

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI  
**Szemle**

79. ÉVFOLYAM

2003. 6. SZÁM

B71



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés  
2003. december 11–13.**

# 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.

## A szerkesztőbizottság tagjai:

Baló Mátyás dr. Nagy Endre dr.  
Daróczy Judit dr. Nagy Károly dr.  
Farkas Beatrix dr. Nebenführer László dr.  
Hrabovszky Tamás dr. Podányi Beáta dr.  
Horkay Irén dr. Schneider Imre dr.  
Horváth Attila dr. Simon Miklós dr.  
Hunyadi János dr. Török Éva dr.  
Husz Sándor dr. Török Ibolya dr.  
Kárpáti Sarolta dr. Török László dr.  
Kemény Lajos dr. Várkonyi Viktória dr.  
Korom Irma dr. Zombai Erzsébet dr.

SEMMEIWEIS EGYETEM  
Budapest, 1085 Üllői út 26.  
Központi Könyvtár

9.

## TARTALOM

79. évf. 2003. 6. szám

### Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés absztraktjai 2003. december 11–13.

Bőrgyógyászati klinikai összefoglaló előadások .....	236
Experimentalis dermatológia, előadások .....	241
Dermatochirurgia .....	242
STD-betegségek .....	245
Betegbemutatók .....	246
Betegbemutatók / onkológia .....	255
Posterek .....	261
Szerzők névsora .....	267

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



## Bőrgyógyászati klinikai összefoglaló előadások

Balaton T., Gilde K., Borbola K., Bánfalvi T., Fejős Zs.,  
Liszky G.:

### Hasi nagyerek körüli nyirokcsomó propagáció melanoma malignumban

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati osztály)

A hasi nagyerek körül kialakuló nyirokcsomó propagáció a melanoma kórlefolyásának alig feldolgozott fejezetét képviseli, mely a gyakorlatban nehezen befolyásolható, az életminőséget jelentősen rontó állapotot eredményez.

Cél: A hasi nagyerek körüli (parailiacalis, hasi aorta melletti) nyirokcsomó metasztázisokban szenvedő betegek kórlefolyásának elemzése, az alkalmazott kezelések értékelése.

Módszer: 1986 és 2003 között az Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati Osztályán 41 hasi nagyerek körüli nyirokcsomó áttétben szenvedő beteg retrospektív körelemzése történt. Az adatgyűjtés kiterjedt a primer tumor lokalizációjára, a primer tumor és a nyirokcsomó áttét diagnosztizálása között eltelt időszakra, az alkalmazott kezelésekre és a túlélésre.

Eredmények: A hasi nagyerek körüli nyirokcsomó metasztázissal kezelt betegek primer tumora 80,5%-ban az alsó végtagon, 7,3%-ban törzsi lokalizációban jelentkezett (12,2% ismeretlen). A primer tumor diagnosztizálásától a vizsgált régióban megjelenő áttét létrejöttéig eltelt idő átlagosan 42 hónap volt. A betegek 85,3%-nak a diagnózis időpontjában egyidejű vagy megelőző inguinalis nyirokcsomó metasztázisa is volt. A kezelési lehetőségek közül leggyakrabban (56%) a kemoterápiával kombinált irradiáció alkalmazására került sor. A hasi nyirokcsomó áttét diagnosztizálását követő átlagos túlélés 11 hónapnak bizonyult. A kemoterápia és irradiáció kombinálásával kezelt betegek esetében a 6 hónapos túlélés 75%, a 11 hónapos 50%, a két éves túlélés 18% volt.

Következtetések: A hasi nagyerek körüli nyirokcsomó propagáció, bár a vitális funkciókat közvetlenül kevésbé érinti, a súlyos végtagi lymphoedema kialakulása miatt a betegek életminőségét súlyosan rontó fázisa a melanoma kórlefolyásnak. A viszonylag ritka, de súlyos szituáció kezelésére alig találni útmutatót a melanoma kézikönyvekben. Az irodalom csupán kisszámú beteg sebészeti beavatkozást követő kórlefolyásával foglalkozik. A jövőben a leghatékonyabb kezelési mód kidolgozása nagy betegszámokon végzett, összehasonlító, randomizált vizsgálatokat igényel.

Bihari Ágnes dr.:

### A seborrheás fejbőr kezeléséről

Szponzorált előadás

(XIX. ker. Eü. Intézménye Bőr-, Nemibeteg gondozó)

A szép, ápoltság, fényes haj, az ép fejbőr minden kultúrában érték. Viselése magabiztosabb, sikeresebb.

Mégis, a populáció mintegy 45%-a szenved fejbőr korpásodásban. A 20 év feletti férfiak 50%-a érintett. A seborrheoa a fejbőr szubklinikus gyulladása, mely enyhébb, súlyosabb formában sárgás pikkelyekkel és viszketéssel jár. Az esetek 95%-ában a fejbőrt invol-

válja, de a szemöldök, szempilla, a nasolabiális redő, a bajusztáj, a mellkas felső része is beteg lehet.

Kiváltásában klimatikus faktorok, ibolyántúli sugárzás, a fejbőr baktérium és gomba flórájának megváltoztatása, stressz, az életminőség változása, alkoholfogyasztás, dohányzás, táplálkozási excessusok, a fejmosások gyakorisága, egyéb betegségek, egyes gyógyszerek is szerepet játszhatnak.

Zsíros és száraz formát különböztetünk meg.

*Szöveti jellemzősége:* a stratum corneum parakeratikus, sok a lipid tartalmú corneocyta, a desmosomák száma csökkent, a corneocyta kohéziója romlik, mindez együttesen a turnover gyorsulását jelzi.

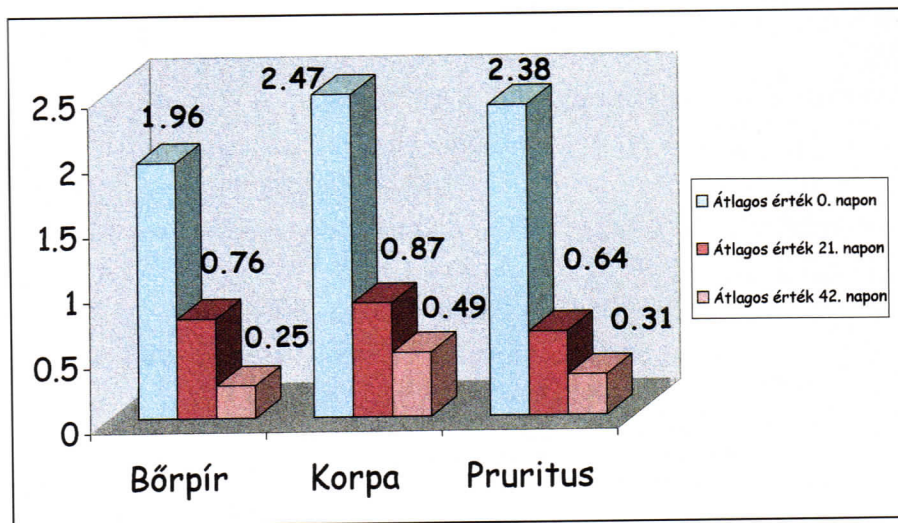
A *Malassezia* fajok szerepe több irányú.

A seborrheás fejbőr ápolásának aktív anyagaitól a zsírosság, ill. a kellemetlen szárazság mérséklését, a viszketés és bőrgyulladás elmulasztását, a *Malassezia* fajok csökkentését, a jó külső kialakítást várjuk el.

E célt szolgálják a cinkpyroton, a piroctol amin, a cyclopirox, a szelén, az antimykotikus hatású azolok stb.

A Nodé DS krémsampon az egyik igen hatásos készítmény a súlyos seborrheás dermatitis kezelésére, mely climbazol, piroctonamid, cinkpyrithion, salicylsavat és ichtiol tartalmaz.

A mellékelt ábra a seborrheás dermatitis tüneteinek csökkentését mutatja be 42 napos kezelés eredményeként (1. ábra).



1. ábra

Nodé D. S. hatásának eredménye seborrheás dermatitis tünetek esetén

Csete Béla dr., Farkas Beatrix dr.:

### Paraneoplasias dermatosisek

Továbbképző előadás

(PTE Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika)

A paraneoplasias dermatosisek belső szervi malignus daganatok cutan markerei. Jelezhetik a daganat típusát, lokalizációját és prognózisát. Kialakulásában a tumor által indukált immunológiai tényezőknek, hormonoknak, metabolikus változásoknak és epidermális növekedési faktoroknak van szerepe. A szerzők ismertetik az obligát, illetve a leggyakoribb fakultatív paraneoplasias bőrtünetek klinikai jellemzőit, etiopatogenezisét, a társult tumorok fajtáit. Felismerésük lehetővé teszi a tumor korai diagnosztizálását, ezáltal kezelését, így a gyógyulást vagy a hosszabb túlélést.



Gyulai Roland dr.<sup>1,2</sup>:

### Új terápiás lehetőségek psoriasisban

Továbbképző előadás

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged,

Magyarország<sup>1</sup>, Department of Dermatology, University Hospitals of Cleveland and CWRU, Cleveland, OH, USA<sup>2</sup>)

Az elmúlt évek során több új, úgynevezett biológiai úton ható gyógyszer került bevezetésre a psoriasis (alefacept és efalizumab), illetve az arthritis psoriatica (etanercept és infliximab) kezelésére. Az új szerek kifejlesztését a bőr immunológiai viselkedésének, illetve a pikkelysömör immunpatogenezisének részleteiből megismerése tette lehetővé. Ezen gyógyszerek így a korábban elérhető antipszoriaticus szereknél jóval specifikusabban avatkozhatnak bele a betegség kialakulásához vezető immunpatológia folyamatokba, kevesebb mellékhatást és hosszabb remissziót eredményezve. Az előadás összefoglalja a psoriasis immunpatogenezisének legfontosabb új eredményeit, illetve bemutatja a pikkelysömör új kezelési lehetőségeit, saját tapasztalatok alapján.

Erdei Irén dr.<sup>1,2</sup>, Gáspár Krisztián dr.<sup>2</sup>, Szabó Éva dr.<sup>2</sup>,

Hunyai János dr.<sup>2</sup>, Juhász István dr.<sup>2</sup>:

### Súlyos Lyell szindrómás betegek kezelése égési intenzív osztályon

(DEOEC Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék<sup>1</sup>, Bőr- és Nemikórtani Klinika<sup>2</sup>, Debrecen)

A TEN egy súlyos, életet fenyegető, valamilyen gyógyszer által indukált hyperszenzitív állapot. A keratinociták a Fas-Fas L interakció mediálta apoptózison mennek át. Nekrolízis jön létre a bőrön és a nyálkahártyán különböző kiterjedésben. A betegség mortalitása 15–40%.

A szerzők égési osztályon kezelt súlyos Lyell szindrómás betegek eseteit elemzik az irodalom tükrében, kiváltó ok, terápia és mortalitás tekintetében.

Az elmúlt 15 éves időszakban égési osztályon 8 Lyell szindrómás beteget kezelték. Bőrléziók kiterjedése minden esetben meghaladta a 40% testfelszínt és nyálkahártya érintettség is társult hozzá. A betegek közül 1 beteg IVIG terápiában is, míg a többiek nagy dózisu szteroid terápiában részesültek az intenzív kezelés mellett. 8 betegből 2 beteg meghalt, a többiek gyógyultak.

A mortalitás az irodalmi adatokkal megegyező, de a kezelésben jobb gyógyulási rátát biztosít az IVIG terápia, amely specifikusabb terápiának tekinthető, mint a szteroid.

Iványi András dr.:

### Masszív infiltratív növekedést mutató, alacsony malignitású bőrdaganatok

(Károlyi Sándor Kórház Patológiai Osztály, Budapest)

A malignus bőrdaganatok általában aszimmetrikus keresztmetszeti profilt, enyhe, közepes vagy nagyfokú citológiai atípiát, számos magoszlást, sokszor atípusos mitózisokat, necrosist és infiltratív növekedést mutatnak. Van néhány bőrdaganat, amelyek esetében a citológiai atípiya enyhe vagy hiányzik, a mitotikus ráta alacsony, nincs nekrozis. A szöveti képen csupán a dermis és a subcutis mély infiltrációja utal a malignitásra. Ezen tumorok sokszor a fasciát és az alatta lévő izomzatot is beszűrik. Gyakran található perineurális terjedés. Mindezek mellett általában a klinikai kép is hosszabb ideig indolens elváltozásra utal. A malignus elváltozás korrekt diagnózisa nehéz, ezért az esetek egy részében késik. Az infiltratív növekedés miatt az ilyen tumorok eltávolítása nem az ében történik, ami recidívához vezet, néha ismételt. A fenti tulajdonságokat mutató daganatcsoport jellegzetes képviselői a der-



2. ábra

Hátán elhelyezkedő, nagy kiterjedésű dermatofibrosarcoma protuberans. A látható daganat mentén néhány cm-s halvány sáv az infiltráció utal

matofibrosarcoma protuberans (2. ábra) a microcystic adnexális carcinoma, az adenoid cystic carcinoma, az infiltratív, illetve morphea-szerű basalioma és (némi megszorítással) a desmoplastikus, neurotrop, illetve neurogenicus melanoma. Ezen daganatok (a melanoma kivételével) általában nem adnak távoli metastázist, legfeljebb a regionális nyirokcsomók érintettek. Ebből következően a messze az ében történő lokális kimetszés kuratív eredményt ad. Ugyanakkor több daganatféléseg az inkomplett eltávolítást követő sorozatos recidívák során magas malignitású tumorral alakulhat. Mindezek alapján igen fontos a kifejezett infiltratív növekedést mutató daganatok klinikai és szövettani felismerése, valamint a felállított hisztológiai diagnózis alapján a radikális eltávolítást eredményező műtét elvégzése. Megfontolandó speciális képzettségű és gyakorlatú plasztikai sebész bevonása, amit a nagy kiterjedésű szövet eltávolítását követő rekonstrukció tehet szükségessé. Tekintve, hogy a kiterjesztett műtét után kozmetológiai problémák merülhetnek fel, elengedhetetlen fontosságú a beteg pontos tájékoztatása és meggyőzése a választott beavatkozás szükségességéről.

Szabad Gábor dr., Oláh Judit dr., Kemény Lajos dr.,

Dobozy Attila dr.:

### A digitális dermatoszkópos képrögzítés és a computeres képanalízis szerepe a pigmentált léziók diagnosztikájában (DermaGenius)

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A dermatoszkópia bevezetése a bőrgyógyászati gyakorlatban lényegesen javította a diagnosztikus pontosságot a melanoma malignum kórismézésében. A malignitás dermatoszkópos jeleinek felismerését és azok értékelését számos munkacsoport vizsgálta, adataik alapján többféle score rendszer került kidolgozásra és használatos a klinikai gyakorlatban. Közülük a klasszikusnak számító, Stolz által 1994-ben leírt score rendszer felhasználásán alapul a Rodenstock cég által kifejlesztett számítógépes képanalízis rendszer. A készüléket 1 éve alkalmazzuk klinikánkon az anyajegy ambulancián. A dermatoszkópos képek rögzítése mellett a rendszerhez kapcsoljuk a klinikai képek rögzítését és a szövettani képes dokumentáció is hozzárendelhető. Jelenleg 1100 betegnél végeztünk digitális képrögzítést. Jelenlegi tapasztalataink szerint a computeres képanalízisre támaszkodva, a dysplasticus naevus szindrómában szenvedő betegeknél kevesebb sebészi eltávolítást indikáltunk. Az anyajegyek esetén a diagnosztikus pontosság változásának megítéléséhez további adatokra van szükségünk, erről a jövőben számolunk be.



*Kemény Lajos dr.:*

#### **Fototerápia – fotokemoterápia – fotodinámiai terápia**

Továbbképző előadás

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológia Klinika)

A bőrbetegségek kezelésében évtizedek óta alkalmaznak fényterápiát. Az utóbbi években a száloptikás technika bevezetésével számos új fényterápiás eszköz került alkalmazásra a bőrgyógyászati terápiában. A fotodinámiai terápiákat is egyre gyakrabban alkalmazzuk bőrbetegségek kezelésére. Ezen összefoglalóban az új eljárások és indikációs területei kerülnek ismertetésre.

*Koreck Andrea dr.:*

#### **Új terápiás lehetőségek atopiás dermatitisben**

Továbbképző előadás

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

Az atopiás dermatitis incidenciája folyamatosan növekszik világszerte és főleg a gazdaságilag fejlett országokban. A kezelést komplex módon kell felépíteni, a provokáló faktorok kiiktatására és a bőrszárazság kezelése mellett fontos szerep jut a gyulladásgátló, immunmoduláló terápiának, valamint a pszichoterápiának. A klasszikus terápiák közé tartoznak a lokális kortikoszteroidok, a fototerápia, az orális antihisztaminok, valamint szuperinfekciók esetén az elhúzódó antibiotikum vagy antivirális kezelés alkalmazása. A modern terápiában centrális helyet kapnak a macrolid immunmoduláló szerek, amelyek kedvező mellékhatás profillal rendelkeznek és így módon csökkent kockázattal, hosszú távon alkalmazhatók. Súlyos esetekben szisztémás immunszuppresszív kezelés jön szóba.

