

A kis méretű erek kezelésében segítséget jelent a bőr átvilágítására szolgáló eszköz alkalmazása. Ennek használatával az intracutan venectasiákat draináló, kissé mélyebben elhelyezkedő venulák felderítése válik lehetővé, vagy könnyebbé, amelynek elzárása a felületi, még kisebb erek occlusiojához vezet, vagy kezelésüket eredményesebbé teszi.

Korábbi vizsgálataink során a seprű erek háttérben sikerült AV shuntöket igazolnunk. Újabb vizsgálataink a corona phlebectatica paraplantaris háttérben nagy amplitúdójú gyorsult keringést mutatnak, amely szintén a verőerekkel való közvetlen összeköttetés bizonyítéka. Ezek gyakorlati jelentősége a kezelés kapcsán fenyegető apró bőrnecrosisok elkerülésében van.

A transdermalis laser eredményes alkalmazásához megfelelő készülék, képzett szakember és alkalmas beteg is kell. Egy kevésbé ismert tapasztalat, hogy a beteget nem zavaró, a venectasiák közelében levő kissé vastagabb erek a gyors kiújulás forrásai, ezek kezelése is szükséges.

A nagy méretű varicositások eredményesebb kezelésére a sclerotizáló gyógyszerek felhabosítása szolgál. Az oldalágakat eleget, ha csak un. felülűző habbal kezeljük, míg a tágult sahena törzsek kezelésére az oldat teljes egészének habbá alakítása vált be.

Ide kívánczik a laseres visszermütési eredmények megemlézése. A laser az injekcióhoz hasonló, de annál mélyrehatóbb változásokat vált ki a véna falában, annak minden rétegét roncsolja. Forradalmi változást hozott a phlebológiában, a fejlett országokban kiszorította a hagyományos crossectomia és stripping alkalmazását. A hagyományos műtétnél kevésbé megterhelő, ezért amennyiben indokolt, mindkét láb műtétjét együlésben végezzük el, idős, egyéb betegségben szenvedő, vagy alvadásgátlóra beállított betegekben is alkalmazzuk.

Úgy tűnik, ebben a már mintegy 150 éve alkalmazott eljárásban is vannak újdonságok.

Menyhei Gábor dr.:

Az érsebészet korszerű módszerei a vénás eredetű ulcus cruris kezelésére

(Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs)

Az előadás – részben saját klinikai tapasztalatok, részben irodalmi adatok alapján – áttekintést nyújt az ulcus cruris venosum hátterében álló alsó végtagi vénás keringési zavarok modern műtéti kezelési módszereiről.

Az ulcus cruris venosum hátterében morfológiailag felszínes törzsvéna reflux, perforáns véna insufficientia illetve mélyvéna elégtelenség állhat. Az elmúlt években mind a diagnosztika, mind a műtéti technikai fejlődése következtében lehetővé vált, hogy a vénás ulcusok jelentős hányadánál oki kezelést végezzünk, mely az esetek nagy részében tartós gyógyuláshoz vezet. A törzsvéna reflux (mely a legújabb epidemiológiai adatok szerint a vénás ulcusok több mint felénél az egyedüli oki tényező) megszüntetésére új non-invazív, endovascularis módszerek (hab-scleroterapia, lézeres, ill. radiofrekvenciás ablatio) állnak rendelkezésre, melyek számos tanulmányban bizonyították hatékonyságukat. A perforáns véna-elégtelenség következtében létrejövő ulcus kezelésére sikerrel alkalmazható az endoszkópos perforáns dissectio, illetve az ennél még kevésbé invazív új endovascularis módszerek. Kétségtelenül a legnehezebb feladat a mélyvéna-elégtelenség és postthromboticus syndroma talaján kialakuló ulcus kezelése. A vénás haemodinamikai zavar helyreállítását célzó komplex konzervatív terápia mellett arra alkalmas, válogatott esetekben mélyvéna rekonstrukciós műtettel ezen a területen is megfelelő klinikai eredmény érhető el.

Szabad Gábor dr., Kosikné Vasas Judit, Kemény Lajos dr.:

V.A.C. „lavage” technika alkalmazása a modern sebkezelésben

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A mély, fertőzött és nehezen csíkozható tályog üregek hatékony gyógyítása a mai napig kihívást jelent a sebkezelésben dolgozó orvosok és nővérek számára.

Klinikánkon a V.A.C. (vacuum assisted closure) Instill® technikának megfelelő gyógyító eljárást alkalmaztunk (V.A.C. „lavage”) tomportáji enormis méretű tályog, alszáron kialakult fasciitis necroticans és diabeteses talpi fekély talaján kialakult osteomyelitis és tályogúr kezelésére.

A sebüregebe helyezett Granufoam® kötszer tartalmazta az öblítéshez szükséges drain csövet, melyet a sebet záró fólián keresztül vezetünk a külvilágba. A megfelelő intermittáló antiseptikus öblítések és V.A.C. terápia hatására a sebüregek gyors feltisztulása mellett hatékony sebtelődést is sikerült elérni.

Véleményünk szerint a nehezen köthető, mély, fertőzött üregek esetén a V.A.C. „lavage” technika a korábbi konzervatív csíkozás-hoz képest nemcsak gyors, de a beteg számára fájdalommentes módszert is jelent.

A Magyar Dermatológiai Társulat Onkodermatológiai Szekciójának nevében:

Ócsai Henriette dr.^{1,6}, Battyáni Zita dr.², Bégány Ágnes dr.³, Liszky Gabriella dr.⁴, Somlai Beáta dr.⁵, Oláh Judit dr.¹:

EuroMelanoma Nap 2009

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Pécsi Tudományegyetem Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika², Debreceni Egyetem Bőrgyógyászati Klinika³, Országos Onkológiai Intézet⁴, Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest⁵, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula⁶)

A melanoma malignum incidenciája növekvő tendenciát mutat világszerte. A melanoma korai diagnosztizálása, a lakosság körében végzett rendszeres felvilágosítás, anyajegy-tanácsadás igen fontos feladat a bőrgyógyászok számára.

Idén a Magyar Dermatológiai Társulat Onkodermatológiai Szekciójája csatlakozott az Európa szerte megrendezésre kerülő úgynevezett EuroMelanoma Naphoz.

A szerzők a 2009. május 11-én megtartott hazai EuroMelanoma Nap tapasztalatairól számolnak be.

Több mint 100 önkéntes bőrgyógyász 94 helyszínen végezte az ingyenes anyajegy-tanácsadást, amely a bőrgyógyászati szakvizsgálat mellett a fényvédelemmel kapcsolatos felvilágosításból és egy egységes európai kérdőív kitöltéséből állt.

A megjelent 2638 résztvevő közül 2401-en töltötték ki a kérdőívet, amely feldolgozásra került.

A válaszadók 74%-a nő volt, 38%-a felsőfokú, 42%-a középfokú végzettséggel rendelkezett.

A résztvevők egyharmada már 18 éves kora előtt napégést szenvedett. A kérdőívet kitöltők 22%-a egyáltalán nem használt fényvédőt.

Az EuroMelanoma Napon 39 melanoma, 8 spalioma, 40 basalioma, 477 dysplasticus naevus és 262 solaris keratosis klinikai diagnózist állítottak fel a kollégák.

Az elérhető szövettani leletek összegyűjtésére és feldolgozásra kerültek.

A szerzők mindezeket összehasonlítva az elmúlt két év adataival – az európai eredmények tükrében – összegzik az idei év tapasztalatait.

Szász Orsolya dr.¹, Lengyel Zsuzsanna dr.¹, Battyáni Zita dr.¹, Battyáni István dr.²:

Komplex, mobil szűrés során szerzett tapasztalataink bőrtumorok és melanoma vonatkozásában

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹ PTE OEKK KK Radiológiai Klinika², Pécs)

A Dél-Dunántúli régióban a Térségi Szűrő és Diagnosztikai Központ (TSZDK) keretein belül 2007. tavaszán melanoma- és bőrrák-szűrést is magába foglaló, több szakmát érintő mobil szűrés indult. A kiszállások a Dél-Dunántúli régió kisvárosaiba és falvaiba történnek, olyan településekre, melyekből rossz szociális vagy társadalmi helyzet miatt a lakosok szűrővizsgálatokra való beutazása nehezített.

A szerzők, akik az utóbbi 2,5 évben közel 2600 résztvevőt vizsgáltak meg, a szűrés eredményeit és a mobil szűréssel kapcsolatos tapasztalataikat ismertetik.

Liszky Gabriella dr., Csuka Orsolya dr., Plótár Vanda dr., Mátrai Zoltán dr., Tóth László dr., Borbola Kinga dr., Schmidt Emese dr., Fejős Zsuzsanna dr., Balatoni Tímea dr., Ottó Szabolcs dr., Kásler Miklós dr.:

Sentinel nyirokcsomó biopszia és hematogén markerek melanoma malignumban. Követéses vizsgálat

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

Célkitűzések: A regionális nyirokcsomók daganatos érintettség fontos prognosztikai faktor melanoma malignumban. Az emelkedett S 100 tumormarker értékek és a vérből kimutatható keringő daganatsejtek az őrszem nyirokcsomó státusszal összefüggően, vagy attól függetlenül is utalhatnak a daganat progressziójára. Célünk volt a sentinel nyirokcsomó státusz és a hematogén paraméterek összefüggésének megállapítása, követéses vizsgálattal.

Módszer: 2001. januárjától 2004. októberéig 159 intermediar daganatvastagságú primer tumor esetében végeztünk sentinel nyirokcsomó biopsziát (SLNB) kettős jelöléssel. Az S 100 tumormarker

értékeket immunolumineszcens technikával, a keringő daganatsejteket pedig tyrosinase messenger RNS RT-PCR módszerrel határoztuk meg a műtét előtt 24-48 órával levett vérből. A betegeket 36 hónap átlagos követési idővel fizikálisan és képalkotó eljárásokkal protokoll szerint ellenőriztük.

Eredmények: Az SLNB sikeressége 99%-os volt. 21 esetben találtunk pozitív őrszem nyirokcsomót (13,4%). χ^2 próbával a sentinel nyirokcsomó státusz, a szérum S100 értékek és a keringő daganatsejtek jelenléte közt nem találtunk szignifikáns kapcsolatot ($p=0,82$; $p=0,75$). Többváltozós diszkriminancia analízis a túlélés prediktóráinak a primer tumor exulcerációját, lokalizációját és Breslow értékét valamint az SLNB eredményt határozta meg (77,8 %-os korrekt klasszifikációs ráta).

Konklúzió: Nem találtunk szignifikáns összefüggést a tanulmányozott hematogén paraméterek és a sentinel nyirokcsomó státusz között, a túlélés független prognosztikai tényezőjének csak a sentinel nyirokcsomók állapota bizonyult a primer tumor exulcerációja, lokalizációja és Breslow szerinti daganatvastagsága mellett.

Borbola Kinga dr.¹, Plótár Vanda dr.², Fejős Zsuzsanna dr.¹, Schmidt Emese dr.¹, Major Edina dr.¹, Éles Klára dr.², Gilde Katalin dr.¹, Liskay Gabriella dr.¹:

Merkel-sejtes carcinoma. Követéses vizsgálat.

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

A Merkel-sejtes carcinoma az 1970-es években „trabekuláris carcinoma” néven leírt, ritka, áttétképzésre hajlamos, neuroendokrin jelleggel bíró tumor. Incidenciája az utóbbi 15 évben megháromszorozódott. A körkép hátterében fő kockázati tényezőként az ultraibolya expozíció és az immunszuppresszió állhat.

A legújabb kutatások szerint vírus etiológia is feltételezhető (Merkel-sejt polyomavírus). Anyag és módszer: 1998 és 2009. között az Országos Onkológiai Intézetben 35 Merkel-sejtes carcinoma miatt megjelent beteg kórlefolysását és kezelését tekintettük át. Eredmények: Betegeink 63%-a volt nő, eltérően a szakirodalomban szereplő férfi dominanciától. A betegség, ahogy várható volt, az idősebb korosztályt érintette, az átlagéletkor: 70,2 év (41-92 év) volt.

A primer tumor 12 betegnél (34,3%) a fej-nyaki régióban, 13-nál (37,1%) a felső végtagon, 7 esetben (20%) pedig az alsó végtagon fordult elő. Törzsi lokalizációban daganat nem volt, ami az UV sugárzás kóros szerepére utal. A primer tumor 3 esetben (8,6%) volt ismeretlen. Az átlagos 28,6 hónap követési idő alatt 21 betegnél (60%) jelentkezett progresszió. Az elsőként fellépett metasztázis 20 esetben (57,1%) nyirokcsomóban alakult ki. A nyirokcsomó áttétet 5 betegnél (14,3%) követte távoli áttét. Az első metasztázis mindössze egy betegnél (2,9%) volt hematogén. A nyirokcsomó áttét ellátását követően 15 betegnél (75%) nem észleltünk további progressziót.

A betegség stádiumától, a beteg életkorától függően a sebészi beavatkozások mellett adjuváns vagy palliatív irradiációt, kiterjedt nyirokcsomó metasztázisok esetében, illetve disszeminált fázisban kemoterápiás kezelést alkalmaztunk, a szakirodalom ajánlásainak megfelelően. Bár a Merkel-sejtes carcinomának a kis esetszámok miatt megfelelő evidenciákon alapuló terápiája nincs.

Konklúzió: Döntő jelentőségű a betegek ellátásánál a komplex onkológiai multidiszciplinális kezelés, lehetőség szerint onkodermatológiai centrumban. Betegeink kórlefolysának elemzése során megállapíthatjuk, hogy 77 %-ban teljes gyógyulást értünk el.

Schmidt Emese dr., Balatoni Tímea dr., Hitre Erika dr., Liskay Gabriella dr.:

A molekuláris kemoterápia bőrgyógyászati mellékhatásai (Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

Célkitűzések: Évente mintegy 60.000 új daganatos megbetegedést regisztrálunk Magyarországon. A komplex onkoterápia fontos részét képezi a gyógyszeres kezelés. Mintegy öt évtizedig cytostatikus/cytotoxikus kezeléseket alkalmaztunk, amelyek nemcsak a tumorsejteket

pusztítják el, hanem a gyorsan osztódó és fokozott anyagcseréjű sejteket is, mint a csontvelő, a haj, a köröm, a bőr és gastrointestinalnális traktus nyálkahártya sejtjei. A korábbi kemoterápiás szerek leggyakoribb dermatológiai mellékhatásai az alopecia, a seborrhoeas dermatitis, a pigmentzavarok, a hyperszenzitivitási reakciók, a pruritus és a mucositis/stomatitis voltak. A felgyorsult tudományos kutatások fejlődésének köszönhetően jelentek meg az ún. molekuláris terápiák, melyek specifikusan célzottan a daganatra hatnak. Az általuk kiváltott toxikus reakciók és mellékhatások azonban jelentősen ronthatják a betegek életminőségét és mindennapi életvitelét, ami miatt visszautasíthatják a terápiát is.

Cél: A biológiai terápiák bőrgyógyászati mellékhatásainak felmérése beteganyagunkban.

Módszer: Az Országos Onkológiai Intézetben évente számos daganatos beteg kap molekuláris

kemoterápiát. Ide tartoznak az új cytostatikus analógok, a targetterápia, a monoklonális antitestek, az antiangiogen faktorok. Az emlő daganatos betegeink kb. 20%-a, az előrehaladott colorectalis tumoros betegek kb. 70%-a, előrehaladott vesedaganatos betegek kb. 90%-a, fej-nyaki tumoros betegek kb. 50%-a, GIST-ben szenvedő betegek 75%-a kap molekuláris kemoterápiát.

Eredmények: Leggyakrabban az alábbi szerek bőrgyógyászati mellékhatásait tapasztaljuk: a pirimidin antagonistá capecitabin (Xeloda - colorectalis carcinoma, emlőcc.), az antraciklinekhez tartozó liposzomális doxorubicin (Caelyx - ovariumcc., Myocet - emlőcc.), tubulinstabilizáló taxánok (taxotere - emlőcc.). A tirozin-kináz inhibitorok közül a sorafenib Nexavar - vesec.), a cetuximab (Erbix - fejnyak tumorok és colorectalis carcinoma) és az erlotinib (Tarceva - fej-nyak tumor és nem kissejtes tüdőrák) vált ki leggyakrabban mellékhatásokat, melyek súlyosságát a National Cancer Institute - Common Toxicity Criteria Grade 1-5 alapján osztályozzák. Ezen bortünetek a xerosis, körömváltozások (onycholysis), paronychia, pruritus, palmoplantáris erythrodysesthesia (PPE) vagy ún. „kéz-láb szindróma”, hyperkeratosis, „acneiform” papulopustularis rash, fotoszenzitivitás. A bőrön és nyálkahártyákon lévő tünetek részletes leírása mellett fotodokumentációt készítettünk. A betegeket minden esetben informáltuk a bőrbetegségükkel és annak lefolyásával kapcsolatban. A lokális antibiotikus, keratolitikus, dezinficiens és szteroid externák alkalmazásával a bőrtünetek jelentősen mérséklődnek. A kezelés során kialakult bőrtüneteket értékeltük, majd kezelést követően kontrolláltuk a javulást.

Konklúzió: A biológiai terápiák igen kifejezett dermatológiai mellékhatásokkal rendelkeznek, melyek egyszerű bőrgyógyászati terápiával kezelhetőek, és a betegek a részletes tájékoztatást követően jobban viselik a kezeléseket, javítva ezzel az életminőségüket. A bőrtünetek miatt a betegek kb. 30%-nál kényszerülünk dózisredukcióra vagy a kezelés átmeneti felfüggesztésére.

Korom Irma dr., Varga Erika dr., Oláh Judit dr., Kis Erika dr., Kemény Lajos dr.:

Elhanyagolt bőrtumorok a XXI. században

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A bőrfelszínen jelentkező bármely kóros elváltozás mind a laikusok, mind az egészségügyben dolgozók számára könnyen észrevehető, szembetűnő.

Ennek ellenére manapság is jelentkeznek betegeket a bőrgyógyászati rendelésen előrehaladott stádiumban lévő bőrdaganatokkal. A késlekedés okait kutatva a kezeléstől való félelem, a beteg és környezetének indolenciája a „megszokott” elváltozással szemben, a nem megfelelő egészségügyi kultúra, a rossz szociális körülmények közötti életmód említhető.

SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán 2000-től napjainkig előrehaladott, ún. „elhanyagolt” daganattal jelentkező betegeket mutatják be a szerzők, akik időről-időre számvetést készítenek ebben a témában. Legutóbb 2000-ben számoltak be hasonló esetekről, sajnos lényeges változás azóta sem következett be.

Az ilyen esetek kialakulásának megelőzéséhez feltétlenül fontos a további erőfeszítés az egészségügyi felvilágosítás területén, hiszen a korai felismerés és az idejekorán bevezetett kezelés jelentheti a betegek számára a gyógyulást.

Emri Gabriella dr., Kajtár Béla dr.*, Remenyik Éva dr.:

Bőrré lokalizálódó angiosarcoma

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen, DEOEC Patológiai Intézet*, Debrecen)

Az angiosarcoma a bőrön ritka előfordulását, agresszív viselkedésű malignus daganat. Többségében idősebb férfiakon, a fej-nyak régióban megjelenő tumor, emellett krónikus lymphoedema talaján, illetve korábban irradiált területen való kialakulása ismertebb.

A klinikai kép gyakran sérülés okozta bevérzést utánoz, mely perzisztál, illetve lassan terjed és bőr alatti infiltráció, csomók, ulceráció társulnak hozzá. A tumor pontos kiterjedését nehéz meghatározni, lehet multifokális kiindulás is. Az alsó végtagon nagyon ritkán, de előfordulhat lymphoedema nélkül is. Az időben történő diagnózishoz többszöri és több helyről vett biopszia válhat szükségessé.

Az előadás két eset bemutatásával a felismerés és ellátás nehézségeivel foglalkozik.

Hidvégi Bernadett dr.¹, Várkonyi Judit dr.², Hársing Judit dr.¹, Füle Tibor dr.³, Kovalszky Ilona dr.³, Csomor Judit dr.³, Kárpáti Sarolta dr.¹ Marschalkó Márta dr.¹:

Mastocytosis

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Kútvolgyi Klinikai Tömb², I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest³)

A mastocytosis WHO konszenzuson alapuló klasszifikációja szerint, cutan, és systemás formákra osztható. Mastocytosis bőrtünetei sokfélék: urticaria pigmentosa/ maculopapulosus cutan mastocytosis, plaque típusú, nodularis típusú, teleangiectasia macularis eruptiva perstans, diffúz cutan mastocytosis és mastocytoma cutan formák ismertek.

A cutan mastocytosis diagnózisának felállításához a jellegzetes klinikai tünetek mellett a bőr szövettani és immunhisztokémia (CD25, CD2, CD117) vizsgálata szükséges, systemás mastocytosis kizárására a csontvelő szövettani, immunhisztokémia, ill. genetikai vizsgálata elvégzendő. A szerzők cutan mastocytosis tüneteivel jelentkező felnőttek adatait – klinikai tünetek, bőr szövettani és immunhisztokémia vizsgálat, laboratóriumi paraméterek, terápia – elemzik.

Pónyai Györgyi dr.:

Kontakt szenzibilizáció gyermekkorban

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

A gyermekek magas arányú kontakt szenzibilizáltsága ismert klinikai tapasztalati tény. Az epicutan tesztek gyermekkorban az 1980-as években kezdték rutinszerűen alkalmazni. A korcsoport környezeti kontakt allergénjei az egyes földrajzi régiókra, országokra jellemzőek. A tünetek lokalizációja összefügg a korral változó allergén expozícióval is. Atópiás dermatitisben az allergén penetrációt a bőr barrier károsodása fokozottan elősegíti.

A gyermekkori kontakt szenzibilizáció felmérését a Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikájának Allergológiai Laboratóriumában 1993- 2007 között vizsgált 1-17 éves korú, 656 beteg (439 lány és 217 fiú) tesztanyagának retrospektív értékelésével végeztük. Aktuális adatainkat egy korábbi, 1977-1980 között végzett vizsgálat eredményeivel is összevetettük.

Jelen felmérésünk nem csak a szenzibilizáció emelkedését regisztrálta, hanem a leggyakoribb kontakt allergének gyakoriságában, sorrendjében is új eredményeket hozott. Kontakt szenzibilizáció legnagyobb arányban a kontakt dermatitis és atópiás dermatitis betegcsoportban észlelhető. A vizsgált korcsoport leggyakoribb szenzibilizáló anyagai a nikkell, a higanyvegyületek, a parafenilendiamine, a kobaltklorid és a perubalzsam voltak. Az atópiás betegcsoportban az átlagnál magasabb arányban észleltünk paraben mix, formaldehid, propilenglikol, kathon CG, fakátrány és kolofónium túlerzékenységet. Az atópiás lányok szenzibilizáltsági aránya két korcsoportban is meghaladta a teljes vizsgált beteganyag lánygyermekének szenzibilizáltságát.

Az előadás a saját eredmények, az irodalmi adatok és nemzetközi trendek tükrében áttekinti a gyermekkori kontakt szenzibilizáció előfordulási gyakoriságát, a korcsoport jellemző és „új” allergénjeit (növényi kivonatok, illatanyagok, festékek, játékok), valamint a gyermekek epicutan tesztelésének metodikai ajánlásait.

Gáspár Krisztián dr., Szegedi Andrea dr.:

Autoimmunitás szerepe atópiás dermatitisben

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

Kimutatható, hogy az atópiás dermatitisben (AD) szenvedő betegek nagy része jelentős mennyiségű IgE autoantitesttel rendelkezik különböző saját fehérjék ellen. Ezeket az autoantigéneket számos sejt és szövet fejezi ki. Az IgE autoantitest szintje a betegség súlyosságával is korrelációt mutat.

A szerzők az előadásban összefoglalják az autoimmun folyamatokra utaló bizonyítékokat AD-ben, és új, IgE autoantitestek jelenlétében lejátszódó lehetséges patomechanizmus részvételét is felvetik a betegségben.

Herédi Emese dr., Csordás Anikó dr., Bodnár Edina dr., Remenyik Éva dr., Szegedi Andrea dr.

Psoriasisos betegek komorbiditása régióinkban

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

Ismertetjük a Debreceni Bőrgyógyászati Klinika által gondozott középsúlyos-, súlyos psoriasisos betegek körében kivitelezett fizikális és laboratóriumi vizsgálatok, valamint részletes kérdőív segítségével végzett epidemiológiai felmérés eredményeit. Célunk elsősorban a psoriasisos társuló betegségek (obesitas, hypertonia, hyperlipidaemia, diabetes mellitus, metabolikus X szindróma, kardiovaszkuláris események, daganatok, depresszió, arthritis, dohányzás, alkoholiszmus) gyakoriságának és a psoriasis súlyosságával való összefüggésének felmérése volt.

Vizsgálatunkban 111 psoriasisos és 60 (korban és nemből illesztett) kontroll beteg vett részt. Psoriasisos betegek körében statisztikailag szignifikánsan magasabb volt az átlagos BMI értéke, a metabolikus X szindróma, a diabetes mellitus és az egyéb társbetegségek előfordulási gyakorisága a kontroll betegekhez viszonyítva. Továbbá a psoriasisos betegek között több volt az aktív dohányos. Szignifikánsan magasabb kiindulási PASI értéket tapasztaltunk azon betegeknek, akiknek családjában a pikkelysömör halmozódik. Súlyosabb bőrtünetek esetében (kiindulási PASI 20<) szignifikánsan gyakoribb volt az ízületi érintettség.

A pikkelysömör jelenlegi komplex szemléletének megfelelően eredményeink is a psoriasis átfogó, társszakmakkal rendszeres kapcsolatot tartó gondozását támasztják alá.

Nagy Gabriella dr., Károlyi Zsuzsánna dr., Sziray Ágnes dr., Lukács Katalin dr., Fazekas Katalin dr., Flórián Ágnes dr., Kovács Csaba dr., Spitzmüller Nóra dr., Tamási László dr.:

Biológiai terápia során észlelt mellékhatások, különös tekintettel a bőrgyógyászati szövődményekre

(Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály, Szent Ferenc Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Miskolc)

A szerzők a Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztályán, és a Szent Ferenc Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán 2006.január – 2009. szeptember között biológiai terápiával kezelt 339 beteg adatait dolgozták fel.

267 beteg reumatológiai indikáció (reumatoid arthritis, spondylitis ankylopoetica, arthropathia psoriatica), 72 beteg psoriasis miatt kapott kezelést, 89 esetben adalimumab, 103 esetben etanercept, 125 esetben infliximab, 22 esetben rituximab terápiát. A szerzők a kezelések során tapasztalt mellékhatásokról számolnak be, melyeket a Pichler által javasolt felosztás szerint csoportosítottak.

Súlyos mellékhatás miatt a kezelést 23 esetben kellett megszakítani (6.7%). Ezen betegek anamnézisében csaknem minden esetben

olyan társbetegségek szerepeltek, melyek a súlyos mellékhatások kialakulásának szempontjából fokozott rizikót jelentettek. Tbc, illetve malignus betegség anyagukban nem fordult elő, szervtoxicitásra utaló eltérést nem észleltek.

Munkájuk során külön tárgyalják a bőrgyógyászati szövődmények, mint a hypersensitivitási reakciókat (generalizált maculosus exanthema, tenyéri erythema) bőrtumorokat (basalioma, keratoakanthoma, multiplex eruptív verruca seborrhoeica), bőrinfekciókat (mycosis, erysipelas, erythema chr. migrans, herpes simplex, herpes zoster, verruca vulgaris). Két reumatológiai betegnél a TNF-alpha kezelés gyulladáshoz dermatosist, psoriasist, illetve lichenoid exanthemat provokált, melyet az irodalomban is megfigyeltek. Több betegnél a kezelés során jelentős testsúlygyarapodást tapasztaltak, mely a cardiovascularis szövődmények kockázatát tovább fokozhatja.

Holl Péter dr.¹, Sas Andrea dr.¹, Hidvégi Bernadett dr.¹, Barna Gábor dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

A cutan lymphocitaasszociált antigén (expresszió változásának vizsgálata biológiai válaszmódosító kezelés hatására psoriasisban

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, SE I. Patológiai Intézet², Budapest)

A psoriasis immunopathogenesisében a Th-1 sejtek mediálta gyulladásnak meghatározó szerepe van. A bőrben kialakuló gyulladás specificitásáért a T-sejteken expresszálódó cutan lymphocitaasszociált antigén (CLA) tehető jelentős részben felelőssé, mely a T-sejtek meghatározó homing-receptora. Az expresszió mértéke a klinikai állapottal jelentős korrelációt mutat. Korábbi vizsgálatok eredményei alapján feltételezhető, hogy a CLA expressziójának mértéke, illetve annak alakulása a kezelések során a klinikai tünetek későbbi alakulására vonatkozó prognosztikai faktorként értékelhető. A szerzők a biológiai válaszmódosító kezelésben részesülő psoriasisos betegek bőrtünetének PASI index által jellemzett klinikai állapota és a keringő sejtek CLA-expressziójának mértéke közötti összefüggést vizsgálták.

