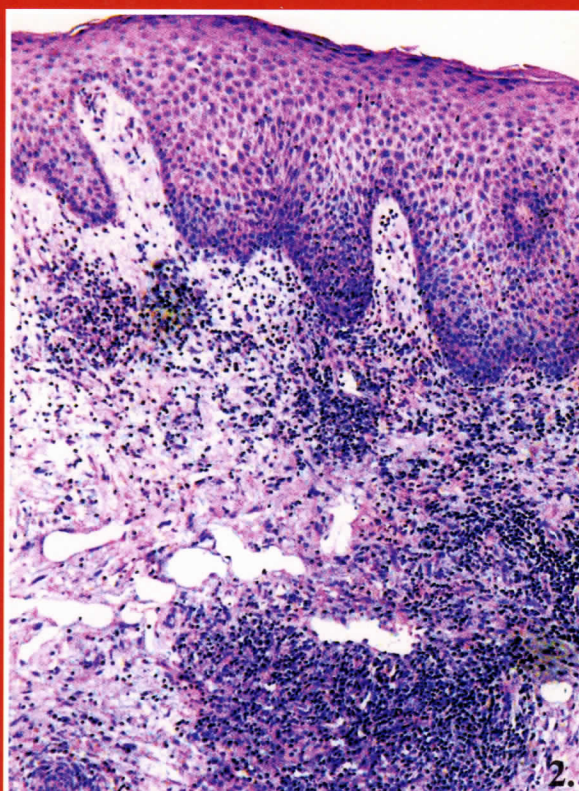


Török László dr., Krenács László dr., Kirschner Ágnes dr., Kocsis Lajos dr., Bagdi Enikő dr.

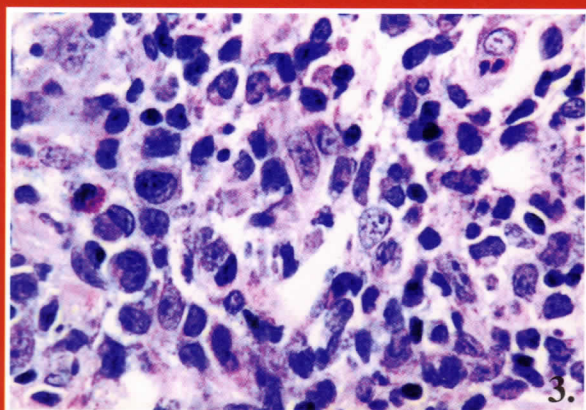
## Primer cutan CD30-pozitív nagysejtes anaplasias lymphoma spontán regresszióval



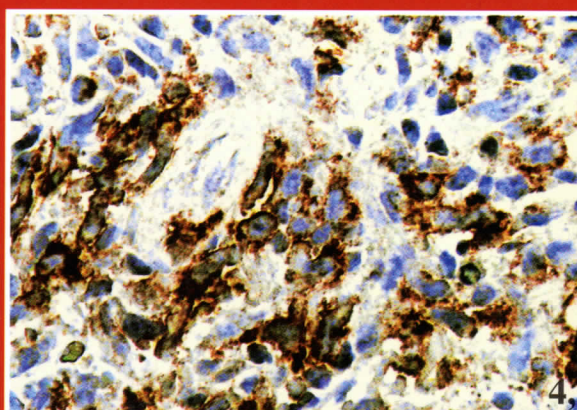
1. ábra: Részben necroticus alapú, infiltrált szélű fekély



2. ábra: Az egész dermist kitöltő atypusos lympho-histiocyter beszűrődés HE x50



3. ábra: Nagy, anaplasias sejtek prominens, bizarr nukleoluszokkal HE x400



4. ábra: CD30 pozitivitás HE x400



# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

2006 JAN 20.

## Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

## Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

## Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

## A szerkesztőbizottság tagjai:

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

SEMMEIWEIS EGYET  
Budapest, 1085 Üllői út 26.  
Központi Könyvtár  
9.

## TARTALOM

81. évf. 2005. 4. szám

Üveges Szilvia dr., Nagy Ágnes dr., Méhes Gábor dr., Losonczy Hajna dr.:

Tartósan fennálló pruritus, mint Hodgkin-kórt megelőző paraneoplasias tünet ..... 143

## KAZUISZTIKA

Török László dr., Krenács László dr., Kirschner Ágnes dr., Kocsis Lajos dr., Bagdi Enikő dr.:

Primer cutan CD30-pozitív nagysejtes anaplasias lymphoma ..... 147

## THERAPIA

Károlyi Zsuzsanna dr.:

A fluconazol terápia helye a bőr felületes gombás fertőzéseinek kezelésében ..... 151

Szép Zoltán dr.:

Adatok Jan Evangelista Purkyně cseh természettudós és orvos dermatológiával kapcsolatos megfigyeléseihez ..... 156

Molnár Katalin dr., Torma Katalin dr., Kassay Erzsébet dr., Kondorosi Ildikó dr., Noll Judit dr.,

Asbóth Dorottya dr., Szalai Zsuzsanna dr.:

Beszámoló az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság 2005-ben, Budapesten  
megtartott 8. kongresszusáról ..... 165

Kongresszusi beszámoló ..... 169

Könyvismertetés ..... 175

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

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Belgyógyászati  
Klinika (igazgató: Dr. Tóth Kálmán)  
és Pathológiai Intézet (igazgató: Dr. Pajor László) közleménye<sup>2</sup>*

## **Tartósan fennálló pruritus, mint a Hodgkin-kórt megelőző paraneoplasziás tünet**

### **Long-lasting pruritus as the paraneoplastic sign of Hodgkin's disease**

ÜVEGES SZILVIA DR., NAGY ÁGNES DR., MÉHES GÁBOR DR.<sup>2</sup> és LOSONCZY HAJNA DR.

#### **ÖSSZEFOGLALÁS**

A viszketés a bőrbetegségeket kísérő egyik leggyakoribb tünet és ugyanakkor kellemetlen velejárója lehet számos belszervi megbetegedésnek is. A kiváltó okoknak megfelelően a kezelési eljárások is sokfélék lehetnek. Az esettanulmány keretében a szerzők egy fiatal Hodgkin-kóros férfibeteget mutatnak be, akinél kezdetben a tartós viszketés volt a vezető és egyetlen panasz. Több sikertelen tüneti terápia után egy mellkas röntgen kép alapján merült fel a haematológiai betegség gyanúja és a kivizsgálás során Hodgkin-kór igazolódott. Az alapbetegség kezelése folyamán viszketése és a szekunder módon fellépő bőrtünetek elmúltak, illetve jelentős regressziót mutattak. A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a beteget kínzó tünet, a pruritus, különösen ha nem kíséri informatív bőrtünet, mindig gondos kivizsgálást igényel.

#### **Kulcsszavak:**

**viszketés - pruritus - bőrbetegség -  
Hodgkin-kór - kemoterápia**

#### **SUMMARY**

*Pruritus is the most frequent sign and symptom of several diseases. Treatments may vary due to the underlying pathology. In this case report we present a young patient with Hodgkin's disease, whose first and only symptom was the itching. Following several unsuccessful dermatological therapies, a chest X-ray resulted in the detection a hematological disorder, Hodgkin-disease was the background. After adequate treatment of the basic disease, pruritus and its secondary symptoms disappeared or showed significant regression.*

*This case report points out the importance of a correct diagnosis prior treating the pruritus.*

#### **Key words:**

**itching - pruritus - skin-disease -  
Hodgkin-disease - chemotherapy**

A Hodgkin-kór (lymphogranulomatosis) a lymphoreticularis rendszer malignus tumora, melynek jellemző hisztológiai képe a granulomatózus szövetburjánzás, egyszemű ún. Hodgkin-sejtek, többmagvú Sternberg-Reed (SR) óriássejtek jelenléte, melyek mononuclearis Hodgkin-sejtekből keletkeznek (5, 7).

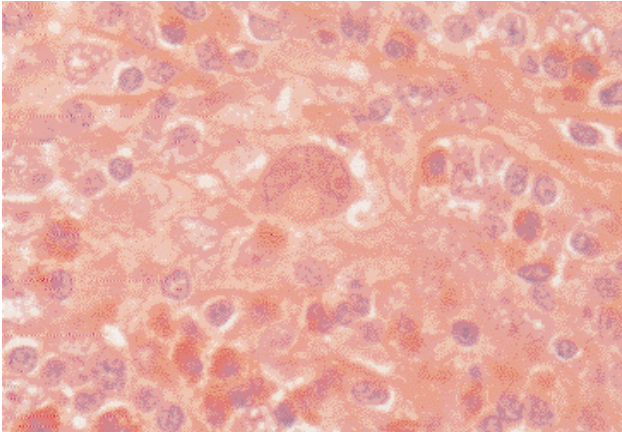
A klinikumban a beteg fájdalommentes (60-80% cervikális) nyirokcsomó megnagyobbodást panaszolhat. Emellett általános, úgynevezett B-tünetek, mint láz (Pel-Ebstein típusú), éjszakai izzadás, súlyvesztés, alkoholfogyasztás után fellépő nyirokcsomó fájdalom és a végstádiumban az infiltráció miatti szervspecifikus tünetek is dominálhatnak. Az esetek mintegy 25%-ában viszont a viszketés az első tünet (2, 16).

#### **Esetismertetés**

A 23 éves, II-es bőrtípusú férfi beteg anamnézisében komolyabb megbetegedés nem szerepel. 2003 januárjában észlelte, mindkét láb-

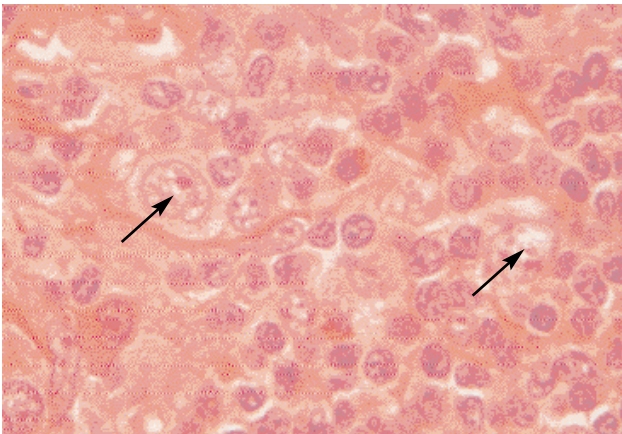
szár dorzális részének pruritusát. A folyamat néhány nap után progresszív és a viszketés szimmetrikusan a két lábán a combtőig kiterjedt. Ekkor felkereste bőrgyógyászát, aki atópiás dermatitist állapított meg. Allergiológiai vizsgálata negatív lett. Panaszát tünetileg, lokálisan alkalmazott hűsítő, viszketés csillapító készítményekkel kezelték. Egy hónap múlva mindkét, de főleg a jobb lábfejen, az öregujj tövében erythemás, hámló, viszkető és égő jelleggel kísért bőrfolyamat jelent meg. Erre lokális antimikotikus készítményt kapott. Nem sokkal később ugyanezen a területen verrucosus jellegű papulák jelentek meg kezdetben jobb oldalon, majd a bal lábfejen, és a talpon is, melyek az alkalmazott lokális és szisztémás antivirális és antimikotikus kezelés ellenére sem mutattak regressziót. Bőrviszketése tovább fokozódott, és testszerte jelentkeztek viszketéses panaszai, beleértve a fejbőr, nyak és a mellkas területét is. A kénzó pruritus miatt állandóan vakaródzott, a bőr így kifejezetten excoriálódott, és szekunder bőrfertőzések jelentkeztek. Többször merült fel a scabies lehetősége, bár az erre jellemző helyek, mint a csuklóterület, az interdigitális részek érintetlenek voltak. A 4 egymás utáni antiszcabies kezelés sem enyhítette panaszait. Ekkor jelentkezett egy új figyelemreméltó tünet, a *kéz ujjainak zsibbadása*.