*Korom Irma dr., Oláh Judit dr., Varga Erika dr., Kapitány Klára dr., Dobozy Attila dr.:*

#### **Melanoma malignum gyermekkorban**

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A melanoma malignum gyermekkorban ritkán fordul elő. Szerzők 30 év alatt közel 2200 melanomás betegük között 16 évesnél fiatalabb korú 8 beteget találtak: 2 újszülött korú, 1 beteg 5 éves, a többi 11-15 éves volt. A klinikai diagnózis 3 esetben naevus, illetve Spitz naevus volt, a többi esetben klinikailag is melanomára gyanús volt az elváltozás. A két újszülöttkori eset congenitalis naevus pigmentosus talaján kialakult melanoma volt. Szóvettenilag 2 esetben nehéz volt a Spitz naevustól való elkülönítés.

2 gyermek disseminált melanómában meghalt, 3 betegnél nyirokcsomó metastasis fejlődött ki. A sebészi kezelés mellett 2 gyermek Interferon kezelésben is részesült. Szerzők hangsúlyozzák a klinikai és kórszövettani diagnózis nehézségeit a gyermekkori melanómában.

*Molnár Tamás dr.<sup>1</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>2</sup>, Hunyadi János dr.<sup>2</sup>:*

#### **Vizuális dermatológiai adatbázis kifejlesztése**

(Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Informatikai Szolgáltató Központ<sup>1</sup> és Bőr- és Nemikórtani Klinika<sup>2</sup>)

Célunk az volt, hogy a Bőr- és Nemikórtani Klinika számára a korábbi, feljegyzéseken alapuló képanyilvántartás helyett, egy számítógépes kép adat bankot hozzunk létre.

A bőrgyógyászat az orvostudomány olyan területe, ahol kiemelten fontos a vizuális információ. A betegség időbeli követésében és a gyógyítási folyamat sikerének felmérésében nélkülözhetetlen a fotódokumentáció. Ezenkívül, egy jól összeállított képgyűjtemény az orvostanhallgatók oktatásának is hasznos eszköze, valamint segítség a doktori dolgozatok, előadások elkészítésében. A Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Bőr- és Nemikórtani Klinikáján egy számítógép alapú fénykép adatbázist hoztunk létre. A klinikán a korábbi évek során sok diakép készült, az utóbbi időben áttértünk a digitális fényképezésre. A képanyag nagy értéket jelent, de csak akkor, ha megfelelő módon lehet keresni benne. A számítógépes nyilvántartással, kereséssel könnyen és

gyorsan megoldhatóak olyan feladatok, amelyek hagyományos, papíralapú dokumentációval csak lassan, nehézkesen vagy egyáltalán nem hajthatóak végre. A fényképek és a hozzájuk tartozó beteg személyi adatok, valamint betegséggel kapcsolatos információk egy szerveren helyezkednek el. A szerver operációs rendszere Linux, az adatok mysql adatbáziskezelőben vannak, a megjelenítésről Apache webszerver gondoskodik. Az orvosok titokvédelmi szabályoknak megfelelően jelszóval, hálózatra kötött gépekről érhetik el az adatbázist. Többféle módon állíthatják össze a lekérdezéseket. Ha egy adott beteg vizsgálatához szükségesek a képek, akkor a személyi adatok (pl. név, TAJ) szerint lehet keresni. Amikor egy előadáshoz, oktatáshoz szükséges képanyag, akkor BNO kódok, vagy betegség leírása szerint válogatjuk a képeket. A találatok szöveges része és a képek a helyi számítógépen elmenthető, illetve számítógépes formátumú oktatási anyagba, dolgozatba beilleszthető. A rendszert több irányba is továbbfejlesztjük. A szövettani képeket is tárolni fogjuk, valamint lehetőség lesz statisztikai lekérdezésekre. Így adatokat kapunk arról, hogy egy adott időszakban valamilyen betegség (vagy kapcsolódó betegségek) milyen számban, gyakorisággal fordul elő.

*Olasz Kitti dr., Mari Béla dr., Kosztolányi Gábor dr., Gyarmati Csaba dr., Kocsis Lajos dr., Ócsai Henriette dr., Török László dr.:*

#### **Sentinel node biopsia során szerzett tapasztalatok melanómában**

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

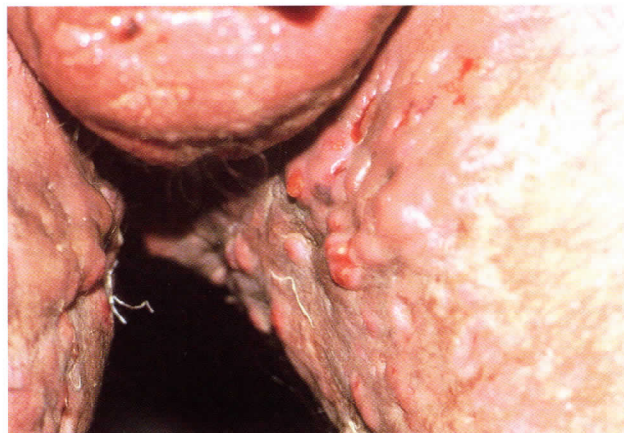
A melanoma jelenlegi stádiumbeosztásában, illetve ennek megfelelően a kezelés meghatározásában egyik fő tényező a lokoregionális nyirokcsomó érintettségének meghatározása. 1996 óta végzünk osztályunkon sentinel node biopsiát. A biopsia indikációi: 1 mm feletti Breslow érték vagy ennél vékonyabb, de exulcerált, vagy regressziós jellel bíró tumor, amennyiben az érintett régióban nyirokcsomó nem tapintható. A sentinel nyirokcsomó meghatározását patient kék festékkel és izotópos módszerrel végeztük a nyirokdrenázs praeoperatív lymphoscintigraphias vizsgálatát követően. Előadásunkban értékeljük a sentinel node pozitívítást, annak összefüggését a primer tumor paramétereivel, a pozitív sentinel nyirokcsomó esetén végzendő nyirokcsomó blockdissectio során észlelt metastasisok arányát, illetve a recidívák és távoli áttétek lokalizációját a sentinel node viszonylatában.

*Papp Zsuzsanna dr., Török László dr.:*

#### **Acne inversás betegek kivizsgálásával szerzett tapasztalataink**

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

Az acne inversa a faggyúmirigyek és a terminális hajfolliculusok krónikus, recurráló, gyulladásos megbetegedése (3. ábra). Mind a korai diagnózis, mind az effektív kezelés nagy kihívást jelent a bőr-



3. ábra

Inguinalis tájéakra lokalizálódó acne inversa



gyógyászok számára. Míg az acné vulgaris esetében jól ismert a patogenezis és a kezelési sémák is elég egyöntetűek, addig az acné ezen különleges formájának az etiológiája, patogenezise, hajlamosító tényezői és kezelése sem teljesen tisztázott.

A szerzők az utóbbi öt évben észlelt 22 acné inversás betegük kapcsán ismertetik a kórkép epidemiológiai, klinikai, etiopatogenetikai faktorainak lehetséges szerepét.

Sárdy Miklós dr.:

#### **Pustulosus kórképek immunológiája, klinikuma és terápiája**

Továbbképző előadás

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

E továbbképző előadásban a szerző összefoglalja jelen ismereteinket a pustulák kialakulásáról, az ebben szerepet játszó immunológiai mechanizmusok működéséről és a sokféle kórképről, melyekben pustulák szerepet játszhatnak (pl. pyoderma, psoriasis, pyoderma gangraenosum, stb.).

Sebők B.<sup>1</sup>, Kerényi M.<sup>2</sup>, Pál T.<sup>3</sup>, Schneider I.<sup>3</sup>, Harangi F.<sup>4</sup>:

#### **Staphylococcus kolonizáció, szuperantigén és atopiás dermatitis**

(Dorozsmai és Társa Eü. Bt. Bőrgyógyászati Szakrendelés, Pécs<sup>1</sup>, Pécsi Tudományegyetem Ált. Orvosi Kar, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet<sup>2</sup> és Bőrgyógyászati Klinika<sup>3</sup>; Baranya Megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház, Pécs<sup>4</sup>)

Az atopiás dermatitis (AD) bőrtünetei genetikai hajlam alapján, külső tényezők hatására jelennek meg. Egyes adatok arra utalnak, hogy az AD-ben szenvedő betegek bőrfelszínén, valamint orrüregében észlelt, kifejezett *Staphylococcus aureus* (SA) kolonizáció és a baktériumok által termelt, szuperantigén tulajdonságokat mutató exotoxinok jelentős szerepet játszanak a betegség tüneteinek létrejöttében. A SA törzsek és az általuk termelt szuperantigének patogenetikai szerepének felmérésére 106 AD-ben szenvedő gyermek (2-12 év) esetében bakteriológiai mintavétel történt az orrüregből, a garatból és a bőrfelszínről. A bőrfelszíni kolonizációt kizárólag az aktív tüneteket mutató betegek esetében végeztük. Az izolált baktériumtörzsekben vizsgáltuk az enterotoxin A, B, D, E és toxikus shock szindróma toxin-1 génjeinek jelenlétét, valamint a törzsek biofilm képzését. A vizsgált betegcsoport 59 tagjánál (57,7%) volt a legalább egy levett minta SA pozitív. A betegek 40,1%-nál sikerült SA-t kitenyészteni a garatból, 43,8%-ban pedig az orrüregből. Az aktív bőrtüneteket mutató betegek esetében 38,6% gyakorisággal észleltünk tünetes bőr SA kolonizációját. Egy vagy több toxin-gén jelenlétét észleltük a torokból származó SA törzsek 30,2%-ban, az orrüregi törzsek 41,3%-ban, valamint a bőrfelszínről izolált törzsek 36,4%-ban. Biofilm képzési tulajdonságokat a torokból izolált törzsek 58,1%-a, az orrüregben talált törzsek 54,3%-a és a bőrtünetekből izolált törzsek 50%-a mutatott. Adataink arra utalnak, hogy az AD tüneteinek kialakulásában SA kolonizációnak és a baktériumok szuperantigén produkciójának valószínűleg kisebb a jelentősége, mint eddig gondoltuk. Ez a vizsgálat azonban nem zárja ki egyes betegek esetében a baktériumoknak és szuperantigén termelésüknek a kórkép lefolyására gyakorolt hatását.

Szegedi Andrea dr.:

#### **Az autoimmunitás elméleti hátttere, terápiás lehetőségek**

Továbbképző előadás

(DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

Az egészségesen működő immunrendszer az idegennek felismert antiégeneket elpusztítja és közben specifikus immunmemória alakul ki, míg a saját felismert antiégenekre tolerancia jön létre a nélkülözhetetlen saját struktúrák aktív védelmével együtt. Az immuntoleranciának számos szintje ismert: centrális és perifériás tolerancia, passzív és aktív forma (negatív szelekció, antigénspecifikus gátlás, kostimuláció hiánya, regulatív sejtek, citokinek).

Ugyancsak a tolerancia kiterjesztett formájának tekinthető a természetes autoimmunitás. A természetes autoimmunitás az a mechanizmus, amellyel az immunrendszer aktív szerepet játszik az alapvetően fontos, nélkülözhetetlen biológiai rendszerek és molekulák védelmében. Nem egy kóros jelenség, hanem a jól működő immunrendszer része. Az egészséges immunrendszer tehát felismeri a biológiailag nagyon fontos, konzervatív saját antigéneket és valódi immunválaszt indít ellenük, mely azonban egy jól szabályozott, alacsony affinitású, veszélytelen reakció és arra hivatott, hogy megvédje ezen molekulákat egy eliminációs típusú immunválasztól. A természetes autoimmunitás feladata, hogy megakadályozza az autoimmun betegségek kialakulását és ezen fiziológiai autoimmunitás és immuntolerancia sérülése az ami a patológiás autoimmunitás kialakulásához, az autoimmun betegségek létrejöttéhez vezet. Autoimmunitásról tehát beszélhetünk a fiziológiai immunműködés részeként is és kóros funkció gyanánt, a szervezet homeosztázisát súlyosan veszélyeztető megbetegedésként is. A kialakult autoimmun betegségek kezelésének lehetőségei jelenleg elsősorban nem specifikus immunszuppresszív gyógyszerek, de egyre több szelektív gátlást kifejtő készítmény is forgalomba kerül napjainkban. A fentebb említett mechanizmusok alapján érthetőek azok az új eljárások, melyek tolerancia kiváltásával igyekeznek az autoimmun betegségeket kezelni.

Szolnoky Győző dr., Kemény Lajos dr., Dobozy Attila dr.:

#### **A pigmentált elváltozások gyakoribb előfordulása a nyirokódémás végtagokon**

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A szerzet melanociták naevusok nagyobb száma a melanoma egyik rizikófaktora. Tartós kemoterápia, valamint immunszuppresszió alatt álló gyermekeken az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva lényegesen több naevust számoltak. A nyirokódéma a nyirokelfolyás öröklött vagy szerzett zavara miatt kialakuló betegség, ahol az érintett végtagban csökkent a késői típusú immunválasz.

Céltűzésünk volt annak vizsgálata, hogy befolyásolja-e a nyirokódéma az érintett végtagon lévő pigmentált elváltozások számát?

Klinikai vizsgálatunkban 12, egyik oldali alsó végtagot érintő elsődleges nyirokódémában, valamint 49, emlőműtét után kialakult egyoldali, felső végtagi nyirokódémában szenvedő beteget vontunk be. Az összes naevust és lentigot megszámláltuk és dermatoszkóppal ellenőriztük.

Alsó végtagi, elsődleges nyirokódémában a naevusok és lentigok átlagos száma szignifikánsan nagyobb volt az érintett végtagon (11 és 26) az ellenoldalhoz képest (7 és 20). Hasonlóan emelkedett átlagos naevus és lentigo számot (6 és 24) találtunk a felső végtagi nyirokódémában az egészséges oldalhoz viszonyítva (4 és 20).

A vizsgált betegekben a nyirokódéma fennállásához emelkedett melanociták naevus és lentigo szám társul, melynek egyik oka a sejt-közvetített immunitás csökkenése lehet.

Varga Erika dr., Korom Irma dr., Oláh Judit dr., Dobozy Attila dr.:

#### **A kék naevusok klinikai és szövettani formái, differenciál diagnosztikája**

(SZTE Szent-Györgyi A. Orvos- és Gyógyszerészeti Centrum, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A dermalis melanocytosisokat az irhában elhelyezkedő melanocyták jelenléte jellemzi. Ezen kórképeknek számos morfológiai megjelenése van, melyek közül differenciál diagnózis szempontjából klinikailag és szövettanilag is legjelentősebbek a kék naevusok. Klinikailag többféle megjelenésük ismert (soliter, multiplex, plakk típusú), emellett histológiailag is három csoportba sorolhatók (közönséges, cellularis, kombinált). A benignus kék naevusokon kívül ritkán előfordulhat malignus változat is. A kék naevusok klinikai és szövettani formáinak felismerése rendkívül fontos a melanomától való biztos elkülönítéshez. A szerzők az elmúlt öt év szövettani anyagából válogatva bemutatják a felsorolt kék naevus formák klinikumát és szövettani jellegzetességeit, különös tekintettel a differenciál diagnosztikára.



## Experimentalis dermatológiai előadások

*Dobozy Attila dr.:*

### A keratinocyták szerepe a természetes immunitásban

Továbbképző előadás

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A szerző bemutatja a hámsejtek azon biológiai tulajdonságait, amelyek szerepet játszanak a mikroorganizmusok felismerésében, a jelvitelben és a kórokozók elpusztításában.

*Aleksza Magdolna dr.<sup>1</sup>, Antal-Szalmás Péter dr.<sup>2</sup>, Sipka Sándor dr.<sup>1</sup>, Hunyadi János dr.<sup>3</sup>, Dankó Katalin dr.<sup>1</sup>, Szegedi Andrea dr.<sup>1</sup>.*

### Az intracitoplazmatikus citokinek meghatározásának klinikai jelentősége poly- és dermatomyositisben

(Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet<sup>1</sup>, III. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet<sup>2</sup>, Bőrgyógyászati Klinika<sup>3</sup>)

Napjainkban egyre bővül azoknak a kórképeknek a száma, ahol a betegség pathogenezisének háttérében a citokin termelés egyensúly zavarja, a megváltozott Th1/Th2 arány áll. Munkánk során kidolgoztunk egy gyors áramlási citometriás módszert, ami alkalmas a perifériás vérben található CD4+ és CD8+ sejtek IFN-gamma, IL-4 és IL-10 tartalmának detektálására. A citokin profil változásának monitorozására aktív és inaktív dermatomyositisben, illetve polymyositisben szenvedő betegek mintáit használtuk.