Erős Nóra dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Silló Pálma dr.¹, Preisz Klaudia dr.¹, Blazsek Antal dr.¹, Nagy Eszter dr.¹, Szepesi Ágota dr.², Csomor Judit dr.², Matolcsy András dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

Coeliakia és malignus lymphoproliferatív betegségek

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest²)

A coeliakiában szenvedő betegeknél a non-Hodgkin lymphoma kialakulásának rizikója fokozott, több mint háromszor gyakrabban észlelik a normál populációhoz képest. Elsősorban T-sejtes ill. diffúz nagy B-sejtes lymphoma fordul elő, nemcsak a béltraktusban, hanem egyéb nodális és extranodális helyeken is.

A szerzők áttekintik a coeliakiában leggyakrabban előforduló ún. enteropathia-típusú T-sejtes lymphoma pathomechanizmusát, klinikopathológiai jellegzetességeit, valamint ismertetik a ritkábban előforduló entitásokat, külön kiemelve a cutan lymphomák kialakulásának lehetőségét.

Varga Erika dr.¹, Korom Irma dr.¹, Krenács László dr.², Bagdi Enikő dr.², Oláh Judit dr.¹, Kemény Lajos dr.¹:

Lymphomák a bőrben illetve a bőr lymphomái

(SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, Daganatpatológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Szeged²)

A bőrben jelentkező lymphomák diagnosztizálása a változatos megjelenés és a sokféle kórkép miatt gyakran nehézséget jelent, néha viszont egyszerű. Egyes esetekben az elengedhetetlen szövettan mellett kiterjedt klinikai vizsgálatok is szükségesek ahhoz, hogy a folyamat primer bőr eredetű vagy a másodlagos bőrirritettség tényét tisztázzuk.

További nehézség lehet, ha leukaemia jelentkezik első tünettől a bőrben egyéb jellegzetes klinikai tünet nélkül. A pontos, korszerű szövettani besorolás és staging nélkül a betegek kezelését nem lehet megfelelően elkezdeni illetve folytatni. Ezért nagyon fontos, hogy a klinikus és a pathologus együttműködése.

Az utóbbi egy évben észlelt betegek kapcsán csaknem az összes lymphomaféleség előfordulását, kivizsgálását, diagnosztikáját bemutatjuk.

Szítay Sándor dr., Daróczy Judit dr.:

Férfi emlőrák és szekunder nyiroködéma

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

A férfiak malignus mell daganata ritka, ezért gyakran csak előrehaladott stádiumban kerül felismerésre, lappangási ideje hosszabb, a túlélés rövidebb, a halálzási ráta magas, agresszívabb kezelést igényel.

Másodlagos kar ödéma esetében első helyen merül fel az emlőrák gyanúja. A kórjósolat a női emlő azonos stádiumban levő tumoraival megegyező. A kezelési lehetőségek rendszerint megegyeznek a nőkben alkalmazott módszerekkel (műtét, sugárkezelés, kemoterápia). Ha a szövettani minta vizsgálata azt mutatja, hogy a tumor növekedését a nemi hormonok befolyásolják, hormonkezelés is szóbajön.

Szerzők ismertetik szekunder felső végtagi nyiroködémás, mell tumor miatt műtött 4 férfi beteg esetét. A komplex ödémamentesítő kezelési indikációit és kontraindikációit is tárgyalják. Malignus nyiroködéma esetén a kezelési stratégia egyéni elbírálást igényel. Egyéb okok miatt kialakult karödémás esetek megoszlása a következő volt: 3 trauma, 2 post-surgical (érműtét), 3 dialysis (shunt), 2 melanoma axillaris metasztázis, 1 elszarusodó laphámrák, 3 immobilizáció, 3 pacemaker.

Irodalmi adatokkal összevetve értékeli saját kezelési tapasztalataikat.

Baló-Banga J. Mátyás dr.:

60 év feletti férfiakon változik a bőrbetegségek előfordulása

(ÁEK Bőrgyógy. Osztály és Szakambulanciák, Budapest)

Az öregedés az életfunkciók csökkenése, a morbiditás fokozódásával, végső soron a mortalitással jár együtt. A bőr funkciói is beszűkülnek, ami a barrier gyengülésével, a rugalmasság és a mirigyfunkciók csökkenésével, ráncosodással és bőrszárazsággal jár.

Tekintettel a 60 év feletti férfiak Magyarországon közismert igen rossz általános morbiditási és mortalitási mutatóira, tanulmányunkban arra kerestünk választ, hogy van-e ennek vetülete a napi bőrgyógyászati járó- és fekvőbeteg ellátásban.

Módszerek: Két különböző járóbeteg adatbázist, valamint az ÁEK Bőrgyógyászati Osztály 2007-2009. 09. 01.-ig terjedő teljes fekvőbeteg anyagát vizsgáltuk át. Bizonyos adatokat összevetettünk az 1999-2000-ben történt sorkatonai szűrővizsgálatok eredményeivel (18-20 év közti férfiak).

Eredmények: A 60+ férfiaknál a súlyos bőrbetegségek arányának növekedése jellemző, amely 10 évvel megelőzi (már 50 év felett is megjelenve) a nők hasonló változásait:

- a lábmikózisok és ezzel párhuzamosan az alsó végtag orbáncos eseteinek nagyszámú megjelenése – septicus szövődmény lehetőségével is társul.
- a nőkhöz képest valamelyest kevesebb a lábszárfelekéylek előfordulása - súlyos psoriasis, keratosisok, seborrhoeás kórképek, a penis betegségeinek és a fény-dermatosisoknak fokozódott a prevalenciája
- több, és többfajta malignus bőrelváltozás lépett fel; a nem-melanoma bőrrákok, a melanoma malignum, a vasculáris- és bőrfüggelékkel kiinduló daganatok is gyakrabban fordultak elő.

Az eredmények megbeszélését a szerző bőséges saját képanyag bemutatásán keresztül, a továbbképzés didaktikus szempontjai szerint végzi.

Kovács L. András dr.¹, Péter Iván dr.¹, Kálmán Endre dr.²,
Battyáni Zita dr.¹:

**Nem fertőzések eredetű balanoposthitisek
(Penisléziók differenciáldiagnosztikája)**

(PTE OEKK KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai
Klinika¹, PTE OEKK KK Patológiai Intézet², Pécs)

A glans penis és a preputium betegségeinek differenciáldiagnosztikájában az infekciós eredet mellett allergiás, ill. irritatív háttér, továbbá daganatok, trauma, valamint bizonyos bőrbetegségek jönnek szóba. A fertőzések eredetű kórképeken kívül számos bőrbetegség predilekciós területe az anogenitalis tájék. A szerzők nem fertőzések eredetű balanoposthitis esetek bemutatásával taglalják a penisléziók differenciáldiagnosztikáját és terápiás lehetőségeit.

Szondy Györgyi dr., Együd Katalin dr.:

Érdekes syphilises esetek a Nyíregyházi BNG-ben

(Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat „Jósa András”
Oktató Kórháza Bőr- Nemibeteg gondozó Intézet,
Nyíregyháza)

A syphilis gyakran diagnosztikus problémát jelent a társszakkörökben, mivel szekunder szakaszában gyakran más betegségek tüneteit utánozhatja.

A szerzők két syphilises eset kórtörténetét ismertetik, amelyek a Nyíregyházi Bőr- Nemibeteg gondozó Intézetben kerültek diagnosztizálásra és kezelésre.

Első eset: 30 éves nőbeteg foltos hajhullással jelentkezett a BNG-ben. A fizikális vizsgálat során derült fény egyéb tüneteire. A serologia vizsgálat igazolta a syphilit. Kontaktskutatás során további betegek tüneteinek hátterében igazolódott syphilis.

Második eset: 26 éves nőt terhesgondozó jelentette TPHA pozitívással. Családi szűrés alkalmával derült ki, hogy a 6 éves leánygyermek és az 5 éves fiúgyermek serologiája is pozitív eredményt adott. Az előadás részletezi a gyermekek fertőződésének lehetőségeit.

A szerzők hangsúlyozzák a kontaktskutatás fontosságát, és a serologiai vizsgálat elvégzését minden típusos és atipikus lokalizációban megjelenő tüneteknél, illetve a látszólag ok nélkül disszemináltan kialakuló nem viszkető exanthema esetén.

A diagnózis felállításához és a kontaktskutatáshoz elengedhetetlen a pontosan vezetett egészségügyi dokumentáció (nemibeteg nem mond igazat!).

Erdei Irén dr.:

Égési sérültek első ellátásának jelentősége a későbbi fertőzés megelőzésében

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika és
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék, Debrecen)

Bevezetés: A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika Égéssebészeti és Intenzív Osztályán évente 260-300 égett beteget kezelnek. Az Egyetem ellátási területének megfelelően az égett betegek többsége Hajdú-Bihar megyei, de sok súlyos égési sérültet vesznek át a környező megyékből is. Így az első ellátás különböző helyeken történik: házi orvos, traumatológia, sebészet-, bőrgyógyászati szakrendelők, sürgősségi ambulanciák és OMSZ.

Anyag és módszer: Az előadó az első ellátás során alkalmazott sokkalanítási, sebkezelési és betegszállítási módszerek, szokások pozitív és negatív jellemzőire hívja fel a figyelmet, amely a későbbiekben a beteg fertőzésében is szerepet játszhat. A nem megfelelő volumenpótlás az égési seb elmélyüléséhez vezet, amely fertőzés szempontjából súlyosabb státuszt jelent.

Az előadó fontosnak tartja az égési sérültek szisztémás keringésének megfelelő fenntartását és a steril sebkezelés szabályainak betartását, amelyek jobb esélyt biztosítanak a további klinikai kezelésekből és a betegek előnyösebb gyógyulásához és/vagy túléléséhez vezetnek.

Konklúzió: A különböző ambuláns és osztályos égésisérült-ellátás folyamán a nem steril sebkezelés a kórházi baktériumtörzsek passzázását az égett betegek kezelésének költségnövekedését is eredményezi.

Simon Gyula dr.:

Az onychomycosis „alternatív” terápiája

(MikroMikoMed Kft, Budapest)

A gombaellenes kezelés lehetőségei folyamatosan bővülnek, részben újabb molekulák kifejlesztésével, részben újabb terápiás sémák kialakításával. Emellett számos információ jelenik meg olyan gyógyhatású termékekről, természetes növényi anyagokról, melyek a reklámok szerint a hagyományos gyógyszeres kezeléssel egyenértékűek.

A betegek természetesen előnyben részesítik a lokális és „alternatív” kezelési módokat, elsősorban a mellékhatások és gyógyszer-interakciók elkerülése érdekében. Sokszor azonban a gyakorlati tapasztalat nem támasztja alá az irodalmi és reklám-információk hitelességét.

Szerző ezt az ellentmondást elemzi *in vitro* és *in vivo* vizsgálatok alapján. Megállapításait igyekszik a betegek érdekében, a bőrgyógyász kollégák informálásával közzétenni.

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



Meghívó

A Magyar –Német Dermatológiai Társaság (MNDT-DUDG) 8. Kongresszusára, a Berlin és brandenburgi Gyermekbőrgyógyász – napi rendezvénnel együttesen kerül lebonyolításra 2010. április 15-17. között.

Színhelye:

Langenbeck-Virchow Ház, 10117 Berlin, Luisenstraße 58/59

**Kedves Kollegák,
Kedves Magyar Vendégek, Barátaink,
Tisztelt Hölgyeim és Uraim!**

Ezennel szeretném Önöket a DUDG-MNMT soron következő 8. Kongresszusa alkalmával Berlinbe invitálni. Társaságunk rendezvényét a Berlin-brandenburgi „Gyermekbőrgyógyász Nap”-pal karöltve szervezzük.

A Német-Magyar Bőrgyógyász Társaságot 1995-ben Berlinben hívták életre és így 2010-ben jut majd vissza alapítása színhelyére. Az elmúlt 15 évben két évente kerültek sorra rendezvényei Szegeden, Kasselban, Lilafüreden, Düsseldorfban, Pécsen, Münsterben és végül Budapesten. A kongresszusok növekvő népszerűsége nemcsak a német, a magyar, a Németországban élő magyar gyökerű és a mindkét kultúrkörben mozgó harmadik országokbeli kollegák körében növekszik, de a fiatal bőrgyógyászokat is megérinti, mivel lehetőséget nyújt a bemutatkozásra, a nézetek és munkamódszerek cseréjére a dermatovenerológia teljes vertikumában.

A Berlin-brandenburgi Gyermekbőrgyógyász Nap két évente kerül megrendezésre fővárosunkban. Mivel a bőrgyógyász szakmai tapasztalatai a gyermekkori betegségekkel kapcsolatban az interdiszciplináris kontextusban különösen érvényesülnek, ezért ez a rendezvény újabb mérföldkő lehet a MNMT-DUDG történetében.

Természetesen jövőre sem marad el a hagyományos futballmeccs a német- és magyar dermatológus válogatottak között, hogy a tudomány mellett a sportesemény is tovább gazdagítsa közös élményeink sorát.

Nagy örömmel várjuk tehát a német-magyar kultúrkörhöz tartozó, vagy ahhoz csatlakozni kívánó kollegák jelentkezését és látogatását 2010 áprilisában, Berlinben!

Prof.Dr. Peter K. Kohl
A DUDG-MNMT német alelnöke

Prof.Dr. Ulrike Blume-Peytavi
a Berlin-brandenburgi Gyermekbőrgyógyász Társaság elnöke

Jelentkezéseket, előadás- és poszter címeket a DUDG magyar elnöke
Prof. Dr. Baló-Banga J. Mátyás (balmat05@freemail.hu) valamint alelnöke
Dr. Morvay Márta (morvay.marta@gmail.com) részére lehet továbbítani.

Blazsek Antal dr., Silló Pálma dr., Preisz Klaudia dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Epidermális (eTG) és szöveti (tTG) transzglutaminase ELISA vizsgálatok jelentősége dermatitis herpetiformis betegek savójában

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

A dermatitis herpetiformis (DH) az autoimmun hólyagos bőrbetegségek közé sorolható kórforma, melyet a papilláris dermis csúcsaiban kicsapódó IgA epidermális transzglutamináz (eTG) precipitátumok jelenléte jellemez. Egyre több irodalmi adat áll rendelkezésre, amely alátámasztja, hogy a DH a glutén szenzitivitás dermatológiai manifestációja, amely csupán egyes gluten szenzitív enteropathiában (GSE) szenvedő betegekben jelentkezik, ahol magas aviditású és affinitású eTG autoantitestek képződnek. Az endomysium elleni antitest (EMA) a szöveti transzglutamináz (tTG) elleni autoantitesthez hasonlóan szenzitív és specifikus markere a bőrgyógyászati tünetekkel is társuló GSE-nek. Bár számos munka tárgyalja a az EMA és tTG autoantitestek pozitívitásának és szintjének alakulását a GSE betegek diagnosztikájában és terápiás folyamatában (gluten mentes diéta, GFD, azonban igen kevés ismeret áll rendelkezésre az eTG, tTG IgA autoantitestek ill. az EMA együttes követése terén hosszú távú vizsgálatok során.

Célunk DH betegek eTG, tTG és EMA adatainak meghatározása és követése volt.

252 DH beteg esetében végeztünk laborvizsgálatokat. 23 esetben sikerült 5 éven túl követett életútát vizsgálnunk. A DH diagnózisát minden esetben immunfluoreszcens és rutin patológiával konfirmáltuk. A gyűjtött savómintákat retrospektív analízis során heTG ELISA rendszerrel (Immundiagnostik, Bensheim, Germany) eTG meghatározásra ill. Athena Multi-Lyte Celiac IgA Plus rendszerrel (Zeus, Princeton, US) tTG és gliadin IgA autoantitest meghatározás céljából vizsgáltuk.

Mind a 252 DH esetben sikerült elevált eTG szinteket kimutatnunk. A 23 követett beteg esetében az eTG IgA szint emelkedett volt, míg 2 beteg esetében a kezeletlen minta EMA és tTG negatívnak bizonyult. A glutén mentes diéta terápiás alkalmazása után, míg az EMA lassan negatívvá vált, ill. a tTG és gliadin IgA szintek normális tartományba kerültek, az eTG lassabb titercsökkenést mutatott. 17 esetben bár a tTG autoantitestek szintje normalizálódott a terápia hatására az eTG IgA szinte emelkedett maradt.

Az eTG IgA autoantitestek a DH szenzitív markerei, és szorosabb kapcsolatban látszanak magával a bőrfolyammal lenni, mint a GSE-vel.

Dózsa Anikó dr.^{1,2}, Dezső Balázs dr.⁶, Bálint L. Bálint dr.², Tóth Balázs dr.³, Bíró Tamás dr.³, Christos Zouboulis dr.⁵, Remenyik Éva dr.⁴, Nagy László dr.²:

A PPAR (Peroxiszóma Proliferáció Aktiváló Receptor) gamma molekula expressziós mintázata és jelátviteli folyamatai eltérőek a normál és patológiás faggyúmirigyekben

(Miskolci Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc¹, DEOEC Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet, Debrecen², DEOEC, Élettani Intézet, Debrecen³, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika⁴, Bőrgyógyászati és Immunológiai Intézet, Klinika Dessau, Dessau, Németország⁵, DEOEC Pathológiai Intézet, Debrecen⁶)

A PPAR_γ magreceptor molekulának kulcsszerepe van a sebocyták és a faggyúmirigyek működésében, azonban a pontos mechanizmus az ellentmondásos eredmények miatt nem tisztázott. Korábban hazánkban elsőként mutattuk ki hiperpláziás faggyúmirigyekben és az immortalizált SZ95 sebocytákban a PPAR_γ és RXR_α fehérjét és mRNS-t. Lézer mikrodisszekcióval nyert faggyúmirigyből izolált RNS-ből valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakciós (RT-qPCR) módszerrel végeztük a molekulák génextpressziós szintjének meghatározását.

Jelen vizsgálatunk célja, hogy feltérképezzük a PPAR_γ mely transzkripciósi folyamatokat irányítja a faggyúmirigyekben, van-e eltérés a PPAR_α molekula működési mechanizmusában különböző differenciáltságú faggyúmirigy sejteken, illetve a különböző faggyúmirigyeket involváló betegségekben? Bőrbetegségekből származó szövetminták formalinnal fixált, paraffinba ágyazott meszeteiből immunhisztokémiai módszerrel, friss fagyaszott metszetből lézer mikrodisszekcióval elkülönített különböző differenciáltságú faggyúmirigysejtek génextpressziós mintázatát vizsgáltuk. A molekula funkcióját SZ95 immortalizált humán sebocyta sejtvonalban vizsgáltuk. Oil Red O festéssel, illetve fluorimetriás módszerrel kvantitatív lipidmeghatározást végeztünk. Újabb eredményeink szerint a faggyúmirigy carcinomában a PPAR_γ nem expresszáldott, faggyúmirigy adenomában a molekula expressziója csökkent a normál faggyúmirigyben kimutatható PPAR_γ expresszióhoz képest. SZ95 sebocyta kultúrában receptor agonistával illetve antagonistával befolyásoltuk a célgének expresszióját, és megfigyeltük az anyagcsereváltozásokat, amelyek a sejtekben végbemennek. Meghatároztuk az SZ95 sejtekben és a mikrodisszekált szövetmintákban a PPAR_γ molekula által regulált lipidmetabolizmusban szerepet játszó célgének (PGAR, ADRP, FABP4) expressziós mintázatát. Megfigyeltük mindkét modellrendszerben a PPAR_γ és célgénjeinek expresszióját a sejtdifferenciáció során.

Eredményeink alapján feltételezzük, hogy a PPAR_γ szerepet játszhat a faggyúmirigyek differenciációjában és a sejtek differenciálódási folyamatainak defektusaiban is, így diagnosztikai és terápiás célpont lehet.

Szabó Éva dr.¹, Bodnár Edina dr.¹, Erdélyi Katalin dr.^{2,3}, Hegedűs Csaba dr.^{2,3}, Bakondi Edina dr.², Remenyik Éva dr.¹, Virág László dr.^{2,3}:

A nitrogén-monoxid – peroxinitrit - poli(ADP-ribóz) polimeráz útvonal szerepe a krónikus sebek pathogenezisében

(Debreceni Egyetem Bőrgyógyászati Klinika¹, Orvosi Vegytani Intézet², MTA Sejtbiológiai és Jelátviteli Kutatócsoport, Debrecen³)

A szövettanilag részletesen jellemzett sebgyógyulási folyamat szabályozásának molekuláris mechanizmusai jórészt feltáratlanok. A sebgyógyulási folyamat komplex regulációs hálózatának felborulása a sebgyógyulás elhúzódásához vezethet. A krónikus sebek (diabéteses láb, vénás és artériás lábszárfekély, felfekvés) népbetegségek tekinthetők, és kezelési költségeik csak az Egyesült Államokban dollármilliárdokra rúgnak. A különböző krónikus sebek közös jellemzői a perisztens gyulladás, a hipoxia, a bakteriális kolonizáció és az öregedéssel összefüggésben megváltozott stresszválasz. Munkánk során vizsgáltuk a nitrogén-monoxid (NO) – peroxinitrit (az NO és szuperoxid reakcióterméke) és a - poli(ADP-ribóz) polimeráz-1 (PARP-1) szerepét a normál és az elhúzódó sebgyógyulás folyamatában.

Célkitűzések:

1. termelődik-e peroxinitrit a sebgyógyulás során, és befolyásolja-e az elhúzódó sebgyógyulást
- 2: kimutatható-e PARP aktiváció a sebgyógyulás során, és van-e szerepe a krónikus seb kialakulásában

Állatkísérletek:

Egér incíziós seben iNOS (az NO fő termelője) expresszó kimutatása immunhisztokémiai módszerrel. Az iNOS expresszió a sebszélken volt a legintenzívebb. Korábbi munkáink és irodalmi adatok is alátámasztják, hogy NO-ból keletkezik peroxinitrit a bőrben.

Kísérletek tenyésztett HaCaT keratinocitákon:

HaCaT keratinocitákon peroxinitrit expozíció hatására módosult a gyulladáshoz köztudottan kemokinek expressziós mintázata, amit "low density array" (mRNS szint) módszerrel detektáltunk.

Humán mintákon végzett vizsgálatok:

Krónikus vénás eredetű ulcus-ban szenvedő betegekben szérumból, sebfoltyadék vizsgálat, bőrbioopszia történt. Dot blot technikával a szérumban és a sebfoltyadékban emelkedett nitrotyozin szintet (ONOO jelenléte) mértünk. Az ulcusok széli részéből végzett biop-

sziákból történt immunhisztokémiai vizsgálatok intenzív nitro-tirozin festődést, PARP-1 expressziót, PAR felhalmozódást mutattak.

Eredményeink azt mutatják, hogy a nitrogén-monoxid- peroxinitrit- PARP útvonal a krónikus sebekben aktívan jelen van. További vizsgálatok szükségesek annak bizonyítására, hogy a peroxinitrit és PARP aktiváció hogyan befolyásolja a hipoxia-VEGF-angiogenezis útvonalat, továbbá, hogyan hat a poli-ADP-riboziláció (PARP és PARG) a gyulladáshoz vezető mediátorok termelésére krónikus sebekben.

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

Az UVB sugárzás közvetlen és közvetett úton is szabályozza a TRP-1 melanocita differenciációs marker mRNS szintű kifejeződésének mértékét

(SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹,
MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

A melanociták tenyésztéséhez használt hagyományos tápfolyadékok kémiai mitogéneket tartalmaznak, amelyekben a melanociták differenciált állapotban képesek a növekedésre. Ezekre a sejtekre jellemző az aktív tirozináz működése, a tirozinázhoz kapcsolt fehérje-1 és -2 (TRP-1 és -2) kifejeződése, az érett melanoszómak képződése és a jól fejlett dendritek jelenléte.

Munkacsoportunk kifejlesztett egy kémiai mitogénektől mentes tápfolyadékot (Mel-mix®) melanocita tenyésztéshez, amelyben az

egészséges felnőtt melanociták dedifferenciálódnak: a tenyésztés során a sejtek alakja bipolarissá válik, proliferációjuk felgyorsul, elveszítik TRP-1 és c-Kit differenciációs fehérje kifejeződésüket és melanin-tartalmukat.

Célul tűztük ki a közvetlen és közvetett UVB sugárzás melanocita differenciációra gyakorolt hatásának vizsgálatát a TRP-1 génexpresszió változásának követésével ebben az általunk kifejlesztett, *in vitro* tenyésztő környezetben. Különböző dózisu UVB-vel (0, 20,8, 31,2, 41,6 mJ/cm²) 3. passzázsban lévő melanocita és azonos donorból származó keratinocita kultúrákat sugartzunk be. A keratinociták felülűszóját 6 illetve 24 órával a besugárzás után levettük és hozzáadtuk autológ melanocita kultúrákhoz. A melanocitákban 24 órával a besugárzás ill. a felülűszó kezelése után vizsgáltuk a TRP-1 mRNS szintű kifejeződését. A melanociták közvetlen besugárzása UVB-vel dózis-függően csökkentette a TRP-1 mRNS kifejeződésének mértékét. Ezzel ellentétben, a melanocita tenyésztetek kezelése a besugározott keratinociták felülűszójával megemelte a TRP-1 mRNS kifejeződésének mértékét. A TRP-1 mRNS expressziójának mértéke azokban a tenyésztetekben volt magasabb, amelyek a besugárzást követően 24 órával levett felülűszókkal voltak megkezelve. Ezek az adatok azt mutatják, hogy az UVB sugárzás közvetetten, a keratinocitákon keresztül befolyásolja a melanociták differenciációját.

Eredményeink tovább erősítik azokat a korábbi megfigyeléseket, melyek szerint az UVB sugárzás melanocita differenciációra/pigmentképzésre gyakorolt hatása keratinocita eredetű faktorok által szabályozódik.

Magyar Dermatológiai Társulat és a Magánbőrgyógyászok Egyesületének

X. KOZMETOLÓGIAI KONGRESSZUSA

EGER, HOTEL EGER 81 PARK, 2010. JÚNIUS 17-19.

Akkreditált rendezvény, várható kreditpont: 50

szervező bizottság elnöke: Prof. Dr. Remenyik Éva, tudományos információ: dr. Szabó Éva
DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, 52 255-204, dermatologia@dote.hu

Szervező iroda:

Chemol Travel Kft. Beutazási és Kongresszusi Osztály H-1052 Budapest, Deák Ferenc u.10.
Tel.: +36 1 266 7032 fax: +36 1 266 7033
E-mail: incoming@chemoltravel.hu

További információ a rendezvény honlapján:

www.dermatology.dote.hu

A kongresszus főbb témakörei:

- Kosmetológiában alkalmazható technikák: radiofrekvencia, krioterápia, lézer, mezoterápia
- A köröm betegségei, a verejtékmirigy kóros működése, ráncfeltöltés, botox, cellulit kezelés **Előadások bejelentését várjuk a fenti vagy egyéb kozmetológiai témakörökben.**

Absztrakt beküldési határidő: 2010. március 15.

Kedvezményes jelentkezési határidő: 2010. május 1.

Debrecen, 2009. november 4.

Dr. Remenyik Éva
egyetemi tanár, klinikaigazgató

Poszterek

Blazsek Antal Zsolt dr., Silló Pálma dr., Preisz Klaudia dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:

Epidermális (eTG) és szöveti (tTG) transzglutaminase ELISA vizsgálatok jelentősége dermatitis herpetiformis betegek savójában

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

A dermatitis herpetiformis (DH) az autoimmun hólyagos bőrbetegségek közé sorolható kórforma, melyet a papilláris dermis csúcsaiban kicsapódó IgA epidermális transzglutamináz (eTG) precipitátumok jelenléte jellemez. Egyre több irodalmi adat áll rendelkezésre, amely alátámasztja, hogy a DH a glutén szenzitivitás dermatológiai manifestációja, amely csupán egyes gluten szenzitiv enteropathiában (GSE) szenvedő betegekben jelentkezik, ahol magas aviditású és affinitású eTG autoantitestek képződnek. Az endomysium elleni antitest (EMA) a szöveti transzglutamináz (tTG) elleni autoantitesthez hasonlóan szenzitiv és specifikus markere a bőrgyógyászati tünetekkel is társuló GSE-nek. Bár számos munka tárgyalja a az EMA és tTG autoantitestek pozitívításának és szintjének alakulását a GSE betegek diagnosztikájában és terápiás folyamatában (gluten mentes diéta, GFD, azonban igen kevés ismeret áll rendelkezésre az eTG, tTG IgA autoantitestek ill. az EMA együttes követése terén hosszú távú vizsgálatok során.