2003. októberében a PTE ÁOK Neurológiai Klinikára nyert felvételt, ahol a generalizált pruritus, mindkét oldali kézfej zsibbadás, hiperhidrózis miatt felmerült a paraneoplasziás szindróma lehetőség-



1. ábra

Hodgkin-kóros nyirokcsomó.  
Középen a jellemző Sternberg-Reed óriássejt.  
Haematoxylin-eosin festés (400x)

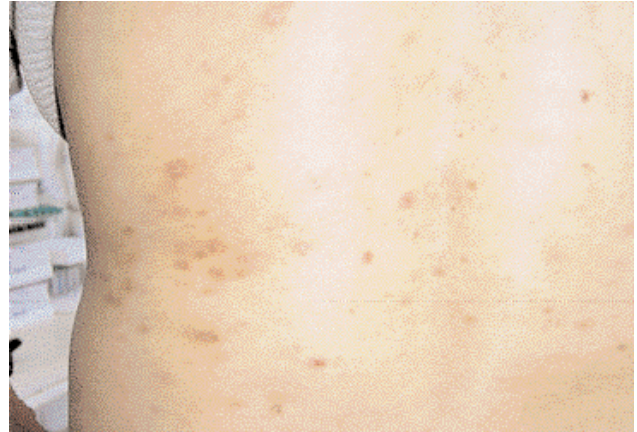


2. ábra

Hodgkin-kóros nyirokcsomó.  
Kétoldalt prominens Hodgkin-sejt látható (↑).  
Haematoxylin-eosin festés (400x)

ge. Neurológiai státuszában gócjelet nem találtak, liquor vizsgálata gyulladásszerű kórképet nem valószínűsített. Laboratóriumi paramétereik közül kismértékű leucocytosis, gyorsult vörösvérsejt süllyedés, lymphopenia, magas LDH szint emelhető ki, tumormarkerei normál tartományban voltak. A cervicalis MRI, hasi UH kórosat nem igazolt. A mellkas röntgen felvételen kiszélesedett középső mediastinum volt látható. Az emiatt elvégzett mellkas CT felvételen, a felső, elülső és középső mediastinumban ventrálisan, valamint a vena cava superior és a trachea között megnagyobbodott nyirokcsomókból álló konglomerátum volt felfedezhető.

A beteg ezt követően a felmerülő hematológia betegség gyanújával került a PTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika Haematológiai osztályára felvételre. Az ultrahang vezérléssel elvégzett supraclaviculáris nyirokcsomó biopszia klasszikus Hodgkin lymphomát véleményezett (1-2. ábra). A staging vizsgálat egyéb kóros elváltozást a fej, nyak, valamint a hasi régióban nem talált, az elvégzett crista biopszia csontvelői érintettségét nem igazolt, így betegsége a II. Klinikai stádiumnak felelt meg. A betegnél 2003. októberében ABVD (Bonadonna, A = adriamycin, B = bleomycin, V = vinblastin, D = dacarbazin) protokoll szerinti kemoterápiát kezdtünk el. 2004. áprilisáig 8 ciklus ABVD kezelésben részesült, és 2004. április és július között összesen 6 alkalommal mediastinum irradiatio történt nála. Az első ciklus ABVD kezelés után a viszketés teljesen megszűnt, és a nedvedző excoriált léziók pörkösödtek, leszáradtak, barnásan pig-



3. ábra

Frissen és régebben excoriált, pörkkel fedett göbcsék mellett pigmentációval gyógyult heges területek láthatók

mentálódva per secundam gyógyultak (3. ábra). A lábfejen levő verrucosus jellegű tünetes bőrléziók az alkalmazott antibakteriális, antivirális és antimikrobás, és az oki kezelésnek köszönhetően regressziót mutattak. A beteg panaszmentessé vált.

## Megbeszélés

A Hodgkin-kór többnyire a 15-35 év közötti időszakban léphet fel, de többségében az 50 év alatti korosztályt érinti. A kórképet jellemzi az androtropia. A betegek 30-50%-ában figyelhetők meg bőrtünetek és ritkán a M. Hodgkin priméren a bőrön jelentkezik (fajlagos tünetek) és ilyenkor gyakran nem kerül felismerésre a folyamat. A lymphogranulomatosiszt kísérő bőrtünetek egyébként lehetnek nem fajlagosak (amikor toxikus-allergiás jellegű, prurigora vagy erythrodermára emlékeztető bőrléziók figyelhetők meg), amelyre a tartósan fennálló viszketés a jellemző (12, 15). A pruritus sok bőrbetegségnek és számos rendszerbetegségnek lehet fontos és kellemetlen, de ugyanakkor nem specifikus tünete. A bőrben zajló kóros folyamatok stimulálják a myelin hüvely nélküli C idegrostok szabad végződéseit és a viszketésként megélt érzés továbbfut a lassú vezetőségű neuronokon a gerincvelői idegekben a tractus paleospinothalamicushoz, azután a halamusba és a szenzoros agykéregbe (13, 14, 19). A C-rostok receptorai az epidermisben, és az irhában helyezkednek el (18), és e rostok végződéseit a különböző szöveti mediátorok hatására jönnek ingerületbe. Ilyen mediátorok lehetnek például a histamin, a szerotonin – mely gyengébb hatású az előbbinél –, de más szöveti mediátorokkal (pl: prostaglandinokkal) együtt hatva a viszketés okaként szerepelhetnek (1, 3, 4). Ilyen hatású faktorok továbbá a neurális mediátorok, a neuropeptidok, a tachikininok, valamint a limfociták által termelt limfokinek, mint a IL7, LT-B, MIP-1 béta, stb. (10). A Hodgkin-kórban kialakuló pruritus esetében felmerül a limfokineknek a kiváltó szerepe. A Hodgkin-kórban kialakuló pruritus esetében felmerül a limfokineknek a kiváltó szerepe. A Hodgkin-kór valószínűleg monoclonális B-sejtekből származó jellegzetes



sejtjei a Sternberg-Reed sejtek, képesek lehetnek limfokinok termelésére. Ezek az eddig csak feltételezett anyagok a fent említettekkel együtt, az írha vérereiben felhalmozódva stimuláló ágensként hathatnak a C-rostok idegvégződéseinek lévő receptoraikra. A mai felfogás szerint a viszketés és a fájdalomérzés a lassú vezetőségű úgynevezett csupasz idegrostokon át közvetítődnek. A testfelszínről a C-rostok impulzusai a kevert jellegű peripheriás idegekben a más rosttípusok afferens rendszerével a spinális ganglionokon át a gerincvelő hátsó szarvába jutnak. Az itt lévő nociceptív neuronok egy interneuronális rendszerrel állnak kapcsolatban. A fájdalomközvetítő nociceptorok és mechanoreceptorok izgalma gyaníthatóan az interneuronok impulzusain át a viszketést közvetítő neuronok gátlásához vezet. A nociceptív spinális neuronok és interneuronok ezen át kapnak a közti agyból le szálló idegrostok révén gátló impulzusokat. A dörzsölés és vakarózás viszketéscsökkentő hatása ezzel magyarázható (9). Az újabb vizsgálatok amelltt szólnak, hogy histamin hatására a C-rostoknak egy subpopulációja közvetíti a viszketést.

A specifikusan histaminra érzékeny C-rostoknak csak egy kis csoportja képes a pruritus közvetítésére. Úgy tűnik, hogy a viszketés specifikus peripheriás pályán történik (14). Nem állja meg a helyét ma már az a feltevés, hogy a viszketés a fájdalomnak alávetett érzés lenne (17). A szervezet részéről a viszketés érzése a motoros válasz a bőr mechanikus irritációja, a vakarózás. Nem teljesen tisztázott az a mechanizmus, hogy hogyan oltja ki a vakarózás a viszketés érzését, de feltehetően a vakarózás fájdalmat kel, így a gerincvelő felé haladó afferens impulzusok ritmusát megzavarja, azokat mintegy deszinkronizálja, és a spinothalamicus pályán vezetett viszketésérzést kioltja (19).

A viszketés kiváltásában egyébként számos kóros tényező szerepelhet (6, 8, 11):

- *A bőr fertőzése:*  
bakteriális, virális, gombás stb.
- *Allergiás bőrbetegségek:*  
urticaria  
különböző dermatitisek  
gyógyszerkiütés  
atópiás dermatitis
- *Immunpatológiai kórképek:*  
bullosus megbetegedések (pemphigoid, dermatitis herpetiformis Duhning stb.)  
autoimmun betegségek (pl: SLE)
- *Psychogen bőrbetegségek:*  
lichen simplex chronicus  
pruritus ani, pruritus vulvae, otitis externa  
acne excoriata  
a cutan hipochondriák közül a vélt parazitózis
- *Egyéb bőrbetegségek:*  
psoriasis  
lichen ruber planus  
lichen sclerosus et atrophicus  
pityriasis rosea, stb.

A *bőrtünetek nélküli tartós viszketéssel panaszok* esetében a háttérben meghúzódó kóros folyamatokra kell gondolni. A leggyakoribbak lehetnek ezek közül:

- primer biliáris cirrhosis
- cholestaticus sárgaság
- diabetets mellitus
- pajzsmirigy betegségek
- vashiányos anaemia
- carcinoid szindróma
- metastaticus carcinoma
- lymphomák, különösen a Hodgkin-kór
- leukémia
- myeloma
- polycytaemia vera

Az esettanulmányunkban tárgyalt beteg kezdetben hosszabb időn át – localisált viszkető panaszai miatt – csak tüneti kezelésben részesült. A 8-10 hónappal később megjelenő generalizált pruritus mellett a kezűk zsibbadása és hyperhidrosis egy háttéri, esetleges malignus folyamatra irányította a figyelmet. A kezdetben a lábak területén megjelenő verrucosus jellegű bőrtünetek, de a mellette mutatkozó teljes testfelszín érintő pruritus megfelel a Hodgkin-kór úgynevezett nem-specifikus, nem-fajlagos tüneteinek.

Alapvető követelmény, hogy a fiatal, középkorú (férfi) beteg esetében a fokozatosan terjedő idült jellegű és terápiásan nem befolyásolható pruritus esetén – különösen ha például neurológiai eltérések is társulnak ehhez – akkor a tünetek analízise alkalmával fel kell hogy merüljön például a Hodgkin-kór fennállásának lehetősége.

Esetünkben a nem-specifikus paraneoplasticus tünet (idült viszketés) és a mellette később megjelenő kezűk zsibbadás, valamint a hyperhidrosis vezetett a fiatal beteg neurológiai klinikai kivizsgálásához, a Hodgkin-kór diagnózis felállításához, és az eredményes gyógykezeléshez.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton is szeretnénk köszönetünket kifejezni *Dr. Schneider Imre* ny. egyetemi tanárnak (PTE ÁOK Bőrgyógyászati Klinika) a cikk kritikai észrevételeiért, áttekintéséért és kiegészítéseitért.

## IRODALOM

1. *Fantini F. et al.:* Neurogenic Inflammation and the Skin. Eur. J. Dermatol. (1995) 5, 349-357.
2. *Gobbi P., G., Attardo-Parrinello, G., Lattanzio G. és mtsai:* Severe pruritus should be a B-symptom in Hodgkin's disease. Cancer. (1983) 10, 1934-6.
3. *Greaves W. M., Wall D., P.:* Pathophysiology of itching. Lancet. (1996) 348, 938-940.
4. *Hagermark O.:* Peripheral and central mediators of itch. Skin Pharmacology (1992) 5910, 1-8.
5. *Hoffbrand P.:* A klinikai haematologia alapjai. 275-283. old. Springer Kiadó, Budapest 1997.
6. *Hulsebosch H. J.:* Pruritic skin conditions in HIV infection. J. Eur. Acad. Dermatol. (1995) 5, 65.
7. *Illés Á., Molnár Zs., Udvardy M.:* A Hodgkin-kór kivizsgálási, kezelési és gondozási protokollja. Magyar Onkológia (2001) 54, 53-55.

8. *Koo J., Y., M.*: Psychotropic agents in dermatology. *Dermatologic Clin.* (1993) *11*, 215-224.
9. *Maxwell D. J., Kerr R. et al.*: Synaptic connections of dorsal horn group II spinal interneurons: synapsis formed with the interneurons and their axon collaterals. *J. Comp. Neurol.* (1997) *380*, 51-55.
10. *Payan D., G., McGill, J., P., Goetz E., J.*: Neuroimmunology. *Adv. Immunol.* (1989) *30*, 299-323.
11. *Podány, B.*: Pruritus. *Háziorvos Továbbképző Szemle* (1996) *1*, 371-383.
12. *Rácz I., Török I., Horváth A.*: Gyakorlati Bőrgyógyászat. *Medicina* (1990) *25.* és *72.* old.
13. *Savin A., J.*: How should we define itching? *J. Am. Acad. Dermatol.* (1998) *39*, 268-269.
14. *Schmelz M., Schmidt R. et al.*: Specific C-receptors for itch in human skin. *J. Neurosci.* (1997) *17*, 8003-8005.
15. *Schneider I.*: Hodgkin-kór. 268. old. In.: Dobozy A., Horváth A., Hunyadi J. et al.: *Bőrgyógyászat. Eklektikon Kiadó, Budapest* 1998.
16. *Stadie V. Marsch W. C.*: Itching attacks with generalized hyperhidrosis as initial symptoms of Hodgkin's disease. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* (2003) *5*, 559-61.
17. *Steen K. H., Kaiser H. W. et al.*: Die neuronale Vermittlung des Pruritus. *Z. Hautkr.* (1995) *70*, 43-47.
18. *Steinhoff M. et al.*: Proteinase-Activated Receptor-2 Mediates Itch: A Novel Pathway for Pruritus in Human Skin. *J. Neurosci.* (2003) *23*, 6176-6180.
19. *Yosipovitch G., Greaves W., M., Schmelz, M.*: Itch. *Lancet.* (2003) *361*, 690-694.