Polymyositisben nem találtunk intracitoplazmatikus citokin eltérést sem a betegség aktív (n=13), sem az inaktív szakaszában (n=37).

Aktív dermatomyositisben (n=29) szignifikánsan emelkedett Th1/Th2 sejtarányt mértünk a referens egyének értékeihez viszonyítva (p<0,01), ami egyrészt az IFN-gamma pozitív CD4+ sejtek arányának csökkenéséből, másrészt a fokozott IL-4 expresszióból adódik. A betegség inaktív szakaszában (n=20) ez a felborult arány normalizálódik és a megnövekedett IL-10 expresszió mutatja a citokinkaskád aktivált állapotát. A Thelper sejtek mellett meghatároztuk a CD8+ Tcitotoxikus sejtek intracitoplazmatikus citokin tartalmát is, és azt tapasztaltuk, hogy mind a dermatomyositis aktív, mind pedig inaktív szakaszában a CD8+ sejtek citokin mintázata a CD4+ sejtekével mutat hasonlóságot.

*Csikós Márta dr., Rác Emőke dr., Benkő Réka, Bóna Annamária, Bégány Ágnes dr.\*,*

*Horváth Attila dr., Kárpáti Sarolta dr.:*

### Siker DNS-alapú prenatális diagnózis epidermolysis bullosa junctionalis lethalis (Herlitz) variánsban

(Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika\*)

A mater első terhességéből született fiúgyermek epidermolysis bullosa junctionalis lethalis (Herlitz) genodermatitis következtében újszülött korában hunyt el. A gyermek nem vérokon, klinikailag tünetmentes szülőktől származó, a család egyedüli érintett tagja volt. A családban egyéb bőrbetegség nem fordult elő.

Az immunfluoreszcens antigén mapping vizsgálat a hólyagképződés junctionális jellegére utalt: a hólyagalapon intenzív VII. típusú kollagén festődés mellett a hólyagalapról és a hólyagfedélről teljes mértékben eltűnt a laminin 5 láncra a festődés, és a hólyagfedélen igen gyengén jelzett BPAG 180 és  $\alpha 6\beta 4$  integrin festődést találtunk.

Vérvétel DNS vizsgálat céljából a probandustól és a klinikailag tünetmentes szülőktől történt. A beteg gyermeknél még életében kimutatott mutáció a heterotrimer kohéziós molekula a laminin 5 béta láncának a *LAMB3* génnek (GenBank No. L25541) recesszíven megnyilvánuló R635X, hot spot mutációja volt. Az R635X mutációt a probandus és a tünetmentes mater heterozigóta módon hordozta. A pater az adott mutációra nézve negatív volt.

Az elhalálozott gyermek az adott kórképre jellemző recesszív öröklődésmenetet figyelembevéve, kevert, ún. compound heterozigóta módon két, egymástól eltérő mutáció hordozója lehetett, melyek közül az anyai allél mutációja vált ismertté, az apai allél eltérése a gén teljes terjedelmének szisztematikus vizsgálata során (PCR ampifikáció, heteroduplex analízis, szekvenálás, RFLP) nem volt azonosítható.

A szülők kérésére a következő tervezett terhességben a DNS alapú prenatális diagnosztika alapja az R635X mutáció kimutatása mellett nagyszámú intragenikus polimorfizmus és extragenikus microsatellita markerek szegregációjának vizsgálata volt.

A mater második terhességéből származó chorionboholynak a magzattal identikus DNS-ének vizsgálata során a *LAMB3* gén R635X mutációja nem volt kimutatható. Az egészséges fiúgyermek a zavartalan terhességéből szabályos terminusra jött világra.

*Gyulai Roland<sup>1,2</sup>, Kobayashi Satomi<sup>2,3</sup>, Sugiyama Hideaki<sup>2,3</sup>,*

*Korman Neil<sup>2</sup>, Stevens Seth R.<sup>2</sup>, McCormick Thomas S.<sup>2</sup>,*

*Vaishnav Akshay<sup>1</sup>, Cooper Kevin D.<sup>2</sup>:*

### Psoriasisban az alefacept (Amevive®) klinikai hatásossága összefügg a léziós bőrben található aktivált T sejtek számának csökkenésével

(SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged, Magyarország<sup>1</sup>, Department of Dermatology, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA<sup>2</sup>, Department of Dermatology, University of Yamanashi, Yamanashi, Japan<sup>3</sup>, Biogen Inc., Cambridge, MA, USA<sup>4</sup>)

Az alefacept (Amevive®) egy teljes mértékben humán LFA-3/IgG<sub>1</sub> fúziós protein, mely a T sejtek CD2 molekulájához kapcsolódva gátolja azok aktivációját és proliferációját. Az alefacept klinika hatékonysága psoriasisban bizonyított, ugyanakkor a szer pontos hatásmechanizmusa még nem ismert. Jelen kísérletsorozat célja az alefacept epidermális és dermális T sejtekre kifejtett hatásának vizsgálata volt. Nyolc psoriasisos beteg alefacept kezelése során meghatároztuk a léziós bőr T sejtjeinek fenotípusát és aktivációs jellemzőit, illetve összehasonlítottuk azokat a klinikai paraméterek (PASI) változásával. A betegek 7,5 mg iv. alefacept kezelésben részesültek hetente egy alkalommal 12 hétig, amit 12 hetes utánkövés kísért. A kezelés előtt, illetve a kezelés és utánkövés során hetente vérvétel, illetve 3 vagy 4 alkalommal lézionális bőrből biopszia történt. A kezelés 12 hete során a PASI átlagosan 39 százalékkal csökkent. A kezelésre reagáló betegek bőrben az aktivált (CD69<sup>+</sup>), illetve az interferon- $\gamma$  pozitív CD3 T sejtek számbeli redukciója és a PASI értéke csökkenése között szignifikáns összefüggést észleltünk. Ugyancsak szoros volt az összefüggés a vérben keringő memória T sejtek (CD4<sup>+</sup>CD45RO<sup>+</sup>) száma és klinikai javulás között. Eredményeink alapján az alefacept klinikai hatásossága pikkelysömörben, mind a vérben keringő, mind a lézionális bőrben található aktivált T sejtek számbeli csökkenésével függ össze.



## Dermatochirurgia

Gyarmati Csaba dr., Mari Béla dr.:

### Az arcközép hiányainak pótlása

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászat, Bőrbébszeti Részleg)

Az arc centruma az emberi test legjellegzetesebb területe, egyben a legfeltűnőbb is. Ezen testrészen keletkezett bőrhiányok – melyek leggyakrabban daganat vagy sérülés következményei – az operáló orvos számára az egyik legnagyobb kihívást jelentik. A cél az, hogy mind funkcionálisan, mind esztétikailag az eredeti állapothoz legjobban megközelítő eredményt érjünk el.

A hiányt pótolhatjuk más területről vett bőr szabad átültetésével, vagy közvetlen környezetből, szomszédos területről, illetve távolabbi testtájakra képzett lebenyek segítségével. Esztétikailag és funkcionálisan is a közvetlen környezetből metszett lebenyek adják a legjobb eredményt, mert a bőr minősége megegyezik a pótlandó területével.

Osztályunk munkájának utolsó egy évéből szeretnénk bemutatni néhány érdekes esetet.

Haraszi Gábor dr.:

### A shave kimetszés

(Bőr- és Nemigyógyászati magánrendelő, Szeged)

A bőrgyógyászati ellátás gyakori lépése a bőrből v. a bőrről nem kívánatos elváltozás eltávolítása. A művelet lehet excisió, excochleáció, punch kimetszés, történhet Volkmann kanállal, ollóval, elektrocauterrel, CO<sub>2</sub> laserrel, de történhet shave kimetszéssel is.

Shave biopsia akkor választandó, hasonlóan a Volkmann kanalas eltávolításhoz, amikor a diagnózist illetően nincs bennük bizonytalanság és az elváltozás valószínűsített mélysége lehetővé teszi.

A shave kimetszés lényege egy igen éles, egyenes élű, lapszerű pengével történő metszés a bőrfelszínnel párhuzamos vagy érintőleges síkban. A beavatkozás előnye az irharéteg csak felszínes, tangenciális sérülése, így a varrat feleslegessége és a gyorsabb gyógyulás.

Hátrány a seb felszín vérzékenysége. A cél itt az in toto eltávolítás, igaz ezzel az eljárással kevésbé garantálható, mint a leggyakrabban alkalmazott, a bőr teljes vastagságát érintő módok esetén. A kötözési stratégia is eltér a szokásostól, a száraz kötések követő korai pörkösödés kedvez a shave kimetszés sebe gyors hámosodásának.

A kimetszett anyag az indikációt jelentő elváltozásnál optimális esetben keskeny (0,5-1,0 mm-es) gallérral nagyobb, és néhány tized milliméterrel vastagabb. Szöveti feldolgozásra kiválóan alkalmas, bár a patológiai feldolgozása is eltér a szokásostól. A patológus akkor jár el jól a formalinos anyag előkészítése során, ha a felszínre merőleges síkokkal az egész anyagot felszeleteli és az összes szelet a paraffinblokkba kerül.

Rendelésemen 3 év alatt 126 beteg kezelése történt shave kimetszéssel. Az alábbi szövettani diagnózisok születtek: Verruca seb. (92), Naevus pigmentosus (10), Pyogén granuloma (4), Verruca vulgaris (4), Acrochordon (3), Haemangioma (2), Hyperpl. faggyúmirigy (2), Molluscum contagiosum (2), Basalioma (1), Cc. epidermoides corn. (1), Keratoacanthoma (1), Condyloma acuminatum (1), Miliolum (1), Histiocytoma (1), Scabies (1).

Juhász István dr.:

### Dermatochirurgia: múlt, jelen, jövő

Továbbképző előadás

(Debreceni Egyetem Orvos-, Egészségtudományi Centrum, Bőrklínika, Debrecen)

A szerző áttekinti az operatív dermatológia kezdeteitől napjainkig tartó fontosabb trendjeit. Elemzi a legfontosabb beavatkozás típusokat (kryosebészet, diatermia, radiosebészet, lézertérápia, chemosurgery, esztétikai sebészet, körömsebészet, dermatoonkológia), ezek társadalmi, szakmapolitikai környezet által is meghatározott elfogadhatóságát, a lehetséges szövődmények, hibák leggyakoribb okait. Számba veszi a jövő lehetőségeit, melynek alapjául az egyre nagyobb ívű technológiai fejlődés szolgál.



## STD-betegségek

*Halmy Klára dr.:*

### **Vulvovaginalis mycosisok kezelése Omoconazol Nitrát suppositoriummal**

Poster

(Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Mikológiai Laboratóriuma, Debrecen)

33 akut vulvovaginalis mycosis nőbeteget kezeltünk 900 mg omoconazol nitrát hatóanyag tartalmú vaginalis kúppal.

Az egyszer alkalmazott nagy dózisú suppositorium hatásosságát és tolerálhatóságát a kezelése befejezése után és kontrollvizsgálatok alkalmával kiértékeljük. A kúp a vaginalis mycosisok klinikai szimptomáit minimálisra csökkentette. A pozitív gomba kultúrák 73-75%-ban negatívvá váltak.

Mellékhatás egy esetben sem lépett fel. In vitro rezisztencia egy sarjadzógombánál sem mutatkozott. Az adherenciát, a szekretorikus IgG és IgA szintet a suppositorium nem befolyásolja.

*Karászi Viktória dr.:*

### **Tumorként kezelt syphilises primer affectio**

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

Az 50 éves férfi a penisen, a glans és a sulcus coronarius területén szeptember elején kialakult, fájdalommentes, lokális antibiotikus kezelésre nem gyógyuló sebek miatt kereste fel az urológiát. Paraphimosist és a glans bal oldalára lokalizálódó, necroticus felszínű, váladékos, egyenetlen szélű, középen kraterszerűen bemélyedt ulcust észleltek, ezért circumcisiót és penis tumor gyanúja miatt biopsziát végeztek; a szövettani vizsgálat azonban nem talált tumorsejteket, az anyagban plasmasejtek és microabscessusok voltak láthatók. A műtétet követően a penis dorsalis felszínén tályog alakult ki. A beteget ekkor irányították intézetünkbe konzíliumba.

Fizikális vizsgálatok a glanson, a sulcusban, helyenként vastos pörkkel fedett, nedvedző erodált területek, varratok, a penis dorsalis felszínén fluktuáló terime volt látható, inguinalisan mindkét oldalon mobilis, fájdalommentes nyirokcsomók voltak tapinthatók.

Az elvégzett syphilis szerológiai vizsgálatok (az absztrakt leadásáig): RPR: pozitív, 1:64-es hígításban ++ pozitív. TPHA folyamatban.

A betegnél elkezdett penicillinkezelés során (inj. Retarpen 2, 4 i. m.) 39 fokos lázzal járó Jarisch-Herxheimer reakció lépett fel.

Az anamnézis, a klinikai kép, a szerológiai vizsgálatok eredménye, a kezeléskor fellépő szövődmények alapján syphilis I. stádiumának típusos esetéről van szó. Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy minden, a genitálékon észlelt erodált, fekélyes elváltozás esetén ajánlott a syphilis (és HIV) szerológiai vizsgálatokat elvégezni, mielőtt a beteget felesleges műtétnek tenénk ki.

*Kovács János dr.:*

### **A non-gonorrhoeás urethritisek kórokozói, diagnosztikai kérdései és terápiája**

Továbbképző előadás

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani Klinika)

A non-gonorrhoeás urethritisek (NGU) a leggyakoribb szexuális úton terjedő infekciók (STI) közé tartoznak. Gyakoriságuk messze meghaladja a klasszikus nemi betegségek incidenciáját, jelentőségüket különösen aláhúzza, hogy számos, esetenként a reprodukciós készséget is érintő potenciális szövődményük, illetve az elvben rendelkezésre álló hatékony kezelési módszerek ellenére terjedésüket a fejlett országokban sem sikerül megakadályozni. Az epidemiológiai felügyelet romló effektivitása és a társadalmi felvilágosító munka szinte teljes hiánya miatt hazánkban is további terjedésük várható.

Az előadásban a szerző a kórkép kiváltásában szerepet játszó gyakoribb és kevésbé gyakori kórokozókat ismerteti, emellett kitér az ezekkel kapcsolatos aktuális epidemiológiai trendekre is. Előbbiekben túl az előadás témája a betegség diagnosztikája, beleértve a gyorsdiagnosztikára alkalmas, valamint az időigényesebb laboratóriumi módszereket is.

A kórokozók jelenlegi rezisztencia viszonyainak, valamint a kezelés különleges szempontjainak (a terápia könnyű kivitelezhetősége, minél rövidebb időtartama a jó beteg-compliance érdekében) ismeretében a betegség gyógyítására kidolgozott terápiás ajánlások is az előadás részét képezik.

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



## Betegbemutatók

Asbóth Dorottya dr., Torma Katalin dr.:

### Gyermekkori perioralis dermatitis

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály)

5 éves leány szája és orra körül jelentkeztek papulák, mérsékelten infiltrált bőrön, orvoshoz fordult, szteroid externát javasolt, melyre átmeneti javulást mutatott. 8 hónap múlva, nyáron hirtelen romlott, az ekkor alkalmazott közömbös externákra sem változott. Vizsgálatkor az ajkak körül, a nasolabialis redőben, az állon, éles szélű összefüggő plakkban, az alsó és felső szemhéjakon, elszórta a törzsön és a felső végtagokon, fél cm átmérőjű plakkokban, élénk vörös-livid, közepesen infiltrált bőrön papulákat, pustulákat, helyenként csomók láttunk, melyet hámlás, égő, viszkető érzés kísért (1. ábra).

Laboratóriumi leleteiben lényeges eltérést nem találtunk.

A szóródó jelenségekből, a felkarról vett szövettani vizsgálat a kórképnek megfelelő képet írt le.

A per os beállított 0,5 mg/ttkg/nap etretinat kezelés mellett anti-hisztamin, metronidazol és erythromycint kapott. *Streptococcus pyogenes* okozta tonsillitis acuta miatt cefuroxim kúrát alkalmaztunk. Bőrállapota eleinte stagnált, majd közömbös externák és ketokonazol krém mellé, lokális metronidazol állítottunk be. Fokozatos a javulás, 1 hónapos kezelés után a infiltráció, livid erythema lényegesen csökkent, a csomók eloszlottak, a pustula képződés megállt, a papulák száma megkevesbedett.