Célunk DH betegek eTG, tTG és EMA adatainak meghatározása és követése volt.

252 DH beteg esetében végeztünk laborvizsgálatokat. 23 esetben sikerült 5 éven túl követett életútát vizsgálnunk. A DH diagnózisát minden esetben immunfluoreszcens és rutin patológiával konfirmáltuk. A gyűjtött savómintákat retrospektív analízis során heTG ELISA rendszerrel (Immundiagnostik, Bensheim, Germany) eTG meghatározásra ill. Athena Multi-Lyte Celiac IgA Plus rendszerrel (Zeus, Princeton, US) tTG és gliadin IgA autoantitest meghatározás céljából vizsgáltuk.

Mind a 252 DH esetben sikerült elevált eTG szinteket kimutatnunk. A 23 követett beteg esetében az eTG IgA szint emelkedett volt, míg 2 beteg esetében a kezeletlen minta EMA és tTG negatívnak bizonyult. A glutén mentes diéta terápiás alkalmazása után, míg az EMA lassan negatívvá vált, ill. a tTG és gliadin IgA szintek normális tartományba kerültek, az eTG lassabb titercsökkenést mutatott. 17 esetben bár a tTG autoantitestek szintje normalizálódott a terápia hatására az eTG IgA szintje emelkedett maradt.

Az eTG IgA autoantitestek a DH szenzitiv markerei, és szorosabb kapcsolatban látszanak magával a bőrfolyamattal lenni, mint a GSE-vel.

Erős Nóra dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Hársing Judit dr.¹,
Silló Pálma dr.¹, Preisz Klaudia dr.¹, Blazsek Antal Zsolt dr.¹,
Nagy Eszter dr.¹, Szepesi Ágota dr.², Csomor Judit dr.²,
Matolcsy András dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹:

Cutan lymphoma és a gluten sensitív betegségek

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

A gluten sensitív betegségekben fokozott a non-Hodgkin lymphoma (NHL) kialakulásának rizikója. A leggyakoribb forma az ún. enteropathia-típusú T-sejtes lymphoma, de előfordul a bél- és a nyirokcsomók B-sejtes lymphomája illetve egyéb extraintestinalis B- és T-sejtes lymphoma is. A gluten sensitív betegségek és a cutan lymphomák közötti kapcsolat kevésbé ismert. Vizsgálataink célja volt cutan lymphomában szenvedő betegeknél a gluten sensitivitás markereinek, valamint dermatitis herpetiformisban (DH) szenvedő betegeknél a cutan lymphoma előfordulási gyakoriságának vizsgálata.

Az 55 cutan lymphomában szenvedő beteg közül 46 T-sejtes forma (30 mycosis fungoides (MF), 5 Sézary szindróma, 1 anaplasziás nagy T-sejtes lymphoma, 2 lymphomatoid papulosis, 2 subcutan panniculitis-szerű T-sejtes lymphoma, 6 perifériás T-sejtes lymphoma), 7 B-sejtes lymphoma (3 marginális zóna B-sejtes lymphoma, 4

folliculus centrum lymphoma), valamint 2 kettős lymphoid tumor (1 B-CLL + marginális zóna B-sejtes lymphoma, 1 B-CLL + MF) fordult elő. A betegeknél szöveti transzglutaminase (tTG-IgA) és endomysium ellenes (EMA-IgA) antitest vizsgálat történt, ELISA ill. indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal.

A 179 DH-ban szenvedő betegnél a diagnózis a bőr hisztológiai és direkt immunfluoreszcens vizsgálatán alapult, ezen betegek adatait cutan és extracutan lymphoma irányában retrospektíve tekintettük át.

Beteganyagunkban egy esetben találtuk a DH társulását MF-el. A II/A stádiumú beteg jól reagált a PUVA kezelésre, de később ettől független ok miatt fatális encephalitis következett be. A 179 DH betegből egy esetben parotis MALT lymphomát találtunk, az eset érdekessége a későbbiekben kialakult lupus erythematosus.

Összefoglalva, 1/55 cutan lymphomás esetben találtunk EMA/tTG pozitívítást, és 1/179 DH betegnél MALT lymphoma igazolódott. A nem túl nagy betegszám miatt messzemenő következtetéseket nem lehet levonni, de eredményeink szerint a DH társulhat cutan lymphomával, ezért a cutan lymphomás betegeknél javasoljuk a gluten sensitivitás szerológiai vizsgálatát, valamint a DH betegeknél cutan lymphoma irányú vizsgálatok elvégzését.

Ostorházi Eszter dr., Rozgonyi Ferenc dr., Győriné Bencze Ildikó,
Farkas Balázs, Holló Péter dr., Szakonyi József dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:

Bőrfertőzésekben kitenyészett aerob és fakultatív anaerob baktériumok faji megoszlása és a leggyakoribbak antibiotikum- érzékenysége

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

2008. 05. 01. és 2009. 07. 31. között a Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratóriumunk közel 13.000 bakteriológiai mintát dolgozott fel, s ebből 1.140 bőrfertőzésből származott. Járóbeteg: 880, fekvőbeteg: 260. Az 1760 kitenyészett izolátum 70 baktériumfajhoz tartozik.

A Gram- pozitívak között változatlanul vezető helyen áll a *Staphylococcus aureus*. A *Streptococcus pyogenes*hez hasonló arányban fordul elő a C- és G-csoportú *Streptococcus*, valamint az *Enterococcus faecalis*. Az *S. aureus* törzsek 19%-a MRSA, s ennek 17%-a mupirocin rezisztens. Az MRSA-ra nagy arányban csak a vancomycin, rifampicin, fucidinsav, amikacin, gentamicin, tetracyclin és sulphonamid+trimethoprim kombináció hatásos. A streptococcusok változatlanul penicillin-érzékenyek, az *E. faecalis*ra az aminopenicillinek hatásosak.

A Gram-negatívok között leggyakoribb a *Pseudomonas aeruginosa*, ezt követi sorrendben az *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae*, *Enterobacter aerogenes*, *Klebsiella oxytoca* és *Klebsiella pneumoniae*. A *Pseudomonas aeruginosa* törzsek többsége antipseudomonas szerekre érzékeny, Metaló-béta-laktamáz termelő törzset nem találtunk, de multirezisztens törzsek előfordultak.

Az Enterobacteriaceae családba tartozó felsorolt fajok jelentősen eltérő antibiotikum-rezisztencia képet mutatnak. Leghatásosabb ellenük a gentamicin és ciprofloxacín. Kiterjedt spektrumú béta-laktamáz termelő törzset a családba tartozó több különböző fajnál eltérő gyakorisággal izoláltunk.

Eredményeinkből az a következtetés vonható le, hogy a bőrfertőzéseket okozó baktériumok sok fajhoz tartoznak, arányaiban a több antibiotikumra rezisztensek dominálnak, ezért a helyes és eredményes antibiotikus terápiához nélkülözhetetlen a kórokozó kitenyészése és antibiotikum érzékenységének meghatározása.

Ostorházi Eszter dr., Nemes-Nikodém Éva, Farkas Balázs, Pónyai
Katinka dr., Rozgonyi Ferenc dr., Kárpáti Sarolta dr.:

A szérumban IgM jelenlétének szerepe a terheségi és congenitalis syphilis diagnosztikában

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

Egy éves időszakban a Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD diagnosztikai laboratóriumába érkezett 5295 vérmintából 38 esetben igazolódott terhes nők *Treponema pallidum* infekciója. Az eseteket általában a terhesgondozók szűrővizsgálatainak eredményeképpen időben sikerült felismerni, hatásos terápiára is sor került, mely kivédte az intrauterin fertőződést. Ugyanebben az időszakban 9 gondozatlan terhességből, ahol a fertőzött anya nem, vagy nem megfelelő terápiát kapott, 4 gyermek született congenitalis syphilisszel.

Laboratóriumunkban titrált RPR, TP ELISA, TPHA, titrált TPPA, VDRL, valamint IgG és IgM Western Blot vizsgálatokkal igazoljuk a syphilis fertőzést, követjük a terápia sikerességét. Irodalmi adatok szerint terhes anyák esetében a pozitív IgM eredmény szoros összefüggést mutat a magzati fertőződés magasabb előfordulási gyakoriságával, míg mindez nem mondható el ugyanígy a titrált RPR értékek tekintetében. A laboratóriumban vizsgált savók eredményei, melyek 29 kezelt és 9 kezeletlen anyától és gyermekeiktől származtak is ezt a tényt igazolták.

Újszülött korban a congenitalis syphilis diagnózis felállítása tünetmentes újszülött esetén különös gondosságot kívánó feladat. A transzplacentárisan átjutó anyai IgG és az ellene termelődő magzati IgM típusú rheumatoid faktor álopozitív eredményt jelezhet az újszülött korban levett szérumból minták esetén, mind FTA-Abs, mind Capture ELISA, mind Western Blot IgM kimutatás során. Ez az álopozitivitás kivédhető, ha a vizsgálati anyagból előzetesen megtörténik az anti-treponema IgG-IgM rheumatoid faktor komplex eliminálása. Másrészt lehetséges, hogy a születés időpontjáig még nem termelődött kimutatható mennyiségű IgM a magzatban, csak a követéses vizsgálatokkal igazolható a congenitalis syphilis. Az újszülöttkori savók vizsgálatánál legérzékenyebb és legspecifikusabb a Western Blot módszer a különböző IgM és IgG detektáló eljárások közül, így a congenitalis syphilis diagnosztikájában laboratóriumunk rutinszerűen ezt a vizsgálati eljárást használja.

Ostorházi Eszter dr., Vörös Elvira, Farkas Balázs,
Pónyai Katinka dr., Kárpáti Sarolta dr., Rozgonyi Ferenc dr.

Ureaplasma urealyticum biofilm képzés hatása az antibiotikum terápia eredményességére

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

Az *Ureaplasma urealyticum* és *Ureaplasma parvum* átfertőzöttség aránya 20-80% a világon. A Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikájának STD ambulanciája évente átlagosan 6000 esetben indikál *Ureaplasma* tenyésztéses vizsgálatot, 2008.05.01-2009.04.31-ig terjedő időszakban a tenyésztések 23%-a volt *Ureaplasma* pozitív. A rezisztencia viszonyok a következők: doxycyclin rezisztens 2%, azithromycin rezisztens 9%, josamycin rezisztens 7%, tetracyclin rezisztens 7%, Ofloxacin rezisztens 10%, clindamycin rezisztens 85%, erythromycin rezisztens 47%, pristinamycin rezisztens 6%.

A gyakori tünetmentes hordozás mellett súlyos megbetegedéseket is okozhat a baktérium, mint akut vagy krónikus urethritist, prostatitist, cervicitist, meddőséget, habituális abortust, gyermekágyi lázat, intrauterin vagy intrapartum fertőződést, következményes koraszüléssel, újszülöttkori pneumoniával vagy meningitissel. A tünetmentes hordozás vagy megbetegedés kialakulásában számos virulencia faktor játszik szerepet, így az eltérő szerotípushoz tartozás, az adhezinek jelenléte, IgA proteáz termelés és a biofilm képző képesség. Az *Ureaplasma* törzsek egy része bár intracelluláris életre is képes, leggyakrabban a mucosális felszínhez tapad, itt biofilmet képez. Ez a baktériumoknak egy olyan összetapadt csoportosulása, melynek felszínét egy általuk szekretált extracelluláris mátrix borítja. Ebben az állapotban a baktériumok egymáshoz és a felszínhez való tapadása olyan erős, hogy a szervezetből történő mechanikus eltávolításuk (pl. a húgycsőből a vizelet öblítő hatása) eredménytelen. A biofilm képződését nem minden antibiotikum tudja meggátolni, a kialakult rétegen nem tud átjutni, így hatástalanná válik. Ugyanígy a szervezet immunválaszának effektív lépései is sikertelenek. A biofilm képző törzsek nehezen gyógyítható krónikus megbetegedést, vagy perzisztens tünetmentes hordozást alakíthatnak ki. A biofilm képző törzsek esetén nem elegendő az egyes antibiotikumok Minimális Inhibitor Koncent-

rációjának (MIC) meghatározása, mert ez szignifikánsan alacsonyabb, mint a Minimális Biofilm Inhibitor Koncentráció (MBIC). Az ilyen baktérium törzsek planktonikus állapotban hiába érzékenyek egy adott antibiotikum iránt, in vivo biofilm állapotban az antibiotikum hatástalan lesz, a terápia sikertelenné válik.

Az előadás bemutatja a különböző antibiotikumokkal szemben megjelent rezisztens törzsek gyakoriságát, a biofilm képzés vizsgálatának lehetőségét, a biofilm képző törzsek előfordulási gyakoriságát, a hatékonynak tűnő antibiotikumok MIC és MBIC értékeit.

Ostorházi Eszter dr.¹, Pintér Gábor dr., Herczegh Pál dr.²,
Kárpáti Sarolta dr., Rozgonyi Ferenc dr.¹

Teicoplanin új lipofil származékainak antibakteriális hatása

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Debreceni Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, Gyógyszervegyészeti Intézet, Debrecen²)

A glikopeptid antibiotikumok aglikonjainak lipofil származékait szintetizáló átfogó tanulmány keretében előállítottunk egy sorozat lipofil oldalláncot tartalmazó teicoplanin aglikon vegyületet. Az utóbbi molekularész csatolása diazo-transzfer-1,3-dipoláris cikloadíció reakció sorozattal történt.

Bacillus subtilis, methicillin-érzékeny (MSSA) és -rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA), biofilm képző és nem képző *Staphylococcus epidermidis*, vancomycin-érzékeny és -rezisztens *Enterococcus faecalis* (VRE) ATCC referencia törzseken mértük meg az új vegyületek minimális inhibitor koncentrációját (MIC) és minimális baktericid koncentrációját (MBC), valamint összehasonlítottuk ezeket az értékeket a vancomycinnel és teicoplaninnal mértékével. A vizsgálatba bevontunk tíz-tíz klinikai vizsgálati anyagból izolált MRSA és VRE törzset is.

Két új származék MIC és MBC értéke a teicoplaninéhoz hasonlított, kettő pedig a vancomycinéhoz esett közel. Két olyan származékot találtunk, melyek extrém alacsony koncentrációban is kifejtik mind bakteriosztatikus, mind baktericid hatásukat minden vizsgált baktérium törzsen, függetlenül azok methicillin vagy vancomycin rezisztenciájától. Néhány származék post antibiotikus hatása is van. Valószínűsíthető, hogy bizonyos származékok lipofil viselkedése elősegíti azok penetrációját az MRSA és VRE baktériumok lipidben gazdag sejtmembránján keresztül, így ezek a vegyületek könnyen elérik támadáspontjukat az MRSA és VRE baktériumokban is.

Losonczi Veronika dr.¹, Horváth Beáta dr.¹, Hársing Judit dr.¹,
Zágoni Tamás dr.², Holló Péter dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Multiplex pustularis pyoderma gangrenosum

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²)

A pustularis pyoderma gangrenosum aktív IBD-hez társuló neutrophil dermatosis. Jellemzője a drámai kezdet, a rapid progresszió, az IBD aktivitásával korreláló súlyosság.

A 25 éves férfi kórelőzményében 1996 óta ismert primer sclerotizáló cholangitis és 1998 óta ismert colitis ulcerosa szerepel, amelyek miatt kombinált Salofalk, Ursofalk, Budenofalk és időszakos Medrol kezelésben részesült.

1 hónapja fennálló aktív colitis ulcerosa mellett jelentkező arci acneiform tünetek miatt szteroid prompt elhagyását követően néhány nappal combokon, törzsen és a fej-nyaki régióban multiplex pustulosus bőrelváltozások jelentek meg, láza állandósult. Rutin laboratóriumi leleteiből leucocytosis, balra tolt véképe, emelkedett májenzim-, CRP, és We értéke emelendő ki. Sebváladékából kórokozó nem tenyésztett ki, cutan biopsia szövettani vizsgálata alátámasztotta a pyoderma gangrenosum diagnózisát. Hasi ultrahang vizsgálat splenomegaliát, a gyulladáshoz társuló bélbetegség részeként megnagyobbodott mesenterialis nyirokcsomókat; colonoscopya makroszkóposan Crohn-colitisnek, mikroszkóposan morbus Crohnnak megfelelő szövettani képet igazolt. Szisztémás szteroid és kombinált antibiotikum terápia mellett bőrtünetei, gastrointestinalis panaszairegrediáltak, láza szanálódott.

Esetünk érdekessége a multiplexen jelentkező bőrtünetek ritkasága, az egyidejűleg fennálló IBD-hez társult bilieris cirrhosis, illetve a colitis ulcerosa szövettanilag igazolt transzformációja Crohn-betegségbe.

Lukács Andrea dr., Wikonkál Norbert dr., Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Lichen planus pemphigoides

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

A szerzők egy 71 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinél számos viszkető, polygonális, livid papula jelentkezett a törzsön és a végtagokon. A klinikai kép típusos lichen ruber planus-nak felelt meg. Később a lichenoid papuláknak megfelelően feszes falú hólyagok jelentkeztek a beteg lábfeijén. Szövettani mintavétel történt az újonnan képződött hólyagból és a perilesionális bőrből. A hisztológiai vizsgálat subepidermális szeparációt mutatott, szalagszerű lymphocytás beszűrődéssel. A direkt immunfluoreszcens vizsgálatban C3, IgG pozitívítást észleltek a bazálmembrán mentén, emellett IgM pozitív cytoid body-k is alátámasztották a lichen planus pemphigoides diagnózisát. A szérumban ELISA módszerrel nagy koncentrációban BP180 NC 16 domén specifikus IgG osztályú keringő antitesteket mutattak ki. A lichen planus pemphigoides fénymikroszkópos képe mind a lichen planus-ra, mind a bullosus pemphigoid-ra utaló jellemzőket mutatja, de a bazálmembrán mentén kimutatható C3 és IgG depozitumok, valamint a BP Ag1 ellenes keringő ellenanyagok segítik a pemphigoid csoportba tartozó lichen planus pemphigoides diagnózis felállítását.

Ottó Iringó Ágnes dr.¹, Erős Nóra dr.¹, Mikó Lilla, Hársing Judit dr.¹, Csomor Judit dr.², Kárpáti Sarolta dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹:

A mycosis fungoides (MF) klinikopathológiai variánsai

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

A klasszikus mycosis fungoidesen (MF) kívül a WHO-EORTC klasszifikáció szerint a következő MF-hez asszociált betegségek ismertek: MF variánsok és szubtipusok, folliculotrop MF, Pagetoid reticulosis, granulomatosus „slack skin” betegség. Vizsgálatunk célja, a Semmelweis Egyetem Bőrklinikáján 2001.-2009. közötti időszakban diagnosztizált MF-ben szenvedő betegek közül, a ritkább MF variánsok gyakoriságának, diagnózisának, lefolyásának, terápiájának, prognosztikai tényezőinek feltárása, összesítése.

A tudományos közleményekben eddig leírt kb. 30 féle szubtípus közül a következőket találtuk meg a Bőrklinika beteganyagában: 1. folliculotrop – 11 eset, 2. parapsoriasis-szerű – 6 eset, 3. papulózus forma – 2 eset, 4. purpuriform – 1 eset, 5. unilaesionalis – 3 eset, 6. poikilodermatosus – 3 eset, 7. annularis – 1 eset, 8. granulomatosus – 2 eset, 9. bullosus – 2 eset, 10. keratosis lichenoides chronica-szerű – 1 eset, illetve 11. CD8+ formák – 3 eset, 12. Pagetoid reticulosis – 1 eset, 13. erythrodermiás forma – 1 eset, 14. hypopigmentált forma – 1 eset, 15. eddig még nem közölt, nem klasszifikálható forma – 1 eset. A szerzők demonstrálják az egyes szubtipusokra specifikus szövettani és klinikai jellegzetességeket, a várható lefolyást, kezelést.

Balogh Klára dr.¹, Széll Márta dr.², Franco Pagani dr.³, Kemény Lajos dr.^{1,2}, Oláh Judit dr.¹:

Egy ritka CDKN2A mutáció azonosítása egy magyar familiáris melanómában szenvedő családban és szerepének vizsgálata az mRNS érés szabályozásában

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged², International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB), Trieste³)

Epidemiológiai adatok szerint a melanoma malignum incidenciája világszerte nagymértékben nő, ezért egyre nagyobb jelentőségű a betegség rizikófaktorainak ismerete. A melanoma esetek megközelítőleg

10%-a családi halmozódást mutat, ezekben az esetekben igen gyakran igazolásra kerül a sejtciklus szabályozásban alapvető szerepet betöltő ciklin dependens kináz inhibitor 2A (CDKN2A) gén mutációja.

A közelmúltban azonosítottunk egy CDKN2A introni mutációt (IVS1+37 G/C) egy melanómát halmozottan mutató magyar családban. Munkánk célja annak kiderítése, hogy az azonosított mutáció hatással van-e a CDKN2A mRNS érés, a splicing folyamataira és vajon ily módon szerepet játszik-e a melanómára való hajlam kialakításában. Ennek eldöntésére előállítottunk egy CDKN2A minigént, melynek segítségével *in vitro* kísérletekben tanulmányozzuk az IVS1+37 G/C mutáció hatását az mRNS splicing-ra. A mutáns és a vad típusú introni szakaszt hordozó CDKN2A minigént HeLa sejtekbe transzfectáltuk és a minigénről átiródo transzkriptumokat RT-PCR-rel tanulmányoztuk.

Előzetes eredményeink szerint a IVS1+37 G/C mutációt hordozó minigénről eltérő hosszúságú transzkriptum keletkezik, amely arra utal, hogy a mutáció hatással van a splicing folyamatára. Feltételezzük, hogy az aberráns CDKN2A transzkriptumnak kóroki szerepe lehet a familiáris melanoma pathogenezisében.

Bebes Attila dr.¹, Kis Kornélia dr.¹, Nagy Tünde dr.², Kurunczi Anita dr.³, Polyánka Hilda dr.³, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,3}, Kemény Lajos dr.^{1,3}, Dobozy Attila dr.^{1,3}, Széll Márta dr.³:

Az ABCC4 és ABCG2 xenobiotikum transzporterek kifejeződési mintázata különbözik pikkelysömörben

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, SOLVO Zrt., Szeged², MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged³)

Korábbi munkánk során kvantitatív Real-Time RT-PCR segítségével vizsgáltuk az adenosine triphosphate binding cassette (ABC) transzporter fehérjecsaldába tartozó xenobiotikum transzporterek géneexpresszióját keratinocitákban: normál humán keratinociták *in vitro* differenciációja során az ABCC4 és ABCG2 transzporterek mRNS szinten csökkenést mutattak, illetve szinkronizált HaCaT keratinocitákban a sejtnyugalmi fázisból való kilépést követő proliferáció során aktiválódott az ABCC4 és ABCG2 transzporter gének expressziója.

Ezt követően célul tűztük ki az ABCC4 és ABCG2 transzporterek fehérjeszint vizsgálatát a fent említett sejtes modellekben, valamint immunhisztokémia segítségével tanulmányoztuk a két fehérje eloszlását egészséges bőrben, és a keratinocita hiperproliferációval jellemzett pikkelysömörben. Eredményeink azt mutatták, hogy mind az ABCC4, mind az ABCG2 transzporter fehérjék nagy mennyiségben vannak jelen a proliferáló keratinocitákban, és szintjük csökken a differenciáció előrehaladtával. Egészséges és pikkelysömörös tünetmentes epidermiszben az ABCC4 immunreaktivitás elszórta néhány sejtre volt jellemző, léziós epidermiszben a bazális oldal felőli sejtsorokban az intenzíven osztódó keratinociták azonban erősen pozitívnak bizonyultak.

Az ABCC4 funkciója a betegség patogenezisében is fontos lehet, hiszen az antiapoptotikus/proliferációs szignálokat is továbbító ciklikus nukleotidok, valamint fontos gyulladáshoz mediátorok is az ABCC4 szubsztrátjai közé tartoznak. Az ABCG2 transzporter esetében a bazális sejtsorra korlátozó pozitívítást detektáltunk az egészséges és a nem léziós pikkelysömörös bőr interfollikuláris epidermiszében. A pikkelysömörös betegek léziós bőrmintáiban azonban a megvastagodott epidermisz felsőbb rétegeiben, az abnormálisan differenciálódó keratinocitákban volt jelentős ABCG2 felhalmozódás.

Az epidermisz egy konstitutív oxigénhiányos állapotban lévő szövet, amely állapot tovább fokozódhat pikkelysömörös léziókban. Az ABCG2 transzporter kipumpálja a sejtől a hipoxia során felhalmozódó káros porfirineket, tehát hozzájárulhat a keratinociták hipoxia elleni védelméhez a pikkelysömörös léziókban.

Belső Nóra dr.¹, Bebes Attila dr.¹, Hambalkó Szabolcs dr.¹, Széll Márta dr.², Kemény Lajos dr.^{1,2}, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}:

A kettős és hármas D ciklin csendesítés gátolja a G2/M fázis szabályozásában résztvevő gének mRNS kifejeződését és a mitózis zavarához vezet HaCaT keratinocitákban

(SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

Ismert, hogy a D típusú ciklinek alapvető szerepet játszanak a sejtciklus G1/S fázisának szabályozásában. Korábbi kísérleteinkben a ket-tős és hármas D ciklin csendesítést követően nagy többlemagnvú óriássejtek megjelenését, S fázis blokkot és a sejtproliferáció csökkenését detektáltuk HaCaT keratinocitákban, ami arra utal, hogy legalább két ciklin együttes jelenléte szükséges a G2/M tranzíció lezajlásához.

Jelen munkánkban célul tűztük ki olyan gének vizsgálatát, melyek a G1/S vagy a G2/M fázisban fejeződnek ki és a D ciklinekkel kölcsönhatásban vannak. Ehhez SuperArray PCR technikát alkalmaztunk a kettős és hármas csendesített sejtekből származó mintákon. Összesen 90 gén (ciklinek, illetve a hozzájuk köthető ciklin dependens kinázok (CDK), CDK inhibitorok, CDK foszfatázok és a sejtek növekedését és a sejtsztódiást szabályozó tumor szupresszor gének) kifejeződését vizsgáltuk. Kísérleteinkben a BIRC5 (survivin), CDC2, CDC20, GTSE1 és MKI67 gének expressziója jelentős csökkenést mutatott a D ciklin csendesített sejtekben az siKontrollal kezelt sejtekhez viszonyítva. Ezek a gének a sejtciklus G2/M fázisában fejeződnek ki és főleg a mitózis szabályozásában vesznek részt.

Eredményeink arra utalnak, hogy a D típusú ciklinek fontos szerepet játszanak a mitózis szabályozásában HaCaT keratinocitákban.

Garaczi Edina¹, Magyar Andrea dr.¹, Hajdú Edit dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Komplikált bőr és lágyrészinfekciók empirikus antibiotikus kezelése a SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán (Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet², Szeged)

Bevezetés: Az erysipelas (orbánc) a bőr heveny, fertőzőes eredetű gyulladása, melyet leggyakrabban *Streptococcus pyogenes* okoz. Típusosan magas láz kíséretében megjelenő lángnyelvyszerű erythema jellemzi, a bőr melegebb tapintatú, duzzadt, fájdalmas. Az erysipelas szövődményes formáit a nemzetközi irodalom komplikált bőr és lágyrészinfekciónak (complicated skin and soft-tissue infection, CSSI) nevezi. CSSI-ről akkor beszélünk, ha a klinikai tünetek vagy a kísérőbetegségek alapján a szokottnál súlyosabb lefolyású betegséggel állunk szemben. Klinikai megjelenésében bullaképződés, beolvadás, necrosis jellemezheti vagy haemorrhagiás jellegű lehet. Súlyosbító kísérőbetegségek a diabetes mellitus, a perifériás keringési elégtelenség, az immunosuppresszió, a kifejezett obesitas vagy a recidiváló forma. CSSI esetén a legvalószínűbb kórokozók között a Gram pozitív coccusok (*S. pyogenes*, *S. aureus*) mellett Gram negatív baktériumokra és obligát anaerob patogének jelenlétére is számítani kell.