Érkezett: 2005. IV. 19.  
Közlésre elfogadva: 2005. V. 2.

## Hazai Hírek

DR. HUNYADI JÁNOS, a Debreceni Egyetem OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika tanszékvezető egyetemi tanára az egészségügyi minisztertől 2005. június 30-án „**Batthyány-Strattmann László**” díjban részesült.

DR. SOÓS GYÖNGYVÉR, a Szegedi Tudományegyetem Klinikai Gyógyszerészeti Intézet intézetvezető gyógyszerésze és a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika tudományos tanácsadója a Magyar Gyógyszerész Kamara Országos Elnökségétől a „**Pro homine nobile pharmaciae**” elismerést kapta.



*Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét (vezető főorvos: dr. Török László egyetemi magántanár)<sup>1</sup>, Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány Biotechnológiai Intézet Biomedicinális Osztály<sup>2</sup>, Szegedi Tudományegyetem Oktató-Kutató Laboratóriuma, Szeged (igazgató: dr. Kálmán Miklós)*

## Primer cutan CD30-pozitív nagysejtes anaplasiás lymphoma spontán regresszióval

### Primary cutaneous CD30 positive anaplastic large cell lymphoma with spontaneous regression\*

TÖRÖK LÁSZLÓ DR.<sup>1</sup>, KRENÁCS LÁSZLÓ DR.<sup>2</sup>, KIRSCHNER ÁGNES DR.<sup>1</sup>,  
KOCSIS LAJOS DR.<sup>1</sup>, BAGDI ENIKŐ DR.<sup>2</sup>

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A CD30+ cutan nagysejtes lymphoma T-sejtes lymphoproliferatív betegség, amely a bőrben alakul ki. A CD30 státusz fontos prognosztikai faktora a betegségnek. 71 éves férfit ismertetnek, akinek a bal felkarján necrotisalo, kifeléyesedő daganat jelent meg és recidivált két alkalommal, majd spontán gyógyult. A szövettani vizsgálat CD30+ anaplasiás nagysejtes cutan T-sejtes lymphomát igazolt magas proliferációs rátával. Egyéb bőr, nyirokcsomó és belső szervi eltérést nem észleltek. 4 éves megfigyelési idő mellett a beteg továbbra is tünetmentes. A bemutatás a fenti daganat rendkívüli jóindulatú lefolyását példázza.

**Kulcsszavak:**  
CD30 pozitív cutan lymphoma -  
spontán regresszió

A CD30 pozitív anaplasiás nagysejtes cutan lymphoma jellegzetes klinikai, hisztológiai és immunhisztokémiai képpel járó lymphoproliferatív betegség. A mycosis fungoides után a második leggyakoribb cutan T-sejtes lymphoma. Az anaplasiás, nagysejtes cutan lymphoma lehet primer (de novo), vagy szekunder, amely megelőző cutan lymphomából alakul ki anaplasztikus transzformáció során (2, 6, 12). A betegség prognózisa jó, a 4 éves túlélés 90%-ra tehető, különösen, ha a góccok csak egy anatómiai régióra terjednek ki és a betegek 60 évnél fiatalabbak. Ritkán a betegség progrediál érintve a nyirokcsomókat és egyéb extracutan szerveket. Mi egy olyan esetet ismertetünk, ahol a daganat két alkalommal is spontán regresszióval.

\* Édesapám Török István biológia tanár születésének 100. évfordulójára ajánlva.

#### SUMMARY

Primary cutaneous CD30 positive anaplastic large cell lymphoma is a T cell lymphoproliferative disease which develops in the skin. The CD30 status is an important prognostic factor of this illness. A 71-year-old male patient is reported on whose left upper arm a necrotising, ulcerating tumor has appeared and has relapsed twice, then it healed spontaneously. The histology revealed a cutaneous CD30 positive anaplastic large cell lymphoma with high proliferation rate. No other alterations concerning the skin, lymph nodes and internal organs have been detected. After four years of observation the patient is still symptom free. This presentation is an excellent example of the favourable outcome of this lymphoma.

**Key words:**  
CD30 positive cutaneous lymphoma -  
spontaneous regression

#### Anyag, módszer és betegismertetés

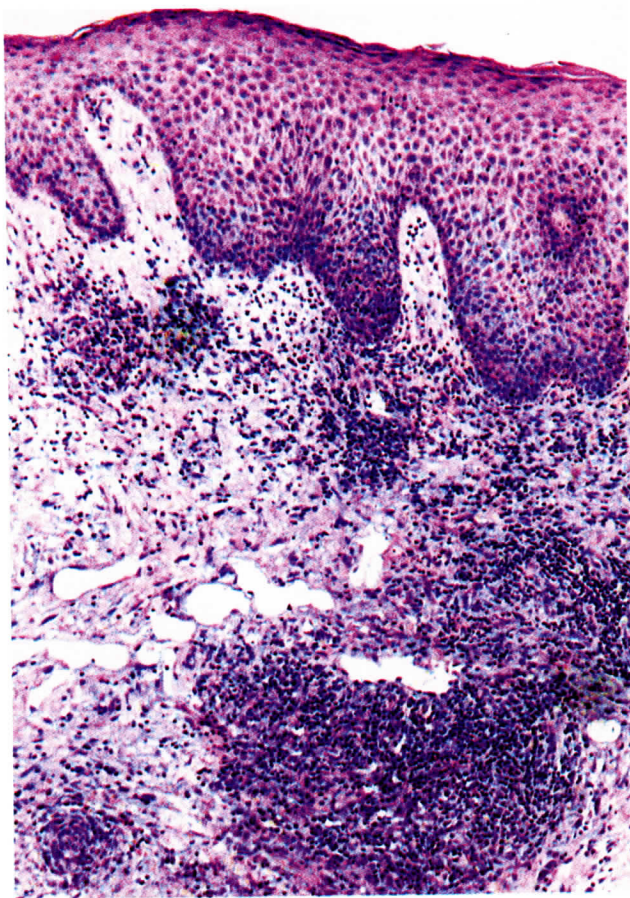
71 éves férfibeteg, akinek anamnézisében különösebb belső szervi, illetve bőrbetegség nem szerepel. Felvétele előtt kb. fél éve a bal felkarján kis, fájdalomtalan csomó keletkezett, amely lassú növekedés után kisebesedett. Statusa: a jobb felkaron 6x1,5 cm nagyságú, éles szélű, szabálytalan alakú, alávájt fekély, amelyet részben feketés-barna színű pörk takar (1. ábra). A bőrön egyebütt kóros elváltozás nem észlelhető, a regionális nyirokcsomók nem tapinthatók.

Szövettani vizsgálat: A bőr teljes vastagságára kiterjedő és mélyen a subcutan zsírszövetbe is behatoló erősen atípusos, köteges, perivascularis, lymphohistiocyter infiltratum ismerhető fel. A folyamat kifejezetten angiocentrikus, angiodesztruktív jellegű, amely kifeléyesedést, illetve a konfluáló apoptotikus necrosist magyarázza (2. ábra). Az immunhisztokémiai vizsgálat alapján az infiltrátumot túlnyomó részt atípusos lymphoid sejtek alkotják, amelyek CD3, CD4, CD5 és több mint 75%-ban intenzíven és homogénean CD30 pozitívak (3., 4. ábra). A CD30+ sejtek pozitívak CD4-el és Ki-67-tel is. A nagy CD30+ és CD4+ sejtek között számos reaktív, kis lymphocyta is látható. Negatív eredményt kaptunk B-sejt antigén, EBV-LMP1, EMA, valamint NPM-ALK fúziós proteinre nézve.

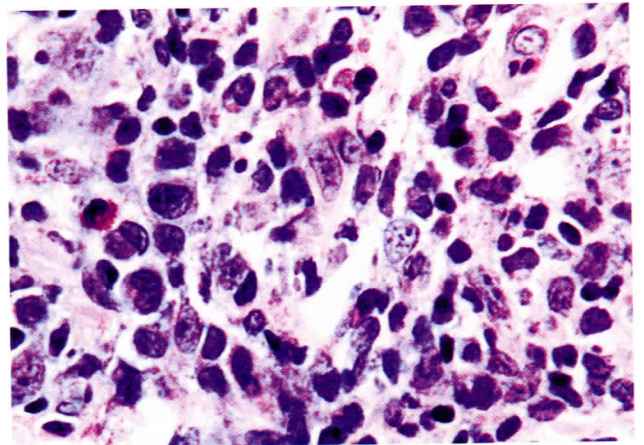




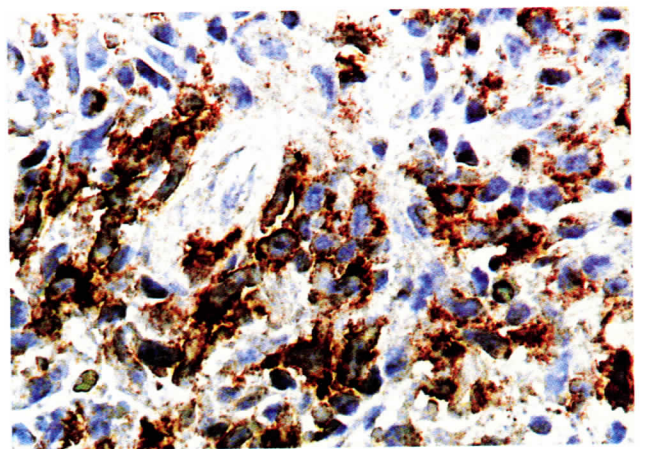
1. ábra  
Részben necrotikus alapú, infiltrált szélű fekély



2. ábra  
Az egész dermist kitöltő atypusos lympho-histiocyter beszűrődés. HE x50



3. ábra  
Nagy, anapláziás sejtek prominens, bizarr nukleoluszokkal  
HE x400



4. ábra  
CD30 pozitivitás x400



5. ábra  
4 éves megfigyelés utáni állapot



Kivizsgálás során (mellkas RTG, hasi UH, axilla UH, rutinlaboratóriumi vizsgálatok) kóros eltérést nem találtunk.

Kórlefejtés: A pörk eltávolítása után antiszeptikus kezelésre és kifehélyesedő beszűrődés spontán, lassan gyógyulni kezdett és egy hónap múlva csak hypopigmentált, atrophias heg maradt vissza.

Egy évvel később csaknem ugyanazon a helyen újabb kifehélyesedéssel járó beszűrődés jelent meg. Helyi kezelésre a recidíva 4 hét alatt visszafejlődött. 4 éves megfigyelési idő mellett újabb kiújulást nem észleltünk, a beteg továbbra is panasz- és tünetmentes (5. ábra). Komplet remissziót mutatott a hegből elvégzett szövettani vizsgálat is.

## Megbeszélés

A CD30 pozitív nagysejtes anaplaziás lymphomát először 1985-ben Stein és munkatársai írták le, első hazai ismertetése Marschalkó és mtsai. nevéhez fűződik (11,8). A diagnózis felállításának kritériumai: A CD30+ sejtek aránya nagyobb, mint 75%, egyéb más cután lymphoma (mycosis fungoides, lymphomatoid papulosis) nem mutatható ki, továbbá nincsen belső szervi vagy nodalis részvétel az első észlelésnél. A daganat főleg idősebb embereket érinti, jóllehet fiatal betegeken is megfigyelték. A CD30 pozitív primer cutan anaplaziás lymphoma leggyakrabban, aszimptomás, soliter, gyulladáshoz papula, csomó vagy plakkként jelentkezik, amely gyakran kifehélyesedik. Nemritkán a csomók egy anatómiai régióban helyezkednek el, ritkán több régió is érintve lehet. Újabban a CD30 pozitív cutan lymphoproliferatív betegségek spektrumáról beszélnek, amelynek egyik benignus pólusa a lymphomatoid papulosis míg, másik esetként rossz kimenetelű része a primer cutan anaplaziás nagysejtes lymphoma, de vannak ún. borderline esetek is (1, 4).