1. ábra

Száj körüli és szemhéj széli tünetek a kezelés előtt

A kórképet a gyermekkori előfordulás ritkasága, a nagy kiterjedés, a szóródás és az erős terápiaerezisztencia, ill. a lokális metronidazol készítményt jó effektusa miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Gyurcsovics Klára dr.:

### Toxoplasmosis okozta alopecia esete

(Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Bőr- és NG, Győr)

A 37 éves férfi beteg a bőrgyógyászati rendelésen 2000 februárban jelentkezett, hogy haja és szőrzete erősen hullik. Alapos laboratóriumi kivizsgálás és góckutatás eltérést nem mutatott. Th: cink és zselatin kapszula, szteroidos hajszesz.

2003 áprilisában jelentkezett ismét testszerte viszkető, hámló papulákkal. A fejtetőn összefüggő effluvium capillitii a tarkó felett alopecia areata.

Gyakori megfigyeléseink, hogy ilyen elváltozásokat Toxoplasmosis is okozhat, serológiai vizsgálatokat kértünk.

Eredmény: Toxoplasma ELISA IgM-pozitív (index: 8,5)

Toxoplasma ELISA IgG-pozitív >250 IU/ml

Toxoplasma IgG aviditás – magas (4 hónapnál régebbi fertőzésre utal)

Toxoplasma IgA negatív

A bőrgyógyászati gyakorlatban a Toxoplasmosis következményeit leggyakrabban a következő kórképekben láttuk:

Effluvium capillitii (hasonló mint, androgén alopeciánál)

Alopecia areata, totál alopecia (a fentieknél rámutató tünet: egy változó submandibuláris nyirokcsomó). Hazai szerzők közleménye: Toxoplasmosis előfordulása tonsillában – Fül-Orr-Gégegyógyászat 25 (46-48) 1979.).

Hidradenitis axillaris, morbilliform dermatitis, urticaria vasculitis.

Immunosuppressív állapotban a Toxoplasmosis aktiválódhat, ezért érdemes lenne az ilyen kezelés előtt a serológiai vizsgálat elvégzése.

Megjegyzés: a szűrővizsgálatok alapján a „lakosság több, mint fele (52,9%) átesik a fertőzésen”, oki kezeléssel a fenti kórképek eredményesen gyógyíthatók.

Kiss Judit dr., Marschalkó Márta dr., Temesvári Erzsébet dr.,

Hársing Judit dr., Németh Annamária dr., Horváth Attila dr.:

### Metastaticus Crohn-betegség

(Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest)

Az 53 éves nőbeteg nedvedző, sipolyozó bőrfolyamata az 1993-ban végzett myoma műtéte területén kezdődött. Ezt követően számos eredménytelen reoperáció történt. 2 év múlva a gluteusokon és a jobb vállon subcutan csomók jelentek meg. 2002-ben több hónapon keresztül szedett naponta 24 mg Medrolt; ezalatt folyamata nem terjedt. A Medrol leépítésekor több régióban újabb subcutan csomók alakultak ki.

Szövettani vizsgálat több alkalommal történt; chronicus granulomatous gyulladást, valamint idegentest típusú reakciót írtak le többmagvú óriássejtekkel. A Ziehl-Nielsen festés nem mutatott ki Mycobacteriumot. Egy alkalommal a sebváladékból *Streptococcus* tenyésztett ki, de többnyire nem találtak kórokozót.

2003-ban klinikai felvételek a gluteusokon, a jobb vállon, a hason, a bal mellen, a bal lapocka felett erythemás, csomós, nedvedző, sipolyozó bőrtüneteket láttunk (2. ábra). Térd- és vállízületi fájdalomról, a kéz gyengeségéről, szem- és szájszárazságról, valamint gyakori laza székletürítésről számolt be.





2. ábra

Gluteuson erythemas, nedvedző infiltratum, sipoly látható

Laboratóriumi vizsgálatait során emelkedett vörösvértest-süllyedést, CRP szintet, és SS-A, SS-B pozitívítást találtunk. Gombatevényezés negatív volt.

Crohn-betegség gyanúja miatt végzett felső panendoscopya, colonoscopya, és szövettani vizsgálat Crohn-betegségre specifikus eltérést nem igazolt. A leukocytá scintigráfias vizsgálat eredménye utalhat gyulladáshoz, bélbetegség diszkrét aktivitására. Ezért – valamint a súlyos bőrtünetek miatt – kezdett Pentasa, Klion és Budenofalk kezelés hatására bőrtünetei lényegesen javultak.

Az esetet az enyhe gasztrointesztinális eltérések mellett létrejött súlyos, perzisztáló granulomatosus bőrfolyamat miatt mutattuk be. Érdekesé teszi még az esetet, hogy a bőrtünetek a hasi műtétet követően alakultak ki.

Károlyi Zsuzsanna dr., Dózsa Anikó dr., Mórocz István dr.:

**Ochronosis multiszisztémás érintettséggel**

(Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati és Patológiai Osztály, Miskolc)

A 49 éves nőbeteg fülkagylóján 15 évvel ezelőtt szürkés-kék elszíneződés jelentkezett, leánytestvérénél hasonló rendellenességet észlelték. Néhány éve mutatóujjainak radiális felszínén kékes-fekete, tömött tapintatú vonalas lefutású csík alakult ki, subungualisan és sclerákon is kékes-szürke pigmentáció lépett fel (3. ábra). Csecsemőkora óta vizelete alkalmanként sötétte válik, fehéreneműjét elszínezi. Bőrtüneteihez 5 éve súlyos, progresszív térdízületi arthrosis és mitrális stenosis társul. A klinikailag felmerült alkaptonuria illetve ochronosis diagnózisát a vizelet lúgosításával kimutatott homogentizinsav, valamint a bőrbioptia során detektált sárgás-barnás pigmentlerakódás erősítette meg.



3. ábra

Ochronosis: szürkésfekete, lineáris lefutású tömött plakk a mutatóujj radiális felszínén, subungualisan halványkék pigmentáció

Az ochronosis vagy alkaptonuria ritka, autoszomális recesszív öröklődésű enzimopathia, mely a homogentizin-oxidase deficienciája következtében alakul ki. Az enzimdefektus folytán a phenylalanin és tyrosin katabolizmus intermediér metabolitja a homogentizinsav nagy mennyiségben ürül a vizelettel (alkaptonuria). Az oxidált és polymerizálódott homogentizinsav kékes-fekete pigmentként fokozatosan lerakódik a kötőszövetekben és porcokban (ochronosis). A betegség legelső és leggyakoribb tünete a vizelet sötét barna elszíneződése, később a sclerákon, orr- és fülkagylókon, extensor inak felett kékes-fekete elszíneződés jön létre. A homogentizinsav lerakódása az ízületi porcokban destruáló osteoarthritishez, a cardiovascularis ochronosis a szívbillentyűk stenosisához vezethet. A diagnózis megerősítéséhez a homogentizinsav kimutatása szükséges a vizeletből.

A szerzők esetüket a kiterjedt bőrtünetek és a változatos szervi manifesztációk miatt tartják bemutatásra érdemesnek.

Kondorosi Ildikó dr., Noll Judit dr.:

**Akut ulceronecrotikus Mucha-Habermann betegség**

(Főv. Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály)

A pityriasis lichenoides et varioliformis acuta ismeretlen etiológiájú, akut vagy subacut lefolyású megbetegedés. Általában a törzsön kezdődik erythemas papulákkal, melyek hetek alatt pikkelyessé, pörkössé válnak, néha kifelélyesednek, súlyos esetben depigmentációval és heggel gyógyulnak. Lázzal társulhat. Általában gyermekeknél fordul elő az akut ulceronecrotikus forma, mely egyes elgondolás alapján valamilyen fertőzési ágensre adott hyperszenzitív reakció lehet. Szövettan mérlegelendő, mert előfordulhat sejt atypia, krónikus esetben lymphomatoid papulosisba, cutan T sejt limfomába fordulhat a betegség.

7 éves fiú esetét ismertetjük, aki 2 hete meglévő, testszerte – hátlatokban is – jelentkező változatos, erythemás, enyhén beszűrt, helyenként finoman hámló, helyenként ulcerálódott, fájdalmas plakkokkal került felvételre osztályunkra (4. ábra). Az elvégzett szövettani vizsgálat a pityriasis lichenoides et varioliformis diagnózist alátámasztotta. A szövettani metszeten szabályos szerkezetű, parakeratotikus hámmal fedett bőrrészlet, a dermis felső részében a hámat is elérő kereksejtes beszűrődés, egysejtes necrosis látszott, mérsékelt oedema mellett.

A gyermek laborleleteiben eosinophiliát, hyperlipidaemiát találtunk. Orr-, torokváladékából kórokozó baktérium nem tenyésztett ki. Hasi UH vizsgálat mérsékelt hepatomegáliát mutatott, hepatitisz szerológia negatív. Mellkas rgt. felvételén bronchitis ábrázolódott. Bentfekvése alatt zajlott emelkedett gyulladáshoz paraméterekkel társuló lázas periódusa. Per os makrolid antibiotikumot állítottunk be, majd a lokális kezelés mellett a lázas periódus lezajlása után 1 mg/ttkg/nap dózissal kortikoszteroidot, illetve a későbbiekben a nem kielégítő terápiás hatás miatt per os 25 mg/die acitretint. A kifejezetten inflammált tünetek miatt fényterápiára a gyermek nem volt alkalmas. Az alkalmazott kezelés mellett a tünetek regressziót mutattak.



4. ábra

A mellkason gallérszerűen elhelyezkedő, erythemás, helyenként ulcerált, fájdalmas plakkok



Az esetet a differenciáldiagnosztikai nehézségek, terápiarezisztencia, illetve súlyossága miatt ismertetjük. A beteget a későbbiekben szorosan observálni kell az előforduló lymphoproliferatív betegség korai felismerése miatt.

*Kovács András dr., Péter Iván dr., Zombai Erzsébet dr.,  
Pytel Ákos dr.<sup>1</sup>, Farkas Beatrix dr.:*

**Zoon balanitis**

(PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs,  
PTE ÁOK Urológiai Klinika, Pécs<sup>1</sup>)

A szerzők egy 45 éves férfibeteg esetét ismertetik, aki 1994 óta szenvedett krónikus recidíváló balanoposthitisben (5. ábra). Ismétel-



5. ábra  
Balanoposthitis

telten negatív eredményű komplett STD vizsgálatok mellett urológiai szakrendelésen lokális és szisztémás antibiotikus, antimikotikus és antivirális kezelésekben részesült, azonban bőrfolyamata perzisztált. 2001-ben glansból és praeputiumból próbaexcísió történt, amelynek hisztológiai vizsgálata balanoposthitis plasmacellularist igazolt. 2003-ban klinikánk STD ambulanciájának javaslatára circuncísió történt, amely gyógyulást eredményezett.

*Lohinai György dr.:*

**Furunculus-szerű myiasis**  
(Budapest)

Az 51 éves férfibeteg elmondása szerint bőrelváltozása – esetlegesen – előzetesen fennálló anyajegy területén vagy fésülés okozta sérülés következtében jöhetett létre.

Vizsgálatakor a hajás fejbőr bal oldalán, az occipito – parietalis tájékon volt látható egy 2 cm átmérőjű, vérbő, gennyedző, pörkkel fedett csomó, mely klinikailag pyogen folyamatnak, atheromának felelt meg. Nyirokcsomó nem volt tapintható, de korábban volt fájdalma a fül és állkapocs közötti szögletben.

Ennek megfelelően clindamycin peroralis és salicylsavas helyi kezelést kapott.

A gennyedés megszűnt, a terime kissé összehúzódott, viszont véres-savós váladék ürült belőle. Mivel folyamata nem nyugodott meg, mechanikus pressio történt. Eközben az elváltozás 3-4 mm átmérőjű szájadéka 6-8 mm-re tágult, de gennycsap helyett zselés, kocsonyás állagú képződmény jelent meg, mintha a termie eventeráldna. A közepes erejű nyomást visszaengedve a hyalinos kinézetű massa visszabukott. Ez néhányszor megismétlődött. Ezután egy intenzív nyomásra a képződmény véres-gennyes savó kíséretében kilövellt és a földön állapodott meg. Középről megtekintve mintegy 1,5 cm hosszú, fél cm széles, többszörös horogkoszorúval felszerelt álca került napvilágra (6. ábra). A beavatkozás után egy héten belül meggyógyult a beteg.



6. ábra  
Dermatobia hominis lárvája hajás fejbőrön

Ezután rákérdezve 2003. márciusi vizsgálata előtt 1,5 hónappal Quatemalában és Mexikóban járt, 1500–3000 m tengerszint feletti magasságban, hűvös, de trópusi éghajlatú területeken. Óserdő közelében, kávétermesztő területet is látogatott, ahol a *Dermatobia hominis* nevű légy is tartózkodik. Ez phoresis révén 50%-ban szúnyog – 50%-ban légyfélre rakja saját a petéit, melyek, mint közvetítők szállítják azt az emberre. Vagy a vérszívó által ejtett nyíláson vagy aktívan az ép bőrön hatol be a testmelegen kikelt lárva. Sebváladékkal, szövettörmelékkel táplálkozik és természetes *cyclus*ában, 1-4 hónapos táplálkozás után távozva a talajon bábozódik. A nyugalmi szakasz 1-3 hónapig tart. A kifejlett legyek már nem táplálkoznak.

*Ottó Iringó Ágnes dr., Kopcsányi Henriette dr.,  
Feldmann Julianna dr.:*

**Acroosteopathia ulceromutilans**

(Pest megyei Flór Ferenc Kórház, Bőrgyógyászati Osztály,  
Kistarcsa)

59 éves, kb. 20 éves ismert diabeteses (10 éve inzulinnal kezelt) férfibeteg esetét mutatjuk be. Anamnesisében hypertonia, ischaemiás szívbetegség, hyperlipidaemia, obesitas szerepelnek.

2003. májusában jelentkezett először osztályunkon. Felvételi status: mko. alsó végtagon ujjbenyomatot tartó oedema. Mindkét oldalon a tibia feletti bőr barnásan indurált, tömört tapintatú. Lábszáraikon néhány régebbi ulcus gyógyult hege. Mutilált bal láb, deformált, destruált II-IV-es ujjak. Jobb oldalon destruált IV-V-ös ujjak. A lábfejek egészében megrövidültek, a mediális kontúr lelaposodott, a talpboltozat összeesett, ún. „hintalólab” képét láttuk. A bal talpon 3 db (2-1-0,5 cm-es), lepedékes, kb. 4 mm mély, hyperkeratosissal övezett malum perforans pedis (7. ábra). A jobb talp laterális részén egy kb. 2,5 cm átmérőjű, túlsarjadó ulcus; a jobb talpon még 2 db kisebb, mély, reakciómentes környezetű fekély. Neurológiai vizsgálata során az alsó végtagi mélyreflexek nem voltak kiválthatók, mko. alsó végtagokon zokniszerű lokali-





7. ábra

Acroosteopathia ulceromutilans – torpid, lepedékes, talpi fekélyek

zációban paraesthesia volt kimutatható. Angiológiai vizsgálat Ryder-Seifer féle kalibrált hangvilla teszttel súlyos fokú neuropathia diabeticát, Doppler UH-gal diabeteses macroangiopathiát erősített meg. Systemás antimicrobás, keringésjavító infusios és localis dezinficiens, hámosító kezelés hatására cellulitise szanálódott, ulcusai hámosodni kezdtek.

Következő felvételére 2 hónap múlva került sor. Ekkor anasarca nem volt, a talpi ulcusok egy része behámosodott. Keringésjavító infusios, antimicrobás és localis therápiában részesült. Dyspnoe, mérsékelt anemia miatt ambulanter mellkas CT készült, mely a mediastinum kontúrjait kiboltosító, diffusan tömegesebb zsírszövetet, néhány 5-8 mm-es felső mediastinalis nyirokcsomót írt le trachea compressio, pulmonális eltérések nélkül. Lábfejeokről készült röntgen súlyos osteolyticus elváltozásokat, csontfragmentatiót mutatott.

Legutóbbi jelentkezése előtt 2 nappal láz, hidegrázás kíséretében a bal lábfejen fájdalmas erythema alakult ki; a talpi fekélyekből purulens, odorosus váladékcsgást, csont sequesterek ürülését észlelte. Sebváladékból *Proteus vulg.*, *Staphylococcus aur.* tenyésztett ki. Clindamycin, ciprofloxacin po. és localis dezinficiens kezelés hatására láztalanodott, az erythema és a fájdalom megszűnt. Ezzel párhuzamosan acut látásromlást tapasztalt a bal szemén. Szemészeti osztályos kezelése során acut iridocyclitist hypopyonnal, vitritis, üvegtesti haemorrhagia igazolódott.