Anyag és módszer: 2007-2008-ban bőr és lágyrészinfekció miatt klinikánkra felvételre került betegek adatait dolgoztuk fel 10 hónapon keresztül. Az antibiotikus kezelést empirikus alapon, előre meghatározott protokoll alapján kezdtük. Szövődménymentes erysipelas esetén a penicillin volt az első választásunk, CSSI valamint CSSI+szepszis fennállása esetén kombinált széles spektrumú antibiotikumokat alkalmaztunk.

Eredmények: Az említett időszakban 158 fekvőbetegét kezeltünk klinikánkon bőr és lágyrészinfekció miatt. Az előadásban áttekintjük a komplikált bőr- és lágyrészinfekciókban javasolt nemzetközi antibiotikus ajánlásokat, valamint bemutatjuk a betegek esetén szerzett saját tapasztalatainkat. Részletezzük a mikrobiológiai tenyésztések eredményeit is.

Következtetés: Szövődménymentes erysipelas kezelésében továbbra is a penicillin az elsőként választandó kezelés. Empirikus antibiotikus terápiaként CSSI valamint CSSI+ szepszis esetén a nemzetközi ajánlásoknak is megfelelő kombinált széles spektrumú antibiotikumok alkalmazását javasoljuk.

Hambalkó Szabolcs dr.¹, Belső Nóra dr.¹, Széll Márta dr.², Kemény Lajos dr.^{1,2}, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}:

A pikkelysömör és az egészséges keratinociták különböznek az $\alpha 5$ integrin válaszbán

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

A pikkelysömör egy multifaktoriális gyulladással járó bőrbetegség, amely az epidermális keratinociták jellegzetes hiperproliferációjával

és abnormális differenciációjával jár. A betegség kialakulásában és fenntartásában hibásan szabályozott gyulladáscsökkentő folyamatok játszzák a főszerepet, azonban számos adat utal arra, hogy a pikkelysömör hámcsövet eltérési is hozzájárulnak a betegség kialakulásához.

Vizsgálataink célja a pikkelysömör tünetmentes és az egészséges bőr mechanikai hatásra kialakuló válaszában mutatkozó különbségek felderítése.

Összehasonlítottuk az egészséges és a pikkelysömör tünetmentes epidermisz $\alpha 5$ integrin mRNS expresszióját 6 órával mechanikai stressz után. A kezeletlen pikkelysömör tünetmentes hámcsövet $\alpha 5$ integrin mRNS expressziója ötször magasabb az egészségesnél. Mechanikai stressz hatására az $\alpha 5$ integrin expresszió az egészséges epidermiszben háromszorosára emelkedett, ez az emelkedés ötszörös volt pikkelysömörben.

A mechanikai stressz a dermiszben a Keratinocyte Growth Factor (KGF) mRNS expressziót jelentősen, kilencszeresére fokozta az egészséges mintákban, ugyanakkor a pikkelysömör tünetmentes dermiszben ez az emelkedés csak négy-ötszörös volt.

A keratinociták $\alpha 5$ integrin expressziót befolyásoló folyamatainak vizsgálatára „ $\alpha 5$ integrin promóter α luciferáz” riportert konstrukciót állítottunk elő, amellyel a KGF $\alpha 5$ integrin promóterre kifejtett hatását kívántuk vizsgálni. Kísérleteinkben a KGF HEK293 és HaCaT sejtekben fokozta az $\alpha 5$ integrin promóter aktivitását, azonban tenyésztett humán keratinocitákban nem tapasztaltunk KGF hatására bekövetkező promóter aktivitás emelkedést.

Eredményeink alapján feltételezhetjük, hogy a pikkelysömör tünetmentes bőr mechanikai hatásra kialakuló fokozott $\alpha 5$ integrin expressziójában a KGF-nek szerepe lehet.

Kinyó Ágnes dr.¹, Hambalkó Szabolcs dr.¹, Bebes Attila dr.¹, Széll Márta dr.², Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,2}, Nagy Ferenc dr.^{3,4}, Kemény Lajos dr.^{1,2}

A COPI1, a p53 regulátor fehérje, nagy mennyiségben expresszálódik proliferáló keratinocitákban, és mennyisége a differenciáció és UVB besugárzás hatására csökken normál bőrben

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport², MTA SZBK Növénybiológiai Intézet³, School of Biological Sciences, University of Edinburgh, UK⁴)

Az UVB sugárzás számos gén működését befolyásolja humán sejtekben, ezen gének közül soknak a funkciója még nem teljesen feltérképezett. A humán Constitutive Photomorphogenic 1 (huCOP1) gén egy E3 ubiquitin ligáz kódol, mely a tumor-szupresszor p53 protein szintjét ubiquitin-függő módon csökkenti. Munkánk célja volt (i) a huCOP1 változásának vizsgálata normál bőrben UVB besugárzás hatására, valamint (ii) a differenciáció huCOP1 expressziójára gyakorolt hatásának vizsgálata mind normál bőrben, mind *in vitro* differenciált keratinocitákban. A huCOP1 fehérje jelentős mennyiségben van jelen az epidermális keratinociták citoplazmájában, a festődés elsősorban az epidermisz bazális rétegére lokalizálódik, azonban erőteljes pozitívitás jelenik meg a granuláris rétegben is. Kimutattuk azt is, hogy a huCOP1 expressziója az epidermisz bazális és granuláris rétegében is drámai csökkenést mutat UVB besugárzás hatására. A huCOP1 expresszió hasonló változása az *in vitro* differenciált keratinocita modellben megerősítette az immunhisztokémiai eredményeket, a huCOP1 szintje a proliferáló sejtekben volt a legmagasabb mind mRNS, mind fehérje szinten, és az expresszió szintje a differenciációval párhuzamosan csökkent.

Eredményeink alapján feltételezhető, hogy nem csak az UVB fénynek, hanem a keratinociták proliferációs-differenciációs állapotának is van szabályozó hatása a huCOP1 expressziójára normál humán bőrben.

Kiss Mária dr.¹, Dallos Attila dr.², Kormos Bernadett dr.¹, Dobozy Attila dr.¹, Husz Sándor dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Az idegnövekedési faktor prekurzor molekulája (proNGF) apoptózist indukál tenyésztett humán keratinocitákban

(Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹ és MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szegedi Tudományegyetem, Szeged²)

A proNGF az idegnövekedési faktor (NGF) prekursor molekulája, amelyből enzimatikusan hasítással keletkezik az érett NGF. Idegsejtekben már kimutatták, hogy a proNGF és az NGF ellentétes, önálló biológiai funkcióval rendelkezik. Az érett NGF a TrkA receptoron keresztül serkenti a sejt-növekedést és proliferációt, míg a proNGF a p75^{NTR}-sortilin receptor komplexhez kapcsolódva apoptózist indukál. Korábbi vizsgálataink során kimutattuk, hogy a humán keratinociták képesek proNGF-et szekretálni, sejtfelszínükön kifejeződik a TrkA és p75^{NTR}, valamint a sortilin. A bőr idegvégződéseiből felszabaduló neuropeptidok (SP, CGRP, VIP és galanin) befolyásolják a keratinociták NGF termelését és a sortilin kifejeződését.

Jelen munkánk célja annak vizsgálata volt, hogy a proNGF képes-e apoptózist előidézni humán keratinocitákon az idegsejteken megfigyeltekhez hasonlóan. Vizsgáltuk továbbá a fent említett neuropeptidok hatását a proNGF indukálta apoptózisra. A keratinocitákat plasztikai műtéten átesett egyének bőréből izoláltuk és a vizsgálatokat a sejtek harmadik passzálása után végeztük. A tenyészetek egy részét csak proNGF (100 ng/ml) jelenlétében inkubáltuk 24 órán keresztül, másik részüket az egyes neuropeptidokkal (10⁻⁸ M) kiegészített közegben. Az apoptózis vizsgálatot 48 óra múlva végeztük *in situ* DNS fragmentációt detektáló kittel. A proNGF hatására szignifikánsan növekedett az apoptózist elszennvedő keratinociták aránya a kontroll tenyészetekhez képest. A neuropeptidok különböző mértékben, de szignifikánsan mérsékeltek a proNGF apoptózist indukáló hatását.

Eredményeink arra utalnak, hogy az idegsejtekben már kimutatott NGF/proNGF rendszer működése a keratinocitákban is megfigyelhető, és feltehetően részt vesz a bőr homeosztázis fenntartásában.

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

Az UVB sugárzás közvetlen és közvetett úton is szabályozza a TRP-1 melanocita differenciációs marker mRNS szintű kifejeződésének mértékét

(SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

A melanociták tenyésztéséhez használt hagyományos tápfolyadékok kémiai mitogéneket tartalmaznak, amelyekben a melanociták differenciált állapotban képesek a növekedésre. Ezekre a sejtek jellemző az aktív tirozináz működése, a tirozinázhoz kapcsolt fehérje-1 és -2 (TRP-1 és -2) kifejeződése, az érett melanoszómák képződése és a jól fejlett dendritok jelenléte.

Munkacsoportunk kifejlesztett egy kémiai mitogénektől mentes tápfolyadékot (Mel-mix[®]) melanocita tenyésztéshez, amelyben az egészséges felnőtt melanociták dedifferenciálódnak: a tenyésztés során a sejtek alakja bipolárisává válik, proliferációjuk felgyorsul, elvesztik TRP-1 és c-Kit differenciációs fehérje kifejeződésüket és melanin-tartalmukat.

Célul tűztük ki a közvetlen és közvetett UVB sugárzás melanocita differenciációra gyakorolt hatásának vizsgálatát a TRP-1 génexpresszió változásának követésével ebben az általunk kifejlesztett, *in vitro* tenyésztő környezetben. Különböző dózisu UVB-vel (0, 20,8, 31,2, 41,6 mJ/cm²) 3. passzázsban lévő melanocita és azonos donorból származó keratinocita kultúrákat sugaroztunk be. A keratinociták felülülőszóját 6 illetve 24 órával a besugárzás után levettük és hozzáadtuk autológ melanocita kultúrákhoz. A melanocitákban 24 órával a besugárzás ill. a felülülőszó kezelése után vizsgáltuk a TRP-1 mRNS szintű kifejeződését. A melanociták közvetlen besugárzása UVB-vel dózis-függően csökkentette a TRP-1 mRNS kifejeződésének mértékét. Ezzel ellentétben, a melanocita tenyészetek kezelése a besugárzott keratinociták felülülőszójával megemelte a TRP-1 mRNS kifejeződésének mértékét. A TRP-1 mRNS expressziójának mértéke azokban a tenyészetekben volt magasabb, amelyek a besugárzást követően 24 órával levett felülülőszókkal voltak megkezelve. Ezek az adatok azt mutatják, hogy az UVB sugárzás közvetetten, a keratinocitákon keresztül befolyásolja a melanociták differenciációját.

Eredményeink tovább erősítik azokat a korábbi megfigyeléseket, melyek szerint az UVB sugárzás melanocita differenciációra/pigmentképzésre gyakorolt hatása keratinocita eredetű faktorok által szabályozódik.

Kovács-Sólyom Ferenc dr., Prihoda Judit dr., Kemény Lajos dr., Gyulai Roland dr.:

Az interleukin-1 és az interleukin-1 receptorok szerepének vizsgálata a regulátoros T sejtek funkciójában

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Korábbi kísérleteink igazolják, hogy a CD4⁺CD25⁺ regulátoros T sejtek funkcionális defektusa hozzájárul a psoriasis kialakulásához. Munkánk célja az interleukin-1 (IL-1) szignál útvonal vizsgálata a regulátoros T sejtek immunreguláló funkciójában.

CD4⁺CD25⁺ (effektor) és CD4⁺CD25⁺CD127⁺ regulátoros T sejteket (Treg) izoláltunk egészséges önkéntesek perifériás véréből. Az IL-1 receptorok mRNS expresszióját real time RT-PCR-rel, sejtfelszíni kifejeződésüket és termelődésüket áramlási citometriás módszerrel és ELISA technikával vizsgáltuk. Funkcionális vizsgálatok céljából kevert lymphocytás reakciókat végeztünk.

Anti-CD3/CD28 aktiváció hatására az IL-1R2 mRNS expresszió gyorsabb és nagyobb mértékű növekedését tapasztaltuk Treg sejtekben, mint effektor T sejtekben. A szolubilis IL-1R2 (sIL-1R2) és az IL-1 receptor antagonistá (IL-1RN) mRNS szintje is kifejezett emelkedést mutat Treg sejtekben aktivációt követően. Ezzel szemben, a funkcionális IL-1 receptor (IL-1R1) expressziójának változása az effektor T sejtekben nagyobb mértékű, mint a Treg sejtekben. Mind a regulátoros mind az effektor T sejtekben az IL-1R2 fehérje csak intracellulárisan volt kimutatható. Aktiváció hatására a regulátoros T sejtekben tízszeresére, az aktivált effektor T sejtekben kétszeresére nőtt az IL-1R2 szintje. Mindkét sejtípus szekretálja is az IL-1R2 fehérjét. Funkcionális vizsgálataink során megállapítottuk, hogy az IL-1 a regulátoros T sejtek gátló hatását kismértékben erősíti. A szolubilis IL-1R2 szintje jól korrelál az effektor T sejtek proliferációs adataival, azonban a Treg sejtek gátló funkciója nem függ az IL-1R2 szintjétől.

A CD3/CD28 aktiváció tehát a Treg sejtekben anti-IL-1 gének, az effektor T sejtekben pedig pro-IL-1 gének expresszióját indukálja. Mind az aktivált regulátoros mind az aktivált effektor T sejtek termelik és szekretálják a felülülőszóba az IL-1R2 fehérjét, de ez nincs közvetlen összefüggésben a Treg sejtek proliferációt gátló hatásával.

Szabó Kornélia dr.^{1,2}, Tax Gábor dr.², Kis Kornélia dr.², Szegei Krisztina dr.², Dragos Theodorescu-Brinzeu dr.³, Diószegi Csengelle dr.², Koreck Ildikó dr.³, Széll Márta dr.¹, Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Gyulladásos citokinek kódoló gének polimorfizmusainak szerepe az acné vulgaris patogenezisében

(Magyar Tudományos Akadémia Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged¹, SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged², Victor Babes University, Temesvár, Románia³)

Munkánk során az egyik leggyakoribb gyulladásos bőrbetegség, az acné vulgaris (pattanásos bőrbetegség) kialakulásában szerepet játszó tényezőket vizsgáljuk. Ismert, hogy az interleukin-1a (IL-1a) valamint a tumor nekrozis faktor a (TNF α) gyulladásos citokinek kiemelkedő szerepet játszanak számos immun-, és patogének által kiváltott védelmi folyamatban. Szigorú szabályozásuk felborulása immun-mediálta komplex betegségek kialakulásához vezethet. Ezek alapján feltételeztük, hogy ezen gének megváltozott kifejeződését vagy a képződő fehérjék eltérő működését eredményező polimorfizmusai (single nucleotide polymorphism – SNP) szerepet játszhatnak az acnéra való hajlam kialakításában.

Ennek érdekében retrospektív eset-kontroll tanulmányokat végeztünk, melynek során általunk kiválasztott polimorfizmusok előfordulási gyakoriságát vizsgáltuk kontroll egyének és acné vulgaris betegek vérmintáinak felhasználásával.

Az IL-1a gén +4845-ös polimorfizmusa esetében a mutáns allél hordozó egyének nagyobb arányban fordulnak elő az acnés betegek között. Irodalmi adatok alapján ez az SNP hatással lehet a pro-IL-1A fehérje érési folyamataira.

A TNFA gén esetében a szabályozó régióban lévő 5 ismert promóter polimorfizmust (-1031, -863, -857, -308, -238) vizsgáltuk PCR-RFLP módszerrel. A -1031, -863, -308 és -238-as SNP-k eseté-

ben nem találtunk eltérést az egyes allélok előfordulási gyakoriságban a kontroll és az acnés csoportokat vizsgálva. Ezzel szemben a TNFA -857C>T polimorfizmusa esetében jelentős növekedést tapasztaltunk a vad típusú C/C genotípus előfordulási gyakoriságában az acnés csoportban (χ^2 p=0,01). A mutáns (T) allél megfigyelt proaktív hatását feltételezhetően a TNFA gén szabályozásának megváltoztatása révén fejt ki.

Ezen folyamatok modellezésére in vitro luciferáz riportert vizsgálatokat végeztünk, melynek során azt tapasztaltuk, hogy a -857-es pozícióban a vad típusú C allélt tartalmazó konstrukciók esetén magasabb bazális luciferáz aktivitás figyelhető meg keratinocitákban. Mindez magyarázhatja a homozigóta vad genotípusú (CC) egyéneknél tapasztalható fokozott gyulladási reakcióképességet.

Eredményeink azt sugallják, hogy gyulladási citokin gének szintjének pontos szabályozása elengedhetetlen a sejtek és szövetek homeosztázisának fenntartásában. Citokin gének megváltozott kifejeződését, vagy a termelődő fehérjék jellemzőit befolyásoló polimorfizmusok hajlamot, illetve védő faktorként működhetnek krónikus gyulladási betegségek, mint például az acné kialakulása során.

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

A PRINS nem-kódoló RNS kötődik a nukleofozmin sejtmagi fehérjéhez és részt vesz a G1P3, valamint a D1 ciklin expressziójának szabályozásában

(MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szegedi Tudományegyetem¹, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szegedi Tudományegyetem², MTA SZBK Növénybiológiai Intézet, Szeged³, Pathológiai Intézet, Szegedi Tudományegyetem⁴)

A munkacsoportunk által azonosított PRINS (Psoriasis Susceptibility-Related RNA Gene Induced by Stress) nem-kódoló RNS expressziós adatai arra utalnak, hogy ez a molekula részt vesz a pikkelysömörre való hajlam kialakításában és a sejtek stresszválaszában.

Célunk az volt, hogy a PRINS RNS-sel együtttható fehérje molekulákat, valamint a PRINS nem-kódoló RNS szabályozása alatt álló géneket azonosítsunk. A PRINS-szabályozott gének azonosítása érdekében génspecifikus csendesítő és azt követően cDNS chip kísérletet végeztünk. Ily módon azonosítottuk a G1P3 interferon indukálható gént, valamint a D1 ciklin gént, melynek expresszióját a PRINS csendesítés indukálta. A PRINS RNS molekulával együtttható fehérjék azonosítására egy ribonukleoproteinek (RNP) tisztítására alkalmas kiteszteltünk, majd a HaCaT sejtekből tisztított RNP-eket "Matrix-Assisted Laser-Desorption Ionization Time-of-Flight" (MALDI-TOF) módszerrel azonosítottuk.

Eredményeink szerint a nukleofozmin magi/magvacskai fehérje kötődik a PRINS RNS molekulához. A nukleofozmin egy foszfoprotein, amely a maghátyán történő transzport folyamat révén a citoplazmába is kijut. A nukleofozmin kifejeződése emelkedett a pikkelysömörös tünetes epidermiszben, ahol a bazális réteg osztozó sejtjei mutatják a legmagasabb immunpozitivitást.

Adataink arra utalnak, hogy a PRINS nem-kódoló RNS egy olyan molekuláris komplexnek a része, amelynek a nukleofozmin is alkotóeleme, és részt vesz a sejtek proliferációjának, valamint stresszindukált folyamatoknak a szabályozásában. Feltételezzük, hogy ennek a komplexnek a rendellenes működése bizonyos gének szabályozásának - úgy mint a G1P3 és a D1 ciklin - megváltozásához vezet, és így módon járul hozzá a pikkelysömör pathogeneziséhez.

Varga Erika dr.¹, Kiss Mária dr.¹, Szabó Kornélia Ágnes dr.², Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Merkel cell polyomavirus (MCV) kimutatása Merkel sejtes carcinomában szenvedő betegek anyagaiban

(SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-SZTE Dermatológiai Kutatócsoport, Szegedi Tudományegyetem, Szeged²)

A Merkel sejtes carcinoma (a bőr neuroendokrin carcinomája, trachealis carcinoma) ritka, agresszív daganat, mely elsősorban kau-

kázusi típusú, idős emberek betegsége. Általában fénykárosított bőrfelületen, főként a fej-nyak régióban fordul elő. A Merkel sejtes carcinoma sok tekintetben mutat hasonlóságot a Kaposi sarcomával. Mindkettő gyakrabban alakul ki immunszupprimált egyéneknél, előfordulási gyakoriságuk növekedett az elmúlt két évtizedben és mindkettő hátterében infekciós eredet feltételezhető.

A közelmúltban egy új human polyomavírust mutattak ki Merkel sejtes tumorokban, melyet Merkel cell polyomavirusnak neveztek el (MCV). Azt feltételezik, hogy ennek a vírusnak szerepe van a betegség patogenezisében.

A vírus jelenlétét vizsgáltuk Merkel sejtes carcinomában szenvedő magyar betegek anyagaiban. Ehhez genomi DNS-t izoláltunk archivált, formalin-fixált paraffinos anyagokból és ezeket vírusspecifikus primerekkel, PCR-rel elemeztük.

A vizsgált 11 Merkel sejtes carcinoma közül 9 mintában sikerült valamelyik virális szekvenciát kimutatni. Kilenc tumorban a virális large T antigén (LT1 és/vagy LT2), 3 daganatban pedig a virális capsid protein (VP1) jelenlétét lehetett kimutatni. A PCR produktumok szekvenálásával az amplimer azonosnak bizonyultak az NCBI referencia szekvenciákkal.

Az utóbbi időben sokasodó tanulmányok azt sugallják, hogy különböző földrajzi régiókban különbség lehet az MCV pozitív tumorok arányában. Ausztrál populációban ritkábban lehetett kimutatni a vírus jelenlétét, mint az észak-amerikai és az európai eseteknél. Saját vizsgálataink az amerikai és európai gyakorisággal mutattak hasonlóságot.

Eredményeink alapján reméljük, hogy ezek a megfigyelések segítenek pontosabban megérteni az MCV szerepét a Merkel sejtes carcinoma kialakulásában.

Balogh Ádám dr., Töröcsik Dániel dr., Nagy László dr., Remenyik Éva dr.: Magreceptorok funkcionális vizsgálata in vitro keratinocyta differenciálódás során

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A magreceptorok olyan a DNS-hez közvetlenül kötődő transzkripciós faktorok, amelyek aktivitását kis molekulatömegű, a sejtmembránon áthatoló, így a sejtmagba könnyen bejutó lipofil természetű anyagok szabályozzák. A specifikus ligand bekötődésének hatására a magreceptorok szerkezeti változáson mennek keresztül, mely következtében módosítják célgénjeik kifejeződését, és így a transzkripció szintjén képesek befolyásolni például a sejtek metabolikus folyamatait, proliferációját, differenciálódását, apoptózisát, immunválasztát.

A PPAR receptorok mellett a Retinoic Acid Receptor (RAR), Retinoid X Receptor (RXR) és a Liver X Receptor (LXR) -ok a bőrben is kifejeződnek, szerepük a keratinocita differenciálódásban nem teljesen tisztázott.

Kísérleteink első lépésében arra kerestük a választ, hogy ezen receptorok kifejeződése hogyan változik a keratinocita differenciálódás során. A differenciálódást primer human keratinocitákon 0-8 napig a medium Ca²⁺ szintjének 1.2mM-ra emelésével értük el. A várakozásoknak megfelelően a keratinocita differenciációra jellemző gének kifejeződése jelentős növekedést mutattak, igazolva a kísérleti modell megfelelő működését. (TGM1, INV, PI3) Ezen gének, illetve a vizsgált magreceptorok és célgénjeinek kifejeződését a differenciálódás során Real Time Quantitative PCR (qPCR) technikával követtük. Rendszerben a vizsgált magreceptorok közül a PPAR alfa, delta, RAR beta, RAR gamma, RXR alfa, RXR béta szintjének emelkedését találtuk, míg az RXR gamma, PPAR gamma, RAR alfa és LXR beta receptorok mRNS-ének expressziója nem változott.

További kísérleteinkben arra kerestük a választ hogy a PPAR magreceptorok által szabályozott útvonalak specifikus szelektív ligandok hatására aktiválhatóak e a differenciálódott keratinocytákban. A ligandok hozzáadását követően lemértük a PPAR receptorok több célgénjét (ADRP, CPT1, FABP4) kódoló mRNS-ek expresszióját, amelyek után egyértelműen megállapítható hogy a válasz-készség tekintetében a PPAR delta mutatta a legnagyobb változást, a PPAR gamma inaktívknak bizonyult.

A bőrben levő keratinocyták egyik jelentős funkciója a napfényben levő UVB sugárzással szembeni védelem. További kísérleteinkben arra kerestük a választ hogy a PPAR magreceptorok hogyan vál-

toznak a keratinocyták UVB expozícióját követően és milyen szerepet tölthetnek be a keratinocyták UVB sugárzásra adott válaszaiban. In vitro tenyésztet besugárzását követően mindhárom PPAR izotípus szintje jelentősen csökkent a kontroll UV sugárzást nem kapott keratinocytákhoz képest. Az UV sugárzás hatására csökkent magreceptor szintek mellett a gamma útvonal ebben az esetben sem volt aktiválható.

További terveink a PPAR alfa és delta útvonal génszintű és funkcionális vizsgálata a keratinocyták UV expozícióra adott válaszában.

Emri Gabriella dr., Várvolgyi Tünde dr., Bégány Ágnes dr., Hargitay Zoltán dr., Tóth László dr.***, Emri Eszter dr., Remenyik Éva dr.:*

Immunsztokémiai markerek prognosztikai szerepének vizsgálata malignus melanómában

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen, Kenézy Kórház Patológiai Osztály, Debrecen*, Debreceni Egyetem OEC Patológiai Intézet, Debrecen**)

Jelen munkánkban a Ki67, a BCL-2, a P53 és a metallothionein (MT) fehérjék expresszióját vizsgáltuk immunsztokémiai módszerrel 2 mm-nél vékonyabb primer melanómákban (n=39), figyelembe véve azok metasztatizáló képességét. A különböző áttétképző tulajdonságokkal bíró (nem metasztatizáló, lymphogén metasztatizáló, illetve haematogén áttétet képző) csoportok között nem volt szignifikáns különbség az átlag tumorvastagság, a lokalizáció, a hisztológiai típus, a Clark-szint vagy a betegek átlagéletkora tekintetében. A Ki67 expresszió mértéke nagyobb volt a haematogén metasztatizáló melanómákban, mint az áttét nélküli vagy a csak lymphogén áttétes tumorokban, de a különbség nem volt szignifikáns. A P53 és BCL-2 kifejeződés nem mutatott összefüggést a tumorok metasztatizációs-készségével. A MT expresszió mértéke szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb volt hematogén metasztatizáló melanómákban, mint a nem metasztatizáló vagy a csak lymphogén áttétet adó tumorokban.

Eredményeink alátámasztják azon nemrégiben megjelent közlemények adatait, melyek szerint a MT kifejeződés vizsgálatának jelentős prognosztikai értéke lehet kisebb tumorvastagságú melanómák esetén.

Gáspár Krisztián dr.^{1,2}, Nagy Georgina dr.^{1,2}, Irinyi Beatrix dr.^{1,2}, Tumpek Judit dr.³, Sipka Sándor dr.³, Remenyik Éva dr.¹, Szodoray Péter dr.⁴, Szegedi Andrea dr.^{1,2}:

Szérumszint IL-16 szint és a szenzitizáció közti összefüggés vizsgálata atopiás dermatitiszben szenvedő betegekben (Bőrgyógyászati Klinika¹, Bőrgyógyászati Allergológia Tanszék², III. Sz. Belgyógyászati klinika, Debreceni Egyetem, Orvos-és Egészségtudományi Centrum, Debrecen³, Internal Medicine and Rheumatology Institute of Basic Medical Sciences, Immunobiológiai Laboratórium, University of Oslo, Norvégia⁴)

A gyulladás területét CD4+ helper T sejtek infiltrálják, melyek alapvető szerepet játszanak az atopiás dermatitisz (AD) patogenezisében. IL-16-ról korábban leírták, hogy immunomodulátor hatású citokin. A kemotaktikus tulajdonságai mellett az IL-16 serkenti az IL-2 receptor átlánc expressziót, és aktiválja a CD4+ T sejteket, szinergista hatásban az IL-2-vel, vagy IL-15-tel. Mindemellett az IL-16 felerősíti a gyulladásos folyamatokat a monocyták citokin-termelésének stimulációjával, és befolyásolja a T sejt aktivációt is.

Célunk a szérumszint IL-16 szint és a szenzitizáció közti összefüggés vizsgálata atopiás dermatitiszben szenvedő betegekben.

85 AD beteget vizsgáltunk. A betegek szérumának IL-16 szintjét ELISA technikával mértük, és a szérumszint IgE és specifikus IgE szinteket is ellenőriztük. A specifikus IgE szintek és Prick-teszt eredmények ismeretében az AD betegeket alcsoportokra osztottuk, és megvizsgáltuk a szérumszint IL-16 és IgE szinteket. 36 egészséges önkéntest és 20 psoriasisban szenvedő beteget, mint kontroll csoport vizsgáltunk.