A daganat számos, más hámeredetű daganatot, infekciós granulómát és belső szervi daganat bőráttétét utánozhatja (3). Az elkülönítésben különösen tekintettel kell lenni a CD30 pozitív lymphoproliferatív betegségekre, a lymphomatoid papulosis C típusára, ill. a szisztémás anaplaziás lymphoma másodlagos bőr érintettségére.

Ismert, hogy a CD30+ T-sejtes lymphomák az esetek 20-25%-ában részleges, de akár komplett regressziót is mutathatnak (5, 7, 10). A holland cutan lymphoma csoport esetében ez elérte a 41%-ot is (2). Sajnos a közleményekből nem derül ki a teljes, szövettani vizsgálattal ellenőrzött regresszió aránya, amely lényegesen kisebb lehet. A regresszió és a recidíva akár többször is megismétlődhet. A spontán regresszió oka nem ismert, újabban feltételezik,

hogy a CD30 ligand mediálja a CD30+ sejtek proliferációjának csökkenését, ill. megszűnését. A CD30L expresszió csak a regrediáló léziókban volt kimutatható. A CD30L expresszió fokozza a tumorsejtek érzékenységet az apoptotikus szignálok iránt (9).

A fentiek miatt ajánlatos a diagnózis felállítása után a kezelés megkezdése előtt a betegeket 4-8 hétig megfigyelni, az agresszív kezeléseket kerülni és regresszió esetén pedig a beteg további követése javasolt.

## IRODALOM

1. Aoki M. és mtsai.: CD30+ lymphoproliferative disorder: primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma followed by lymphomatoid papulosis. *Brit. J. Dermatol.* (2001) 145, 123-126.
2. Bekkenk M. W. és mtsai.: Primary and secondary cutaneous CD30+ lymphoproliferative disorders: a report from the Dutch Cutaneous Lymphoma Group on the long-term follow-up data of 219 patients and guidelines for diagnosis and treatment. *Blood.* (2000) 95, 3653-3661.
3. Diaz-Cascajo C. és mtsai.: Primär kutanes CD30-positive großzellig-anaplastisches Non-Hodgkin-Lymphom-ein Simulator anderer Hauttumoren. *Z. Hautkr.* (1998) 9, 614-618.
4. Drews R., Samel A., Kadin M. E.: Lymphomatoid papulosis and Anaplastic Large Cell Lymphomas of the Skin. *Sem. Cutaneous Med. Surg.* (2000) 2, 109-117.
5. Freitas I. C. és mtsai.: Primary cutaneous CD30-positive large cell lymphoma. *JEADV.* (2000) 14, 51-53.
6. Liu H. L. és mtsai.: CD30+ cutaneous lymphoproliferative disorders: The Stanford experience in lymphomatoid papulosis and primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2003) 6, 1049-1058.
7. Artemi P. és mtsai.: CD30 (Ki-1)-positive primary cutaneous T-cell lymphoma: Report of spontaneous resolution. *Australasian J. Dermatology.* (1997) 38, 206-208.
8. Marschalkó M. és mtsai.: CD30 pozitív, nagy T-sejtes primer cutan lymphoma. *Orv. Hetil.* (1998) 21, 1305-1308.
9. Pimpinelli M.: Primary cutaneous CD30+ T-cell lymphomas: hypothesis for a highly distinctive clinicobiological behaviour. *JEADV.* (2001) 15, 108-109.
10. Shenan J. és mtsai.: Management of multifocal primary cutaneous CD30+ anaplastic large cell lymphoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* (2004) 51, 103-110.
11. Stein H. és mtsai.: The expression of the Hodgkin disease associated antigen Ki-1 in reactive and neoplastic lymphoid tissue: evidence that Reed-Sternberg cells and histiocytic malignancies are derived from activated lymphoid cells. *Blood* (1985) 66, 848.
12. Stein H. és mtsai.: CD30+ anaplastic large cell lymphoma: a review of its histopathologic, genetic, and clinical features. *Blood* (2000) 12, 3681-3695.

Érkezett: 2004. XII. 22.

Közlésre elfogadva: 2005. II. 7.



Miskolc Város Önkormányzat Semmelweis Kórház - Rendelőintézet Bőrgyógyászati Osztály  
(osztályvezető főorvos: Károlyi Zsuzsanna dr.) közleménye

## A fluconazol terápia helye a bőr felületés gombás fertőzéseinek kezelésében

### Fluconazole therapy in the treatment of superficial fungal infections

KÁROLYI ZSUZSÁNNÁ DR.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A fluconazol az 1980-as években vezették be a gyógyszeres terápiába, döntően szisztémás gombás fertőzések kezelésére. Az elmúlt évtizedben a szer indikációs köre fokozatosan bővült, napjainkban az életminőséget jelentősen befolyásoló dermatophytosisok és *Malassezia* infekciók terápiajában is egyre inkább tért hódít. A szerző ismerteti a fluconazol bőrgyógyászati szempontból lényeges farmakológiai tulajdonságait, tárgyalja a pityriasis versicolor, seborrhoeas dermatitis, *Malassezia folliculitis* klinikai jellegzetességeit, a *Malassezia* species kóroki szerepét, új klasszifikációját, részletezi a szisztémás fluconazol kezelés indikációit ezen kórképekben.

#### Kulcsszavak:

fluconazol - *Malassezia* infekciók - atopias dermatitis - „fej-nyak” variáns

#### SUMMARY

Fluconazole was introduced into the medicinal therapy in the 1980s, mainly for the treatment of systemic mycoses. During the last decade its indication spectrum progressively widened and nowadays it is increasingly gaining ground in the therapy of dermatophyton and *Malassezia* infections. In this article we summarize the most important pharmacological characteristics of fluconazole from a dermatological point of view and discuss the clinical features of pityriasis versicolor, seborrhoeic dermatitis and *Malassezia folliculitis*. We also review the etiological role and the new classification of the *Malassezia* species. In addition the indication of systemic fluconazole treatment in the disease is also discussed.

#### Key words:

fluconazole - *Malassezia* infections - „head-neck” variant of - atopic dermatitis

A fluconazol fungisztatikus triazol származék, melyet elsősorban szisztémás gombás fertőzések, valamint immunszupprimált és AIDS betegek profilaktikus antimikotikus kezelésére vezettek be az 1980-as években. A szer hatásspektruma kiterjed a *Candida*, *Microsporum* és *Trichophyton* fajokra, valamint dimorf gombákra. A *Candida* fajok közül a *C. krusei* primeren rezisztens vele szemben, a *C. glabrata* pedig dóziszfüggő érzékenységet mutat. A fluconazol előnyös farmakológiai tulajdonságai miatt nemcsak a szisztémás mikózisok, hanem a nőgyógyászati és bőrgyógyászati gombás fertőzések terápiajára is igen jól használható. Bőrgyógyászati indikációi az elmúlt években fokozatosan bővültek, hazánkban sarjadzógombás bőr- és nyálkahártya fertőzések valamint onychomycosis mellett a bőr dermatophyton és *Malassezia* infekcióinak kezelésére is törzskönyvezésre került. A fluconazol alacsony molekulatömegű, vízdoldékony vegyület, hatását a gomba sejtmembrán ergosterol szintézisének gátlása révén fejtí ki. Orálisan jól felszívódik,

plazmafehérjékhez való kötődése alacsony, biohasznosulása eléri a 90%-ot. Hidrofil tulajdonsága miatt nagyon jó az eloszlása a szövetekben. A nyálban, köpetben, hüvelyváladékban mért koncentrációja megegyezik a plazmakoncentrációval, a liquorba is jól penetrál. A szérumban koncentrációt meghaladó szöveti szintek érhetők el alkalmazásával a bőrben és verejtékben. Egyszeri 50 mg bevétele után 3 órával a bőrben már kimutatható, kéthetes 50 mg-os kezelést követően pedig még 10 nap múlva is detektálható. Ez a tulajdonsága teszi lehetővé intermittáló alkalmazását.

A fluconazol csak kismértékben metabolizálódik, 80%-a a vizelettel változatlan formában kiürül, májkárosító hatása minimális. A kezelés során kb. 16% gyakorisággal fordulnak elő mellékhatások, melyek elsősorban gastrointesztinális jellegűek. Ritka mellékhatásként fejfájás, neuropathia, gyógyszer exanthema, anaphylaxias reakció, Steven-Johnson syndroma jelentkezhet. Gyógyszerinterakciók kumarin, szulfanilurea, származékokkal, pheny-



toinnal, rifampicinnel, teofilinnel, cyclosporinnal és terfenadinnal fordulhatnak elő (14, 15, 17).

### **Dermatophytosisok fluconazol kezelése**

A bőr felületen gombás fertőzései lokális kezelésre általában jól reagálnak, éppen ezért ez az elsőként választandó gyógymód. Bizonyos helyzetekben a helyi kezelés önmagában azonban már nem elégséges. Nagykiterjedésű mikotikus folyamatoknál, immunszupprimált betegeknél, krónikus, gyakran recidiváló fertőzéseknél, illetve ha a betegnek nem megfelelő a compliance-e feltétlenül szisztémás antimikotikus terápia beállítása indokolt. A hajás fejbőr érintettsége ugyancsak belső gyógyszeres kezelést igényel.

A fluconazol fungisztikus a dermatofytonokra, folyamatos és intermittáló kezeléssel egyaránt jó eredményeket érhetünk el vele. Mycosis corporisban heti 150 mg adandó 3-4 hétig, vagy napi 50 mg 2-4 héten át. Tenyéri-talpi érintettség esetén hosszabb, legalább 6-8 hetes terápia szükséges (14, 15, 17.).

A fluconazol jó hatékonyságú tinea capitisben is, bár ebben az indikációban nincs törzskönyvezve (9). Terápiás alternatívát jelenthet azonban olyan esetekben, amikor a grizeofulvin vagy a terbinafin kezelés ellenjavallt. Napi illetve heti intermittáló adagolás is lehetséges. Gyermeknek kapszula helyett az orális szuszpenzió adható 3-8 mg/tskg dózisban.

### **Malassezia infekciók**

A *Malassezia* genus lipofil sarjadzógombái az elmúlt években ismét a bőrgyógyászok figyelmének középpontjába kerültek. A 9 ismert *Malassezia* species közül 7 a normál bőrflóra tagja, közülük 6 abszolút lipid dependens, vagyis növekedéséhez exogén lipid forrás szükséges (*M. furfur*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. restricta*, *M. slooffiae*, *M. sympodialis*).

A *M. pachydermatis* növekedéséhez nem igényel lipideket, a *M. equi* lovakon él. A közelmúltban *Sugita* és mtsai. atopias dermatitisben szenvedő egyének bőréről egy új *Malassezia* speciest a *M. dermatist* izolálták (8, 16).

A *Malassezia* genusba sorolt gombák egészséges egyének bőrén is megtalálhatók, genetikai, immunológiai vagy környezeti tényezők hatására azonban patogénné válhatnak. Ilyenkor a gomba a szaprofita blasztospóra formából a patogén micélium formátumba alakul át.

A *M. specioseknek* a pityriasis versicolor, a seborrhoeas dermatitis, a *M. folliculitis* és az atopias dermatitis ún. „fej-nyak” variánsánál tulajdonítanak kóroki szerepet. Szórványos közlemények beszámolnak *Malassezia* fertőzéssel kapcsolatban confluáló reticularis papillomatosis, transiens acantolyticus dermatosis illetve onychomycosis kialakulásáról is.

### **Pityriasis versicolor**

A pityriasis versicolor krónikus felületen gombás fertőzés, melynek tünetei a lipidekben gazdag bőrterületekre, a törzs felső részére, nyakra és a felkarokra lokalizálódnak.