Az esetet – fájdalmatlan talpi fekélyek, perifériás alsó végtagi polyneuropathia és acroosteolysis triádját (Bureau-Barriere syndroma) – súlyos formában történő megjelenése miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

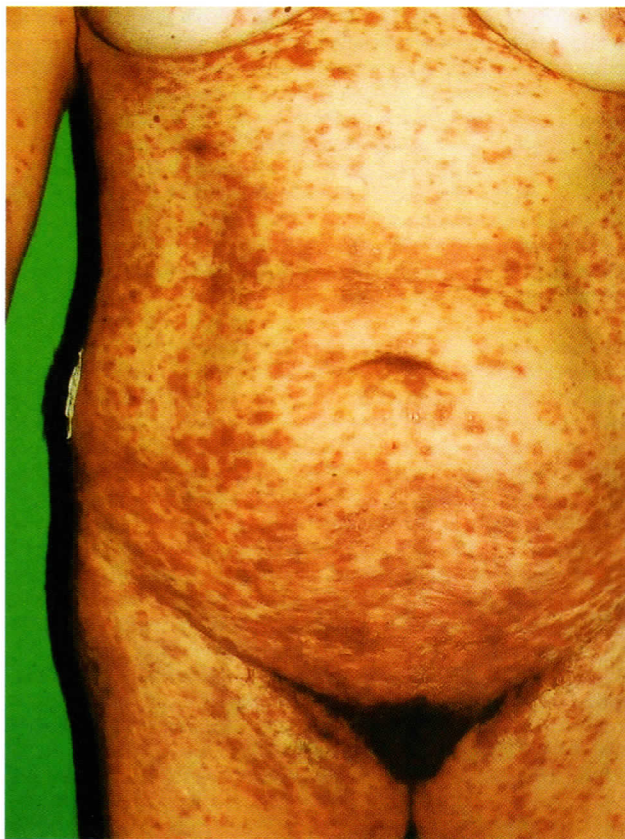
Pap Orsolya dr., Szepes Éva dr., Zombai Erzsébet dr.,  
Farkas Beatrix dr.:

**Lichen planus bullosus et hypertrophicus**

(PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerzők egy 59 éves nőbeteg esetét mutatják be, akinek klinikai felvételét megelőzően másfél hónapja kezdődtek viszkető bőrtünetek, melyek anticscabieses kezelés mellett progrediáltak. A törzsi dominanciával jelentkező részben hyperkeratotikus, részben haemorrhagiás pörkkel fedett papulák mellett szájnyalakárhartya-tüneteket is észleltek (8. ábra). A polymorph klinikai kép miatt próbaexcisiót végeztek, a hisztológiai készítmény lichen planust igazolt bullosus és hypertrophicus részletekkel.

Localis steroid, majd RePUVA therápiára a kínzó viszketés megszűnt, a lichenes eruptiok ellapultak, a folyamat kifejezett regressziót mutatott.



8. ábra

A törzsön nagyszámú erythemás, erodált felszínű, hámló papulák

Paragh György dr., Maka Erika dr., Kárpáti Sarolta dr.,  
Horváth Attila dr.:

**Blepharochalasis**

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-,  
Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 13 éves fiú egyéni és családi anamnesisében említésre méltó esemény nem volt a két éve kezdő szemhéjpanaszain kívül. Ezek hirtelen jelentkeztek és hetek alatt progrediáltak a jelenleg is látható klinikai tünetet eredményezve. Reggelente mindkét szemén szemhéjoedema jelentkezik, amely nappal csökken, de a felső szemhéjakon jól látható ráncosság, tasakszerűen lecsüngő szemhéj észlelhető (9. ábra). Az alsó szemhéj normális megjelenésű. Fizikai vizsgálat egyéb eltérést



9. ábra

A felső szemhéjakon jól látható ráncosság, tasakszerűen lecsüngő szemhéj



nem mutatott. Az elvégzett laboratóriumi tesztek emelkedett szérums IgE, gyengén pozitív lupus anticoaguláns és antiadrenális ellenanyag pozitivitást mutattak. Az eset ismertetése kapcsán be kívánjuk mutatni a ritkán megfigyelhető blepharochalasis kialakulásában szerepet játszó lehetséges kórképeket, és felkívánjuk hívni a figyelmet az anitadrenerg ellenanyagok feltételezett patogenetikai szerepére.

*Pónyai Katinka dr., Ablonczy Éva dr., Horváth Attila dr.:*

**Lichen ruber verrucosus és hepatitis-C-vírus fertőzés**  
(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

75 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében hypertonia, osteoporosis, varicectomia, struma nodosa szerepel. Elmondása szerint transzfúziót nem kapott. 2002 novemberében a jobb külboka felett 3-7 cm nagyságú ovális, erősen beszűrt, a bőrfelszínből kiemelkedő, verrucosus, kissé hyperkeratotikus felszínű, livid erythemás, erősen viszkető plakk alakult ki (10. ábra), amely lokális terápiára nem javult. 2003 februárjában mindkét lábszáron, combon, alkarokon erythemás, 1-2 cm-es papulák jelentek meg. A jobb külboka feletti plakk területéről biopszia történt. A szövettani vizsgálat lichen ruber verrucosus diagnózisát állította fel. Rutin laboratóriumi vizsgálatok során a normál érték háromszorosának megfelelő GOT, és GPT szintet észleltünk. Felmerült krónikus májbetegség, ill. esetleges vírusfertőzés lehetősége. Az anti-HCV ELISA pozitív volt, kontroll HCV PCR vizsgálat megerősítette a krónikus hepatitis C vírus fertőzés fennállását. A beteg helyileg occlusióban alkalmazott kortikoszteroid kezelésben részesült, valamint négy alkalommal 1-1 Gy terápiás sugárzást kapott a jobb külboka feletti plakkra. Az alkalmazott lokális terápia mellett a tünetek visszahúzódtak. A hepa-

titis C infekció kezelése a területileg illetékes hepatológiai osztályon történik.

A HCV vírus bizonyítottan megbetegíti a keratinocytákat a lichenes léziókban, bár replikációjára megdönthetetlen bizonyíték nem áll rendelkezésre. A keratinocyták érintettsége szerepet játszhat a lichen ruber planus kialakulásában krónikus hepatitis C fertőzésben szenvedő betegekben.

Mindezek alapján lichen ruber planus esetén mindenképpen ajánlott a HCV szűrővizsgálat elvégzése, és annak pozitivitása esetén a beteg megfelelő hepatológiai szakellátása.

*Scharrer Krisztina dr.:*

**Lokalizált kontakt meleg urticaria**

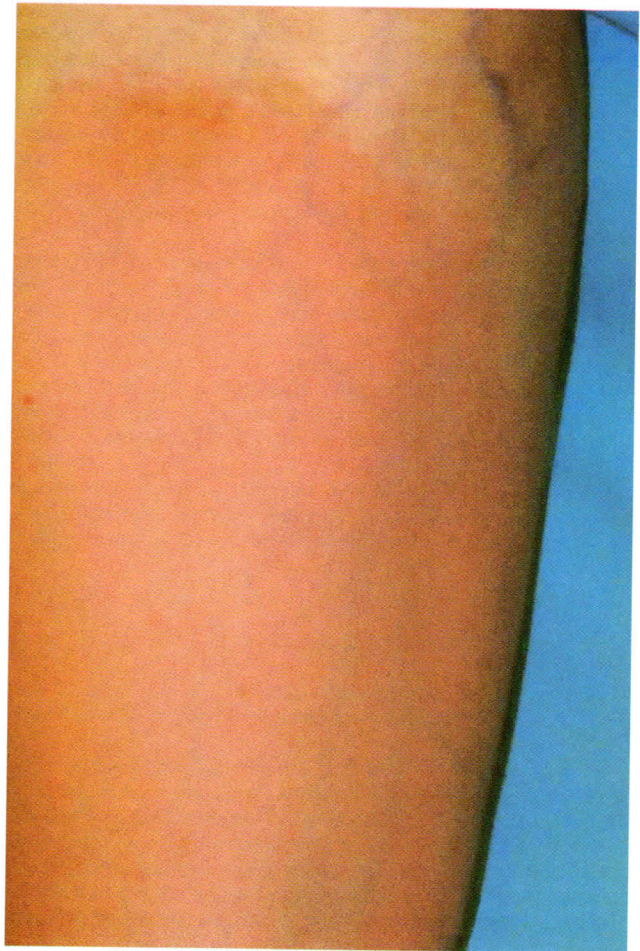
(MH Központi Honvédkórház Bőrgyógyászata, II. sz. Szakrendelő)

Az 56 éves nőbeteg anamnézisében tonsillectomia szerepel. Panaszai 2003 januárjában, a rendelőben való jelentkezése előtt 2 héttel kezdődtek melegvíz hatására bőrpírral, viszketéssel, szívdobogásérzéssel, szédüléssel. Tünetei minden alkalommal hő hatására, körülírt bőrterületen mutatkoztak és 1-1,5 óra alatt spontán szűntek. Vizsgálatokor bőrtünetet nem észleltünk. 40 fokos vízzel 10 percig az alkar bőrét provokálva a provokáció helyén urtica képződést észleltünk (11. ábra). A beteg heves viszketésről és a már fent említett szubjektív panaszokról számolt be. Provokáció során tachycardiát és vérnyomás emelkedést tapasztaltunk. Hideg provokációra tünetek nem jelentkeztek, dermografizmus nem volt. A góckutatás során bal oldali cholesteatomát találtunk, melynek műtéti megoldása után sem változtak a beteg panaszai. Általános laboratóriumi vizsgálatok negatívak voltak. Meleg provokáció előtt és 15 perccel utána hisztamin szint meghatározására küldtünk szérumot, melynek meghatározása még folyamat-



10. ábra

Verrucosus, kissé hyperkeratotikus felszínű, livid erythemás plakkok a jobb lábszáron



11. ábra

Meleg provokációra kialakult kontakt urticaria



ban van. Flowcytometriás vizsgálattal a provokáció utáni mintában a keringő granulocyták citoplazmájában a hisztamin tartalom 17-20%-os csökkenését állapítottuk meg, ami a sejtek degranulációjára utal. A provokáció sem össz. IgE, sem C3, C4 változást nem okozott. A beteg saját szérumát termosztátban 40 °C-on 10 percig inkubálva, majd szobahőre lehűtve intracutan próbát végeztünk saját savó és fiziológiás sóoldat egyidejű i. c. adása mellett. Az inkubált szérum befecskendezési helyén 15 mm-es urticaria képződését észleltük, mely felveti annak a lehetőségét, hogy bizonyos szérum faktorok hőre való megjelenése van a tünetek hátterében. A normál bőrön és a provokált területből vett punch biopsiás minta szövettani vizsgálata cresil festéssel a provokáció után az erek körül több mastocyta felszaporodását írta le.

A kontakt meleg urticaria nagyon ritka rendellenesség, melyet először Duke írt le 1924-ben. Azóta világszerte mindössze 49 esetet közöltek. A betegek antihisztamin kezelésre nem, vagy kis mértékben reagálnak. Mi is több antihisztamint próbáltunk ki effektus nélkül. A beteg melegtoleranciájának ismételt és fokozatos meleg provokációkkal való kialakítása hozott terápiás sikert.

*Schmidt Helga dr., Török László dr., Kocsis Lajos dr.:*

#### **Segmentalis purpura**

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

A segmentálisan elhelyezkedő purpura ritka. A bemutatásra kerülő betegünk 12 éves, akinek az elmúlt év tavaszán jelentkeztek először bőrtünetei. Változó gyakorisággal könyökhajlatokban, alkarjai hajlító felszínén, illetve egy alkalommal jobb lábszárán és a térd medialis oldalán alakultak ki lineáris jellegű petechiák, melyeket viszketés, valamint érintésre való kifejezett fájdalom kísért (12. ábra). A bőrtünetek szabálytalan időközönként jelentkeztek. Kialakulásukat általában kisebb mértékű rossz közérzete előzte meg, mely hamar megszűnt. A beteg kivizsgálása során lényeges kóros eltérést nem találtunk. A szövettani kép capillaritis jeleit mutatta. A bőrtünetek minden esetben néhány napon belül, spontán, maradványtünetek nélkül elmúltak.



12. ábra  
Lineáris petechiák karokon

A betegség ismertetését a tünetek érdekes alakja és elhelyezkedése, ismeretlen eredete, valamint a szakirodalomban való ritka előfordulása miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

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

#### **Benignus lichenoid keratosis több eset kapcsán**

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A benignus lichenoid keratosis, vagy lichen planus szerű keratosis 1966 óta ismert önálló entitás, mely klinikailag leginkább keratosisra, szövettanilag pedig lichenre emlékeztet.

Az egyetlen nem melanocyter elváltozás, mely dermatoszkóppal regressziós tüneteket mutathat, ezért ismerete differenciáldiagnosztikailag különösen hasznos.

A klinikailag nem egységes megjelenésű kórképet több eset kapcsán mutatjuk be, demonstrálva a szövettani jellemzőket és a dermatoszkópos eltéréseket is.

*Svajda Bernadett dr., Szepes Éva dr., Zombai Erzsébet dr.,*

*Farkas Beatrix dr.:*

#### **Herpes gestationis**

(PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs)

A szerzők egy 28 éves gravida esetét ismertetik, aki terhessége 31. hetében jelentkezett 5 hónapja köldöktáján kezdődő, majd has bőrén szóródó, végül testszerte jelentkező viszkető, hólyagos bőrfolyamat miatt (13. ábra). A bőrelváltozásból elvégzett szövettani vizsgálat herpes gestationis igazolt. A megkezdett alacsony dóziszú szteroid adása mellett bőrtünetei regressziót mutattak, a szülés időpontjáig a szteroid adagjának csökkenése mellett sem észleltek újabb, aktivitásra utaló jeleket.

Egészséges leánygyermekének világrahozatalát követően recidív tünetekkel jelentkezett, mely miatt a szerzők a korábbi, de magasabb dóziszú szteroid adására tértek vissza. 10 nap után ismételt dózisleépítést



13. ábra  
Herpes gestationis



kezdték. A napi 10 mg fenntartó adagú prednisolon szedése mellett recidíva nem jelentkezett.

*Szandányi Réka dr., Pónyai Katinka dr., Marschalkó Márta dr., Karácsi Viktória dr., Hársing Judit dr., Holló Péter dr., Gergely Péter dr., Wikonkál Norbert dr., Horváth Attila dr.:*  
**Ritka bőrtünetek juvenilis Sjögren szindrómában**  
(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Esetismertetésünkben két fiatal nőbetegnél diagnosztizált juvenilis Sjögren szindróma esetét mutatjuk be, akiknél a betegség 10, ill. 11 éves korban alakult ki.

Mindkét betegnél az első tünetek extraglanduláris jellegűek vol-



14. ábra

Lábszáron található livid purpurák és barna hyperpigmentáció



15. ábra

Annuláris erythema az arcon

tak (ízületi fájdalom, ill. alsó végtagi purpurák). A kivizsgálás során a diagnózist a következő SS-ra jellemző eltérések alapján állítottuk fel: parotitis (1 esetben), tünetmentes sicca-szindróma, gyorsult sülyledés, leukopenia, anemia, SS-A, SS-B, RF, ANA pozitívitás. Szisztematizációra utaló tünetet nem találtunk, kezelésben nem részesültek.

Jelen felvételkor első betegünkönél extrém magas poliklonális gammopathiát találtunk, mellyel összefüggésbe hozható a bőrtünet: a mindkét lábszáron nagy számban diffúzan jelentkező lividvörös purpura, barna hyperpigmentáció (14. ábra). Szövetteni vizsgálat és a klinikai kép alapján a tünet hypergammaglobulinaemiás purpurának felel meg.

Második betegünkönél az arcon unilaterálisan, évek óta fennálló centrálisan gyógyuló erythemás plakkot észleltünk. Szövetteni vizsgálat DLE-re, SCLÉ-re jellemző eltéréseket nem írt le. A típusos klinikai kép alapján az elváltozást erythema annularéknak tartjuk.

Irodalmi adatok szerint a juvenilis Sjögren-szindróma (SS) a diagnosztizált esetek 5%-át teszi ki. A leggyakrabban észlelt gyermekkori tünet a recidív parotitis, bőrtünetek közül alopecia, erythema nodosum, bőrszárazság, hámlás, purpurák fordulnak elő.

A gyermekkori SS diagnosztikus nehézséget okozhat, mivel a felnőttkorban általában vezető tünetként jelentkező sicca-szindróma a juvenilis formában nem okoz panaszt. Az első betegnél megfigyelt hypergammaglobulinemiás purpura a juvenilis esetekben sem ritka, a második betegen leírt annuláris erythema (15. ábra) nem ázsiai betegen nagyon ritkán kerül közlésre.

*Tabák Réka dr., Holló Péter dr., Szakonyi József dr., Hársing Judit dr., Bottlik Gyula dr., Somlai Beáta dr.:*  
**Nephrosis szindrómához társuló angiolymphoid hyperplasia eosinophiliával**  
(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Az angiolymphoid hyperplasia eosinophiliával egy ritka, differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó, de szövettanilag jól meghatározott recidív vasularis proliferatio, amely leggyakrabban nőknél jelentkezik a fej-nyak régióban.