Az egészséges önkéntesekhez és psoriasisos betegekhez viszonyítva szignifikánsan emelkedett IL-16 szérumszinteket találtunk

AD betegekben. Szintén szignifikáns korreláció volt a szérumszint IL-16 és szérumszint IgE szintek között ($r = 0,408$; $P = 0,004$). IL-16 szintek szignifikánsan emelkedettek voltak azokban az alcsoportokban, ahol a betegeknek 1-5, vagy 5-nél több specifikus IgE volt detektálható. Habár az IL-16 szintje a Prick teszt pozitív csoportban is emelkedett volt, a negatív Prick tesztet mutató csoporthoz viszonyítva, különbség nem volt szignifikáns.

IL-16 korrelál a szenzitizáció fokával, de nem mutat olyan erős asszociációt, mint az IgE szint. Mindez az IL-16 komplex szerepére utal AD patomechanizmusában. A citokin szerepet játszik mind a gyulladás elindításában, mind annak fenntartásában.

Lukács Levente dr., Rédl Pál dr., Dezső Balázs dr., Szakál Szabolcs dr., Juhász István dr.:

Emberi szájnyalakárhártya gyulladás és sebzés által kiváltott válaszreakciója tanulmányozására alkalmas in vivo xenotranszplantációs SCID egér modell

(Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen)

Jelen munkánk célja egy olyan ortotópikus modell létrehozása, melyen tanulmányozni tudjuk a humán orális nyálkahártya egyes folyamatait. A modellel a nyálkahártya gyulladásos folyamatainak és a szájjüregben végbemenő sebgyógyulás során a humán szövetekben zajló reparációs kaskád során megjelenő adhéziós molekulák expressziójának jobb megismerését tűztük ki célul.

Az első kísérleti sorozatban azt vizsgáltuk, hogy specifikusan a SCID egerek mennyire alkalmasak humán teljes vastagságú emberi nyálkahártya xenograft transzplantációjára. Majd a xenotranszplantátum területén olyan sebzést sikerült létrehozunk, mely esetében a sebgyógyulás teljes egészében a humán szövetre jellemző morfológiai jeveket és antigén expressziót mutatva.

A kísérletek során az orális nyálkahártya azonosításához, valamint a nyálkahártyában lejátszódó folyamatok monitorozásához, különféle adhéziós molekulák ellen termelt monoklonális vagy poliklonális antitesteket használtunk fel.

A szöveti struktúra tanulmányozása céljából a transzplantátumokat a környező bőr és bőr alatti szövetek néhány mm-es sávjával együtt kimetszük, majd ezen blokkokból formalinban fixált paraffinba ágyazott metszetek készülnek.

A xenotranszplantátum ereinek vizsgálata során azt várjuk, hogy a transzplantátum területén nagyszámú érkeresztmetszet jelölődik a humán markerek ellen termelt antitesttel, míg az egér bőr területén nem lesz festődés.

TNF-alfa mediálta gyulladásos modell létrehozása során, a transzplantátumba fecskendezett humán rekombináns TNF-alfa illetve Lipopoliszacharid segítségével vizsgáljuk a transzplantátumban bekövetkező gyulladásra specifikus szövettani változásokat.

Az emberi szájnyalakárhártyával transzplantált SCID egér modell olyan in vivo kísérletek végzésére alkalmas, melyek embereknek etikai megfontolásból nem végezhetőek. A SCID modell által nyújtott humán mikro környezet főként olyan kísérleti rendszerekben lehet kulcsfontosságú, ahol sejtek, illetve sejtvonalak humán endothelre gyakorolt angiogenetikus képességét kívánjuk in vivo körülmények között vizsgálni.

Nagy Georgina dr.¹, Baráth Sándor dr.², Szodoray Péter dr.³, Gáspár Krisztián dr.¹, Sipka Sándor dr.², Bagdi Enikő dr.⁴, Krenács László dr.⁴, Szegedi Andrea dr.¹:

Regulatórikus T sejtek atopiás dermatitiszben – az epidermális dendritikus sejt aggregátumok hozzájárulhatnak a Treg sejtek lokális kialakulásához.

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika¹, DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika², Institute of Immunology, Rikshospitalet, University of Oslo, Oslo, Norvégia³, Daganat Patológiai és Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium, Szeged⁴)

Bevezetés: A regulatórikus T-sejteknek (Treg) kulcsfontosságú szerepe van a tolerancia kialakításában és az immunregulációban. Arról azonban, hogy ezen sejteknek mi a szerepe és milyen számban jelennek meg atopiás dermatitiszben (AD), kevés adat áll rendelkezésre az irodalomban.

Célkitűzés: Munkánk során a CD4⁺CD25⁺FOXP3⁺ Treg sejtek számának alakulását vizsgáltuk atópiás dermatitisben.

Módszer: A vizsgálatokat atópiás dermatitisben szenvedő betegek perifériás vérével illetve atopy patch teszt (APT)-pozitív akut és krónikus léziókból származó bőrmintákon végeztük el. A bőrben immunhisztokémiával mutattuk ki a CD4⁺CD25⁺FOXP3⁺ Treg sejteket, míg a perifériás vérben flow cytometriával azonosítottuk a CD4⁺CD25^{high}FOXP3⁺ Treg-eket.

Eredmények: A CD4⁺CD25^{high}FOXP3⁺ Treg sejtek esetében sem az abszolút számot, sem a százalékos arányt tekintve nem detektáltunk szignifikáns emelkedést perifériás vérben. A FOXP3⁺ Treg sejtek a bőr biopsziákban növekedett számban voltak jelen. Az akut fázis bőrmintáiban a dermális perivascularis mononukleáris sejt infiltráció 80%-ban CD4 pozitivitást mutatott, melyek 10-20%-a CD25 és FOXP3 pozitívnak bizonyult. Az intradermális limfociták 90%-a volt CD4⁺ T-sejt, melyek többsége (általában több mint 60%-a) expresszált CD25 és FOXP3 markereket. A krónikus fázis bőrminták esetében hasonló jelenségeket tapasztaltunk.

Az APT-pozitív bőr mintákban egységesen kimutattunk az ún. Langerhans sejt mikrogranulómákkal egyenértékű epidermalis DC aggregátumokat, melyek ugyancsak tartalmaztak FOXP3⁺ Treg sejteket.

Következtetések: Az AD-s betegek bőr lézióiban emelkedett számban vannak jelen a CD4+CD25+FOXP3+ Treg sejtek. Az IDEC-szerű epidermalis DC aggregátumok egységesen vannak jelen az APT-pozitív bőrben és leggyakrabban kimutathatók a FOXP3+ Treg sejtek, melyek szoros kapcsolatban állnak a dendritikus sejtekkel.

Szabó Éva dr.¹, Bodnár Edina dr.¹, Erdélyi Katalin dr.^{2,3}, Hegedűs Csaba dr.^{2,3}, Bakondi Edina dr.², Remenyik Éva dr.¹, Virág László dr.^{2,3}:

A nitrogén-monoxid – peroxinitrit - poli(ADP-ribóz) polimeráz útvonal szerepe a krónikus sebek pathogenezisében

(Debreceni Egyetem Bőrgyógyászati Klinika¹, Orvosi Vegytani Intézet², MTA Sejtbiológiai és Jelátviteli Kutatócsoport, Debrecen³)

A szövettanilag részletesen jellemzett sebgyógyulási folyamat szabályozásának molekuláris mechanizmusai jórészt feltáratlanok. A sebgyógyulási folyamat komplex regulációs hálózatának felborulása a sebgyógyulás elhúzódásához vezethet. A krónikus sebek (diabéteses láb, vénás és artériás lábszárfekély, felfekvés) népbetegségek tekinthetők, és kezelési költségeik csak az Egyesült Államokban dollármilliárdokra rúgnak. A különböző krónikus sebek közös jellemzői a perzisztens gyulladás, a hipoxia, a bakteriális kolonizáció és az öregedéssel összefüggésben megváltozott stresszválasz. Munkánk során vizsgáltuk a nitrogén-monoxid (NO) – peroxinitrit (az NO és szuperoxid reakcióterméke) és a - poli(ADP-ribóz) polimeráz-1 (PARP-1) szerepét a normál és az elhúzódó sebgyógyulási folyamatában.

Célkitűzések:

1. termelődik-e peroxinitrit a sebgyógyulás során, és befolyásolja-e az elhúzódó sebgyógyulást
2. kimutatható-e PARP aktiváció a sebgyógyulás során, és van-e szerepe a krónikus seb kialakulásában

Állatkísérletek:

Egér incíziós seben iNOS (az NO fő termelője) expresszó kimutatása immunhisztokémiailag módszerrel. Az iNOS expresszió a sebszélleken volt a legintenzívebb. Korábbi munkáink és irodalmi adatok is alátámasztják, hogy NO-ból keletkezik peroxinitrit a bőrben.

Kísérletek tenyésztett HaCaT keratinocitákon:

HaCaT keratinocitákon peroxinitrit expozíció hatására módosult a gyulladásos citokinek, kemokinek expressziós mintázata, amit "low density array" (mRNS szint) módszerrel detektáltunk.

Humán mintákon végzett vizsgálatok:

Krónikus vénás eredetű ulcus-ban szenvedő betegekből szérumból, sebfoliadék vizsgálat, bőrbioopszia történt. Dot blot technikával a szérumban és a sebfoliadékban emelkedett nitro-tirozin szintet (ONOO jelenléte) mértünk. Az ulcusok széli részéből végzett biopsziákból történt immunhisztokémiailag vizsgálatok intenzív nitro-tirozin festődést, PARP-1 expressziót, PAR felhalmozódást mutattak.

Eredményeink azt mutatják, hogy a nitrogén-monoxid- peroxinitrit- PARP útvonal a krónikus sebekben aktívan jelen van. További vizsgálatok szükségesek annak bizonyítására, hogy a peroxinitrit és PARP aktiváció hogyan befolyásolja a hipoxia-VEGF-angiogenezis útvonalat, továbbá, hogyan hat a poli-ADP-riboziláció (PARP és PARG) a gyulladáshoz vezető mediátorok termelésére krónikus sebekben.

Gyimesi Edit dr.¹, Sipka Sándor dr.¹, Zeher Margit dr.¹, Gáspár Krisztián dr.², Remenyik Éva dr.², Szegedi Andrea dr.²:
Invariáns NKT sejtek vizsgálata atópiás dermatitisben
(Debreceni Egyetem OEC, III.sz. Bőrgyógyászati Klinika¹, Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen²)

Az invariáns NKT sejtek (iNKT) összekötő szerepet töltenek be a természetes és szerzett immunrendszer között. Stimulálást követően gyorsan és nagy mennyiségben képesek Th1 és Th2 citokineket termelni. Az atópiás dermatitis patogenezisében szerepet játszanak a Th1 és Th2 citokinek, de az iNKT sejtek szerepére vonatkozóan elmentmondásos adatok állnak rendelkezésre.

Atópiás dermatitisben szenvedő betegek (n=43) és nem atópiás egészséges kontrollok (n=13) perifériás vérből származó mononukleáris sejtjeiben (PBMC) határoztuk meg az iNKT sejtek százalékos arányát és abszolút számát áramlási citometriával. A sejtek jelölését CD3 és az iNKT sejt T sejt receptor α -lánc CD3R loop elleni monoklonális antitesttel (clone: 6B11) végeztük. Tíz AD beteg és 10 kontroll egyén PBMC sejtene 4 órás PMA/ionomicin stimulálását követően az iNKT sejtek CD4+CD8-, CD4-CD8- (DN) CD4-CD8+, CD4+CD8+ alcsoportjaiban az intracelluláris IFN γ /IL-4 szinteket 5 színű áramlási citometriával határoztuk meg.

Az iNKT sejtek frekvenciája és abszolút száma is szignifikánsan alacsonyabb volt az AD betegek esetén az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva (P<0.01). Az AD betegek iNKT sejtjeinek DN szubpopulációjának százalékos eloszlása szignifikánsan alacsonyabb volt (P<0.01). Pozitív korrelációt tudunk kimutatni a DN sejt és az iNKT sejt aránya között mind AD-s (R=0,726 és P<0.001) és az egészséges kontrollok (R=0.693 és P<0.001) esetében. Az intracelluláris IFN γ szint szignifikánsan alacsonyabb, míg az intracelluláris IL-4 szint szignifikánsan emelkedett volt a DN alcsoportban.

Az iNKT sejtek aránya, abszolút száma és a CD4/CD8 alcsoportok IFN γ /IL-4 termelő képessége eltérést mutat AD betegekben az egészséges kontrollokhoz viszonyítva. Eredményeink azt sugallják, hogy a DN iNKT sejt alcsoport IL-4 forrásként szolgálhat az atópiás dermatitisben a Th2 polarizálódáshoz és szerepet játszhat a betegség patomechanizmusában.

Balatonai Tímea dr., Borbola Kinga dr., Fejős Zsuzsanna dr., Gaudi István dr., Hunyadi János dr., Major Edina dr., Schmidt Emese dr., Gurgolné Marcsa Krisztina, Miklós Zoltánné, Pintérmé Monori Ilona, Liskay Gabriella dr.

A melanoma szövettani paramétereinek különbségei a diagnózis felállításakor, tíz év távlatában

(Országos Onkológiai Intézet Onkodermatológiai Osztály, Budapest)

A melanoma malignum folyamatosan növekvő incidenciájáról az 1999 óta működő Nemzeti Rákregiszter egyre pontosabb adatokat szolgáltat, azonban országos melanoma adatbázis nincs. Mivel intézetünkben évente a Magyarországon jelentkező új melanomás betegek jelentős százalékát látjuk el, klinikai adatbázisunkból az egész országra vonatkozó következtetéseket is levonhatunk a szekunder prevenció eredményességéről.

Módszer: Vizsgálatunk során az intézetünkben cután melanoma malignum miatt 1998-ban, illetve 10 évvel később, 2008-ban jelentkező betegek adatait és a daganatok szövettani paramétereit vettük össze. A két betegcsoportot kor, nem, a tumor lokalizációja és a szövettani paraméterei (szövettani típus, Breslow és Clark érték) szerint hasonlítottuk össze. Folytonos változók esetén Mann-Whitney próbával döntöttünk két eloszlás különbségének szignifikanciájáról. A kategorikus változók függetlenségét χ^2 -próbával ellenőriztük.

Eredmények: 1998-ban 149, 2008-ban 377 betegnél diagnosztizáltunk cután melanomát, amely 10 év alatt 153 %-os növekedést jelent. A betegek átlagéletkora 1998-ban 56,3 év, 2008-ban 57,2 év volt, csaknem megegyező.

1998-ban a férfibetegek aránya 43%, 2008-ban 49%. A leggyakoribb lokalizációnak mindkét vizsgált évben a törzset találtuk (39% és 46%), ezt követte az alsó végtag (28% és 22%), a felső végtag (21% és 18%) majd a fej-nyaki (12% és 14%) lokalizáció. Leggyakoribb szövettani típusnak a szuperficialisan terjedő melanomát (52% és 54%) és a noduláris melanomát (31% és 23%) találtuk. Az in situ melanomák aránya 10%-ról 15%-ra változott.

A Breslow értékek átlaga 1998-ban 2,2 mm, míg 2008-ban 1,6 mm volt, a különbségük erősen szignifikáns ($p = 0.0002$). A Clark értékek szintén csökkentek, de nem szignifikánsan ($p = 0.08$). A legtöbb beteg mindkét vizsgált évben (38% és 32%) Clark lit inváziós mélységű melanomával jelentkezett.

Következtetések: Tekintettel arra, hogy a melanoma prognózisát leginkább a korai diagnózis javíthatja, amelyet elsősorban a Breslow tumorvastagság reprezentál, betegeink adatainak elemzéséből úgy tűnik, nem hiábavalóak a melanoma megelőzését és az időben való felismerés fontosságát hangsúlyozó erőfeszítések mind az orvosképzés, mind pedig a tömegtájékoztatás terén.

Dózsa Anikó dr.^{1,2}, Dezső Balázs dr.⁶, Bálint L. Bálint dr.², Tóth Balázs dr.³, Biró Tamás dr.³, Christos Zouboulis dr.³, Remenyik Éva dr.⁴, Nagy László dr.²:

A PPAR (Peroxiszóma Proliferáció Aktiválta Receptor) gamma molekula expressziós mintázata és jelátviteli folyamatai eltérőek a normál és patológiás faggyúmirigyekben

(Miskolci Egészségügyi Központ Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc¹, DEOEC Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet, Debrecen², DEOEC, Élettani Intézet, Debrecen³, DEOEC Bőrgyógyászati Klinika⁴, Bőrgyógyászati és Immunológiai Intézet, Klinika Dessau, Dessau, Németország⁵, DEOEC Patológiai Intézet, Debrecen⁶)

A PPAR γ magreceptor molekulának kulcsszerepe van a sebocyták és a faggyúmirigyek működésében, azonban a pontos mechanizmus az ellentmondásos eredmények miatt nem tisztázott. Korábban hazánkban elsőként mutattuk ki hiperpláziás faggyúmirigyekben és az immortalizált SZ95 sebocytákban a PPAR γ és RXR α fehérjét és mRNS-t. Lézer mikrodisszekcióval nyert faggyúmirigyből izolált RNS-ből valós idejű kvantitatív polimeráz láncreakciós (RT-qPCR) módszerrel végeztük a molekulák génextpressziós szintjének meghatározását.

Jelen vizsgálatunk célja, hogy feltérképezzük a PPAR γ mely transzkripciós folyamatokat irányítja a faggyúmirigyekben, van-e eltérés a PPAR γ molekula működési mechanizmusában különböző differenciáltságú faggyúmirigy sejteken, illetve a különböző faggyúmirigyeket involváló betegségekben? Bőrbetegségekből származó szövetminták formalinnal fixált, paraffinba ágyazott meszeteiből immunhisztokémiai módszerrel, friss fagyasztott metszetből lézer mikrodisszekcióval elkülönített különböző differenciáltságú faggyúmirigysejtek génextpressziós mintázatát vizsgáltuk. A molekula funkcióját SZ95 immortalizált humán sebocytá sejtvoalban vizsgáltuk. Oil Red O festéssel, illetve fluorimetriás módszerrel kvantitatív lipidmeghatározást végeztünk. Újabb eredményeink szerint a faggyúmirigy carcinomában a PPAR γ nem expresszálódott, faggyúmirigy adenomában a molekula expressziója csökkent a normál faggyúmirigyben kimutatható PPAR γ expresszióhoz képest. SZ95 sebocytá kultúrában receptor agonistával illetve antagonistával befolyásoltuk a célgén expresszióját, és megfigyeltük az anyagcsereváltozásokat, amelyek a sejtekben végbemennek. Meghatároztuk az SZ95 sejtekben és a mikrodisszekált szövetmintákban a PPAR γ molekula által regulált lipidmetabolizmusban szerepet játszó célgén (PGAR, ADRP, FABP4) expressziós mintázatát. Megfigyeltük mindkét modellrendszerben a PPAR γ és célgénjeinek expresszióját a sejt-differenciáció során.

Eredményeink alapján feltételezzük, hogy a PPAR γ szerepet játszhat a faggyúmirigyek differenciációjában és a sejtek differen-

ciálódási folyamatainak defektusaiban is, így diagnosztikai és terápiás célpont lehet.

Halmy Klára dr.:

Adherencia vizsgálatok köröm keratinocitákon
(ÁNTSZ Laboratórium Kft Hajdú – Bihar Megyei Mikrobiológiai Laboratórium Debrecen)

Az adherencia a mikroorganizmusok – köztük a gombák – jelentős virulencia faktora.

A sarjadzógombák sejtfalában jelenlévő mannoproteinek a gazdaszervezet szöveteteinek ligandumaihoz kapcsolódnak. Az adherencia-kapacitást a gomba faja, növekedési fázisa, csíraszama, a tenyésztéshez szükséges táptalaj összetétele, ennek glükóz tartalma, a hőmérséklet, a pH érték és a hidrofóbicitás befolyásolják. Az aszpartát proteínázok (SAP-ok), foszfolipázok, lipofoszfolipázok a folyamatban, mint serkentő faktorok szerepelnek. A SAP $_{9-10}$ gének részt vesznek az adherencia szabályozásában.

Jelenlegi vizsgálatunkban körmökéből származó keratinociták sarjadzógombákhoz való adherenciáját értékeltük ki. Az adherenciát *Kimura és Pearsall* módszere szerint végeztük. 70 mikroszkóposan és tenyésztéssel igazolt onychomycosisból és 68 negatív köröm preparátumból származó keratinocitát vizsgáltunk. Tesztörzsként *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata* és *Saccharomyces cerevisiae* szerepeltek. Mikroszkóposan 50 keratinocitára eső sarjadzógomba blasztospórák számoltunk és átlagoltunk. A sarjadzógombák közül a *C. albicans* adherálóképessége volt a legnagyobb és a *C. krusei* a legkisebb. Az onychomycotikus körömök esetében az adherencia-kapacitás nagyobb volt, mint a nem mikotikus körömökénél. A kéz és a láb körmökéből származó keratinociták adherenciája nem tért el egymástól. A felszínes mikózisokból származó epidermális keratinociták és a köröm keratinociták azonos adherálóképességgel rendelkeztek.

Major Edina dr., Balatoni Tímea dr., Borbola Kinga dr.,
Fejős Zsuzsanna dr., Schmidt Emese dr., Liskay Gabriella dr.:

A disszemináció útja melanoma malignumban. IV. stádiumú betegek retrospektív vizsgálata.
(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

Magyarországon évente közel 400 beteg kerül IV. stádiumba melanoma malignum miatt. Míg korai fázisban történő diagnózissal csaknem teljes gyógyulás érhető el, disszeminált stádiumban a betegség a legtöbb esetben halállal végződik.

Célkitűzés: Adott periódusban disszeminálódott melanomás betegek különböző paramétereit, a körlefolysást, valamint a túlélést vizsgáltuk a betegség terjedésének vonatkozásában.

Anyag és módszer: Intézetünkben kezelt, 2000. január 1. és 2003. december 31. között disszeminált fázisba jutott, 320 beteg adatait dolgoztuk fel. Átlagéletkoruk 55,8 (20-88) év volt. Nemek szerinti megoszlásban nem mutatkozott lényeges különbség, 167 (52,2%) volt férfi. A primer tumor 263 esetben (82,2%) cután, 26 esetben (8,1%) oculáris, 7 esetben (2,2%) nyálkahártya eredetű volt. 24 alkalommal (7,5%) nem sikerült azonosítani a folyamat kiindulási helyét. Vizsgáltuk a betegek túlélését az elsőként megjelent metasztatízis függvényében (haematogén vagy limfogén terjedés). Átlagos követési idő a primer tumor felfedezésétől a halálig/ utolsó kontrollig terjedően 48,5 (0-290) hónap volt.

Eredmények: Az első progresszió 164 betegnél (51,2%) hematogén úton, távoli disszemináció formájában jelent meg; 117 betegnél (36,6%) egy szervre lokalizáltan. 156 esetben (48,7%) limfogén terjedéssel alakult ki az első áttét; lokális recidíva és in transit metasztatízis 32 alkalommal (10%), regionális nyirokcsomó áttét 124 esetben (38,7%). A IV. stádiumig terjedő túlélésben szignifikáns különbség mutatkozott a két betegcsoport között. Hematogén disszemináció esetén átlagosan 27,34 hónap, limfogén terjedésnél 38,41 hónap volt ($p=0,026$). A teljes túlélésben azonban nem volt szignifikáns eltérés ($p=0,37$). A disszemináció kialakulásától számított túlélés átlagosan 18,73 (0-113) hónap.

Konklúzió: A IV. stádiumba jutott betegeinknél tanulmányunkban a teljes túlélést a disszemináció útjától függetlenül találtuk.

Böröcz Karolina dr.

Bőr-, és lágyrészfertőzések infektokontrollja (Országos Epidemiológiai Központ, Budapest)

A krónikus bőrsebekhez szövődmenyként társuló lágyrészfertőzések (SSTI) esetében nemcsak a kezelési idő hosszabb, és magasabbak a költségek, de életet veszélyeztető állapot (szepszis) is kialakulhat.

Az SSTI esetek szaporodása összefügg a nem megfelelő diagnózissal, a nem szakszerű kezeléssel, az ellenőrizetlen antibiotikum adagolással, a nem kezelt comorbiditás gyakoriságával és a rossz higiénás viszonyokkal. A krónikus bőrsebek fertőzése polimikrobássá válik, a penicillin származékok már nem hatékonyak és megjelennek a közösségben (szakrendelő, otthonápolás) és a kórházban a methicillin-reszistens *Staphylococcus aureus* (MRSA) törzsek.

A fertőzés átvételében a bőr-a bőrrel kontaktus a leggyakoribb. A szövődmenyek közül a bőr-, és lágyrészfertőzések abszcessusok észlelhetők, melyek szisztémás, az életet is veszélyeztető infekcióvá alakulhatnak, különösen a rizikó csoportokban (alkoholista, diabetes mellitus, nyirokódéma).

A nekrozissal járó lágyrészfertőzések kezelésében a nekrozis sebészi eltávolítása és az abszcessus megnyitása szükséges, egyidőben baktérium leoltás a baktérium meghatározására és az antibiotikum érzékenység tisztázására. Igen kevés antibiotikum hatékony MRSA ellen, és a polimikrobás fertőzések esetében is fontos az antibiotikum stratégia.

A megelőzésben a legfontosabbak a kórkép ismerete, a jó higiéné, a fertőzés gyors meghatározása, a fertőzés továbbterjedésének megakadályozása, a kezelő személyzet tájékoztatása és képzése, a szakszerű kezelés, a fertőzött személyek szoros ellenőrzése.

Szagos Erzsébet dr.¹, Deres Ágnes dr.¹, Minik Károly dr.², Solyom Enikő dr.¹:

Aseptic abscessus szindroma- pyoderma gangrenosum- 3 inflammatorikus bélbeteg esete kapcsán

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, III-as Gyermekosztály¹, Patológiai Osztály², Miskolc)

Az aseptic abscessus – neutrophil dermatosisok megjelenése szisztémás steril gyulladáshoz kötődhet elsősorban. A szerzők 3 gyulladáshoz kötődött gyermek esetét ismertetik.

Első beteg: 9 éves korban egyoldali térdízületi gyulladás alakult ki folyadék gyülemmel, ami nonsteroid gyulladáshoz gátlóra regrediált. 3 hónappal később inflammatorikus bélbetegségre (IBD) utaló enterális tünetek bontakoztak ki. Colitis ulcerosa és coeliakia társulására utalt a szövettan. Steroid, nonsteroid gyulladáshoz gátló, glutén mentes diéta mellett csak átmenetileg javult az általános állapota. 11 hónappal a térdízületi panaszok megjelenése után vírusos enteritist követően elhúzódó hyperpyrexia, a törzsön, végtagok proximalis felületén gombostűfejnyi mikropustulák, az alsó végtagok dystalisabb területén összesen 3 felszínes, középen elfolyósodó haemorrhagiásnak imponáló livid csomó formálódott mikrovesicula korszorúval. Komplex folyadék-elektrolit pótlása, kombinált antimikrobás, steroid, nonsteroid gyulladáshoz gátló, Sandimmun-Neoral, azathyoprin kezelés mellett állapota csak nehezen, intravénás immunglobulin (IVIG) adása után volt rendezhető. A szülők kérésére a Sandimmun Neoral adását le kellett állítani. Egy hónapig Isotretinoin is kapott. A bőr- és részlegesen az enterális tünetek átmenetileg javultak, majd néhány hónap múlva a bélgyulladás fokozódása mellett a végtagokon számos lencsényi steril pustula közül egy praetibialis 2 nap alatt 5cm átmérőjű fekély alakult. Total colectomia vált szükségessé. Ennek elvégzésével párhuzamosan a pustulák és a nagy fekély heggel gyógyultak. Második beteg: 8 éves kislánynál 3 hete progrediáló gyengeség, néhány napja szaporodó lencsényi, erythemás, mélybe hatoló, közülik néhány növekvő csomó, a panendoscopia során makroszkóposan és szövettannal colitis ulcerosa mutatkozott. Endoscopia utáni napon jobb térdízületi duzzanat, folyadékgyülem, láz jelentkezett. Az antimikrobás, nonsteroid, steroid terápiát IVIG-al kellett kiegészíteni. A komplex terápia mellett állapota egyenesen javult, a bélváltozások hámiányt nem mutattak, de besüppedő

heggel gyógyultak. Harmadik beteg: 16 éves kortól ismert Crohn beteg lányánál kezdetben sacroileitises tünetek is jelentkeztek. 18 éves korban hirtelen minden, de főként az alsó végtagokon fájdalom, mély livid csomók alakultak ki, melyek néhány nap alatt folyós bennüküvé váltak. A nagyobbak sebészi megnyitás során kiürültek, fekélyes területeket hagyva, a többi kis heggel gyógyult. A steroid, nonsteroid gyulladáshoz gátló mellett ő is IVIG terápiában részesült. Ezt követően javult az általános állapota. Fekélyes bőrterületei 4 hónap alatt hámosodtak be. A szerzők eseteiket a ritka előfordulás, a komplex terápia jó hatása, ez eltérő megjelenésű bélváltozások miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

Siklós Krisztina dr., Asbóth Dóra dr., Csákányi Zsuzsanna dr., Kovács Éva dr., Sági Zoltán dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Pseudosarcomatosus fasciitis

(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

A szerzők egy 14 hónapos kisdud esetét ismertetik, akinél kb. 1 hónapja, a jobb arc félen, cseresznye nagyságú szövetszaporulat megjelenését észlelték a szülők. Fizikális vizsgálatkor jobb oldalon buccalisán 2,5 cm átmérőjű, ép bőrrel fedett, környezetétől nem élesen elkülönülő, rugalmas tapintatú tumor volt látható, mely a klinikai kép alapján leginkább subcutan haemangiómának felelt meg. Ct-vizsgálat a felvetett diagnózist nem erősítette meg, egyéb vascularizált lágyrészfertőzést valószínűsített, mely pontos megítélés céljából a bucca felől szövettani mintavétel történt. Hisztológiai vizsgálat során kötőszövetet és harántcsíktól izomszövetet infiltráló tumorszövet volt látható, mely monomorf, cellularis atypia nélküli, leginkább fibroblastokra ill. myofibroblastokra emlékeztető sejtekből állt. A szövettani kép pseudosarcomatosus fasciitisnek, másnéven nodularis fasciitisnek felelt meg. Mivel a szövettani mintavétel során a tumor nagyrészt eltávolításra került, egyéb sebészi kimetszés nem történt, a gyermek observatioja során eddig recidívát nem észleltünk.