A betegség pubertás után kezdődik, általában fiatal felnőtteken fordul elő, de leírtak gyermek illetve csecsemőkori eseteket is. Az érintett bőrfelületen hipo- vagy hiperpigmentált, finoman hámló foltok alakulnak ki, melyek összefolyva nagy testfelszínt elboríthatnak. Enyhe pruritus előfordul, de a betegség általában panaszt nem okoz, csupán kozmetikai probléma. Mérsékelt égőv alatt 1-4% gyakorisággal fordul elő, trópusi országokban gyakorisága elérheti a 30-40%-ot is. Kialakulását a magas külső hőmérséklet, nedvesség, hiperhidrózis, műszálás ruha viselése, szteroid terápia, immunszuppresszió, genetikai faktorok, tbc, hyperthyreosis és AIDS elősegítik. A pityriasis versicolor általában két *Malassezia* species a *M. globosa* vagy a *M. sympodialis* váltja ki (4, 9, 13). A pityriasis versicolor klinikai diagnózisát tanácsos mikroszkópos gomba vizsgálattal is megerősíteni (cellux módszer), mivel a betegség egyéb kórképekkel (vitiligo, tinea corporis, pityriasis rosea, erythrasma, syphilis II, postekzemas leukoderma) könnyen összetéveszthető (8).

A pityriasis versicolor lokális kezeléssel (propylen glycol, zinc pyrithion, imidazol származékok, ciclopiroxamin, terbinafin) általában jól kezelhető, kiterjedt bőrfolyamat, gyakori relapszus, immunszuppresszió vagy nem megfelelő compliance esetén azonban szisztémás antimikotikus kezeléssel tudunk csak gyógyulást elérni.

A fluconazol hatékony terápia, folyamatos és intermittáló kezelési sémával egyaránt. Az intermittáló kezelés különösen azoknál az egyéneknél kedvező, akik idegenkednek a folyamatos gyógyszereszedéstől. A következő sémák ajánlottak: 50 mg/die 2-4 hétig, 300 mg/hét 2-3 alkalommal, *Partap* egyszeri 400 mg-os dózissal is kiváló eredményeket ért el. A tünetmentesség fenntartásához profilaktikus lokális antimikotikus kezelés szükséges (1, 2, 3, 4, 5, 12, 10).

### **Malassezia folliculitis**

A tünetek folliculáris monomorf papulák vagy pustulák képében jelentkeznek a háton vagy nyakon, trópusi régiókban az arcon is előfordul. A betegség általában hosszantartó szteroid vagy antibiotikus kezelés után lép fel, napozás vagy mechanikus trauma provokáló hatású lehet. Immunszupprimált egyéneken, diabetesben, HIV fertőzésben gyakori. Szövetani vizsgálat során a tágult folliculusokban blasztospórák és fonalas gomba elemek láthatók.

Lokális kezelésként imidazol származékok vagy propylen glycol alkalmazása kísérhető meg. Terápia rezisztens folyamatoknál a szisztémás fluconazol kezelés hatékonynak bizonyult 150 mg/hét dózisban 3-4 alkalommal (18).

### **Seborrhoeas dermatitis**

A seborrhoeas dermatitis a faggyúmirigyekben gazdag bőrterületek krónikus betegsége. Az arcon, a nasolabialis redőben, szemöldökök felett, homlok-hajás fejbőr határán, retroauricularisan és a hajás fejbőrön zsíros hámlást mutató hyperaemias foltok alakulnak ki, melyek alkalmanként viszketnek. Kiterjedt esetekben a bőrtünetek a sternum feletti régióban is megfigyelhetők. A hajás fejbőr korpáso-



dást a seborrhoeas dermatitis enyhe, gyulladás nélküli formájának tartják. Szövődményként bakteriális szuperinfekció, vagy otitis externa alakulhat ki. A betegség incidenciája 1-3%, férfiaknál gyakoribb. Serdülő és fiatal felnőttkorban valamint 50 év felett magasabb az előfordulás. Seborrhoea, hideg-száraz klíma, pszichés stressz, genetikai diszpozíció hajlamosító tényezőként szerepelhet. Megfigyelték Parkinson kórban és depresszióban való gyakoribb felléptét is. AIDS betegekben észlelt magasabb incidenciája (30-83%), azt sugallja, hogy az immunrendszernek fontos szerepe van a betegség kialakulásában. AIDS betegekben a seborrhoeas dermatitis különösen súlyos lefolyású lehet, ezért kiterjedt, terápia rezisztens folyamatoknál a HIV szűrésről nem szabad megfedkezni (4, 7, 8, 13).

A *Malassezia* kóroki szerepéről a vélemények megoszlanak, mégis napjainkban úgy tűnik, hogy a *Malassezia* kolonizáció egy fontos tényező a betegség kialakulásában. Ezt a nézetet támasztja alá az antimikotikus terápia hatékonysága is. A tünetek javulása általában jól korrelál a kolonizáció csökkenésével, a recidíva pedig a rekolonizációval. Seborrhoeas dermatitises egyének bőréről leggyakrabban a *M. globosa* vagy *M. restricta* izolálták.

A betegség másik lényeges etiológiai faktora a szervezet *Malasseziával* szembeni kóros immunreakciója. Egyesek a bőrtüneteket a *Malassezia* által termelt toxinokkal, illetve a gomba lipase aktivitásával hozzák kapcsolatba, a lipase enzim ugyanis a triglycerideket irritáló zsírsavakra bontja. Az, hogy bizonyos egyének miért hajlamosak a betegségre még nem ismert.

A seborrhoeas dermatitis kezelésében rendszerint lokális keratolitikumokat, szteroidokat és azol típusú antimikotikumokat alkalmaznak. A lokális kortikoszteroidok igen hatékonyan csökkentik a gyulladást, de elhagyásuk után mindig gyors recidíva következik be, ezen kívül a betegség krónikus jellege miatt szteroid mellékhatások (bőr atrófia, értágulatok) kialakulásával is számolni kell. Ebben az indikációban csak enyhe hatású szteroidok alkalmazása megengedett.

A seborrhoeas dermatitis kezelésében elsőként választandó készítmények az azol típusú lokális antimikotikumok, melyekkel általában gyors javulás érhető el. A rendelkezésünkre álló lokális antifungális szereket érdemes azonban váltogatni, mert folyamatos használat mellett gyakran elvesztik hatékonyságukat, hozzászokás alakul ki.

A legújabb vizsgálatok szerint a tacrolimus és pimecrolimus is igen hatékony seborrhoeas dermatitisben, a készítmények ugyanis a gyulladáscsökkentő hatás mellett *in vitro* antifungális hatással is rendelkeznek a *Malasseziák*kal szemben (4, 6, 8).

A számos, rendelkezésünkre álló gyógyszer ellenére a gyakorlatban mégis előfordulnak súlyos gyulladáshoz vezető, terápia rezisztens esetek, akiknél csak szisztémás antimikotikus kezeléssel tudunk tartós tünetmentességet elérni. Irodalmi és saját tapasztalataim alapján heti 150 mg fluconazol kezelés 3-4 hónapon át ilyen esetekben rendszerint tartós remissiót eredményez.

### Atopias dermatitis „fej-nyak” variáns

Atopias dermatitisben szenvedő egyének bőréről a közelmúltban egy új *M. speciest* izoláltak, a *M. dermatist*. Vizsgálatok szerint a *Malassezia* kolonizáció sokkal gyakoribb az atopias egyének bőrén, mint az egészségesekén, ebben minden bizonnyal a lokális szteroid kezelésnek is szerepe van. A *M. kolonizáció* az ekzemas tünetek kiváltásában aggráviáló faktor lehet, a seborrhoeas bőrterületeken - fejen, nyakon- az atopias dermatitis fellobbanást válthatja ki (11, 13). Feltételezik, hogy a gomba nem mint fertőző ágens, hanem sokkal inkább mint allergén hat. Számos tanulmány dokumentált *Malassezia* specifikus IgE ellenanyagokat felnőttkori atopias dermatitisben szenvedő betegekben. A *Malasseziának* 3 fő allergén komponense van, egy 67 kd és 37 kd molekulásúlyú protein és egy 14 kd szénhidrát komponens (8). Újabban úgy gondolják, hogy hasonló mechanizmus alapján a hajas fejbőrre és glans penisre lokalizálódó psoriasisban is kóroki szerepe van a *Malassezia* specioseknak (8).

Azoknál a felnőttkori atopias egyéneknél, akiknél a tünetek a fej-nyak régióra lokalizálódnak, és a szokásos terápia nem reagálnak szisztémás antimikotikus terápia beállítására indokolt lehet. A szisztémás fluconazol kezelés szignifikánsan csökkenti a pruritust a gyulladást, valamint a *Malassezia* IgE ellenanyagok titerét a vérben.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a szisztémás fluconazol kezelés bőrgyógyászati indikációi az elmúlt években jelentősen bővültek. Előnyös farmakológiai tulajdonságai miatt a fluconazol nemcsak az életet veszélyeztető, szisztémás gombás fertőzések kezelésére alkalmas, hanem az életminőséget jelentősen befolyásoló felületen gombás fertőzések terápiájában is egyre inkább tért hódít.

### IRODALOM

1. Bhogal C. S., Singal A., Baruah M. C.: Comparative efficacy of ketoconazole and fluconazole in the treatment of pityriasis versicolor: a one year follow-up study. *J Dermatol.* (2001) 10, 535-9.
2. Faergemann J., Bratel A. T.: The in vitro effect of fluconazole on the filamentous form of *Pityrosporum ovale*. *Acta Derm Venereol.* (1996) 6, 444-6.
3. Faergemann J.: Treatment of pityriasis versicolor with single dose of fluconazole. *Acta Derm Venereol.* (1992) 1, 74-5.
4. Faergemann J.: Management of seborrhoeic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol.* (2000) 2, 75-80.
5. Farschian M., Yaghoobi R., Samadi K.: Fluconazole versus ketoconazole in the treatment of tinea versicolor. *J Dermatolog Treat.* (2002) 2, 73-6.
6. Gupta A. K., Bluhm R.: Seborrhoeic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2004) 1, 13-26.
7. Gupta A. K., Nicol K. A.: Seborrhoeic dermatitis of the scalp: etiology and treatment. *J Drugs Dermatol.* (2004) 2, 155-158.
8. Gupta A. K., Batra A., Bluhm R. és mtsai.: Skin disease associated with *Malassezia* species. *J Am Acad Dermatol.* (2004) 51, 785-98.
9. Gupta A. K., Ryder J. E., Cooper E. A.: Superficial fungal infections: An update on pityriasis versicolor, seborrhoeic dermatitis, tinea capitis and onychomycosis. *Clinics in Dermatology.* (2003) 21, 417-425.
10. Leshner J. L. Jr.: Oral therapy of common superficial fungal infections of the skin. *J Am Acad Dermatol.* (1999) 6 Pt 2, 31-4.
11. Nikkels A. F., Piérard G. E.: Framing the future of antifungals in atopic dermatitis. *Dermatology.* (2003) 4, 398-400.
12. Partup R., Kaur I., Chakrabarti A. és mtsai.: Single-dose fluconazole versus itraconazole in pityriasis versicolor. *Dermatology.* (2004) 1, 55-9.



13. Podányi B.: Malassezia infekció megjelenési formái és terápiája. Gyógyszereink. (2001) 51, 149-150.
14. Simon Gy. Podányi B.: A bőr gombás fertőzéseinek kezelése. Orvosi Hetilap. (2004) 8, 453-454.
15. Simon Gy., Török I.: Gombás betegségek laboratóriumi diagnosztikája és terápiája. Kornétás kiadó. 1998.
16. Sugita T., Takashima M., Shinoda T. és mtsai.: New yeast species, Malassezia dermatis, isolated from patients with atopic dermatitis. J Clin Microbiol. (2002) 40, 1363-7.
17. Szalka A., Simon Gy.: Az orvosi mikológia gyakorlati kérdései. Golden Book kiadó Kft. 2000.
18. Rhee S., Turcios R., Buckley H. és mtsa.: Clinical features and treatment of Malassezia folliculitis with fluconazole in orthotopic heart transplant recipients. J Heart Lung Transplant. (2000) 2, 215-9.

Érkezett: 2005. II. 4  
Közlésre elfogadva: 2005. III. 8.

## Hazai Hírek

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztőbizottsága  
a lap **2004. évi Nívódíját** az alábbi közleményeknek ítélte:

### Legjobb kísérletes munka:

Széll Márta dr., Sonkoly Enikő dr., Bata Csörgő Zsuzsanna dr., Pivarcsi Andor dr., Polyánka Hilda,  
Kenderessy Szabó Anna dr., Szentpáli Károly dr., Molnár Gergely dr., Kemény Lajos dr.:  
**PRINS: egy új nem kódoló RNS gén azonosítása, expressziójának vizsgálata pikkelysömörben,  
valamint különböző humán szervekben és szövetekben.**  
(80. évf. 5. szám 251-255.)