A 48 éves nő anamnesisében psoriasis, hipertonia szerepel. 1999-ben jelent meg a homlok-hajás fejbőr határán egy ép bőrrel fedett, mobilis subcutan terime, amelyet külső intézményben kiemestettek, a szöveti képet nem specifikus gyulladós reakciónak értékelték (16. ábra). Az elváltozás 2 évvel később recidívált, majd az ekkor jelentkező nephrosis szindróma miatt indított nagy dózisu steroidkezelés mellett teljesen regrediált. A steroid elhagyása után újabb recidíva alakult ki, amelyet 2002-ben sebészileg eltávolítottak. 2003-ban kereste fel klinikánkat első alkalommal, ismételt recidíva miatt. A típusos klinikai kép és anamnesis alap-



16. ábra

Angiolymphoid hyperplasia eosinophiliával típusos lokalizációban



ján angiolymploid hyperplasiát eosinophiliával diagnosztizáltunk, melyet a szövettani vizsgálat igazolt.

Az irodalmi adatok alapján a betegség egyik kóroki tényezőjeként felmerül a HHV-8 szerepe. PCR a szövetmintákból és serumból folyamatban van. Az eset érdekessége a nephrosi syndomával való társulás, melyre az irodalomban 3 közlést találtunk.

*Torma Katalin dr., Szalai Zsuzsa dr., Molnár Katalin dr.:*

#### **Terápiarezisztens dermatomyositis intravénás immunglobulin kezelése**

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza  
Bőrgyógyászati Osztály)

A 14 éves fiú 10 éves kora óta áll gondozás alatt dermatomyositis (17. ábra) miatt a Heim Pál Kórház Bőrgyógyászati Osztályán. Kortikoszteroid és immunszuppresszív szerek – cyclosporin, methotrexat, azathioprin, cyclophosphamid- elégtelen terápiás hatása, illetve mellékhatások jelentkezése miatt új terápiás megoldás vált szükségessé. A beteg intravénás immunglobulin kezelésben részesült 2 g/ttkg adagban, összesen 6 ciklusban. A kezeléseket után bőrtünetei maradványtünetek hátrahagyásával gyógyultak, izomereje rendeződött. Az intravénás infúzió beadásakor minimális lokális irritáció kivül egyéb mellékhatás nem jelentkezett.



17. ábra  
A kéz kisizületei felett Gottron papulák

Az IVIG az irodalmi adatok szerint hatékony terápiarezisztens dermatomyositises szerekkel kombinálva, csökkenti azok dózisát. Az IVIG hatásmechanizmusa pontosan nem tisztázott, számos elmélet létezik. Feltételezik, hogy Fc receptor blokádnak, idiotipus-antiidiotipus kölcsönhatások, komplement aktiváció kompetitív gátlása, B és T sejt működés gátlása, patogén autoantitest elimináció fokozás révén hat. A bőrtünetek regressziója és az izomerő növekedés lassan, fokozatosan következik be. A terápiarezisztens esetekben bár költséges, de hatékony, biztonságos és kevesebb immunszuppresszív szerre van szükség.

**ACICLOVIR®**  
**Telviran®**

herpes simplex

herpes zoster

herpes genitalis

800 mg  
400 mg  
200 mg  
5% krém  
3% szemkenőcs

**AZ ELSŐ VÁLASZTÁS  
A SZISZTÉMÁS  
ANTIVIRÁLIS  
KEZELÉSBEN**

További információ:  
Egis Gyógyszergyár Rt., Termékközpont  
1146 Budapest, Hungária krt. 179-187.  
Tel.: 469-2222 - Fax: 363-9257  
E-mail: marketing.opr@egis.hu



## Betegbemutatók / Onkológia

Ábrahám Katalin dr., Marschalkó Márta dr., Désaknai Márton dr., Ablonczy Éva dr., Hársing Judit dr., Horváth Attila dr.:

### Mycosis fungoides (II B) szemét veszélyeztető, gyors progressziójú tumorral. Sikeres kombinált röntgen és interferon kezelés

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 71 éves férfibeteg anamnézisében magas vérnyomás betegség, prostata hyperplasia miatt műtét, többszörös érszűkület, bal arteria carotis és bal iliofemoralis TEA, mélyvénás thrombosis, ismeretlen etiológiájú proteinuria és beszűkült vesefunkció szerepel. Bőrbetegsége 1992-ben kezdődött ekzematiform, viszkető plakkokkal. Klinikai ambulanciánkon mycosis fungoides gyanújával 1994-ben végzett szövettani vizsgálat aspecifikus szöveti képet mutatott, ismételt hisztológiai vizsgálat 2000-ben mycosis fungoidest véleményezett. Nyirokcsomók aspirációs cytológiai vizsgálata reactiv lymphadenomegaliát igazolt, flowcytometria a perifériás vérben CD4 sejt túlsúlyt mutatott. Interferon, PUVA és lokális röntgen kezelés mellett folyamata regrediált. Ez évben a kezelést kisebb-nagyobb megszakításokkal végezte, ill. gyakorlatilag elhagyta. Ezt követően igen gyors progresszió lépett fel. Generalizált bőrtünetek és tumorok jelentek meg, amelyek közül a legnagyobb a jobb alsó szemhéjat infiltráló, 6 cm átmérőjű, kifehélyesedő tumor volt. A megismételt szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat típusos mycosis fungoidest igazolt, kivizsgálása során egyéb manifestáció kizárható volt. Az interferont emelt dózisban (6 majd 4, 5 ME) visszaállítottuk, emellett a tumorokra négy régióban 120 Gy összdózisú sugárkezelést adtunk. Az arc jobb oldalán a folyamat heggel, a jobb szem alatti elváltozás ectropium hátrahagyásával majdnem teljesen gyógyult. Kiemelendő, hogy a mycosis fungoideses betegnél az interferon ismételt adásakor rövid időn belül terápiás hatást értünk el, és az egyidejűleg alkalmazott nagy dózisú radioterápia eredményesnek bizonyult a rendkívül gyorsan progrediáló tumorok kezelésében.

Baltás Eszter dr.:

### Stewart-Treves-syndroma

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A 73 éves nőbeteg bal lábszáráról superficiálisan terjedő melanoma malignum eltávolítása történt bal inguinális blockdissectióval együlésben. Negatív staging vizsgálatok után a beteg rendszeresen járt onkológiai gondozására. Reziduális mérsékelt secundner lymphoedemán kívül egyéb panasz nem volt. Nyolc évvel a primer műtétet követően, a korábbi hegvonallal mellett tenyéryn, puha tapintatú beszűrődés jelent meg. Az elvégzett hisztológiai vizsgálat részben lymphangiómára, részben pseudo-Kaposi érproliferációra emlékeztető szövetszaporulatot írt le. A terime rapid növekedése és kifehélyesedése miatt ismételt szövettani vizsgálatot végeztünk, mely lymphoedema talaján kialakult angiosarcomát, Stewart-Treves-syndromát igazolt. Staging vizsgálatok során a malignus alapteregség disseminációjára utaló jelet nem találtunk. PET vizsgálattal a jobb vesében leírt aktivitásfokozódás háttérben hydronephrosis igazolódott. A lábszáron növekvő sarcoma gyors progressziójára való tekintettel a betegnél femoralis amputatio történt. Három hónappal az amputatio után panaszmentes, rendszeresen jár onkológiai gondozásra. Az esetet a kórkép ritka előfordulása miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Borbola Kinga dr., Gilde Katalin dr., Bánfalvi Teodóra dr.:

### Malignus kék naevus

(Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászat)

A 79 éves férfibeteg távolabbi anamnézisében AMI, BPH szerepel és 2000-ben a jobb oldali subclaviculáris régióból basaliomát távolítottak el.

2002. áprilisában Balassagyarmaton a bal scapula feletti területéről ökölnyi tumort távolítottak el. A hisztológia az izmot infiltráló, többszörös nyirokér betörést mutató Clark V melanoma malignumot véleményezett. Intézetünkben metszetkonzílium történt, mely Clark V, Breslow minimum 1 cm malignus kék naevust igazolt. 2002. júniusban a bal axillában aspirációs cytológiával igazolt metastasis miatt axilláris blockdissectiót végeztek szintén Balassagyarmaton. A beteg ezt követően gondozásra nem járt, adjuváns kezelést nem kapott. 2003. márciusában jelentkezett ismételt intézetünkben a törzsén és fején kialakult számos, 0,5-1,5 cm-es, kékesfekete, bőrfelszínből félgömbszerűen előemelkedő, tömött tapintatú csomó kialakulása miatt. Staging vizsgálati során az elvégzett mellkas rgt. koponya CT és axilláris UH vizsgálat egyéb lokalizációban metastasisra nem utalt. DTIC monokemoterápiát kezdtünk, valamint a bal vállon, mellkasfalán és a fejétől lévő cutan metastasisok területére 40 Gy összdózisú elektron irradiációban részesült, melyek a kezelés hatására jelentősen ellaposodtak.

Jelenleg a beteg általános állapota jó, laborértékei a normál tartományban vannak. Kontrollvizsgálatai során sem igazolódott belszeri dissemináció.

Esetünket azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert a kék naevus malignizációja tapasztalataink és az irodalom szerint is rendkívül ritkán fordul elő.

Csikós Márta dr., Hársing Judit dr., Bottlik Gyula dr., Holló Péter dr., Horváth Attila dr., Somlai Beáta dr.:

### Multiplex világos sejtes acanthoma (Degos tumor)

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 70 éves férfibeteg anamnézisében bal oldali alsó végtagi mélyvénás thrombosis és toxikus hepatopathia szerepel.

Bőrtünetei 2001. szeptemberétől jelentkeztek, kezdetben a bal lábháton, majd mindkét lábszáron.

2003. júliusában jelentkezett klinikánkon, ekkor a lábszárakon bal oldali dominanciával a krónikus vénás insufficiencia jelei mellett körkörösön számos, helyenként confláló, tömött tapintatú, exophyticus, helyenként excoriált és erodált, hámló szegélyű halványlivid tumort észleltünk, egy-egy soliter elváltozással a combokon (*l. ábra*). Az egyik növedék szövettani vizsgálata világos sejtes acanthomát igazolt.

A világos sejtes acanthoma (Degos tumor) ritka, típusosan késői felnőttkorban manifesztálódó, soliter, elsősorban az alsó végtagokon jelentkező benignus hám eredetű tumor. Jellemzője a lassú növekedés, a környezetétől való éles elhatárolódás, a felszíni nedvedzés, esetenként a haemorrhagiás punktiltság és a gallérszerű pikkelyes hámlás. Ritkán multiplex és néhány esetben familiáris halmozódást is észleltek.

Szövettanára a tumor centrális részén megfigyelhető acanthosis, és a bazális rétegben nagy, világos cytoplasmájú, PAS pozitív glikogént tároló hámsejtek halmozódása jellemző. Ultrastrukturálisan a keratinocyták glikogén depozíciója, nukleáris és mitokondriális abnormalitások és a Langerhans sejtek glikogén fagocitózisa jellemzi.

Betegünk esetében a rutin hisztológia (haematoxin-eosin és PAS festés) mellett elektronmikroszkópos vizsgálatot is végeztünk.

A világos sejtes acanthoma terápiájában a soliter elváltozások esetében a sebészi in toto excisiót, míg multiplex megjelenésű formákban többnyire cryo- és lokális rgt. terápiát alkalmaznak





1. ábra

A lábszárakon a krónikus vénás insufficiencia jelei mellett körkörösön számos, helyenként confláló, exophyticus, excoriált és erodált, hámló szegélyű halványlivid tumor

sikerrel. Betegünk esetében a folyamat kiterjedt volta terápiás nehézséget jelent. Bemutatását is ez a szokatlan kiterjedtség indokolja.

Gódor Zsófia dr., Gilde Katalin dr., Bánfalvi Teodóra dr.:  
**Intraocularis melanoma késői hepaticus disszeminációja**  
 Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály)

55 éves férfibeteg anamnézisében 17 évvel ezelőtt melanoma miatti jobb szem enucleatio szerepelt.

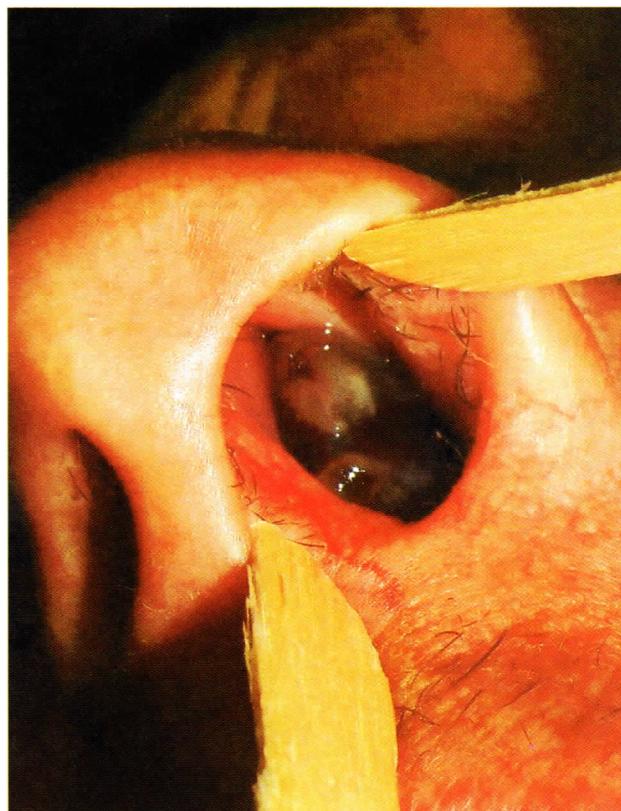
2003 nyarán bizonytalan hasi panaszok és ismert epekövesség miatt részletesen kivizsgálták, melynek során UH-al, CT-vel a máj jobb lebenyét csaknem teljesen kitöltő, a máj centrális részét, hílusát involváló, sebészi resectióra alkalmatlan tumort vélelmeztek. Az elváltozásból aspirációs cytológia történt. A pathológus a belek melanomás anamnéziséről információt nem kapott, emiatt a folyamatot máj eredetűnek vélelmezte, a végső, melanoma metastasisát igazoló diagnózis csak 2003 szeptemberben született meg.

Intézetünkben intraarteriális máj kemoperfúziót indítottunk, mely Adriablastina-t és Platidiamot tartalmazott. Kiegészítő DTIC infúziós kezelésben is részesült, azonban egy sorozat után gravis májenzim emelkedés miatt a továbbiakban ettől eltekintettünk. Három sorozat kemoperfúzió után októberben elvégzett kontroll hasi CT vizsgálat az elváltozás minimális progressióját írta le, a tumor-markerek igen magas értéket mutatnak (S100-1,28-1,25 5SCD-138,28). Ennek ellenére a beteg általános állapota kifejezetten jó, májvédő kezelés mellett (Hepabene) a májenzimek csak kismértékben emelkedettek.

Hodosi Balázs dr., Kett Antónia dr.<sup>1</sup>, Kálmán Endre dr.<sup>2</sup>,  
 Farkas Beatrix dr.:

**Orrnnyálkahártyára lokalizálódó melanoma malignum**  
 (PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs, PTE ÁOK Fül-, Orr-, Gégészeti Klinika<sup>1</sup>, PTE ÁOK Patológiai Intézet<sup>2</sup>)

A 76 éves nőbetegnél 1 évvel klinikánkon való megjelenése előtt, lokál anesztéziában a bal alsó orrkagyló mellső felszínéről tumort távolítottak el, mely szövettani vizsgálattal melanoma malignumnak bizonyult. Fél évvel később a betegnél orrlégzési panasz és a bal orrszárnnyat elődomborító terime jelent meg (2. ábra). Koponya CT a bal melléküregebe terjedő recidívát igazolt. A betegnél citosztatikus terápiát indítottak, majd a tumor méretének csökkenését követően PTE ÁOK Fül-, Orr-, Gégészeti Klinikán maxillectomát végeztek laterális rhinotomiával. Szövettani vizsgálat melanoma malignumot igazolt.



2. ábra

Orrlégzési panaszt okozó, a bal orrszárnnyat elődomborító melanoma malignum

A műtétet követő staging vizsgálat során metastasist nem észleltek. Jelenleg a beteg citosztatikus kezelés mellett panaszmentes.

Horváth Barbara dr.<sup>1</sup>, Wikonkál Norbert dr.<sup>1</sup>, Szandányi Réka dr.<sup>1</sup>,  
 Becker Krisztina dr.<sup>1</sup>, Hársing Judit dr.<sup>1</sup>, Kilián Katalin dr.<sup>2</sup>,  
 Bottlik Gyula dr.<sup>1</sup>, Horváth Attila dr.<sup>1</sup>:

**Multiplex spinocellularis carcinomák hydroxy-ureával kezelt betegnél**

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>1</sup>, Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest<sup>2</sup>)

71 éves férfi anamnézisében egyéb betegségek mellett 1996 óta hydroxy-ureával kezelt polycythaemia rubra vera szerepel.