A pseudosarcomatosus fasciitis főleg fiatal felnőttek végtagjain megjelenő, gyorsan növekvő subcutan csomó. Multiplex megjelenése is ismert. Gyermekkori variánsa a cranialis fasciitis, mely a hajas fejbőr mély fasciáját érinti. A tumor rapid növekedése miatt általában korán sebészi eltávolításra kerül. A recidiva ritka, még akkor is, ha a sebészi excisio nem teljes.

Smolcz Katalin dr.*; Vajda Adrienne dr.**;

Baló-Banga J. Mátás dr.**; Mikecz Péter dr.**; Kiss Edit dr.***;

Dermatomyositis – két eset kapcsán

(Vasútegészségügyi Kht. Bőrgyógyászati Szakrendelés*, HM ÁEK Bőrgyógyászati Osztály**, HM ÁEK Allergológiai és Immunológiai osztály***, Budapest)

1. eset: 61 éves férfi beteg anamnesisében 20 éve ismert hypertonia, 2 éve lezajlott pneumonia valamint aethylizmus szerepel. Bőrtünetei 2009 májusában kezdődtek – típusosan a törzs felső régióira, vállakra, arcra, ezenkívül a sacrumra és a gluteusra is terjedő nedvezéssel, pörkösödéssel társult livid-erythemás plakkok kialakulásával. Ezzel párhuzamosan mindkét felső szemhéjon heliotrop rush-t, kézfejek MTP ízületei felett Gottron papulákat észleltünk. Bőrtünetei kialakulását a váll- és a medenceöv valamint a combizomzat fájdalom, gyengesége kísérte. Felvételét követően az elvégzett vizsgálatok során az izomspecifikus szérumentzimek közül GOT, LDH és CK értékei mutattak jelentős emelkedést, myositise EMG vizsgálatigazolódott. Immunszerológia negatív eredménnyel zárult. Tumorkutatás során többszörös Weber pozitívítást találtunk, melynek hátterében a cardiátájékot szabálytalan alakban körkörös szűkítő, a környező zsírszövetet is infiltráló gyomor adenocarcinomára derült fény. A tünetek enyhítésére bentfekvése során nagy dózisú (120 mg) methylprednisolon valamint két alkalommal (25 mg/alkalom) methotrexat kezelésben részesült. Az adenocarcinoma műtéti megoldása miatt sebészeti áthelyezése történt.

2. eset: 72 éves férfi beteg anamnesisében bokatorés, tonsillectomia valamint cholecystectomy szerepel. Bőrtünetei 2008 decemberében kezdődtek. Conjunctivitis miatt Septosyl szemkenőcs használatát követően mindkét szem körül, majd a nyakon, a tarkó felett, a

háton diffúz erythema kezdődött, melyhez a hajas fejbőrön, könyökön, lábszárakon és elsősorban a törzsön psoriasiform plakkok társultak. Tüneteit kezdetben izomtűnetek nem kísérték, az ekkor elvégzett szövettani vizsgálat lichenoid reakciót, típusos interface dermatitist véleményezett. Kivizsgálása során GOT, LDH és CK értékei jelentősen emelkedettek voltak, immunszerológia jelzés értékű ANF pozitivitáson kívül jelen beteg esetében is negatívnak bizonyult. Osztályos felvételével párhuzamosan kezdődtek izomtűnetei – melyek kezdetben bizonytalan „ízületi fájdalmaakra”, a felállás és a felülés nehezíttségére korlátozódtak, majd később jelentős dysphagia, dysartria jelentkezett, mely olyan súlyossá vált, hogy a táplálási nehezíttség miatt percutan gastro-oesophagealis stent beültetése történt. Nyelés RTG-t az aspiráció miatt – a többszöri próbálkozás

ellenére – nem sikerült elvégezni. EMG myositis diagnózisát szintén alátámasztotta. Tumorkutatásban gastroscopia, gégészeti, urológiai vizsgálati negatív eredménnyel zárultak. Colonoscopia során számos diverticulumot találtak – mely Weber pozitivitását magyarázhatja. Mellkas CT az a. pulmonalis főtörzsének megfelelően lovagló thrombust, bal oldalon pleuralis folyadékgyülemet valamint mk. oldalon számos, 1-2 cm átmérőjű térfoglaló jellegű folyamatot írt le.

Hospitalizációja során kezdetben nagy dózisú szteroid terápiában részesült, melyet később fenntartó dózissra állítottak és cyclophosphammiddal egészítették ki.

Eseteink bemutatásával a malignomához társuló, súlyos - jelen esetben halmozottan jelentkező – dermatomyositis előfordulására szerettük volna felhívni a figyelmet.

Szponzorált előadás

Stefano Veraldi

A short history of topical fenticonazole in dermatology

(Dipartimento di Anestesiologia, Terapia Intensiva e Scienze Dermatologiche, Università degli Studi, Fondazione I.R.C.C.S., Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milan, Italy)

Fenticonazole (a-(2,4-dichlorophenyl)-(3, N-imidazolylethyl 4-phenylthiobenzyl ether nitrate) is a topical imidazole derivative which demonstrated, by means of in vitro and clinical studies, a wide spectrum of activity against dermatophytes and yeasts.

Toxicological studies. The acute oral and sub-chronic (six weeks) topical toxicity of fenticonazole was studied in mice, rats, guinea pigs and beagles. The acute oral LD50 in mice and rats was 3.000 mg/kg; in dogs it was 1.000 mg/kg. Sub-chronic topical toxicity was studied in guinea pigs and dogs. Fenticonazole was not toxic: no histopathological abnormalities were found. Fenticonazole does not affect physiological functions (blood pressure, heart rate, pulmonary ventilation); moreover, it does not interfere with histamine, adrenaline, noradrenaline and acetylcholine release and activity. Fenticonazole does not possess anti-inflammatory or analgesic activity. In mice, it exhibits a mild central nervous system depressant activity, although it is lower than that of miconazole.

Fenticonazole was tested for mutagenicity by the *Salmonella* reversion assay: it was found to be negative in TA 98, TA 100, TA 1535, TA 1537 and TA 1538 strains, with and without microsomal activation. Moreover, fenticonazole did not show any mutagenic activity by the use of a mutational assay on *Schizosaccharomyces pombe* and the mitotic gene conversion test on *Saccharomyces cerevisiae*.

Several tests were used in order to evaluate the irritating, allergic and toxic potential of fenticonazole cream and gel. When instilled into the conjunctival sac of rabbits, fenticonazole caused a mild erythema in only one animal. This erythema appeared one hour after application of the drug and disappeared within 24 hours. Guinea pigs were treated with 2% fenticonazole cream or gel for twenty days; they developed a mild erythema which appeared five days after the beginning of the treatment and disappeared when the treatment was stopped. Two per cent fenticonazole cream and gel did not induce allergic reaction. In guinea pigs, fenticonazole was neither photoallergic nor phototoxic. A double-blind, randomized trial was performed on twelve healthy volunteers to evaluate the irritating and allergic potential of 2% fenticonazole cream and spray versus 2% miconazole cream and 1% econazole spray. There was no evidence of irritation after treatment with fenticonazole cream, its excipients, miconazole cream and fenticonazole spray excipients. Neither fenticonazole cream nor spray showed evidence of sensitization.

Local tolerance of two fenticonazole foams (one containing 4 g and one 20 g of sodium lauryl ether sulphate) was studied in 46 healthy volunteers. Each subject applied on the forearm or on the trunk a standard amount of foam to an area of 20 cm² in the evening for two weeks. No reactions were observed in the group of 20 subjects who applied the foam containing 4 g of sodium lauryl ether sul-

phate. Two out of 26 subjects who applied the foam containing 20 g of sodium lauryl ether sulphate developed a mild, transient local reaction.

On the basis of the results of these studies, all pharmaceutical preparations of fenticonazole can be considered rarely and mildly irritating and very rarely sensitizer.

Preclinical studies. The in vitro activity of fenticonazole as anti-mycotic and anti-bacterial agent (against Gram-positive bacteria, whereas no activity was detected against Gram-negative bacteria) was demonstrated in 1981. In vitro anti-mycotic activity spectrum was very broad and included dermatophytes, yeasts and dimorphic fungi. In vitro, at a pH ranging from 4.0 to 5.0, fenticonazole showed the highest activity against yeasts. Fenticonazole, at low concentrations, inhibited filamentation of *Candida albicans* on HEP2 cell line. Activity against dermatophytes, i.e. *Microsporum canis*, and *Candida sp.* was demonstrated experimentally in guinea pigs. In a study by Veronese et al., 1981, 1-3% fenticonazole induced a complete healing in 100% of guinea pigs treated.

The activity against *Candida albicans* was demonstrated to be higher than miconazole.

The study of morphological alterations induced by fenticonazole on strains of *Candida albicans*, by means of the scanning electron microscope, suggested that this agent acts through a block of enzymatic activity (cytochrome oxidase and peroxidase) of the yeast. Furthermore, several authors demonstrated that fenticonazole inhibits the synthesis, rather than its activity, of secretory aspartate acid proteinase, a virulence enzyme of *Candida albicans* which is correlated with adherence of the yeast to epithelial cells. This activity was also observed with 5-fluorocytosine, but not with fluconazole, ketoconazole and miconazole.

Clinical studies. Open clinical studies. Several clinical studies were published so far. The first study on the efficacy and tolerability of fenticonazole was published in 1985 by Persi and Rebera.

Open clinical studies showed that fenticonazole, in different pharmaceutical preparations, once or twice daily, is effective in the treatment of superficial mycoses of the skin. In particular, fenticonazole showed to be very effective (often with 100% mycological negativization) in pityriasis versicolor and candidiasis. Furthermore, these studies clearly demonstrated that local side effects caused by fenticonazole are very rare and mild in severity. Controlled clinical studies. Up to the present day, fenticonazole was compared to four imidazoles (miconazole, clotrimazole, econazole and bifonazole), to one allylamine (naftifine) and to cyclopyroxolamine.

The first double-blind study on fenticonazole versus miconazole was published in 1984 by Stetter.

Controlled clinical studies, the large majority of them based on a high number of patients, showed that fenticonazole, in different pharmaceutical preparations, once or twice daily, compared to six different topical antimycotics (miconazole, clotrimazole, econazole, bifonazole, naftifine and cyclopyroxolamine), is effective in the treatment of superficial mycoses of the skin. Furthermore, these studies again clearly demonstrated that local side effects due to fenticonazole are very rare and mild in severity.

Szakápolói előadások

Ackermann-né Schöffler Mária, Budenzki Ferencné:

HIV-pozitív eredmény érkezett!

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

Magyarországon a HIV terjedése elleni küzdelem 1985 őszén vette kezdetét. A Nemzeti AIDS Bizottság az akkori egészségügyi minisztériumi vezetéssel egyetértésben hozta létre a szűrőlaboratóriumi hálózatot. Ennek egyik szervező részét képezte az Országos Bőr-és Nemikórtani Intézet HIV szűrőlaboratóriuma. Az OBNI irányításával az ország bőr-és nemibeteg-gondozói (BNG-k) is bekapcsolódtak a munkába. Az OBNI megszűnésével a feladatot a Bőrklinika STD Centruma vette át.

A szerző előadásában összefoglalja mindazon tudnivalókat, amelyek a BNG-kben dolgozó gondozók feladatai:

- Vértétel és vérvétel előtti felvilágosítás
- Megerősítetten HIV pozitív eredmény esetén a szükséges adminisztratív lépések elvégzése
- HIV fertőzött páciens előkészítése az orvossal való találkozáshoz
- Gondozói tanácsadás, fertőzőforrás kutatás

Az előadó hangsúlyozza, hogy a gondozók tevékenysége, tanácsadás, a betegek megnyugtatósa, az együttműködés kialakítása rendkívül fontos a tünetmentes HIV fertőzöttek gondozásában.

Budenzki Ferencné, Ackermann-né Schöffler Mária, Marschalkó Márta dr., Pónyai Katinka dr., Kárpáti Sarolta dr:
Van még sikerélmény a gondozói munkában !
(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, STD Centrum, Budapest)

23 éves férfi beteget a területi bőr- és nemibeteg-gondozó intézetből irányították klinikánkra, mert 1 hónappal ezelőtt az Országos Vérellátó Szolgálat pozitív syphilis szerológiai reakciót igazolt a tünet és panaszmentes betegnél.

Ambuláns megjelenésekor elvégzett RPR vizsgálat 1:32 hígításig pozitív, TPHA : +++++ , TP ELISA pozitív eredményt adott.

A beteg Syphilis latens recens diagnózis miatt komplett antilueses kezelésben részesült.

Kontaktuskutatás során 11 partnert vettünk gondozásba.

Előadásunkkal szeretném felhívni a figyelmet a kontaktuskutatás fontosságára és a megfelelő gondozónó-beteg közti kapcsolat felépítésére.

Fodor Zsuzsanna, Széllné Andóczy-Balog Mónika:
Kommunikáció az egészségügyben; az orvos-ápoló kapcsolat etikai kérdései
(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Az egészségügyben dolgozók fontos tulajdonsága, hogy képes legyen kapcsolatot létesíteni és fenntartani az egészségügy összes szereplőjével (beteg, orvos, nővér). Jelen előadásunk elsősorban a nővér szempontjából közelíti meg a kérdést. Fontos szemszög a nővér nézőpontja, mert általában minden helyzetben az övé az alárendelt szerep. Hagyományos szerep ez, amely mindig is meghatározta az ápolók pozícióját, elismerte az orvosok fölényét, és rendkívül mereven értelmezte a nővérek szerepét. A tudományok fejlődésével azonban van segítség, mely az önérvényesítő és felelősségteljes kommunikáció elsajátításával sok problémára megoldást jelent.

Vatler Péterné:

A hajléktalan ellátás nehézségei, lehetőségei Debrecenben
(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen)

„Otthonában az idős és beteg megtapasztalja az őszinte és szeretetteljes légkört, mely segít átvészelni a szenvedés és öregedés időszakát” (II. János Pál 1997.)

Hajléktalan az, akinek nincs bejelentett lakcíme, az éjszakát közterületen, vagy nem lakáscéljára szolgáló helyiségben, jó esetben hajléktalanszálláson tölti. A hajléktalanság mint életforma számos országban megtalálható. Hazánkban a számukat negyvenezerre becsülik. Egészségi állapotukra a folyamatos állapotrosszabbodás, a krónikus kórkepek jellemzőek, de számottevő a bőrgyógyászati megbetegedések száma is.

Az előadásban a szerző a Bőrgyógyászati Klinikán kezelt hajléktalan betegek ellátásának nehézségeit kívánja bemutatni. Valamint azt az együttműködési lehetőséget, amelyet a városban működő hajléktalanokat ellátó civilszervezettel sikerült kialakítani.

Tarné Czirják Krisztina, Együd Katalin dr., Gyüre Lászlóné:

Adatvédelem-Életvédelem

(„Jósa András” Oktató Kórház, Bőr-Nemibeteg-gondozó Intézet, Nyíregyháza)

54 éves nőt hívtunk be gondozónkba partnerének syphilis seropozitivitása miatt. Serologia levételét követően otthonába távozott. Néhány óra múlva gondozónk kartonozójába telefonhívás érkezett. Egy férfi arról számolt be, hogy a fent említett nőismerőse öngyilkosságot készül elkövetni, melyről őt elmondása alapján telefonon értesítette. A telefonáló a betegünk után érdeklődött: „Járt-e intézetünkben?”, illetve a pontos címét kérte, hogy értesíteni tudja a mentőszolgálatot.

Az eset kapcsán felmerül a kérdés:

- Úgyes próbálkozás az adatok megszerzésére?
- Valódi életveszély?
- Mely esetben és kinek adható ki a beteg adata?
- Fontosabb-e az adatvédelem mint az életvédelem?

A probléma megoldása alatt újabb telefonhívás érkezett. A férfi arról számolt be, hogy sikerült a pontos címet egy közös ismerőstől megtudni. A nőbeteget otthonából a mentők gyógyszermérgezés miatt, intenzív osztályra szállították, ahol gyomormosással megmentették az életét.

Földváriné Szilágyi Adrienn:

Több éve fennálló, erősen fertőzött lábszárfekély kezelése ezüstionos kötszerrel

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

55 éves nőbeteg több éve fennálló lábszárfekélyének gyógyulását neheztük a rendszeresen visszatérő bakteriális fertőzések.

A beteg osztályos felvételére terápiás céllal került sor. A lepedék eltávolítása és a fertőzés csökkentése volt a kezelés meghatározó célja.

A belső gyógyszeres kezelés mellett ezüstionos kötszer használatával végeztük a lokális kezelést. 2 hét után a beteget otthonába bocsátottuk.

Bentfekvése és a kontrollvizsgálatok alkalmával vizsgáltuk és dokumentáltuk a fekély állapotát, mikrobiológiai státusát, gyógyulását.

Szeckler Melinda:

Láb- és körömápolás jelentősége bőrgyógyászati szempontból (PTE Bőr- Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika Pécs)

Az orbánc (erysipelas) igen gyakori fertőző bőrgyulladás. A kórokozó leggyakrabban felületes hámsérüléseken keresztül jut a szervezetbe. Ilyen behatolási kapu pl. a lábujjak közötti gombás fertőzés.

PTE Bőr- Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinikán 2008. szeptember és 2009.szeptember között kezelt orbáncos betegeinknél tett megfigyeléseinket szeretnénk ismertetni a diabetes, a lábujjközi mycosis vonatkozásában.

Ismereteni szeretnénk továbbá a higiéniés megelőzés gyakorlati ismereteinek és a napi gyakorlat kivitelezési nehézségének hiányát.

Farkas Sándorné:

Az égés kezelése homokágyban

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen)

Az égési sérülést elszenvedett betegek gyógyításában jelentős szerepet tölt be a homokágy. Ez a speciális gyógyág a nagykiterjedésű égési sérüléseknél, amikor a testfelszín 25%-nál nagyobb terület, főként a hátfelszín sérül - a legfontosabb terápiás lehetőségek egyike. Segítségével csökken a fájdalom, az égési sérülés elmélyülésének kockázatát jelentősen csökkenti. A meleg légáramlás a baktériumok szaporodását gátolja, szükség szerint hűt, vagy melegít, könnyíti az ápolást. 2007-ben 16 beteget, 2008-ban 12 beteget, 2009-ben 11 beteget kezeltünk homokágyban.

Előnye: csökken a kórházban töltött ápolási idő, a felhasznált antibiotikumok, fájdalomcsillapítók, kötszerek mennyisége. Nő a beteg komfortérzete, hatékonyabb az ápolás. Nagymértékben csökken az ápoló fizikai igénybevétele is.

Hátránya a beteg szempontjából: Az állandó monoton zaj zavarhatja a beteget a pihenésben. A szokatlan lebegő érzés kinetózishoz hasonló tüneteket okozhat az érzékenyebb betegnek. Nehezített az ágyban való mozgás (felülés, étkezés).

Hátránya a beteg szempontjából: A terápiás lehetőséget beszűkíti, csak speciális kötszerek alkalmazhatók. Statikus által bevizsgált és engedélyezett helyen állítható fel.

Hátránya a klinika szempontjából: Az ágy rendszeres szervizelése, karbantartása anyagi terhei nem jelentéktelenek.

Kecskés Csabáné, Nagyné Dobi Dóra:

A Vacuum Assisted Closure kezeléssel szerzett tapasztalatok láb-szárfelekben szenvedő betegeknek

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen)

A V.A.C. a sebkezelés egyik újabb lehetősége a Bőrgyógyászati klinikánkon. A nehezen, illetve hagyományos kezelésre nem reagáló sebeknél a sebváladék folyamatos elvezetésével, a mikrocirkuláció javításával akár teljes sebgyógyulás érhető el, illetve bőrtranszplantáció előtt a seb feltisztulását, megfelelő vérellátású sebalap kialakulását eredményezi.

Osztályainkon gyakran kezelünk olyan lábszárfelekbe eső betegeket, akiknél a terápia csaknem minden lehetőséget kipróbálva kudarcot vallottunk. A kezelés összességében költségkímélő is lehet, hiszen csökken a kötésváltások gyakorisága, jelentős mennyiségű kötszert és időt spórolhatunk meg. Eredményessége folyamán a beteg gyógyulását tekintve jelentős társadalmi problémákat orvosolhatunk. A beteg számára is előnyös a V.A.C. alkalmazása hiszen általa csökken a seb fertőzöttsége, szaga és újabb reménnyel néz a gyógyulás elé.

Ignáth Györgyi, Bártfai Éva, Kocsis – Barna Miklósné, Kovácsné Boros Tímea, Bordás Annamária:

Sebkezelő szakápoló képzés. Cél: kompetencia elismerése

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

A krónikus sebek ellátását különböző szakterületen dolgozó és nem azonos képzettségű ápolók végzik. A szakszerű sebellátáshoz egységes kezelési elvre épülő képzésre van szükség, ahol „sebkezelő szakápoló” képesítés, és önálló kompetencia megszerzése mellett lehet sebet kezelni.

A sebkezelő team tagjaként az ápoló az orvos által felállított diagnózis, és a közösen megbeszélte sebkezelési eljárás alapján végzi a sebkezelést, és meghatározott időnként, vagy állapotváltozás, szövődés esetén értesíti az orvost. Az orvosi vizitig önállóan dönti el, milyen sebfedőre vált, milyen kenőcsöt alkalmaz.

Önálló feladatai a sebkezelési irányelv alapján a következők:

1. A beteg panaszainak értékelése
2. A kötés állapota
3. A sebváladék
4. A seb alapja
5. A seb környéke

6. A végtag ödéma állapota

7. Váratlan események jelzése

8. A beteg tájékoztatása, kezelés tanítása

9. Hozzá tartozók / otthonápolók bevonása

Bencés Ilona:

Biológiai terápia, ahogyan a beteg látja

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

Ma Magyarországon csaknem 150-200 ezerre tehető a pikkelysömörben szenvedő betegek száma. A kórkép, mint krónikus, a bőrt és az ízületeket érintő immunmediált gyulladási folyamat, a betegek fizikai és mentális állapotát jobban rontja, mint a cukorbetegség vagy a szívinfarktus.

A tradicionális helyi és szisztémás kezelés mellett viszonylag új irányvonalat képvisel a pszoriázis biológiai kezelése. Ennek hatékonyságáról, eredményeiről már számos tanulmány született. De vajon hogy vélekedik erről maga az érintett, mennyire volt nehézkes számára a kezeléshez való hozzájutás folyamata, milyen különbségeket lát a hagyományos és a biológiai kezelés között, mennyiben változott az életminősége a terápia kezdete óta és valójában mit takarnak a DLQI számokban kifejezett értékei? Többek között ezekre a kérdésekre szeretnék válaszokat kapni felmérésem megírása során.

Mészáros Edit, Ungi Lászlóné:

Pemphigus vulgaris miatt kezelt nőbeteg ápolási dokumentációjának bemutatása

(Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A Pemphigus vulgaris hólyagképződéssel járó autoimmun megbetegedése a bőrnek és nyálkahártyáknak, általában szájnyálkahártya tünetekkel kezdődik, gyakran hónapokkal a bőr elváltozásai előtt. A testszerte jelentkező kerek vagy ovális, folyadékkal telt hólyagok könnyen felnyílnak. Az egészségesnek tűnő bőrön - a betegség súlyosságától függően - kisebb trauma hatására vagy akár spontán módon, folyamatosan képződnek hólyagok. Leggyakoribb elhelyezkedési terület a fejbőr, arc, mellkas, hónalj, köldök, hát, és összefekvő hajlatokban. Gyengeség, nyelési nehezítettség, étvágytalanság, fogyás jellemző a betegek egyéb panaszaira.

Az ápolási dokumentációnk bemutatásának aktualitását az ápolási probléma és az ápolási diagnózis megfogalmazásának, az ápolási zárójelentésnek dokumentációba való bevezetése adja. Célunk elsősorban a figyelemfelkeltés, gondolatébresztés, valamint az ápolás minőségének továbbfejlesztése, az ápoláskutatás lehetőségeinek kiterjesztése, az ápolási tevékenység – súlypontok alapján – mérhetővé tételének előkészítése. Az ápolási terv készítése során praktikus, jól átlátható, tisztázott kompetencia határookra épülő ápolási dokumentáció alkalmazása szükséges.

Tóth Tiborné

Az asszisztens szerepe a psoriasis korszerű kezelésében és a betegek életminőségének javításában

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A psoriasis az egyik leggyakoribb gyulladási bőrbetegség, a magyar lakosság 2%-át érinti. A psoriasis terápiájában a helyi kezelések mellett a fényterápia, a szisztémás kezelések, illetve ezek kombinációja is egyre nagyobb szerepet kap. Az úgynevezett biológiai terápiák további lehetőséget adnak a súlyos, az egyéb kezelésre rezisztens betegek gyógyítására.

A kezelés sikerességének elengedhetetlen feltétele a speciális pikkelysömör szakambulancián dolgozók együttes munkája.

Az előadásban a szerző kiemeli azokat az asszisztensi feladatokat, amelyek elősegítik a betegek szakszerű kezelését, életminőségének nagymértékű javulását.

Szabó Tamásné:

Ápolói feladatok a psoriasis vulgaris biológiai terápiáinak alkalmazásában

(PTE Bőr- Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika Pécs)

A psoriasis vulgaris krónikus, gyulladásozó bőrbetegség, mely a magyarországi lakosság 1-3 %-át érinti.

Az utóbbi évtizedekben a psoriasis terápiája számos új lehetőséggel bővült. A helyi kezelések mellett a fényterápia, a szisztémás kezelések illetve ezek kombinációi is egyre nagyobb szerepet kapnak.

A középsúlyos és súlyos psoriasis kezelésére legújabban kifejlesztett lehetőségek a biológiai válaszmódosító terápiák. Hatásuk azon alapul, hogy gátolják a psoriasis kialakulásában vezető szerepet játszó TNF alfa, T-sejt adhéziót és antigén prezentáló sejtek szintjén avatkoznak be és blokkolják a gyulladásozó folyamat kialakulását. Ezáltal a kórfolyamat előrehaladását nagymértékben csökkentik.

Az új eljárások ápolói teendőinek ismerete nélkülözhetetlen a psoriasisos betegek sikeres kezeléséhez.

Klinikánkon a biológiai terápiák közül az infliximab (Remicade®) az etanercept (Enbrel) és adalimumab (Humira) készítményeket alkalmazzuk. Előadásomban az ezzel kapcsolatos ápolói feladatokat szeretném ismertetni.