### Legjobb összefoglaló munka:

Soós Gyöngyvér dr., Baló-Banga J. Mátyás dr., Bata Zsuzsanna dr., Husz Sándor dr.,  
Károlyi Zsuzsanna dr., Kis Kornélia, Kohánka Valéria dr., Nagy Gabriella dr., Nebenführer László dr.,  
Somogyi Tihamér dr., Soós Éva dr., Török László dr., Németh ILona, Temesvári Erzsébet dr.:  
**Corticosteroid kontakt szenzibilizáció magyarországi multicentrikus vizsgálata.**  
(80. évf. 4. szám 203-208.)

### Legjobb kazuisztika:

Gódor Zsófia dr., Orosz Zsolt dr., Holló Péter dr., Kárpáti Sarolta dr., Horváth Attila dr.:  
**Gégetumorhoz társuló paraneoplasias Launois – Bensaude melanoma malignumban  
szervenő betegen.**  
(80. évf. 4. szám 228-231.)

### Legjobb terápiás munka:

Scharrer Krisztina dr., Bagó Andrea dr., Vajda Adrienne dr., Baló-Banga J. Mátyás dr.:  
**A lichen planus enoxaparin kezelése.**  
(80. évf. 2. szám 67-75.)



*Egyetemi Gyermekkorház Pozsony, Bőrgyógyászati Klinika  
(klinikavezető: Doc. MUDr. Tibor Danilla, PhD.)*

## Adatok Jan Evangelista Purkyně cseh természettudós és orvos dermatológiával kapcsolatos megfigyeléseihez

### Observations of the Czech natural scientist and physician Jan Evangelista Purkině related to dermatology

SZÉP ZOLTÁN DR.

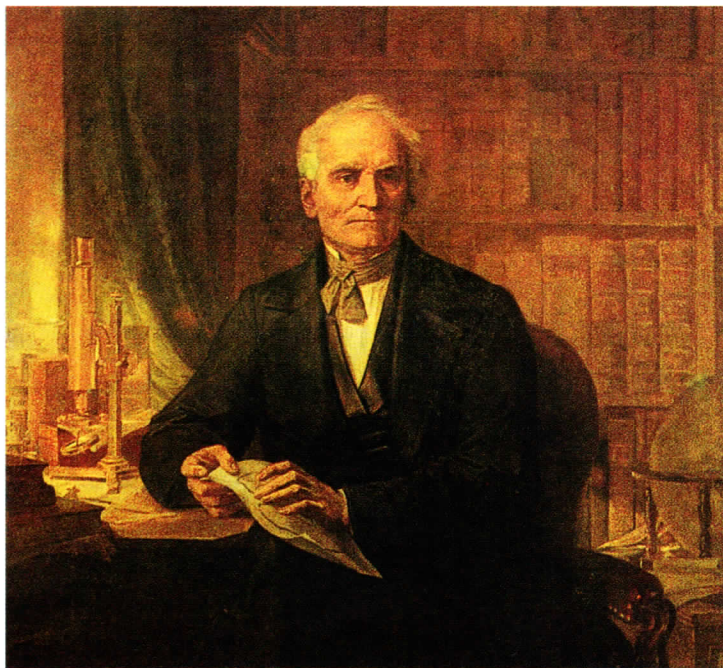
Jan Evangelista Purkyně (ejtsd: Jan Evangeliszta Purkinye, latinul: Joannes Purkinje) a legnagyobb cseh természettudós és orvos, a modern fiziológia egyik megalapítója világviszonylatban is. Sokoldalú személyiség lévén a 19. századi cseh tudományos, politikai és kulturális élet egyik vezéregyénisége volt (1. ábra).

Elsősorban az élettan, a szövettan és a fejlődéstan területén alkotott maradandót. Dermatológiával összefüggő megfigyelései kutatómunkájának csak kis töredékét képezik, ezért meglehetősen ismeretlenek a bőrgyógyászok számára. Ezért jelen munkánkban szeretnénk az olvasót megismertetni ezzel az *orvostörténeti témakörrel*.

#### Életútja és munkássága

Jan Evangelista Purkyně az Ohře folyó mentén elterülő cseh kisvárosban, Libochovicébe született 1787. december 18-án. Édesapja hivatalnok volt a libochovicei kastélyban. Purkyně az első iskoláit szülővárosában végezte. További tanulmányait egy dél-morvaországi kisvárosban, a nagy történelmi múlttal rendelkező Mikulovban folytatta. Tudásszomja kielégítése érdekében belépett a mikulovi piarista rendbe. Kitűnő lehetősége nyílt így tanulmányait folytatására, de ez később kötelezettséget jelentett az oktatói tevékenységre is, melyet azonban örömmel vállalt. A strážnicei gimnáziumban kezdett tanítani, abban az iskolába, melyben a nagy pedagógus, Jan Amos Komenský is tanult. Innen az ugyancsak nagy múltú Litomyšl városka piarista filozófiai intézetébe került. Filozófiai tanulmányainak középpontjában a klasszikus német filozófusok műveinek tanulmányozása állt. Ezenkívül történelmi és filológiai kérdésekkel is foglalkozott. Tanulmányait mindvégig kitűnő eredménnyel végezte. Szabad gondolkodása révén a zárt kolostori élet csakhamar fullasztóvá vált számára, ezért kilépett a piarista rendből. 1807-ben filozófiai tanulmányait a prágai egyetemen folytatta. 1809-ben, a harmadik évfolyam befejezése után fellépő anyagi gondjai az egyetem elhagyására kényszerítik. Magántanári állást vállal a dél-

csehországi Blatnéban egy nemesi családnál. 1812-ben visszatért Prágába, és megkezdte orvosi tanulmányait, ami a természettudományok tanulásának akkori legmagasabb formáját képviselte. Tanárai közül a legnagyobb hatást J. G. Ilg az anatómia professzora és J. Rottenberger a fiziológia professzora gyakorolta Purkyněre. Már medikus éveiben a fiziológia és a kísérletezés vonzotta, és nemegyszer önmagán végezte kísérleteit. Eredményeivel felhívta magára tanárai figyelmét, és értékes ismertséget szerzett külföldön is, melyek közül további pályafutására nagy hatással volt a berlini Rust professzor támogatása. Purkyně tanulmányai idején a fiziológia többé-kevésbé spekulatív jellegű tudomány volt. Purkyně hozzáállása az élettani kérdések megfigyeléséhez kísérletezés útján merőben új volt. 1818-ban jelent meg első tudományos közleménye, ami egyben a disszertációs munkája is volt, nagyon jelentős eredményekkel. A munka megvédésére 1818. november 30-án került sor, majd december 9-én orvossá avatták.



1. ábra

Jan Evangelista Purkyně (1787–1869)



Ezt követően tanársegéddé nevezik ki a prágai egyetem anatómiai és fiziológiai tanszékére. Kutatásai ebben az időben elsősorban kísérleti gyógyszer-tani jellegűek. Bevezeti a „fiziológiai (experimentális) farmakológia” fogalmát, mely megalapítójának tekinthető. Kutatásai mellett egyre aktívabban vesz részt az erősödő cseh nemzeti mozgalomban, melynek célja a cseh nyelv hivatalossá tétele az élet minden területén, az oktatásügyben, a cseh tudományos és irodalmi élet fejlesztése a Habsburg-birodalomban erősen jelen lévő elnémetesítési törekvésekkel szemben. Tagja volt egy titkos társaságnak is. A cseh kulturális és politikai életben való aktív részvétele miatt élete folyamán nagyon sok nehézség és kellemetlenség érte. Vezetésével megalapítják az első cseh tudományos folyóiratot, *Krok* (Lépés) címmel. Kutatási eredményeit és társadalmi problémákat elemző műveit ebben, ill. német nyelvű szaklapokban jelenteti meg. *Purkyně* pályája kezdetén többször is próbálkozik az egyetemi professzori cím elnyerésével különböző egyetemeken (többek között megpályázta a pesti élettani intézet megüresedett professzori székét *Lenhossék Ignác* Bécsbe távozása után). Ez irányú igyekezete azonban a fent említett okok miatt ismételtelen kudarcra volt ítélve. Végül nagy nehézségek árán 1823-ban sikerült elnyernie az ekkor Poroszországhoz tartozó, alsó-sziléziai Vratislav (Breslau, ma: Wrocław – Lengyelország) egyetemének orvosi karán megüresedett élettani tanszékét. Az első időkben nagyon sok ellenzője akadt, s csak nagy nehézségek árán sikerült az általa elképzelt korszerű élettan bevezetése az egyetemen. Az előadásokon kívül új módszereket vezetett be a fiziológia oktatásába. Az előadásokon elsajátított elméletet a hallgatóknak kísérletekkel demonstrálta, ezek voltak az ún. *Purkyně-féle „experimentális kollégiumok”*. A későbbiekben az oktatást mikroszkópos gyakorlatok és toxikológiai szemináriumok bevezetésével tarkította. 1845-ben átvette az embriológia oktatását is. 1823-ban kiadta disszertációs munkáját „*Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutanei*” címmel. Dermatológiai szemzőgből jelentős az ujjbegyek végén található bőrléccrajzolatok felosztása, amely a modern daktiloszkópia alapjait vetette meg. Felhívta a figyelmet a bőrkapillárisok mikroszkópos vizsgálatának lehetőségére, s így a modern kapillaroszkópia előfutárává vált. Jelentősebbek voltak azonban szemészeti és látásfiziológiai felfedezései, melyekkel világviszonylatban is prioritást élvez. A sejtelmélet megalkotását többnyire *Schleidennek* és *Schwannak* tulajdonítják, mégis több szerző *Purkyně* elsőbbségét hangsúlyozza. Mindenképpen előkészítette a talajt a sejtelmélet megalkotásához és hozzájárult a sejtmag leírásához. Jelentős szövettani és fejlődéstani megfigyelései, melyek közül megemlíthetjük a madártojás, ill. az emlős oocyták szerkezetének feltárását, a tuba uterina szövettanát, a belső nemi szervek embriogenezisét, a szív, az erek, az izmok és a csontok szövettanát, a porc szövettanának feltárását, a fogak szövet- és fejlődéstani megfigyelését, a gyomor nyálkahártya szövet- és élettani, a csillós mozgás problematikáját, a szívmozgás kinetikáját, az idegrendszer – elsősorban a kisagy szerkezetét és sejt típusait, ill. a neuromelanin

struktúrák leírását, továbbá látásfiziológiai felfedezéseit (entoptikus és kontraszt jelenségek, pupilla reakciók, akkomodáció, chromatikus aberációk, szemmozgások, szemészeti kivizsgálási módszerek), hallásfiziológiai és foniatríai megfigyeléseit és a vertigo fiziológiájával kapcsolatos kutatásait. A magyarországi olvasó számára talán legismertebbek a szív ingerületvezető rendszeréhez tartozó ún. *Purkyně-rostok*, továbbá a *Purkyně-sejtek* a kisagykéreg stratum neuronorum piriformium (vagy *Purkyně-sejtek*) rétegében, a *Purkyně-féle érfigurák* a szemfenék vizsgálata során és az ún. *Purkyně-jelenség* a szem sötétre való adaptációja folyamán.

Az experimentális fiziológiát Európában ebben az időben *Purkyně* élettani intézetén kívül csupán a francia iskola képviselte. *Purkyně* intézete modellként szolgált a később alakuló osztrák és német intézetek számára. Eredeti módszereket vezetett be a kutatásba. Mivel az élettani kérdések megoldása sokszor lehetetlen volt a szövettan és fejlődéstani ismerete nélkül, ezért először ezeket tisztázta. Ennek köszönhetően sok új szövettani felfedezés fűződik a nevéhez. 1836-ban kérelmet nyújtott be a minisztériumba *kísérleti élettani intézet* megalapítását kérve. Ez volt az első ilyen intézet Közép-Európában.