1999 óta észleli tartós fényexpozíciónak kitett helyeken rapid





3. ábra

A tartós fényexpozíciónak kitett helyeken rapid progressziót mutató, kiterjedt solaris keratosisek és spinocellularis carcinomák

progressziót mutató kiterjedt solaris keratosisek és spinocellularis carcinomák megjelenését (3. ábra), amely miatt klinikánkon több alkalommal történt a fejről a tumorok műtéti eltávolítása.

A folyamat hátterében a hematológiai alapbetegség kezelésére használt hydroxy-urea kóroki szerepét véleményeztük. Az irodalomból ismert, hogy e vegyület egy a DNS szintézisben és repair mechanizmusban kulcsszerepet játszó enzim inhibitoraként, bizonyos genetikai konstellációban fokozott UV szenzitivitást okoz.

A szerzők áttekintik az eset kapcsán a feltételezett photocarcinogenesis mechanizmusát.

Lengyel Zsuzsanna dr., Bakonyi József dr., Dóczi Tamás dr.<sup>1</sup>, Hideghéthy Katalin dr.<sup>2</sup>, Zombai Erzsébet dr., Farkas Beatrix dr.:

**Fejtetőre lokalizált angiosarcoma kombinált kezelése**  
(PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs, PTE ÁOK Idegsebészeti Klinika, Pécs<sup>1</sup>, KE Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvár<sup>2</sup>)

A 70 éves férfibetegnél fejtetőre lokalizált livid, kiemelkedő, szö-



4. ábra

Angiosarcoma capitis

vettanilag hemangioma papillarének diagnosztizált képlet eltávolítása történt más intézetben. 1 évvel később észleltük klinikánk ambulanciáján a beteget a bal parietalis és temporalis régióban, valamint a homlok és a bal fül mögé terjedő multiplex lividvörös színű, a bőrszintjéből kiemelkedő tumorokkal (4. ábra). A klinikai kép alapján felmerült az angiosarcoma cutis lehetősége, melyet a korábban végzett műtét szövettanának revisioja megerősített. A tumor kiterjedtségére való tekintettel a beteget neoadjuvans terápiában (CT alapú 3 D tervezésű radioterápia 66 Gy összdózis) részesítettük, majd műtétet végeztünk. Az elvégzett staging vizsgálatok (mellkas, has CT, koponya CT/MR) lokális és távoli disszeminációt nem igazoltak. A második műtétet követően jelentkező kisebb recidivákat excidáltuk, majd chemotherapy (farmorubicin) bevezetése mellett döntöttünk. A kúra alatt és jelenleg a beteg panaszmentes. Tekintettel a betegség alacsony esetszámára elfogadott terápiai protokoll nincs, ezért nagy kihívást jelent ezen betegek kezelése, mely általában radikális sebészi és radioterápia/chemo-immunterápia kombinációjából áll.

Papp Andrea dr., Gilde Katalin dr., Bánfalvi Teodóra dr.:

**Melanoma malignum és cc. planocellulare együttes előfordulása nagyszámú keratosis seborrhoicával**

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati Osztály III. ker. Bőr- és Nemibeteg gondozó)

Idős férfibetegünknek kb. 30 éve kezdődött törzsön, arcon, végtagokon megjelenő nagyszámú és kiterjedésű verruca seborrhoicája. 2000-ben operálták bal arcfélen lévő cc. planocellulareval. Jelenleg a nyak jobb oldalán melanoma malignummal, arc jobb oldalán spi-





5a., b. ábra

A jobb ajkakzug alatt 22 mm átmérőjű, tömött, felhányt szélű, kifekélyesedő tumor

naliomával jelentkezett. Az egyidőben jelentkező bőrtumorer diagnosztikus és terápiás nehézségeket vetnek fel.

Szalai Zs. dr.<sup>1</sup>, Matolcsi A. dr.<sup>3</sup>, Asbóth D. dr.<sup>1</sup>, Hársing J. dr.<sup>4</sup>,  
Marschalkó M. dr.<sup>4</sup>, Magyarosi E. dr.<sup>2</sup>, Kovács G. dr.<sup>5</sup>,  
Várkonyi V. dr.<sup>1</sup>:

**Primer cutan CD30 pozitív anaplasticus óriássejtes lymphoma gyermekkorban**

(Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza  
Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál  
Gyermekkorháza Hematológiai Osztály<sup>2</sup>, SE I. sz. Patológiai  
Intézet<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi  
Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>4</sup>,  
SE II. sz. Gyermekklinika<sup>5</sup>)

Az anaplasticus large cell lymphoma (ALCL) gyermekkori előfordulása igen ritka. Az irodalomban 5 közölt gyermekkori izoláltan a bőrt érintő eset ismert. A diagnózis a klinikai tünetek, a hisztológiai lelet és az immunhisztokémiai markerek alapján állítható fel.

Szerzők ismertetik a 13 éves leány esetét, akinek anamnézisében jobb oldalon a buccalis felszínen a fogsorral szemben egy kemény tapintatú, a szájnyálkahártya felé bedomborodó fájdalommentes terime alakult ki. A képletet szájsebészetben eltávolították, a szövettani vizsgálat sialoadenitis acuta abscedens igazolt. Néhány hét múlva ugyanitt az arcbőrön tömött terime jelent meg, melyet kezdetben rovarcsípésnek, később pyodermának, mycosisnak gondoltak, ezért antiseptikus, antibakteriális, antimikotikus kezelésben részesítették. Felvételekor tapintással megállapítható volt, hogy a külső felszínen

észlelhető bőrjelenség és a buccalis felszínen jelenlévő terime egy tumorszerű képlet külső, illetve belső részének felel meg (5a,b. ábra). Az elvégzett szövettani vizsgálat CD30 pozitív anaplasticus lymphomát igazolt. A szövettani mintavételt követően igen kifejezett regressziót lehetett megfigyelni, generalizációt kiterjedt képalakító és hematológiai vizsgálatokkal sem lehetett igazolni. A terápiát illetően az irodalmi adatok nem egységesek. A maradványtünetek excíziója, lokális immunmoduláns és kemoterápia, valamint radioterápia jön szóba. A szerzők a fenti diagnózis gyermekkori előfordulásának igen ritka voltára, a differenciáldiagnosztikai problémára, valamint a terápia választás kulcskérdéseire hívják fel a figyelmet.

Szolnoky Győző dr.:

**Szinoviális szarkóma**

(Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

Egy 48 éves férfibeteg esetét ismertetjük, aki korábban már három hónapig egy másik intézmény sebészeti ambulanciáján részesült konzervatív kezelésben a jobb talpon kialakult rendkívül vérékeny, tömött, fokozatosan növekvő, diónyi tumora miatt. Klinikánkon való első megjelenése alkalmával érederetű daganat gyanúja merült fel, amit széles biztonsági zónával eltávolítottunk. A szövettani lelet malignus perifériás ideghüvely tumor és szinoviális szarkóma fennállását egyaránt valószínűsítette, és mivel a daganat nem az épen került kivételre, ezért a lábfejet 2003. áprilisában részlegesen amputáltuk. Az ismételt szövettani vizsgálat után a végleges diagnózis a szinoviális szarkóma lett. A második sebészi beavatkozást kö-



vetően a beteg 5 ciklusban intraarteriális monokemoterápiát (epirubicin) és 35x2 Gray dózisban gyorsított elektron besugárzást kapott a lábfejre.

Kiss Borbála dr.<sup>1</sup>, Juhász Attila dr.<sup>1</sup>, Illés Árpád dr.<sup>2</sup>,  
Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

**Malignus kórképek halmozódása Kaposi-sarcomában szenvedő betegünkénél**

(Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Bőr- és Nemikórtani Klinika<sup>1</sup> és III. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>)

80 éves idős cholecystectomizált, hypertoniás inzulinnal kezelt diabetes mellitusban szenvedő férfibetegnél 1998-ban diagnosztizáltak Rai I. stádiumú krónikus lymphoid leukaemiát, majd 2 éves terápia nélküli követés után 2001. februárjában mindkét lábszár és láb bőrén livid papulák, néhány folyadékkal teli űr alakult ki (6. ábra). A klinikai tünetek alapján felállított Kaposi-sarcoma diagnózist az elvégzett bőrbioopszia megerősítette. A biopsziás mintából HHV8 vírusgenom nestid PCR-ra kimutatható volt, a HHV8 szerológiai vizsgálat magas titerben pozitív eredményt adott. HIV szerológia negatív volt. Gyorsított elektronbesugárzás hatására a Kaposi-sarcomás plakkok barnás sclerosis hátrahagyásával regrediáltak. Közben a CLL progressziója alacsony dózisú chlorambucil kezelést tett szükségessé. 2001. júliusában jelentősen emelkedett PSA-értékek miatt elvégzett prostata biopszia szövettani feldolgozása a szerv adenocarcinomáját igazolta, melynek kezelésére az urológus javaslatára hormonterápia indult. A hormonkezelés az eltelt két év alatt jól kontrollálta a tumort. Inguinalis nyirokcsomó duzzanat histológiai feldolgozása leukaemiás infiltrációt mutatott (2002). Fél éve az alsó végtagokon a korábbi tünetektől proximálisan újabb Kaposi-sarcomás plakkok, lymphacsorgás jelentkezett. Vincristin iv intermittans alkalmazása a bőrtünetekre és a CLL-re is kedvezően hatott. A beteg mindhárom tumorát tekintve jelenleg stabil állapotban van. Ez különböző specialisták szoros együttműködésének, gondos terápia-választásának köszönhető.

Idős korban a malignus tumorok gyakoriak, de három malignoma együttes előfordulása ritka. Ez lehet véletlenszerű is, azonban a Ka-



6. ábra

Mindkét lábszár bőrén livid papulák láthatók

posi-sarcoma keletkezésében nem zárható ki a CLL-hez társuló immunosuppressió oki szerepe sem.



## Posterek

Feldmann Julianna dr., Ottó Iringó Ágnes dr.,  
Záborszky Magdolna dr., Oberle Lenke dr.:

**Disseminált cután calcinosis**

(Flór Ferenc Kórház Bőrgyógyászati Osztály,  
Szakorvosi Rendelő Intézet Monor, BNG és Röntgen Osztály)

74 éves idős nőbeteg kórelőzményében penicillinérzékenység, hypertonia, csökkent CH tolerancia, osteoporosis kezelése és a bal lábón sérülés után kialakult, 5-6 éve nem gyógyuló lábszárfekélyek miatti kórházi felvételek szerepelnek. A fekélyek háttérében perifériás típusú obliteratív verőérbetegség igazolódott.

Osztályunkra harmadik alkalommal 2003. októberében vettük fel a fekélyalapon észlelt mészkeménységű felrakódás és a lábszárak bőre alatt diffúze tapintható, kemény tapintatú, lencsényi-borsónyi fájdalomtalan csomók miatt.

Ambulanter készült rtg. vizsgálata során az érintett végtagokon a subcutisban és a mélyebben fekvő szövetekben hálószerű, valamint gomolyfelhőszerű, bizarr, kiterjedt meszesedés látható (1. ábra). A lábszár csontjain kóros csontszerkezeti eltérés nem észlelhető.

A fekély további lokális kezelését nehezítő felrakódást rövid i.v. narcosisban sebészetten eltávolítottuk. A szövettani feldolgozás során a decalcinált anyagban jól megfigyelhető a zsírszövetben megjelenő meszes göcök jelenléte, valamint diffúz zsírnecrosis tünetei.

A beteg laboratóriumi leleteiben kifejezett anaemia mellett normális vesefunkció, se. és vizelet calcium és phosphor értéket találtunk. PTH és osteocalcin szintje normál szinten belül van. Csontscintigráfias vizsgálata folyamatban van.

A beteg kezén provokálható Raynaud phenomen, az interossealis izomatrophia és anemia felveti időskorban induló kevert kötőszöveti betegség lehetőségét, mely a hosszan tartó, osteoporosis miatt alkalmazott kombinált kezelésekkel és az alsó végtagi hypoxiát okozó obliteratív verőeres folyamattal együttesen vezethetett a disseminált, cután calcinosis megjelenéséhez.

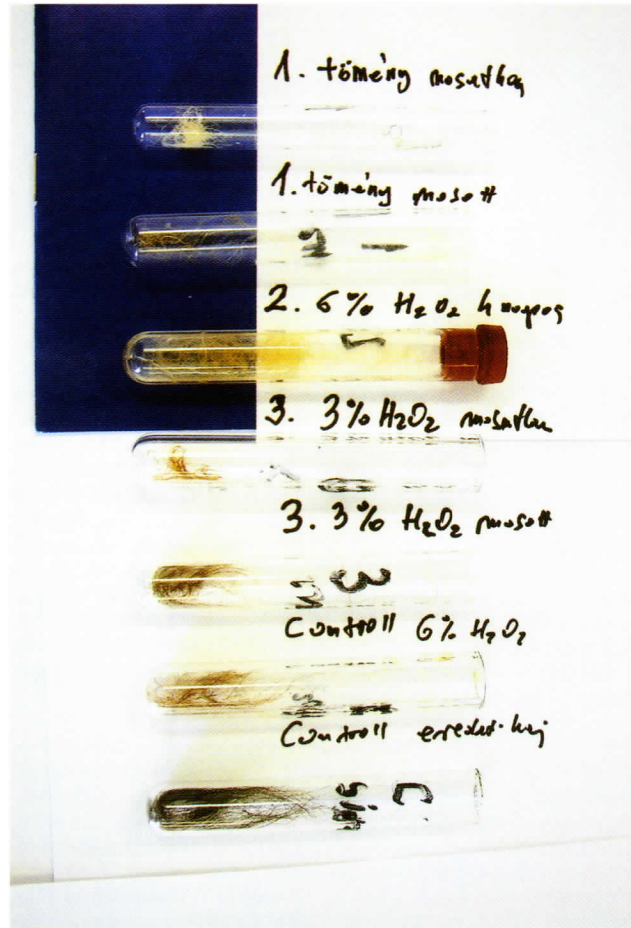
A bal alsó végtag rtg. felvételén jól látható a diffúz, lágyrészeket és subcutist érintő, gomolyfelhőszerű calcium depozitum, mely a tibia közeli fekélyalapon a legkifejezettebb.

Kocsis András dr., Katona Márton dr.:

**A W peroxidok szőkítő hatásának esetleges gyakorlati alkalmazásáról**  
(Berettyóújfalun)

Más ismételt volt lehetőségünk beszámolni fémoxidok és kapcsolódó ligandok szőkítő hatásáról. A  $d_0$  peroxi csoportok tagjai közül különösen a W és Mo-ról van szó.

Ezen elemek hajlamosak polymetoxi csoportokat képezni.



3. ábra

Felépítésük: az átmeneti fém és oxigén többszörösen összekapcsolódott formája. Ha csak egy fémfajtából és oxigénből áll: izoploxi metal, ha másfajta atom is van a vázban heteropolyoxi metal.

A W-ből 30%-os H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> oldattal feltehetőleg peroxisavat képezünk.

A szupernatansból egy-egy külön kémcsőbe, emelkedő adagban vizet adtunk, úgy, hogy a H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> töménysége az elsőt 30%-osnak tekintve a másik kettőben 6% és 3%-os peroxid volt. Ehhez haját adva, az első három csőben szőkülést tapasztaltunk és a kivált fehér színű só lemosható volt desztillált vízzel. A 6%-osig nagyon jó fehéritő hatást kaptunk, a 10%-os már megegyezett a kontrollként beállított fémet nem tartalmazó oldatával (3. ábra).