Koszorus Lászlóné:

Biológiai terápiák a gyakorlatban

(Debreceni Egyetem OEC Bőrgyógyászati Klinika Debrecen)

A pikkelysömör igen gyakori betegség, az összlakosság 1,5-2%-át érinti. A psoriasisban szenvedők közel annyian vannak mint a cukorbetegség. A psoriasis immunológiai folyamatainak részletesebb megismerését követően fejlesztették ki az ún. biológiai terápiákat, melyeknek lényege a fehérvérsejtek, immunsejtek és a hámsejtek kölcsönhatásának gátlása, a gyulladás csökkentése a folyamatban résztvevő fehérjék befolyásolásával.

2005. december óta alkalmazunk klinikánkon biológiai terápiát psoriasisos betegeknél. Eddig 30 beteg részesült Remicade kezelésben, 8 betegnél Raptiva injekciót, 22 betegnél Enbrel kezelést, 2 betegnél Humira terápiát indítottunk.

Az ápolói feladatai Remicade kezelés során az infúzió összeállítása, a beteg megfigyelése a lehetséges mellékhatások miatt. Az En-

brel, Raptiva és Humira kezelésnél az asszisztens az otthoni injekció beadásának megtanítását végzi.

Az előadásban a DEOEC Bőrgyógyászati Klinikán gondozott középsúlyos és súlyos pikkelysömörös betegek adatait feldolgozva ismertetem eredményeinket. Tapasztalataink azt mutatják, hogy a betegek a kezelést jól tolerálják. Tünetmentesség elérése esetén csökken a társadalmi kirekesztettség, a betegek könnyebben beilleszkednek a társadalomba, pszichés megterhelésük csökken, életminőségük jelentősen javul.

Kopácsiné Vida Anna:

Melanoma malignum diagnózissal kezelt betegek körében végzett felmérés

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

Onkodermatológiai osztályunkon kezelt melanomás betegek körében 2009. januártól szeptemberig kérdőív felmérést végeztem.

A 13 kérdésre adott válasz alapján információt nyertünk a beteg nemére, korára, lakhelyére vonatkozóan, tájékozódunk az orvoshoz fordulás idejét, annak motivációját, a beteg bőrtípusát, valamint napozási szokásait illetően.

A betegség felfedezésének körülményei és a tumor vastagsága, a betegség progressziója közötti lehetséges összefüggéseket vizsgáltuk, melynek eredményét szeretném ismertetni.

Virág Krisztina:

A basalsejtes carcinomák terápiás lehetőségei

(PTE Bőr- Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A leggyakoribb rosszindulatú bőrdaganat a basalsejtes carcinoma vagy közismertebb nevén basalioma, melynek gyakorisága folyamatosan emelkedik az egyre erősebb ultraibolya sugárzás miatt.

Lassan növekszik, igen ritkán ad áttétet, de a kezeletlen basalioma igen nagy roncsolást is tud okozni a környező szövetekben. Ezért fontos a korai felismerés és kezelés.

A leghatásosabb kezelési módja a sebészeti eltávolítás, és ennek klinikánkon alkalmazott módszereit szeretném előadásomban bemutatni.

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

**BŐRGYÓGYÁSZATI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

A SZERZŐK NÉVSORA / AUTHORS INDEX

A

Achermann-né Schöffler M. 245, 273
 Almádi T. 247
 Altmayer A. 248
 Antal M. 267
 Asbóth D. 271

B

Bagdi E. 256, 268
 Bakondi E. 260, 269
 Balatoni T. 253, 254, 269, 270
 Bálint L. B. 260, 270
 Baló – Banga J. M. 248, 256, 271
 Balogh A. 267
 Balogh K. 264
 Baltás E. 245
 Baráth S. 268
 Barna G. 256
 Bártfai É., 274
 Bata – Csörgő Zs. 245, 248, 261 264, 265, 266, 267
 Battyáni I. 253
 Battyáni Z. 245, 247, 248, 249, 251, 253, 257
 Bebes A. 264, 265, 267
 Bégány Á. 253, 268
 Belső N. 261, 264, 265, 266
 Bencés I. 274
 Bikszádi I. 248
 Bihari J. 252
 Bíró T. 260, 270
 Blazsek A. Zs. 256, 260, 262
 Bodnár E. 250, 255, 260, 269
 Bodolay E. 251
 Bognár P. 250
 Borbola K. 253, 254, 269, 270
 Bordás A. 274
 Böröcz K. 271
 Budenzki Ferencné 273

C, Cs

Csákányi Zs. 271
 Csernus A. E. 251
 Csete B. 249
 Csomor J. 247, 255, 256, 262, 264
 Csordás A. 255
 Csősz J. 249
 Csuka O. 253

D

Dallos A. 265
 Daróczy J. 243, 246, 256
 Demeter J. 247
 Deres Á. 271
 Dezső B. 248, 249, 250, 260, 268, 270
 Diószegi Cs. 266
 Dobozy A. 265, 267
 Dózsa A. 260, 270

E

Együd K. 251, 257, 273
 Éles K. 254
 Emri E. 268
 Emri G. 255, 268
 Erdei I. 257
 Erdélyi K. 260, 269
 Erős N. 247, 256, 262, 264

F

Farkas B. 262, 263
 Farkas Sándorné 274
 Fazekas K. 255
 Fejős Zs. 253, 254, 269, 270
 Fekete Gy. 249
 Flórián Á. 255
 Fodor A. 247
 Fodor Zs. 273
 Földváriné Szilágyi A. 273
 Füle T. 255

G

Garaczi E. 245, 265
 Gáspár K. 255, 268, 269
 Gaudi I. 269
 Gilde K. 254
 Gömöri É. 245, 249
 Gurgolné Marcsa K. 269

Gy

Gyimesi E. 269
 Györiné Bencze I. 262
 Gyulai R. 244, 245, 251, 266
 Gyüre Lászlóné 273

H

Hajdú E. 265
 Halmy K. 270
 Hambalkó Sz. 264, 265, 268
 Hargitay Z. 268
 Harkányi Z. 252
 Hársing J. 246, 247, 249, 250, 251, 255, 256, 262, 263, 264
 Haunyady J. 269
 Hegedűs Cs. 260, 269
 Herczegh P. 263
 Herédi E. 250, 255
 Hidvégi B. 255, 256
 Hitre E. 254
 Holló P. 250, 256, 262, 263
 Horváth A. 243
 Horváth B. 250, 263
 Horváth K. 251
 Husz S. 265

I

Ignáth Gy. 274
 Irinyi B. 268

J

Juhász I. 247, 268

K

Kahán Zs. 247
 Kajtár B. 255
 Kálmán E. 247, 251, 257
 Kalmár L. 248
 Károlyi Zs. 246, 248, 255
 Kárpáti S. 245, 246, 247, 249, 250, 255, 256, 260, 262, 263, 264, 273
 Kásler M. 253
 Kecskés Csabáné 274
 Kékedi J. K. 249, 250
 Kemény L. 245, 247, 248, 251, 253, 254, 256, 261, 264, 265, 266, 267
 Kinyó Á. 251, 265
 Kis E. 250
 Kis K. 264, 266
 Kiss E. 248, 254, 271
 Kiss M. 265, 267
 Kiszely P. 248
 Kocsis – Barna Miklósné 274
 Kondorosi I. 249
 Kopácsiné Vida A. 271
 Koreck I. 266
 Kormos B. 261, 265, 266
 Korom I. 247, 254, 256
 Korponyai Cs. 248
 Kósa R. 248
 Kosikné Vasas J. 253
 Koszorus Lászlóné 275
 Kovács Cs. 255
 Kovács É. 271
 Kovács I. 247
 Kovács J. 248
 Kovács L. A. 245, 257
 Kovácsné Boros T. 274
 Kovács-Sólyom F. 266
 Kovalszky I. 255
 Krenács L. 251, 256, 268
 Kurunczi A. 264

L

Lázár Gy. 247
 Légrádi M. 247
 Lengyel Zs. 253
 Liszkay G. 253, 254, 269, 270
 Losonczi V. 263
 Lukács A. 264
 Lukács K. 255
 Lukács L. 268
 Lukács P. 248
 Lukácsi A. 248

M

Magyar A. 265
 Major E. 254, 269, 270
 Markó Z. L. 250
 Marschalkó M. 245, 246, 247, 249, 255, 256, 262, 264, 273
 Matolcsy A. 247, 256, 262
 Mátrai Z. 253

Mészáros E. 274
 Meszes A. 245
 Mikecz P. 271
 Miklós Zoltánné 269
 Mikó L. 264
 Minik K. 271
 Menyhei G. 253
 Mojzes J. 247, 251
 Molnár L. 247
 Molnár T. 251
 Mórocz I. 248

N

Nagy E. 256, 262
 Nagy F. 265
 Nagy G. 255, 268
 Nagy L. 260, 267, 270
 Nagy T. 264
 Nagyné Dobi D. 274
 Nemes – Nikodém É. 262
 Nemes E. 247
 Németh I. 267
 Noll J. 249, 251

O

Ócsai H. 253
 Oláh J. 247
 Oláh J. 253, 254, 256, 264
 Ostorházi E. 262, 263
 Ottó I. Á. 246, 264
 Ottó Sz. 253

P

Pagani F. 264
 Péter I. 257
 Pécsváradi Zs. 252
 Pintér G. 263
 Pintérmné Monori I. 269
 Plótár V. 253, 254
 Polyánka H. 264
 Pónyai Gy. 255
 Pónyai K. 245, 246, 262, 263, 273
 Poroszkai M. 246
 Preisz K. 256, 260, 262
 Prihoda J. 266

R

Rádi P. 247
 Redl P. 248, 268
 Remenyik É. 247, 249, 250, 251, 255, 260, 267, 268, 269, 270
 Rozgonyi F. 243, 245, 262, 263

S

Sántha I. 246
 Sági Z. 271
 Sas A. 256
 Schmidt E. 253, 254, 269, 270
 Siklós K. 271
 Silló P. 245, 251, 256, 260, 262

Simon Béláné 248
Simon Gy. 257
Sipka S. 268, 269
Smolcz K. 271
Solymosi Á. 251
Sólyom E. 271
Somlai B. 244, 253
Sonkoly E. 267
Soós Gy. 249
Spitzmüller N. 255

Sz

Szabó É. 260, 269
Szabó K. 266
Szabó K. Á. 267
Szabó Tamásné 275
Szakál Sz. 268
Szakonyi J. Á. 262
Szakos E. 246, 248, 271
Szalai Zs. 249, 251, 252, 271
Szász O. 253
Szeckler M. 273

Szegedi A. 249, 250, 255,
268, 269
Szegedi K. 266, 267,
Széll M. 261, 264, 265, 266, 267
Széllné Andóczy – Balogh M.
273
Szepes É. 245
Szepesi Á. 247, 256, 262
Szigeti Á. 250
Szilágyi M. 247
Sziray Á. 247, 255
Szitkay S. 256
Szodoray P. 268
Szondy Gy. 256
Szőke A. 248

T

Tabák R. 245
Takács Sz. 249
Tamási L. 255
Tarné Czirjádi K. 273
Tasnádi G. 252

Tax G. 266
Telek G. 257
Temesvári E. 244
Theodorescu – Brinzeu D.
266
Tornai I. 246
Tóth B. 270
Tóth B. 245, 260
Tóth L. 253, 268
Tóth Tiborné 274
Töröcsik D. 247, 267
Török É. 249
Török L. 244, 249
Tumpek J. 268

U

Ujfaludi A. 249
Ujfalussy I. 250
Ungi Lászlóné 274

V

Vajda A. 248, 271

Vámosi I. 248
Varga E. 245, 248, 251, 254,
256, 267
Várkonyi J. 255
Várkonyi V. 243
Várvolgyi T. 268
Vatler Péterné 273
Veraldi S. 272
Veres I. 247, 250, 251
Virág K. 275
Virág L. 260, 269
Vizi Jánosné 246
Vörös E. 245
Vörös E. 263

W

Wikonkál N. 243, 250, 264

Z

Zágoni T. 263
Zeher M. 269
Zouboulis C. 260, 270

*Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum,
Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
(igazgató: Kemény Lajos dr., egyetemi tanár)*

Pikkelysömörhöz társuló súlyos körömtünetek jelentős javulása infiximab kezelés során*

Marked improvement of severe psoriatic nail disease during infiximab treatment

GYULAI ROLLAND DR., KUI RÓBERT DR., BALI GÁBOR DR.,
TABÁK RÉKA DR., KEMÉNY LAJOS DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy 29 éves, psoriasisban szenvedő férfibeteg esetét ismertetik. A betegnél a bőrtünetek mellett rendkívül súlyos, valamennyi kézkörmőt érintő, onychodystrophiát okozó körömtünetek is fennálltak. Klasszikus antipszoriaticus kezelések csak mérsékelt javulást eredményeztek bőrtüneteiben, de az életminőséget elsősorban befolyásoló körömtüneteket nem javították. Infiximab kezelés során mind a bőrtünetek mind a körömtünetek csaknem komplett remisszióba kerültek. Az eset kapcsán a szerzők felhívják a figyelmet a tumor nekrosis faktor (TNF) gátló szerek kimagasló hatékonyságára a többnyire jelentős terápiás problémát jelentő psoriasisos körömtünetek kezelésében.

Kulcsszavak:
psoriasis - körömtünetek - infiximab

SUMMARY

The case of a 29 year-old psoriatic male patient is presented. Apart from the skin symptoms, severe nail dystrophy, affecting all fingernails, was also present. Treatment with classic antipsoriatic agents only resulted in mild improvement of his skin symptoms, but did not influence nail symptoms. During infiximab therapy both skin and nail symptoms resolved almost completely. With the present case the authors would like to draw attention to the excellent therapeutic efficacy of tumor necrosis factor inhibitors in the treatment of nail psoriasis symptoms.

Key words:
psoriasis - nail symptoms - infiximab

Esetismertetés

A 29 éves férfibeteg 2005 óta áll a Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika gondozásában psoriasis miatt. Pikkelysömöre 2004-ben, 24 éves korában kezdődött. Családi anamnesise psoriasis irányában negatív. Körtörténetében kezelt magas vérnyomás betegségen és obezitáson kívül egyéb jelentős betegség nem szerepel. Psoriasis miatt kezdetben helyi kortikoszteroid és dithranol kezelésben részesült. Később a tünetek progressziója miatt több alkalommal részesült UVB fototerápiában (2006-ban XeCl excimer lézerkezelésben, 2007-ben 311 nm-es szűk spektrumú UVB kezelésben), azonban ezek sem voltak teljesen hatékonyak. Ezt követően 3 hónapig acitretin (50 mg/nap), csaknem 1 évig ciclosporin, majd 3 hónapig methotrexat (15-20-25 mg/hét sc. injekció formájában) kezelést kapott. Az acitretin és a methotrexat kezelés nem eredményezett klinikai javulást, a ciclosporin terápiát vérnyomás emelkedés miatt kellett leállítani. Bár a ciclosporin kezelés mellett a bőrtünetek javulása volt észlelhető, körömtünetei 5 mg testsúly kilogrammonkénti dózis mellett is csaknem változatlanok maradtak.

Tekintettel arra, hogy a klasszikus antipszoriaticus kezelésekkal nem lehetett hosszabb ideig tartó remissziót biztosítani, 2008. novemberben infiximab kezelést indítottunk. A biológiai kezelés be-

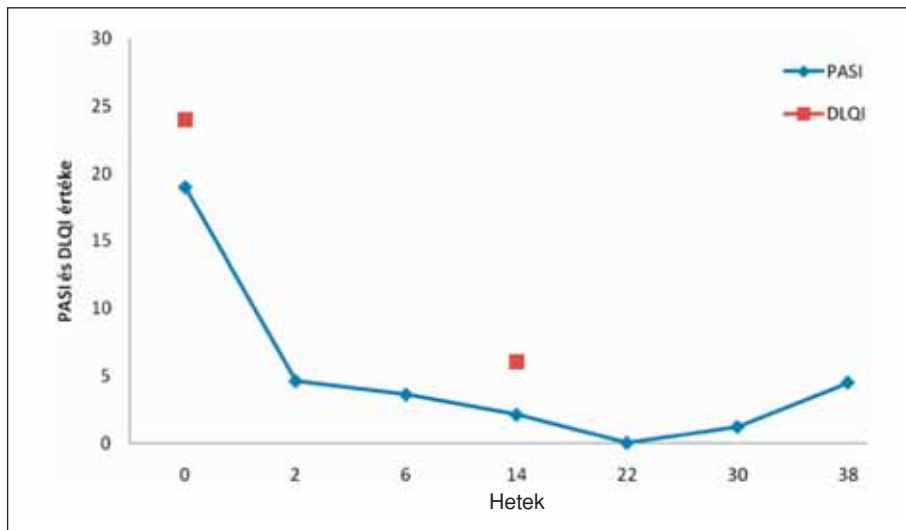
vezetését megelőzően a beteget részletesen kivizsgáltuk, melynek során fertőzések (TBC, hepatitis B és C, HIV), autoimmun, malignus és kardiológiai betegség kizárható volt. Az első infiximab infúzió előtt számított PASI érték 19 (súlyos psoriasis), a bőrgyógyászati életminőség index (DLQI) 24 volt (a DLQI 5 feletti értéke már jelentős életminőségbeli romlást jelez, maximális értéke 30). Az infiximabot 5 mg/kg dózissal infúzióban alkalmaztuk, az indukciós fázisban 2 majd 4 hét elteltével ismételve, ezt követően pedig 8 hetente adott fenntartó adagokban. A beteg kezelésében korábban 25 mg/hét dózisban alkalmazott methotrexatot 7,5 mg heti dózissal építettük le. Erre az alacsony fenntartó methotrexat kezelésre elsősorban az infiximab ellenes antitestek kialakulásának gátlása miatt volt szükség, nem az antipszoriaticus terápiás effektus miatt. A beteg a kézirat benyújtásáig összesen 8 infiximab infúziós kezelést kapott 38 hét alatt.

Az infiximab kezelés mellett a bőrtünetek gyors javulását észleltük. Már a 2 infúzió alkalmával (2. hét) jelentősen csökkent PASI értéket mértünk, a 14. hétre (4. infúzió) csaknem, a 22. hétre (5. infúzió) pedig teljesen tünetmentessé vált (1. Ábra). A bőrgyógyászati életminőség index (DLQI) értéke a kiindulási 24-ről a 14. hétre 6-ra csökkent (1. ábra). A körömpercre lokalizálódó bőrtünetek esetén már a 2. kezelési héten tapasztalható volt némi javulás, a 14. héttől pedig ezek a tünetek teljesen megszűntek (2. ábra A-E). A beteg részére legnagyobb életminőségbeli problémát jelentő körömtünetek a 14. hétre csaknem komplett remisszióba

* Szponzorált közlemény

kerültek (2. ábra A-D). A 6. infliximab infúziót követően a terápiás effektus némi csökkenését észleltük, ami mind a bőr- mind a körömtünetek esetében érzékelhető volt (2. ábra E). Megjegyezzük, hogy a beteg az infliximab ellenes neutralizáló ellenanyagok

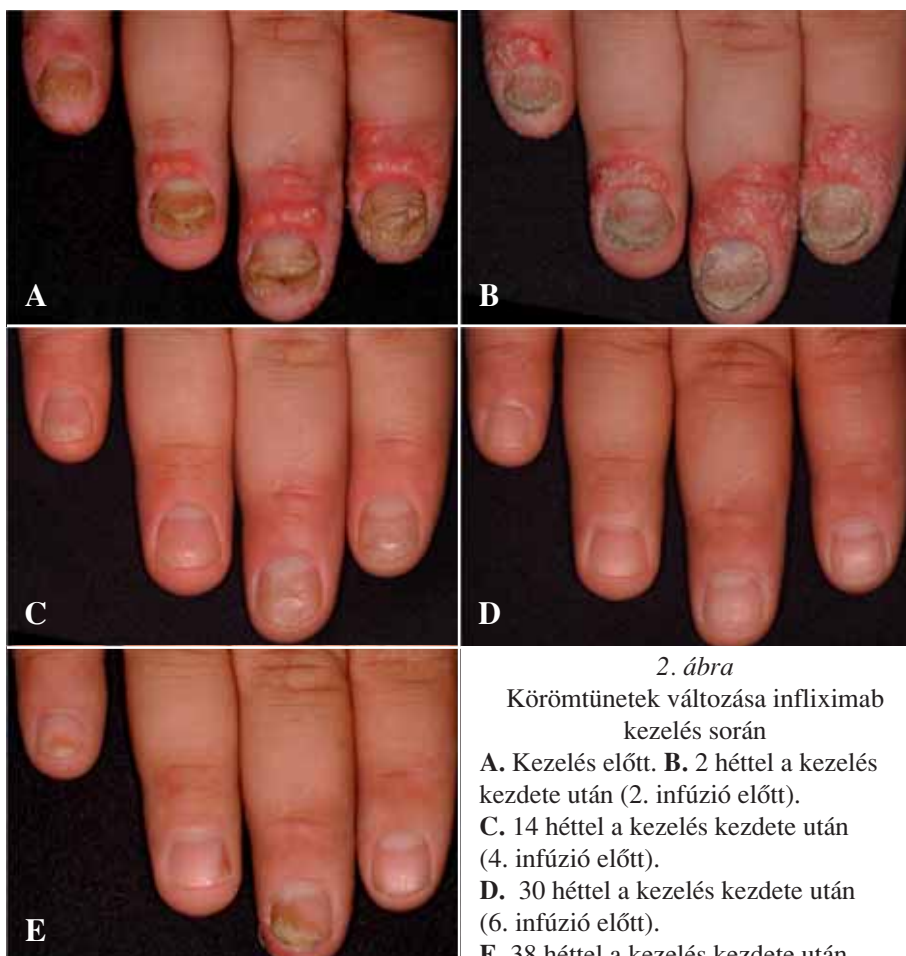
kialakulását gátolni hivatott alacsony dózisu (heti 7,5 mg) methotrexatot az infliximab kezelés 4. hónapjától önkényesen elhagyta. Az infliximab kezelés 38 hete során mellékhatást, a laboratóriumi értékekben jelentős eltérést nem észleltünk.



1. ábra

A psoriasis súlyossági és aktivitási index (PASI) és a bőrgyógyászati életminőség index (DLQI) értékek változása infliximab kezelés során.

A beteg a vízszintes tengelyen feltüntetett időpontokban részesült 5 mg/kg infliximab infúzióban. A PASI és a DLQI értékek a kezelése napján az infúzió előtt kerültek megállapításra.



2. ábra

Körömtünetek változása infliximab kezelés során

- A. Kezelés előtt. B. 2 héttel a kezelés kezdete után (2. infúzió előtt).
- C. 14 héttel a kezelés kezdete után (4. infúzió előtt).
- D. 30 héttel a kezelés kezdete után (6. infúzió előtt).
- E. 38 héttel a kezelés kezdete után

Megbeszélés

A pikkelysömörös betegek 10-55%-nak van körömtünete is (1). Súlyos, kiterjedt psoriasisban a körömök érintettsége gyakoribb, csakúgy, mint arthritis psoriatica egyidejű fennállása esetén (ízületi érintettség esetén a körömpsoriasis gyakorisága 80%). A köröm és ízületi psoriasis patogenetikai összefüggéseit nemrégiben részben sikerült tisztázni (2, 3). A körömérintettség prognosztikai markerként súlyosabb lefolyású psoriasist vagy az arthritis későbbi esetleges kialakulását jelezheti.

A súlyos köröm psoriasis jelentős terhet ró a betegre, és gyakran megoldhatatlan kihívás elé állítja a kezelőorvost. A pikkelysömörös betegek életminőség romlásának egyik legmeghatározóbb eleme a körömök érintettsége. Enyhe esetekben a körömpsoriasis elsősorban esztétikai problémát jelent, súlyosabb formában azonban már fájdalommal, a napi aktivitás csökkenésével, akár munkaképzetelenséggel járhat. A körömtünetek kezelésében a hagyományos helyi, fény- és szisztémás kezelések csak szerény eredménnyel alkalmazhatók. A tradicionális antipszoriaticus készítmények közül a ciklosporintól várható a legkifejezettebb hatás, azonban az esetek többségében ez sem eredményez tartós komplett remissziót. Ugyancsak hiányoznak a klasszikus szerek esetén a randomizált vizsgálatok is.

A tumor nekrosis faktor (TNF) gátló új biológiai szerek, és azok közül is a TNF ellenes antitestek (infliximab és adalimumab) kimagasló hatékonyságuk a pikkelysömörös körömtünetek kezelésében. A multicentrikus, kettős vak EXPRESS

IRODALOM

vizsgálat szerint az infliximab kezelés a betegek 45 százalékában eredményezte a körömtünetek teljes javulását az 50. hétre (4). A TNF gátló szerek közép-súlyos (PASI>10) plakkos psoriasis kezelésére vannak regisztrálva, így jelenleg csak azon betegek esetében alkalmazhatók, akiknek kiterjedt bőrtünetük is van. A közelmúltban a másik két TNF inhibitorral kapcsolatban is jó terápiás eredményeket közöltek psoriasisos körömtünetek kezeléséről (5, 6).

Az szerzők az eset bemutatásával hangsúlyozni kívánják a körömtünetek felismerésének fontosságát, és az életminőségére gyakorolt hatásuk jelentőségét a psoriasisos betegek kezelésében. Az infliximab jelentősen javítja a psoriasisos körömtüneteket és ezáltal a betegek életminőségét, így közép-súlyos psoriasisban egyidejűleg fennálló körömtünetek esetén az egyik legmegfelelőbb kezelési mód lehet.

1. Reich, K.: Approach to managing patients with nail psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2009) *23, Suppl 1*, 15-21.
2. McGonagle, D.: Enthesitis: an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2009) *23, Suppl 1*, 9-13.
3. McGonagle, D., Benjamin, M., Tan, L.: The pathogenesis of psoriatic arthritis and associated nail disease: not autoimmune after all? *Curr Opin Rheumatol.* (2009) *21*, 340-7.
4. Reich, K. és mtsai: EXPRESS study investigators. Infliximab induction and maintenance therapy for moderate-to-severe psoriasis: a phase III, multicentre, double-blind trial. *Lancet.* (2005) *366*, 1367-74.
5. Luger, T. A. és mtsai: Sustained improvement in joint pain and nail symptoms with etanercept therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2009) *Aug; 23(8)*, 896-904.
6. Rigopoulos D. és mtsai: Treatment of nail psoriasis with adalimumab: an open label unblinded study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2009) *Oct 6*. [Epub ahead of print].

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

Tapasztalataink súlyos pikkelysömör adalimumab kezelésével* Adalimumab treatment of severe psoriasis

KUI RÓBERT DR., BALI GÁBOR DR., TABÁK RÉKA DR.,
GYULAI ROLLAND DR., KEMÉNY LAJOS DR.

ÖSSZEFOGLALÁS

A psoriasis krónikus gyulladós bőrbetegség, mely nagy mértékben rontja a betegek életminőségét. A biológiai terápiák, köztük a tumor nekrosis faktor (TNF) gátló csoportba tartozó adalimumab, új, hatékony terápiás lehetőséget jelent a középsúlyos-súlyos psoriasis kezelésére. Az adalimumab egy teljesen humán szekvenciákat tartalmazó monoklonális antitest, mely nagy specificitással és affinitással kötődik a szervezetben található TNF α -hoz. A szerzők az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán gondozott psoriasisos betegek adalimumab kezelésével szerzett tapasztalataikat ismertetik. A 15 beteg dokumentációjának retrospektív analízise alapján a betegek PASI és DLQI értékének javulása már a 12. terápiás héten is igen jelentős. Eredményeink szerint az adalimumab klinikai körülmények között is igen hatékony, jól tolerálható és biztonságos kezelési lehetőséget biztosít psoriasisban.

Kulcsszavak:
psoriasis - adalimumab - PASI 75 - DLQI

SUMMARY

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, with high impact on the quality of life of the patients. Biological therapies, including the tumor necrosis factor (TNF) inhibitor adalimumab, represent a novel, very effective treatment modality for moderate-to-severe psoriasis. Adalimumab is a fully human monoclonal antibody, with high specificity and affinity to TNF α . The present paper summarizes the experiences gained during the treatment of psoriasis patients with adalimumab at the Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged. Fifteen patients were included in this retrospective study. Analysis of the data provided evidence that the mean PASI and DLQI values were markedly reduced already at week 12 of the treatment. According to our results, adalimumab is an effective, well tolerated, and safe treatment for psoriasis even in real life clinical settings.