Később meghívást kap Prágába. 1850-től számítjuk az ún. második prágai időszakot. Míg a vratislavi (breslavi) időszak elsősorban tudományos, kutatási jellegű volt (sok felfedezéssel és új kutatási irányvonalak meghatározásával), addig a második prágai időszakot jelentős kulturális és politikai aktivitás jellemzi. 1851-ben megalapítja a prágai élettani intézetet (2. ábra), nyitóbeszédében felvázolja a korszerű fiziológiai és a fiziológus képzés koncepcióját,



2. ábra

*Purkyně* élettani intézetének épülete Prágában



majd egy nagy, mindent felölelő természettudományi kutatóintézet modelljét. Jelentős iskolát nevelt, asszisztensei közül híres orvosok, zoológusok és botanikusok kerültek ki. Fontos szerepet játszott a prágai orvosi iskola fejlesztésében. 1852-ben létrehozzák a Cseh múzeum természettudományos társulatát, majd 1853-ban a *Živa* című szaklapot. Ezek köré csoportosult az első cseh természettudományos generáció. 1860-tól még jelentősebb tevékenységet fejtett ki. Szervezi a cseh tudományos életet és küzd a cseh nyelv hivatalossá tétele érdekében. Számos társaság alapító vagy tevékeny tagja, költeményeket ír és fordít. 1861-63-ban sorozatban jelenteti meg az *Akademia* című iratát. Ebben kifejti elképzeléseit a tudományos élet szervezéséről, az új kutató generáció kinevelésének módszertanáról és a tudomány méltó helyéről a modern társadalomban. Megalkotja egy nemzeti tudományos akadémia koncepcióját. Az akadémia számára jól felszerelt és pénzelt intézeteket sürget. Mint írja: a nemzet, „amely itt farkaskodik, saját magát ítéli alacsonyabb fokra”. Az akadémiát az összes kutatóintézetével, könyvtárával, laboratóriumaival, állat- és növénykertjével együtt a prágai Károly téren akarta felépíteni.

1861-ben közreműködik a *Cseh orvosi társulat* létrejöttében. 1862-ben megalapítják a *Časopis lékařů českých* (Cseh orvosok lapja) című tudományos folyóiratot, amely mind a mai napig megjelenik (orvostörténetileg és tartalmát tekintve is teljességgel megfelel a *Markusovszky Lajos* által 1857-ben alapított magyar Orvosi Hetilapnak). *Purkyně* továbbá aktívan részt vett a cseh orvosi és természettudományos szakszókincs létrehozásában.

1869. július 28-án hunyt el. Temetésén a cseh nemzeti minden társadalmi rétegének képviselői jelen voltak.

### Dermatológiával kapcsolatos megfigyelései

*Purkyně* óriási életművét figyelembe véve, dermatológiával kapcsolatos megfigyelései kutatómunkájának csak csekély részét képezik, és távolról sem olyan jelentősek, mint egyéb felfedezései. Éppen ezért kevésbé ismertek a bőrgyógyászok számára is. Jelen munkánkban ezért ezen megfigyelések összefoglalására és rövid áttekintésére vállalkoztunk.

*Purkyně* bőrrel kapcsolatos megfigyelései már az 1823-ban közzétett habilitációs munkájában (*Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutanei*) megtalálhatóak. Ezek nagy része a **bőr tulajdonságainak** klinikai megfigyelésén alapult. Rendkívül gazdag a bőr kvalitatív jellemzőinek leírása, melyet a mai modern bőrgyógyászat sem nélkülözhet. Felhívta a figyelmet a bőr tapintásának, ill. szaglásának a fontosságára a kivizsgálás folyamán. Lényegében helyesen mutatott rá (helyenként ugyan közvetve) azokra a tényezőkre, melyek a bőr színére hatással vannak (exo- és endogén pigmentek, vérellátás, a szaruréteg vastagsága, a bőr víztartalma).

A dermatológia szemszögéből nézve az egyik legjelentősebb felfedezése a *verejtékmirigyek* leírása, melyben világviszonylatban is prioritást élvez. A habilitációs munka morfológiai részében jelenik meg először a „*verejtékpó-*

*rusok*” pontos leírása: „én biztos vagyok benne, hogy (az epidermis – szerz. megj.) szúrásokkal van átlukasztva, ezek azonban az anyag rugalmassága miatt úgy össze vannak húzódva (zárva), hogy csak a kiizzadt és hátulról nyomott folyadék számára nyílnak meg, és sehogysem észlelhetők a (mikroszkóppal – szerz. megj.) felszerelt vagy nem felszerelt szem számára. Hasonló jelenség könnyen kínálja magát összehasonlításra, amennyiben finom tűvel átlukasztunk egy megvágott kaucsukhátyát, ahol bizonyosan mindkét felületen bemélyedés lesz látható, de a csatorna, még ha (a hátya – szerz. megj.) a legkisebb levelecskékre vágatik is szét, semmiképpen meg nem jelenik”. Majd ezt írta: „...azt mutatják, hogy mégiscsak a folyadék számára átjárható csatornácskával vannak összekötve”, még ha morfológiailag nem is sikerült ezeket kimutatnia. Később, 1833-ban visszatér ehhez a problémához, amikor is diákjával, *Wendt*tel az epidermist, a faggyúmirigyeket és szőrtüszőket ill., a verejtékmirigyeket tanulmányozták (a disszertációs munka: *De epidermide humana* 4. fejezete: *A verejtékpórusokról és fonalakról az epidermisben*). Ezen részletesebb megfigyeléseket az tette lehetővé, hogy az intézet 1832-ben egy *Plössl*-féle mikroszkópot kapott. Érdemes megemlíteni, hogy a kálium-karbonáttal fixált bőrszövetteni készítményeken leírta a verejtékmirigyek kivezető csatornáinak spirális lefutását is.

Nem kevésbé érdekes az a rövid megjegyzés, amelyben *Purkyně* felhívja a figyelmet arra, hogy az epidermis (nyilván a szaruréteg – szerz. megj.) képes vizet adszorbalni, „...történik, hogy vagy atmoszférikus párákkal, vagy a vér által kiválasztott anyagokkal állandóan átítatódik, és így valósul meg a bőrtranspiráció és kívülről a resorpció”. Hogy mit értett „bőrtranspiráció” alatt nem egészen világos, de akárhogy is van, ma tudjuk, hogy az endogén víz távozhat a szervezetből a verejtékmirigyek közreműködése nélkül is az epidermisen keresztül (ún. perspiratio insensibilis), ill. elhanyagolhatóan kis mértékben gázcsere (respiratio) is lezajlik az epidermisben.

Sajnálatos, hogy a kutatók szempontjából olyan hálás bonctani-élettani téma, mint a *bőrfelszín szerkezetének* és élettanának tanulmányozása – *Purkyně* nem mindennapi megfigyelőképességét figyelembe véve – csak nagyon rendszertelenül, kaotikusan került feldolgozásra (a bőrléccrajzolatok kivételével). A bőr-reliéf morfológiája és klasszifikációja csak több mint száz évvel később, 1940-ben *Wolf* által került részletesebb feldolgozásra. A bőrfelszín szerkezetének mint egésznek a feldolgozása helyett, *Purkyně* a kéz és a láb, ill. az ujjak tenyéri és talpi felszínén található bőrléccrajzolatok tanulmányozása felé fordította érdeklődését.

Rendkívül érdekesek *Purkyně* tanulmányai a *haj és a szőrzet elrendeződését* illetően. Elsőként írta le egy 6 hónapos magzatnál a lanugo által alkotott örvényeket és csíkokat *vortices et flumina pilorum lanuginis* néven (3. ábra). Felhívta a figyelmet arra, hogy a szőrzet elhelyezkedése és az egyes örvények határa a magzatnál és a felnőttél különböző. Megfigyelte például, hogy a szőrök a fülkagylón annak csúcsa felé néznek, ill. a lanugo által alko-



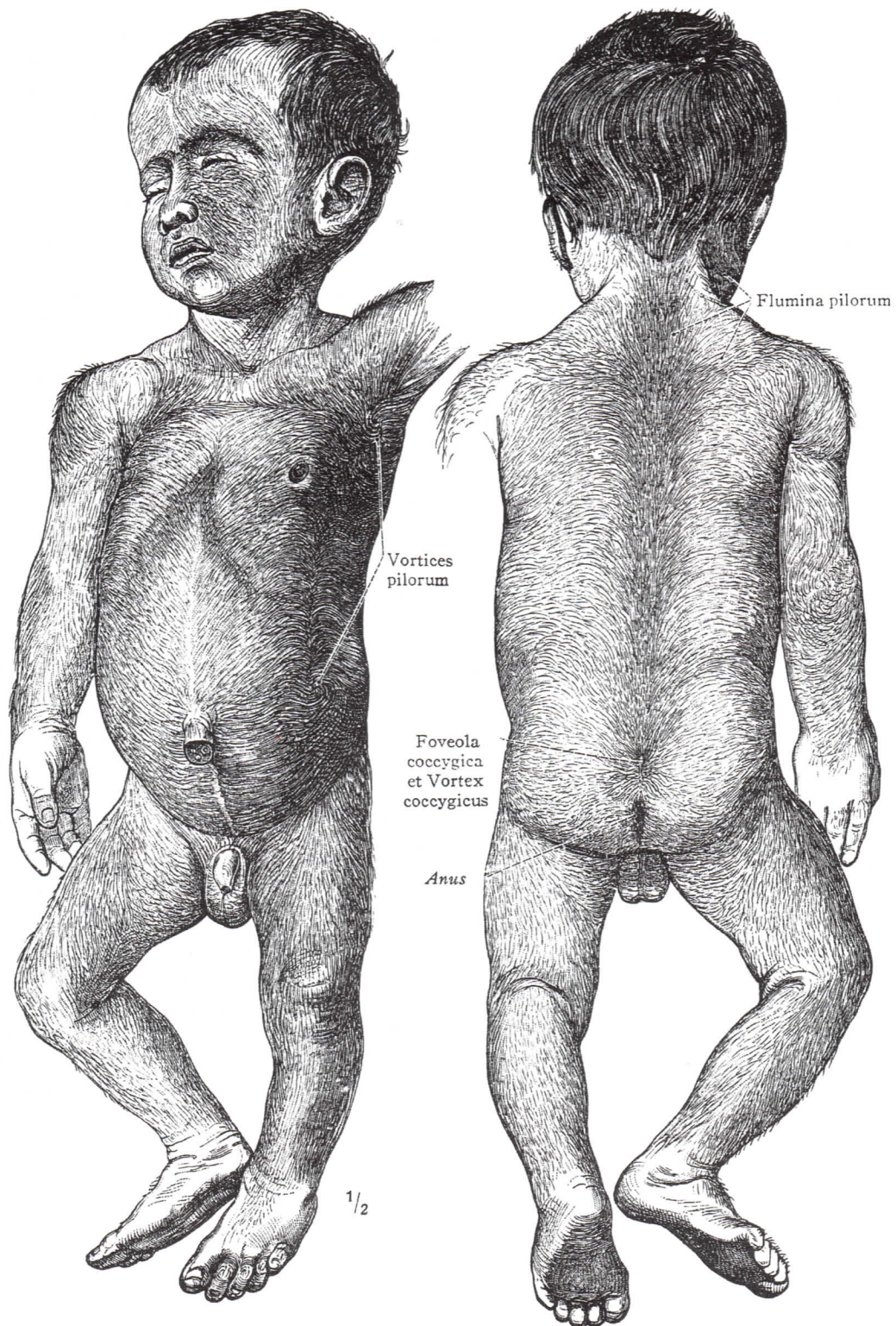


Fig. 231. Bauchseite.

Fig. 232. Rückenseite.

Die Richtung der Haare an den verschiedenen Körperabschnitten. Fötus aus dem 9. Schwangerschaftsmonat mit stark ausgebildetem Wollhaar, Lanugo.