Szilágyi Melinda\*, Sonkoly Enikő dr.\*, Ahmad Ali dr.\*\*,  
Ongrádi József dr.\*\*\*:

**Az emberi 6-os herpesvírus B változata citokin termelésének bőrgyógyászati vonatkozásai**

(Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged\*, Montréalai Egyetem, Immunvirologiai Laboratórium, Montréal, Kanada\*\*, Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest\*\*\*)



A humán 6-os herpesvírus (HHV-6) B változatának kórokozó képessége jelentősen eltér a közeli rokon HHV-6A és HHV-7 hasonló szerepétől. Mindhárom vírus a CD4+ T-lymphocytákat fertőzi, azokban lappang, és a bőr sejtjeiben való szaporodás nélkül is különböző bőrbetegségeket válthat ki. Az általános és bőrtünetek minden valószínűséggel a fertőzött immunsejtekből kiszabaduló mediátorok hatására jönnek létre. A HHV-6A és HHV-7 esetében korábban meghatároztuk a főbb cytokinek termelésének változását, most a HHV-6B által sejtültúrában termelt kulcsfontosságú mediátorokat vizsgáltuk. 300 millió MOLT-3 sejtet szinkronizáltan fertőztünk  $3 \times 10^9$  ultracentrifugálással koncentrált HHV-6B fertőző egységgel, illetve ezen vírus hőinaktivált (HI-HHV-6B), valamint ibolyántúli sugárzással inaktivált (UV-HHV-6B) preparátumaival, s a cytopathiás hatás kialakulásáig (168 óra), illetve a sejtek pusztulásáig (240 óra) a rendszeresen vett felülülő mintákban szendvics-ELISA segítségével meghatároztuk a cytokinek koncentrációját. Úgy találtuk, hogy a kontroll MOLT-3 sejtek kismértékű késői IL-2 és IFN- $\alpha$  termelését a HHV-6B preparátumok nem befolyásolták, jelentős IFN- $\gamma$  termelését azonban főleg a natív és HI-HHV-6B, kisebb mértékben az UV-HHV-6B is csökkenti. A kisebb mértékű IL-3 termelés ugyanilyen arányban változott. Az IL-12 termelését csak a HI-HHV-6B akadályozta. A MOLT-3 sejtek TGF- $\beta$ 1 termelése csak a natív és UV-HHV-6B hatására csökkent nagyobb mértékben. Kontroll kultúrákban a jelentősebb IL-4 termelés elsősorban a natív, de a hőinaktivált, kisebb mértékben az UV-HHV-6B hatására is csökkent. A MOLT-3 sejtek számottevő IL-10 kibocsátása mindhárom víruspreparátum hatására egyenlő mértékben jelentősen visszaesett. A TNF- $\alpha$  termelését csak a natív HHV-6B gátolta, a késői TNF- $\beta$  termelést azonban az UV-HHV-6B fokozta, az IL-1 $\beta$  kibocsátást a natív HHV-6B preparátum késleltette. Az IL-15 termelés sem változott HHV-6B hatására. A GM-CSF termelés nem változott az inaktivált vírusok hatására, viszont kissé nőtt a natív HHV-6B fertőzés után. A fentiek azt mutatják, hogy a HHV-6B nem aktiválja a HIV-1-t, a kiváltott bőrbetegségekből az immunsuppresszió nem súlyos, az NK sejtek és falósejtek stimulálása csak kismértékben károsodik.

Az OTKA T-29299, ETT 08/060/2000, MRC pályázatok támogatásával. \* Tudományos diákkörös hallgató.

Fejős Zs. dr.<sup>1</sup>, Gilde K. dr.<sup>1</sup>, Battyáni Z. dr.<sup>2</sup>, Liskay G. dr.<sup>1</sup>, Szavcsur P. dr.<sup>1</sup>, Péter I. dr.<sup>1</sup>, Kelemen J. dr.<sup>1</sup>, Somogyi A. dr.<sup>1</sup>:

**Agresszív viselkedésű laphám carcinomák**  
(Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>1</sup>, PTE Orvostudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika, Pécs<sup>2</sup>.)

A hámeredetű daganatok közül a planocelluláris carcinoma ritkán képez áttétet, többnyire műtéttel gyógyítható. Három fulmináns lefolyású esetről számolunk be, ahol távoli áttét kialakulása két éven belül a beteg halálát okozta.

A 62 éves férfi gluteusáról kiinduló differenciálatlan laphám carcinoma májáttétet, majd nyaki-mellkasi légyszív áttéteket adott.

52 éves nőbetegnél a scapula felett recidiváló tumorról egyidejűleg távoli csontáttét jelentkezését észleltük.

A harmadik, 45 éves férfinél nyaki régiójában recidiváló laphám carcinoma már jelentkezésekor légzési panaszokat okozott. Kivizsgálásánál távoli tüdőáttét is igazolódott. A szokatlan viselkedésű tumoroknál komplex tumorelles kezelést alkalmaztunk.

Irradiáció, polykemoterápia és biszfoszfonátok adása mellett mindhárom esetben jelentős regressziót értünk el. 3-4 hónapos stagnálás után jelentkező gyors progresszió mindegyik betegnél halálhoz vezetett.

Az egyébként benignus viselkedésű laphámcarcinomák elhanyagolt esetben távoli áttét képzésével, fulmináns lefolyással a beteg halálát is okozhatják.

Harangi Ferenc dr., Adonyi Mária dr., Baranyai Zsuzsanna dr., Schneider Imre dr.\*, Sebők Béla dr.\*\*:

**Az atopiás dermatitis különböző formáinak elemzése beteganyagunkban**

(Baranya Megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház, Pécs. Pécsi Tudományegyetem ÁOK Bőrgyógyászati Klinika, Pécs\*. Dorozsmai és Társa Eü. Bt. Pécs\*\*)

A szerzők célul tűzték ki, hogy beteganyagukban felmérjék és összehasonlítsák az atopiás dermatitis (AD) két formájának epidemiológiai, klinikai és immunológiai jellemzőit. 94 AD-ben szenvedő gyermek (41 fiú, 53 lány) vizsgálati eredményeit értékelték. Az össz-IgE, a specifikus-IgE szint meghatározás és a környezeti allergénnel végzett Prick teszt eredménye alapján 58 beteg (61,7%) bizonyult extrinsic típusúnak (EAD) és 36 beteg (38,3%) intrinsic típusúnak (IAD). A Prick teszt és a specifikus IgE vizsgálatok során az EAD-es betegek közül aero allergénnel szemben 47 (81%), a nutritív allergénnel szemben pedig 42 (72,4%) adott pozitív eredményt, 31 beteg (53,3%) aero és nutritív allergénnel szemben egyaránt pozitív eredményt adott. A klinikai tünetek és azok lokalizációja tekintetében nem volt különbség a két csoport között. Az extrinsic formában a betegség 38 esetben (65,6%) már 2 éves kor előtt kezdődött, az intrinsic formában ez csupán 13 esetben (36,1%) volt így (p: 0,02). A nem megoszlás szerint az AD gyakoribb lányokban, a 41 (43,6%) fiúval szemben 53 (56,4%) volt lány (p: 0,07). A társuló atopiás betegségek tekintetében szignifikáns különbség nem volt kimutatható a két forma között: EAD-es betegben 26 (44,7%), IAD-es betegben pedig csupán 5 (13,9%) esetben fordult elő allergiás rhinitis és/vagy bronchiális asztma (p: 0,017). A szerzők hangsúlyozzák, hogy az irodalmi adatokkal egybehangzóan az AD két típusa a klinikai tünetek tekintetében ugyan egységes körképnek tartható, azonban a genetikai és a környezeti provokáló tényezőkre adott válasz tekintetében különbség áll fenn közöttük.

Komlódi Júlia dr., Török László dr.:

**Kézujjon levő trophikus fekély, mint az emlőcarcinoma szövődésének késői tünete**

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőrgyógyászati Osztály, Kecskemét)

A trophikus fekély okának felderítése mindig differenciáldiagnosztikai problémát jelent. Ezt egy 66 éves nőbeteg példáján keresztül mutatjuk be. A beteg anamnesisében 1998-ban malignus emlőtumor miatti mastectomia és axillaris blockdissectio, ugyanezen évben irradiációs kezelés szerepel, majd 2002-ben ismét irradiációs kezelés csontmetastasis miatt. Ez év elején a bal kéz II-III. ujján kialakult trophikus fekélyek (3. ábra) miatt vizsgáltuk osztályunkon. Az



3. ábra

Trophikus fekélyek a bal kéz II-III. ujján

anamnesist és a klinikai tüneteket figyelembe véve idegyógyászati konzíliumot és nyaki MR vizsgálatot kértünk. A konzílium és a vizsgálatok alapján a fekély eredetét gyöki kompresszióra vezettük vissza, amely a nyaki csigolyákat érintő metastasis következménye.

Liskay Gabriella dr., Bánfalvi Teodóra dr., Fejős Zsuzsanna dr., Orosz Zsolt dr., Gilde Katalin dr.:

**Malignus eccrin poroma**

(Országos Onkológiai Intézet, Bőrgyógyászati osztály)



Az 1963-ban *Pinkus* és *Mehregan* által leírt malignus eccrin poroma a verejtékmirigyekből kiinduló, igen ritka daganat. A szakirodalomban közölt esetek száma közel 200.

Osztályunkon az utóbbi években három beteg állt kezelés alatt ezen tumor miatt. Mindháromnál nyirokcsomó és lágyrész metasztázis alakult ki, halálukat okozva.

Ismertetjük a klinikai képet és szövettani jellemzőket, a kórlefolyást, valamint az irodalmi adatokat.

*Simics Enikő dr.:*

**Varicella után kialakult bőrre lokalizált granulomatosus reakció**  
(DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A 67 éves nőbeteg anamnézisében 1980 óta fennálló non-Hodgkin lymphoma szerepel, mely miatt 1981-ben és 1985-ben cytostaticus terápiában részesült. 2000 januárjában varicella és pneumonia miatt fertőző osztályon kezelték. A varicella gyógyulását követően néhány héttel a hegekben panaszt nem okozó sárgás papulák jelentek meg. A szövettani vizsgálat granulomatosus reakciót írt le. A beteget követve az elkövetkező 1 év alatt a bőrtünetek spontán, hegeket hátrahagyva gyógyultak.

Irodalmi ritkaságnak számítanak varicella-zoster vírusfertőzést követően immunuszupprimált betegekben a laesiók helyén kialakult bőrreakciók. Ezen reakciókhoz tartoznak a granuloma anulare, granuloma anulare perforans, tuberculoid granuloma, sarcoid granuloma, granulomatosus vasculitis, lymphoma, pseudolymphoma és Kaposi sarcoma. A varicella-zoster infekció utáni granulomatosus reakció pathogenesise ismeretlen. Hatásos terápia nincs, az esetek egy részében viszont várható a spontán javulás.

*Simon Gyula dr.<sup>1</sup>, Bíró Judit dr.<sup>2</sup>, Holló Péter dr.<sup>2</sup>, Hársing Judit dr.<sup>2</sup>, Horváth Attila dr.<sup>1,2</sup>:*

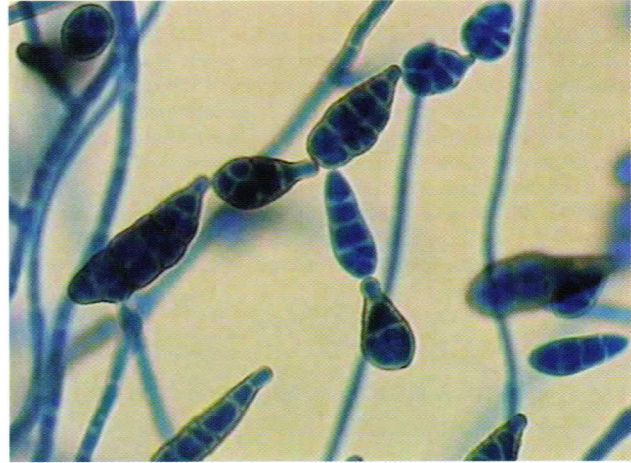
**Cutan alternariosis – egy kórokozó kARRIERJE**

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet<sup>1</sup> és Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika<sup>2</sup>)

A szerzők két új cutan alternariosis esetet ismertetnek, ennek kapcsán tárgyalják az egyébként saprobion penészek kóroki szerepét immunuszupprimált vagy egyéb, gombás fertőzésre hajlamosító betegségben szenvedő egyéneknél (4. ábra). A korábbi magyarországi *Alternaria*-fertőzések tükrében megállapítják, hogy az *Alternaria alternata* és rokonai potenciális veszélyforrásai cutan-subcutan fertőzéseknek (5. ábra). Felhívják a figyelmet a kórokozó növény-



4. ábra  
Cutan alternariosis alkaron



5. ábra  
*Alternaria alternata* conidiumai

pathogen természetére, ebből adódóan a mikrosérülések révén inokulálódó növényi, vagy talajszennyeződés eredetű veszélyforrásokra. Hangsúlyozzák a diagnosztika jelentőségét, különösen annak tükrében, hogy szinte valamennyi eddigi eset téves klinikai diagnózis alapján végzett inadekvát kezelés után került az intézménybe.

*Szakos Erzsébet dr.:*

**A Staphylococcus aureus hatásai atópiás dermatitisben**

(Borsod-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekkegészségügyi Központ, a DEOEC Gyermekkegészségügyi Továbbképző Intézete, Miskolc)

A genetikai, pszichés, immunológiai, egyéb belső, mikrobiológiai, éghajlati, irritáló és egyéb külső tényezők által befolyásolt atópiás dermatitis elsősorban a gyermekek körében gyakori bőrbetegség. A mikrobiológiai tényezők több úton is befolyásolhatják a bőrfolyamatot. A szervezetet érő bármilyen infekció provokálhatja a bőrtüneteket. A *Staphylococcus aureus*-nak speciális viszonya van az atópiás dermatitissel. A mintavétel módjától, helyétől, a bőrgyulladás aktuális súlyosságától függően a betegségben szenvedők 50-90%-ának bőrén kimutatható, a nem atópiás bőrűekhez viszonyítva több nagyságrenddel magasabb csíraszámban a baktérium. A kolonizáció kialakulását segítik atópiás bőrön a fibrinogén és fibronectin kötő fehérjék, a magas interleukin-4 és az alacsony béta defenzin szint. Ez a kolonizáció számos úton vezethet az atópiás bőrfolyamat progressziójához.

Az invazív piogén bőrfertőzés szabad szemmel is jól látható. Elsősorban a repedezett, vagy felázott bőrön alakul ki. 494 gyermekori pioderma eset 31,4%-a atópiás dermatitissel társult. Atópiás pioderma 74%-ában *Staphylococcus aureus*, 38%-ában *Streptococcus pyogenes* kitenyészett a sebváladékból. A súlyosabb eseteknél a *Staphylococcus aureus* és a *Streptococcus pyogenes* együttesen volt felelős a tünetek kialakulásáért.

Az atópiás bőr károsodott barrier funkciójának egyik oka a genetikailag meghatározott szfingomielin deaciláz defektus miatt csökkent ceramid szintézis. A ceramid hiányt a *Staphylococcus* tovább fokozzák azáltal, hogy bontják a bőr lipidköpenyében lévő ceramidot.

Immunológiai folyamatokat tekintve a *Staphylococcus aureus* bizonyos epitópjai specifikus IgE termelést indíthatnak el, azaz allergénné válhatnak az atópiás dermatitises egyén szervezetében.

Másik útja az immunológiai gyulladáshoz vezető folyamatok súlyosbításának a szuperantigénként működő, tehát az egyszerű antigéneknél több ezer erősebb immunreakciót kiváltó *Staphylococcus* toxinok (enterotoxin A, B, toxikus sokk szindróma toxin stb.), melyeket a kolonizáló baktérium fele termel. Bizonyos egyének képesek antiszuperantigén IgE termelésére is. Ezeknél gátolt a szuperantigén által ki-



váltható bazofil degranuláció. A szuperantigének fokozzák a Cutan Lymphocita Antigén pozitív „skin homing” T sejtek receptorának (TCR) V béta expresszióját. A Langerhans sejtek IL-1, -12, és TNF termelése, vascularis E szelektin megjelenése is fokozza a gyulladást.

A Staphylococcus szuperantigének és az allergének együttes jelenléte is súlyosbítja a gyulladást. Saját beteganyagban a *Staphylococcus aureus* kolonizált betegeknél az átlagos inhalatív allergén-szám szignifikánsan magasabb volt, mint a nem kolonizáltaknál ( $p=0,047$ ), 92 allergén 20 kolonizált, 36 allergén 17 nem kolonizált betegnél.

A szuperantigének fokozzák az allergén specifikus IgE termelést,

csökkentik a steroid választ a perifériás vér mononukleáris sejtjeiben. Steroid rezisztenciát provokálnak. A *Staphylococcus enterotoxin B* (SEB) erythemát, indurációt hoz létre a bőrben, melyben a SEB-re reagáló T sejteknek fontos szerepe van.

Az atópiás bőrfolyamat kezelésében fontos szerepe van az antistaphylococcus kezelésnek, ami lehet szisztémás antibiotikum, mely mind a kután, mind a nazális kolonizációt mérsékli, vagy megszünteti, antibiotikum és kortikoszteroid kombináció, valamint calcineurin inhibitorok (Tacrolimus, Pimecrolimus) lokálisan alkalmazva a bőr bakteriális kolonizációját csökkentik, ami a beteg klinikai állapotának javulását eredményezi.

# Betadine®

Bőr- és nyálkahártya-fertőtlenítőszer

*Jód, ami nem csip!*

Felkészítő: Varga E. Licencadó: Mundipharma



**Folyékony szappan**  
120 ml és 1000 ml



**Oldat**  
30 ml, 120 ml és 1000 ml



*Kapható a patikákban!*

*... hogy kéznél legyen!*

További információ:

EGIS Gyógyszergyár Rt. Termékosztály

1146 Budapest, Hungária krt. 179-187. Telefon: 469-2222 Fax: 383-9257 E-mail: marketing2.opr@egis.hu