Key words:
psoriasis - adalimumab - PASI 75 - DLQI

A pikkelysömör krónikus gyulladós bőrbetegség, melynek prevalenciája 2-3% közé tehető. Változatos klinikai fenotípusai közül a leggyakoribb a krónikus plakkos forma, mely az esetek kb. 90%-át teszi ki (1). A betegség alapvető hatást gyakorol a betegek mindennapi életére. (2) A "látványos" bőrtünetek a beteget stigmatizálják és ezzel sokszor komoly pszichoszociális problémákat okoznak. Egyre több adat igazolja, hogy a pikkelysömörös betegekben a kardiovaszkuláris, metabolikus és gyulladós betegségek rizikója is magasabb (3). A bőrbetegség és a gyakran társuló arthritis tehát nemcsak az életminőséget, hanem sokszor a munkaképességet és az életkilátásokat is befolyásolja, kezelése pedig komoly költségeket ró a betegre és az egészségügyre egyaránt (4, 5).

A biológiai szerek megjelenése új távlatokat nyitott a súlyos psoriasis kezelésében. Eddig Magyarországon öt biológiai szer (efalizumab, etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab) került törzskönyvezésre súlyos psoria-

sis kezelésére. Ezek közül jelenleg társadalombiztosítási finanszírozás keretében három szer érhető el¹ (etanercept, infliximab, adalimumab), valamennyi TNF inhibitor.

Retrospektív vizsgálatunk célja volt, hogy a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán az adalimumab (a TNF inhibitor csoport legújabb tagja) kezelés alatt álló betegek adatai alapján a kezelés hatékonyságról, klinikai körülmények közötti biztonságosságról, a testsúly hatékonyságot befolyásoló hatásáról, valamint az életminőségre gyakorolt hatásról információkat nyerjünk.

Betegek és módszerek

Retrospektív klinikai vizsgálatunk során adatokat gyűjtöttünk a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Psoriasis Ambulanciáján 2008 augusztusa és 2009 októbere között adalimumab kezelésben részesült betegek rendelkezésükre álló dokumentációs anya-

¹ Az efilizumabot 2009. 02. 19-i hatállyal a European Medicines Agency (EMA) visszavonta a törzskönyvből a halmozottan jelentkező neurológiai mellékhatások és az előny/kockázat arány csökkenése miatt.

* Szponzorált közlemény

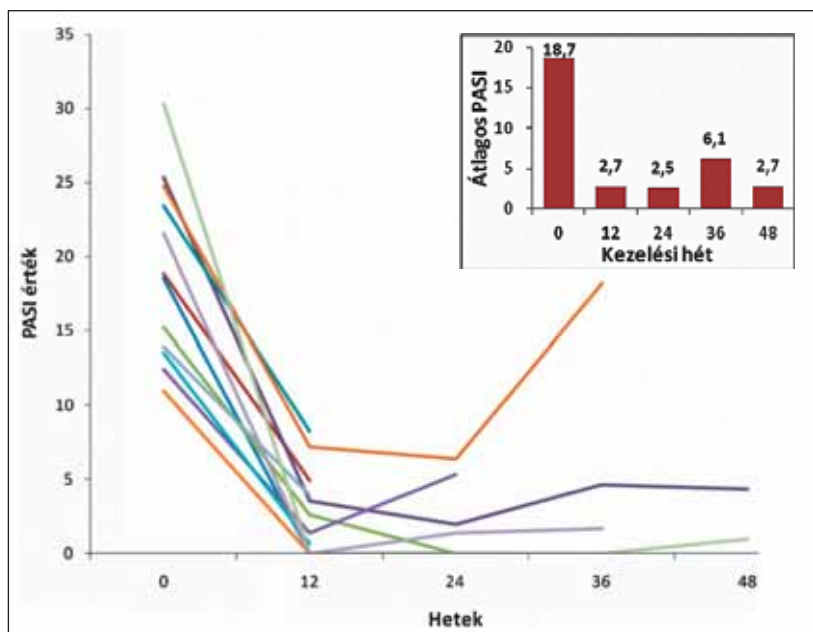
gából. Ezen időszak alatt 15 beteg (11 férfi és 4 nő) részesült adalimumab kezelésben. Ebből 13 beteg jelenleg is kezelés alatt áll, 2 betegnél jelenleg szünetel a kezelés. Egyikük esetében májfunkciós érték emelkedés miatt kivizsgálást kezdtünk. A másik beteg esetében a bőrtünetek progressziója és fogászati gócfertőzés miatt a kezelést megszakítottuk, majd a fogászati góctalanítás után bőrtünetei oly mértékben regrediáltak, hogy azóta sem igényel szisztémás kezelést. A 15 beteg átlagos kezelési időtartama 25 hét, a leghosszabb kezelési periódus 58 hét volt. A betegek átlagéletkora 51,4 év, a legfiatalabb beteg 28, legidősebb 68 éves. Az átlagos testsúly 89,5 kg. Tíz beteg esetében reumatológiai vizsgálattal megerősített arthritis is kísérte a bőrtüneteket. Tizenegy beteg részesült korábban más biológiai terápiában. Közülük két beteg esetében az efalizumab törzskönyvből való visszavonása miatt kellett adalimumab terápiára váltanunk. A többi 9 esetben sikertelenség miatt volt szükség a váltásra.

A kezelés hatékonyságát a PASI (Psoriasis Area and Severity Index) és a DLQI (Dermatology Life Quality Index) értékek változásával mértük. Rögzítettük a PASI és a DLQI értékét a kezelés kezdetekor, valamint a 12., 24., 36. és 48. héten. Három beteg kivételével mindenki elérte a 12 hetes kezelési időtartamot. A 24 hetes kezelési időtartamon 5, a 36 hetes kezelési cikluson 4, a 48 hetes kezelési időtartamon pedig 2 beteg volt túl a vizsgálat lezárásakor. Emiatt ezen a beteganyagban a hosszú távú hatékonyságot csak korlátozott mértékben tudjuk megítélni. A fenti időpontokban kiszámítottuk a PASI érték százalékos javulását a kezdeti értékhez képest. Azt vizsgáltuk, mely betegek érték el az 50%-os, 75%-os és 90%-os javulást. (PASI 50, PASI 75 és PASI 90). A hatékonyságot külön vizsgáltuk a nagy testtömegű (>90 kg) betegek esetén. Rögzítettük a betegek elmondása alapján és általunk észlelt adverz reakciókat. Adverz reakciónak tekintettük minden olyan újonnan jelentkezett megbetegedést, panaszt, tünetet ill. laboratóriumi eltérést, ami a kezelés időtartama alatt alakult ki, függetlenül attól, hogy van-e a kezeléssel kapcsolatos klinikai relevanciája. Statisztikai analízisre a kis számú minta alapján nem volt lehetőség.

Eredmények

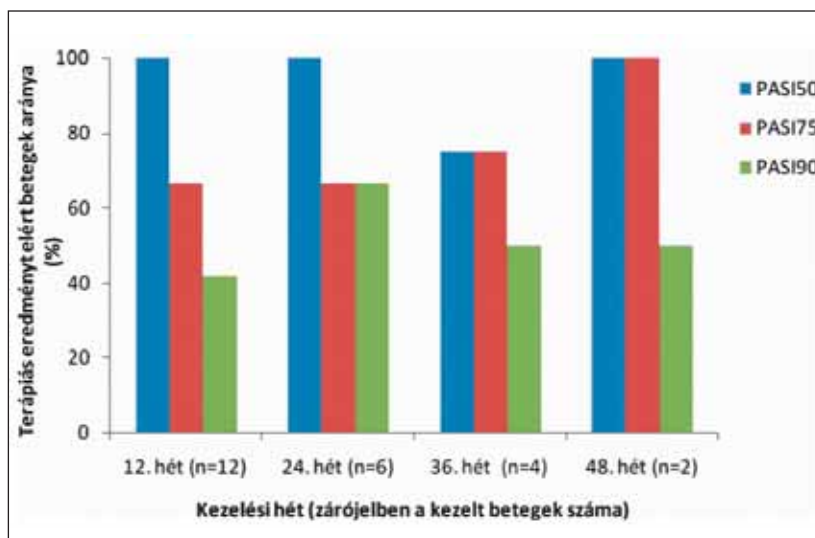
Hatékonyság - PASI értékek változása

A kezelés kezdetén az átlag PASI érték 18,7 volt, ami meghaladja a legtöbb klinikai vizsgálat során regisztrált értékeket. A legkisebb PASI érték 11, a legnagyobb 30,4 volt, 6 beteg esetén mértünk 20 feletti, további 4 beteg esetén 15 feletti értékeket (1. ábra). Kilenc esetben a PASI érték kiszámításakor a beteg egyéb szisztémás kezelés hatása alatt állt (biológiai terápia: 6 beteg, MTX: 2 beteg, biológiai terápia + MTX: 1 beteg), így feltehetőleg a valós psoriasis súlyosság még a regisztrált értékeknél is magasabb volt. A kezelés 12. hetére az átlagos PASI érték 2,7-re csökkent, a 24. héten 2,5, a 36. héten 6,1, a 48. héten 2,7 volt (1. ábra inzert). A 12. terápiás héten (12 beteg adatai) a PASI érték minimum 50%-



1. ábra

PASI értékek változása adalimumab kezelés alatt. A 12. héten 12 beteg adatai, a 24. héten 6, a 36. héten 4, a 48. héten 2 beteg adatai állnak rendelkezésünkre. Az inzerten az átlagos PASI értékek a kezelés előtt, illetve a kezelés 12., 24., 36. és 48. hetén.



2. ábra

PASI 50, PASI 75 és PASI 90 értékeket elért betegek aránya adalimumab kezelés során. Az oszlopok az adott terápiás héten legalább 50, 75 vagy 90 százalékos PASI javulást mutató betegek arányát ábrázolják az adott terápiás hetet elért összes betegszámhoz viszonyítva.

os javulását (PASI 50) a betegek 100%-a, a PASI 75-öt a betegek 53%-a, a PASI 90-et pedig 33%-a érte el (2. ábra). Azaz a betegek fele esetén a klinikai tünetek igen jelentős javulását, egy harmada esetén csaknem teljes tünetmentesedést észleltünk. A 24. héten mind a 6 addig kezelt beteg elérte a legalább 50%-os javulást, míg 4 beteg esetén mértünk PASI 75 és PASI 90 értékeket. A 36. héten 4-ből 3 beteg PASI 50 és PASI 75 javulást mutatott,



3a. és b. ábra

Adalimumabbal kezelt psoriasisos beteg bőrtünetei a kezelés előtt (PASI: 15,3, DLQI: 30) és a kezelés 12. hetében (PASI: 2,6, DLQI: 0)



3c. és d. ábra

Súlyos, az életminőséget nagyban befolyásoló tenyéri pikkelysömörös tünetek az adalimumab kezelés kezdetekor és a kezelés 12. hetében.

2 beteg pedig több mint 90%-os PASI csökkenést ért el (3. ábra a-d).

Ismert, hogy a psoriasisos betegek között több az elhízott, és a pikkelysömörös betegek átlagos testsúlya meghaladja az egészséges populációban mért értékeket. Mivel a magasabb testtömegű betegek általában rosszabban reagálnak a kezelésekre, megvizsgáltuk a PASI értékek alakulását külön a 90 kg-nál kisebb és nagyobb testtömegű betegeken is (4. ábra). Mindkét betegcsoportban a 12.

terápiás hétig 6-6 beteg jutott el. A legalább 50%-os PASI javulást mindegyik beteg elérte. A PASI 75 és a PASI 90 értéket elérő beteg száma azonban a két csoport között eltérő, a kisebb testsúlyú csoportban magasabb volt (PASI 75: 5 vs. 3 beteg, PASI 90: 3 vs. 2 beteg). Statisztikai elemzésre a kis mintaszám miatt nem volt lehetőség.

Hatékonyság - DLQI

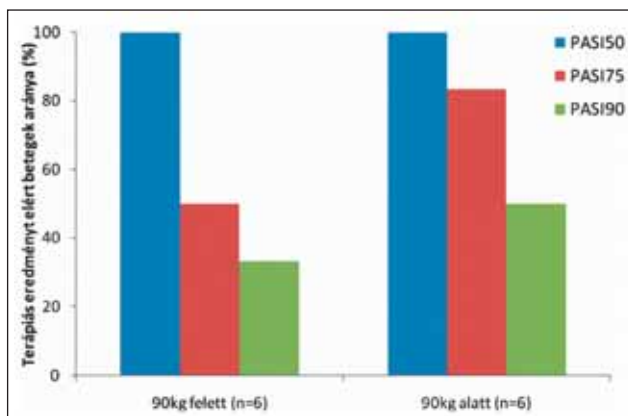
A psoriasisos betegek életminőségét nagymértékben befolyásolja betegségük. Az életminőség nem minden esetben áll egyenes arányban a bőrtünetek súlyosságával, de az életminőség javulása többnyire arányos a klinikai tünetek javulásával. Ezért megvizsgáltuk, hogy az adalimumab kezelés során hogyan változik a betegek bőrgyógyászati életminőség indexe (DLQI). A DLQI átlaga a kezelés kezdetén 20 volt, a 12. héten 3,5, a 24. héten 2,5, a 36. héten 1,3, a 48. héten pedig 1 volt. (5. ábra in-zert). Összehasonlítottuk azt is, hogy hány beteg tartozott a kezelés előtt és a 12. terápiás héten különböző DLQI sávokba (5. ábra). A DLQI sávok jelentése az alábbi: DLQI 0-1: a betegség egyáltalán nincs hatással a beteg életminőségére, 2-5: kis hatás, 6-10: mérsékelt hatás, 11-20: nagy hatás, 21-30: extrém nagy hatás. A kezelés kezdetén a betegek 86%-a esetén a betegség nagy vagy extrém nagy hatást gyakorolt életminőségükre. Ezzel szemben a 12. kezelési hétre a betegek 75%-nál a betegség egyáltalán nem volt hatással az élet-

minőségre, további 8% esetén pedig csak kis hatást gyakorolt rá.

Mellékhatások

Adverz reakciónak tekintettünk minden olyan újonnan jelentkezett megbetegedést, panaszt, tünetet, illetve laboratóriumi eltérést, ami a kezelés időtartama alatt alakult ki, függetlenül attól, hogy ok-okozati összefüggésbe lehetett-e hozni a kezeléssel. A mellékhatásokat a Pichler-féle beosztás

szerint csoportosítottuk, jelezve a lehetséges klinikai relevanciát. (6) Súlyos adverz reakciót egyik betegünkönél sem tapasztaltunk. Összesen 12 orvosi eseményt jegyeztünk fel a 15 beteg több mint 320 hetes összesített kezelési periódusa



4. ábra

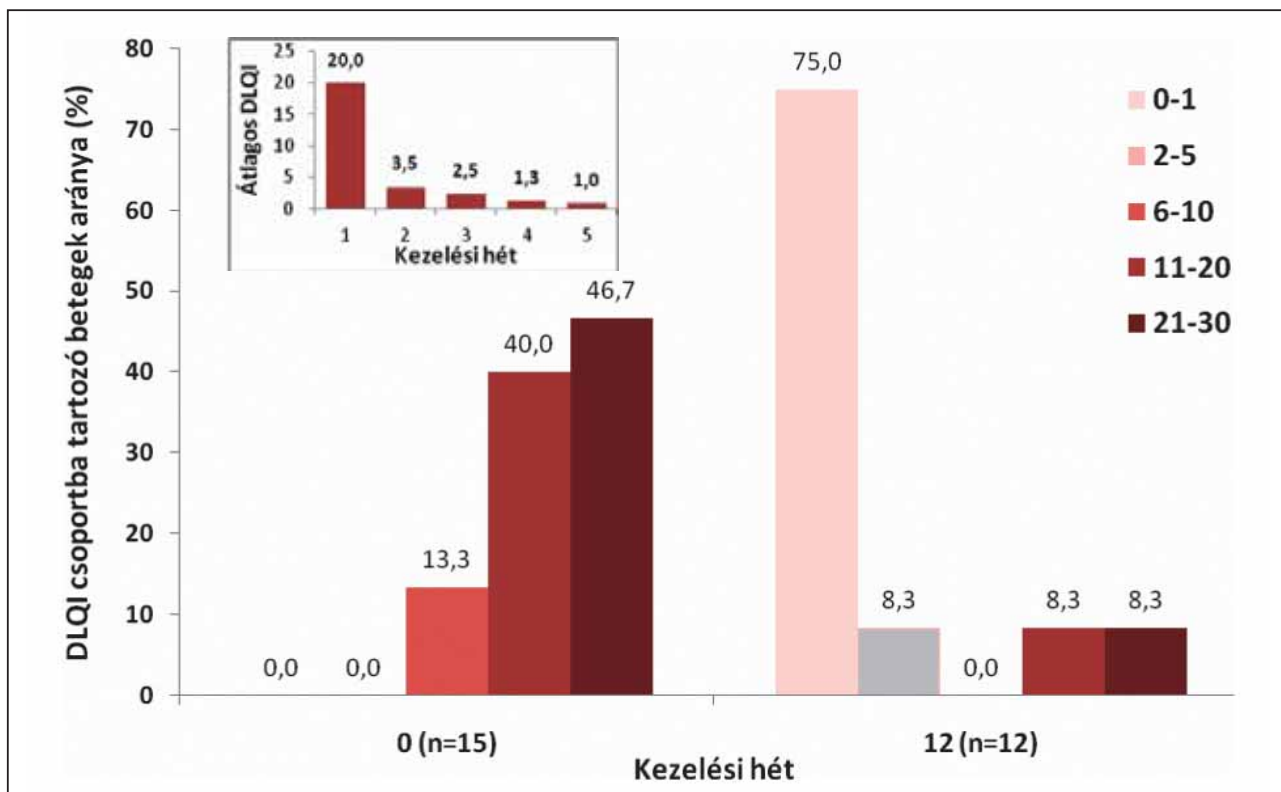
PASI 50, PASI 75 és PASI 90 értékeket elért betegek aránya adalimumab kezelés során testsúly szerinti (90 kg-nál nagyobb és kisebb testsúlyú betegek) bontásban. Az oszlopok az adott terápiás héten legalább 50, 75 vagy 90 százalékos PASI javulást mutató betegek arányát ábrázolják az adott terápiás hetet elért összes betegszámhoz viszonyítva.

során. Hat esetben merült fel az adalimumab és az észlelt esemény között valószínű, 2 esetben lehetséges összefüggés. A többi 4 esetben a megfigyelt mellékhatás és az adalimumab alkalmazás között nem feltételeztünk ok-okozati kapcsolatot. Az esetlegesen összefüggést mutató események közül többségben voltak a fertőzések jellegű szövődmények (pl. felső légúti hurut, húgyúti infekció) és az immunológiai mellékhatások (urticaria, thyreoiditis) (I. táblázat).

Adverz reakció megnevezése	Beosztás (Pichler szerint)	Klinikai relevancia
felső légúti hurut	y (immunegyensúly zavar - fertőzés)	valószínű
láz	y (immunegyensúly zavar - fertőzés)	valószínű
urticaria	β (valódi hiperszenzitivitás)? y (immunegyensúly zavar-fertőzés)?	valószínű
húgyúti infekció	y (immunegyensúly zavar-fertőzés)	valószínű
májfunkciók emelkedése	ε (nem immunológiai hatás)	valószínű
fogászati gócfertőzés	y (immunegyensúly zavar - fertőzés)	valószínű
diarrhoea	?	lehetséges
thyreoiditis	y (immunegyensúly zavar - autoimmunítás)	lehetséges
aknes bőrtünetek	ε (nem immunológiai hatás)	nem valószínű
haematuria	?	nem valószínű
fülzúgás	ε (nem immunológiai hatás)	nem valószínű
üvegtesti bevérvés	ε (nem immunológiai hatás)	nem valószínű

I. táblázat

Az adalimumab kezelés során előfordult orvosi események csoportosítása kialakulásuk lehetséges mechanizmusa és az adalimumabmal való esetleges ok-okozati összefüggése alapján



5. ábra

A bőrgyógyászati életminőség index (DLQI) sávokba tartozó betegek aránya adalimumab kezelés előtt és a kezelés 12. hetén. DLQI 0-1: a betegség egyáltalán nincs hatással a beteg életminőségére, 2-5: kis hatás, 6-10: mérsékelt hatás, 11-20: nagy hatás, 21-30: extrém nagy hatás. A kezelés előtt a betegek túlnyomó többségénél a betegség jelentős hatást gyakorolt az életminőségre, míg a 12. hétre a betegek több mint 80%-nál egyáltalán nem vagy csak kismértékben befolyásolta az életminőséget. Az inzerten az átlagos DLQI értékek a kezelés előtt, illetve a kezelés 12., 24., 36. és 48. hetén.

Megbeszélés

Az adalimumab rekombináns humán immunglobulin (IgG1) monoklonális antitest, mely teljes mértékben humán fehérje szekvenciákat tartalmaz. Nagy specificitással és affinitással kötődik a psoriasis kialakulásában központi szerepet játszó TNF α szolubilis és membránhoz kötött formájához, megakadályozva így a TNF α interakcióját a p55 és p75 sejtfelszíni TNF α -receptorokkal. Az adalimumab tehát közvetett módon befolyásolja a TNF α szabályozása alatt álló molekulák biológiai hatását, termelődését. A TNF α és a gyulladáshoz kapcsolódó kaskád blokkolása a psoriasis lézió kialakulását hatékonyan gátolja. Az anti-TNF szerek klinikai hatékonysága egyértelmű direkt bizonyítékot szolgáltatott a TNF α psoriasis patomechanizmusában betöltött szerepét illetően (7).

Az adalimumab antipszoriaticus hatását több klinikai vizsgálat igazolta. A legátfogóbb placebo kontrollált, 52 hetes, 1212 beteget átfogó vizsgálat során a 16. héten az adalimumabmal kezelt betegek 71%-a érte el a PASI 75 értéket, szemben a placebo csoport 7%-ával. A kezelés biztonságosnak és jól tolerálhatónak bizonyult (8). A CHAMPION vizsgálatban az adalimumab hatékonyságát methotrexattal és placeboval hasonlították össze. Ebben a vizsgálatban 16 hét után az adalimumabmal kezelt betegek 79,6%-a érte el a PASI 75 értéket, szemben a MTX-tal kezelt betegek 35,5% (p<0.001 vs. adalimumab) és a placebo csoport 18,9% (p<0.001 vs. adalimumab) értékeivel. Az adverz reakciók gyakorisága a különböző karokban hasonló volt. (9) A vizsgálatok alapján tehát az adalimumab a korábbi klasszikus szisztémás szernél (methotrexat) jóval hatékonyabb, biztonságos kezelési módnak bizonyult psoriasis vulgarisban.

Retrospektív vizsgálatunk célja az volt, hogy klinikai körülmények között, saját beteganyagunkon mérjük fel az adalimumab hatékonyságát és biztonságosságát. Beteganyagunk összetétele több szempontból is eltért a fent idézett klinikai vizsgálatok beteganyagától. A kezelés kezdetén az átlag PASI érték 18,7 volt, ami meghaladja a legtöbb klinikai vizsgálat során regisztrált értékeket. Kilenc esetben a PASI érték kiszámításakor a beteg egyéb szisztémás kezelés hatása alatt állt, így feltehetőleg a valós psoriasis súlyosság még a regisztrált értékeknél is magasabb volt. Az átlagos PASI érték alapján elmondható tehát, hogy betegeink súlyosabb betegségben szenvedtek és döntő többségük egyéb szisztémás kezelés alatt állt a terápia kezdetekor. A betegek több mint fele 90 kg-nál magasabb testsúlyú volt.

A PASI értékek változásait vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kezelt betegek mindegyike reagált a kezelésre. A 12. héten a betegek mindegyike elérte a PASI 50, kb. fele a PASI 75 és több mint egyharmada a PASI 90 értéket. A PASI értékek javulása ugyan elmarad a korábban közölt klinikai vizsgálatok hatékonyságától, de ennek oka abban keresendő, hogy betegcsoportunk eltérő összetételű volt (lásd fent). Emellett a kezelés hatékonysága így is felülmúlja a klasszikus szisztémás szerekét. A kezelés eredményessége ugyanakkor nem csak a PASI értékek javulásában mutat-

kozott meg, hanem a betegek életminőségének javulásában is. A betegek döntő többségének életminősége a kezelés kezdetekor a DLQI 11-30 csoportba tartozott. Ez azt jelenti, hogy betegségük nagy illetve extrém nagy hatást gyakorolt életminőségükre. A 12. hétre a betegek több mint háromnegyede esetén a DLQI 1-5 értékre csökkent, jelezve, hogy bőrbetegségük már csak minimális vagy csekély hatással volt életminőségükre.

Eredményeink továbbá igazolják, hogy az anti-TNF kezelés hatásának esetleges elvesztése után (pl. neutralizáló antitestképződés miatt), más TNF inhibitor gyógyszer sikerrel alkalmazható a psoriasis kezelésében. Számos infliximab és/vagy etanercept kezelésre már nem kellően reagáló beteg esetében értünk el ismét jelentős javulást adalimumabra való váltással. Mivel az adalimumab teljesen humán fehérje szekvenciákat tartalmaz, neutralizáló antitestképződésének valószínűsége kisebb, a terápiás eredmény az esetek jelentős részében hosszú távon is fenntartható.

Az adalimumab fix dózizálás, nincs lehetőség testtömeghez igazított dózis alkalmazására. A korábbi klinikai vizsgálatok részlemzése is jelezte, hogy a fix dózisú biológiai terápiás szerek esetében a kezelésre reagáló betegek száma valamivel magasabb az normál testtömeg indexszel rendelkező betegek esetében (10, 11). A nagyobb testsúly kedvezőtlen hatását a terápia hatékonyságra saját betegeink esetében is tapasztaltuk: a 90 kg-nál nagyobb testsúlyúak esetén a PASI 75 és PASI 90 értéket valamivel kevesebb beteg érte el mint az alacsonyabb testsúlyú csoportban.

A kezelések alatt súlyos adverz reakciót nem tapasztaltunk. Az összesen 320 hetes összesített kezelési időtartam alatt 12 orvosi eseményt jegyeztünk fel, ebből 6 esetben merült fel az adalimumab és az észlelt esemény közötti valószínű, 2 esetben lehetséges összefüggés. A többi 4 esetben a mellékhatás és a kezelés között nem feltételeztünk ok-okozati kapcsolatot. Az esetlegesen összefüggést mutató események közül többségben voltak a fertőzések jellegű szövődmények és az immunológiai mellékhatások.

Az adalimumab új terápiás lehetőség hazánkban psoriasis indikációban. Az általunk kezelt betegeket áttekintve az adalimumab kimagaslóan hatékonynak és megfelelően biztonságosnak bizonyult. Az adalimumab alkalmas szer lehet arra, hogy a pikkelysömör kezelésére vonatkozó legújabb terápiás irányelvekben (12) megjelölt 75%-os PASI érték javulást a betegek jelentős részénél elérjük, és hosszú távon fenntartsuk.

IRODALOM

1. Griffiths, C. E., Barker, J. N.: Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. (2007) 370, 263-271.
2. de Korte, J., Sprangers, M. A., Mommers, F. M. és mtsai: Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Invest Dermatol Symp Proc*. (2004) 9, 140-147.
3. Gelfand, J. M., Troxel, A. B., Lewis, J. D. és mtsai: The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Arch Dermatol*. (2007) 143, 1493-1499.
4. Schmitt, J., Ford, D. E.: Work Limitations and Productivity Loss are

- Associated with Health-related Quality of Life but not with Clinical Severity in Patients with Psoriasis. *Dermatology*. (2006) 213, 110.
5. *Javitz, H. S., Ward, M. M., Farber, E. és mtsai:* The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol*. (2002) 46, 850-860.
 6. *Pichler, W. J.:* Adverse side-effects to biological agents. *Allergy* (2006) 61, 912-920.
 7. *Schmitt, J., Wozel, G.:* Targeted treatment of psoriasis with adalimumab: a critical appraisal based on a systematic review of the literature. *Biologics*. (2009) 3, 303-18.
 8. *Menter, A. és mtsai:* Adalimumab therapy for moderate to severe psoriasis: A randomized, controlled phase III trial. *J Am Acad Dermatol*. (2008) 58, 106-15.
 9. *Saurat, J. H. és mtsai.:* Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol*. (2008) 158, 558-66.
 10. *Cassano, N. és mtsai:* Influence of body mass index, comorbidities and prior systemic therapies on the response of psoriasis to adalimumab: an exploratory analysis from the APHRODITE data. *J Biol Regul Homeost Agents*. (2008) 22, 233-7.
 11. *Clark, L., Lebwohl, M.:* The effect of weight on the efficacy of biologic therapy in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. (2008) 58, 443-6.
 12. *Pathirana, D. és mtsai:* European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. (2009) 23, Suppl 2: 1-70.