**Haarströme, Flumina pilorum; Haarwirbel, Vortices pilorum.**

3. ábra

Vortices et flumina pilorum [Toldt anatómiai atlasza (9)]



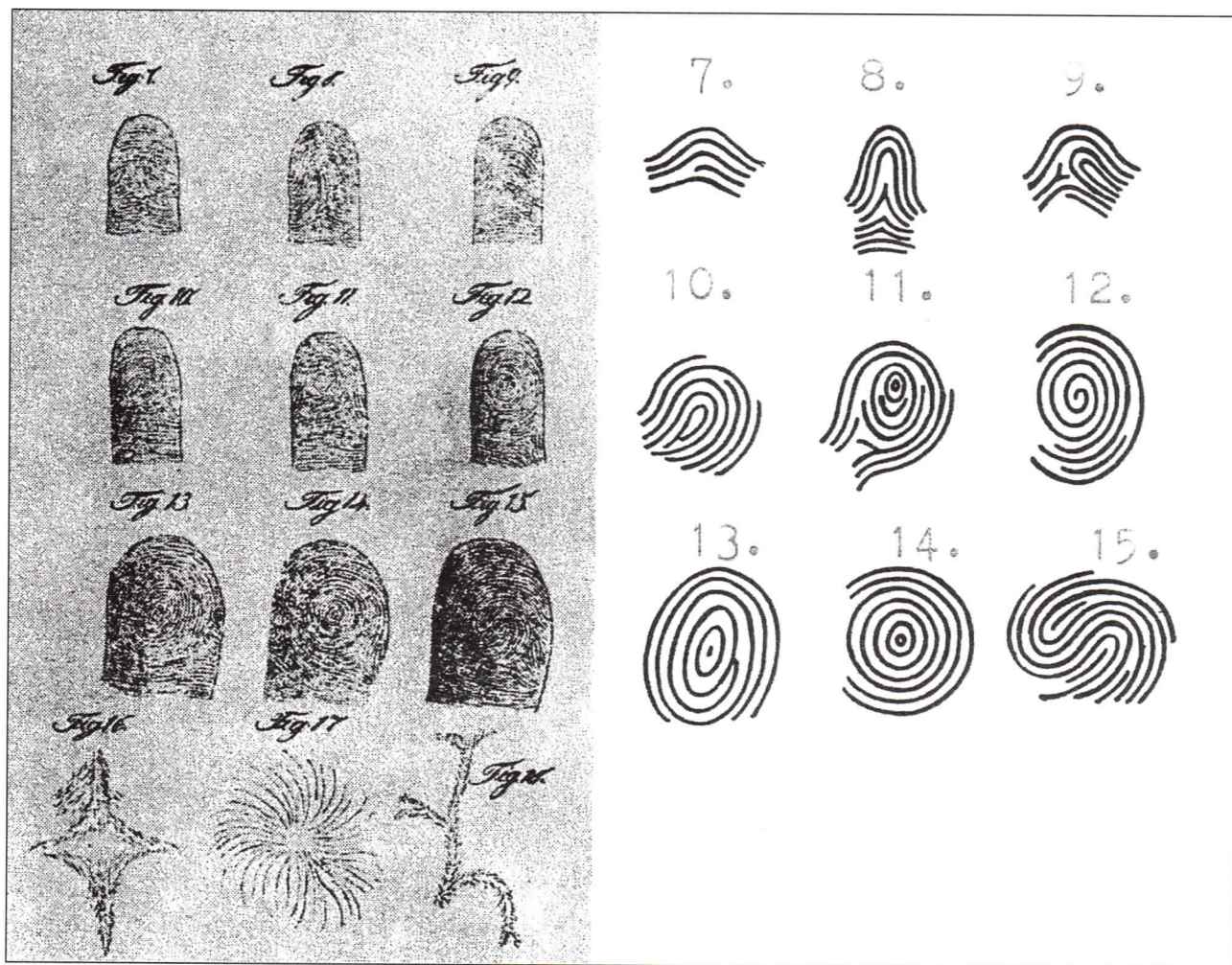
tott csíkok a coccygealis régióban futnak össze, és az ún. vortex coccygicus-t alkotják. Leírta azt is, hogy az alkar és a felkar szőrzetének iránya a könyök tájékán egymással szembeni, ugyanúgy, mint az emberszabású majmoknál.

Habilitációs munkájában leírta a tenyéren található *redőket* (rugulae palmarum). Megállapította, hogy ezeknek közül van a kéz és az ujjak mozgásához. Bevezette ezek nevezéktanát, amely azonban nem honosodott meg. A fent említett redők ismertek voltak már a középkorban is. Erre épült a korabeli *chiromantia* „tudománya” is. A szó a görög cheiromanteia szóból származik, és magyarul tenyérjósást jelent. A chiromantia a középkorban az asztrológiával szorosan összefonódva fejlődött. Az asztrológia a csillagok hatását tanította az ember sorsára, jövőjére vonatkozóan. A chiromantia ezt a sorsot a jósolás során a tenyérredőkből olvasta ki. *Purkyně* idejében a tenyérjósást a Chiromantia Philonis című 1528-as keltezésű könyv lefordítása újította fel. Maga *Purkyně* azonban a tenyérredőinek és az ujjbegyek bőrlécrendszerének a leírása ellenére is tárgyilagos és szigorúan tudományos maradt: nem becsülte túl felfedezésének fontosságát. Elítélte korának áltudományát: a frenológiát, fiziognómiát és a chiromantiát. A chiromanták – tenyérjósok tevékenységéről a következőket mondotta: „Úgy gondolom, hogy munkájuk hasonlít-

ható az augurusok és haruspexek jóslásaihoz a madarak röptéből vagy a belsőségek mozgásából”.

A legjelentősebb munkája ezen a téren az ujjbegyek *bőrlécreajzolatainak* leírása és *rendszerezése*. A bőrlécremintákat 9 alcsoportra osztotta fel, és ezzel a modern *dactyloscopia* előfutárává vált. Az ujjlenyomatokat már az ősi Kínában és Japánban is aláírás gyanánt használták. *Marcello Malpighi* az 1668-as esztendőben már említést tesz a bőrlécreajzolatok sokféleségéről, de ezek rendszeres tanulmányozása és felosztása nem történik meg. Ezen minták részletekbe menő felosztását *Purkyně* végzi el. Az ő felosztását felhasználva *Henry Faulds* angol orvos 1880-ban felhívja a figyelmet a személyek azonosításának lehetőségére a bőrlécreajzolatok alapján. *F. Galton* azután lerakja az alapját az ujjlenyomatok modern felosztásának. Az első daktiloszkópiai nyilvántartó megalapítása 1900 körül *F. Galton*, mások szerint *J. Vucelich* nevéhez fűződik. A mellékelt ábrán (4. ábra) az eredeti *Purkyně*-féle rajzok láthatóak. A mellette lévő ábrán ezek sematikus rajza látható. Az eredeti, *Purkyně* által bevezetett megnevezések a következők:

*Stria transversa* (Fig. 7) és a *stria centralis* (Fig. 8), ezek az ún. *ívek*. Továbbá a *stria obliqua* (Fig. 9) és a *sinus obliquus* (Fig. 10), ezek az ún. *hurkok*. A következők:



4. ábra  
A bőrlécreajzolatok Purkyně-féle felosztása



az *amygdala* (Fig. 11.-hurok maggal), a *spinula* (Fig. 12), az *ellipsis* (Fig. 13) és a *circulus* (Fig. 14) – ezek az ún. *csigavonalak* vagy tekervények, és végül a *vortex duplicatus* (Fig. 15) – a kettőshurok.

*Purkyně* a fent leírt redőket és bőrléccrajzolatokat a majmokban is tanulmányozta: a majmok tenyerén, ill. a kaspaszkodófarkon (az újlágyi majmokban). Mivel ezekben a rajzolatokat éppen a legérzékenyebb testrészekben találta, ebből arra következtetett, hogy összefüggenek a tapintási-érzékelési funkciókkal.

Érdekes *Purkyně* megfigyelése a *zsírszövet eloszlását* illetően, melyben ezt összefüggésbe hozta az egyed alkatával (konstitúciójával).

*Purkyně* dermatológiai tárgyú leírásai között meg kell említeni egy jelentős munkamódszert, amely a *kapilároszkópiának*, mint kivizsgálási módszernek a kezdetét jelentette. Disszertációs munkájában ezt írja: „Veszünk egy lencsét ... Ezt felerősítjük egy szerkezetre.... Ha ezzel a műszerrel a dörzsölés vagy szívás által bevörösödött bőrt figyeljük, esetleg a hámréteget napfényel megvilágítjuk vagy olajjal átítatjuk, amivel ez áttetszőbbé válik, úgy itt különösen a soványabb egyedeken megfigyelhetünk egy nagyon kis erekből álló hálózatot és néha belőlük kilépő, fel a hámréteg felé futó gyökerecskéket, melyek itt piros pontban végződnek”. Ezt a módszert ajánlja *Purkyně* egy sor bel- ill. bőrbetegség kivizsgálására.

Az utolsó figyelmet érdemlő megfigyelések a *melanin struktúrákkal* kapcsolatosak. Itt meg kell említeni, hogy ezen tárgyú megfigyeléseit elsősorban az általa olyan szívesen vizsgált idegrendszer egyes részein végezte, bár egyúttal a bőrt is vizsgálta ilyen irányban. Mégis a melaninok létét főleg a substantia nigra dúcsejtjeiben igazolta. Mivel azonban a melaninok a neuroektodermális pigmentsejt-rendszer keretén belül a bőrben is megtalálhatóak, ezért helyesnek tartjuk *Purkyně* megfigyeléseit a dermatológia szemszögéből is értékelni. Régen ismert tény, hogy a melanin pigmentek nem szétszórtan találhatóak a sejtekben, hanem mint jól körülhatárolt subcellularis képződmények, melyeket eredetileg pigment szemcséknek neveztek el (mai elnevezésük: melanoszómák). Ezzel összefüggésben három nevet szoktak említeni: *D. T. Smith*, *R. Chambers* és *H. B. Fell* neveit. Míg *Chambers* és *Fell* (1931) csak mellékesen említik pigmentek előfordulását a retina pigmentsejtet tartalmazó rétegében, *Smith* (1925) pontosan leírja a pigment szemcsék létezését több normális, ill. daganatsejtben is. Ezek a leletek aztán az elektronmikroszkópos kutatások időszakában nyertek megerősítést, és az ún. melanoszóma-konceptió megformálásához vezettek. Jóval ritkábban kerül megemlítésre, hogy *Sorby* már 1878-ban leírta a pig-

mentszemcsék létezését a hajban. Sajnálatosan egészen feledésbe merült az a tény, hogy a sejtekben található pigmenteket már jóval előbb kimutatta *Purkyně*. Az 1833-as esztendőben asszisztensével *A. Wendt*tel a bőr hámrétegének a felépítését, ill. az idegrendszer (substantia nigra, locus coeruleus) szerkezetét tanulmányozták. Megfigyelte és leírta a sötét színű pigmentet a neuronokban, azonban nem tulajdonított neki különösebb jelentőséget. 1837-ben *Purkyně* ismét visszatért az agyi dúcsejtek tanulmányozásához, főleg a sötétebb árnyalatú részekéhez. 1837. szeptember 9-én Prágában, a német természettudósok és orvosok összejövetelén tartott előadásában bemutatta tábláit idegsejteket ábrázoló képekkel, melyeken részletesen ábrázolta a substantia nigra pigmentet tartalmazó sejtjeit. Felhívta a figyelmet arra, hogy a pigment mennyisége egyénenként különböző, de a korral növekszik. *Purkyně* így jellemezte azokat a struktúrákat, melyeket ma neuromelánin-szemcséknek nevezünk, és valószínűleg elsőnek vette észre, hogy mennyiségük az idegsejtekben a korral növekszik.

Közleményünk célja az volt, hogy megismertessük az olvasót a nagy cseh természettudós és orvos, *J. E. Purkyně* életútjával és munkásságával, különös tekintettel a kevésbé ismert dermatológiával összefüggő megfigyeléseire.

#### IRODALOM

1. *Borovanský J.*: Purkyňovy nálezy v oblasti melainových struktur. In: Kolektiv autorů: Jan Evangelista Purkyně. Život a dílo. Avicenum, Praha (1986) 262-265.
2. *Hybášek P., Jorda V.*: Význam Purkyňových prací pro fyziologii kůže. In: Kolektiv autorů: Jan Evangelista Purkyně. Život a dílo. Avicenum, Praha (1986) 242-247.
3. *Chambers, R. Fell, H. B.*: Micro-operations on cells in tissue cultures. Proc. Roy. Soc. Biol. (1931-1932) 109, 380-403.
4. *Purkyně, J. E.*: Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutane. Vratislavia 1823. (Překlad: Lhoták, K. J.: Pojednání o fyziologickém výzkumu čidla zrakového a soustavy kožní. Spol. čes. lék., Praha 1914)
5. *Purkyně, J. E.*: Živa, časopis přírodnický, roč. VI. sv. 1., 1858, 36-45. Přetištěno v: Opera selecta Joannis Evagelistae Purkyně. Vydavatelství podniku Spolku českých lékařů, Praha, 1948, 155.
6. *Rozsivalová E., Niklíček L.*: Život Jana Evangelisty Purkyně. In: Kolektiv autorů: Jan Evangelista Purkyně. Život a dílo. Avicenum, Praha (1986), 9-99.
7. *Smith, D. T.*: Evidence showing the existence of two distinct types of pigment cells capable of giving rise to melanotic tumours. Bull. Hopk. Hosp. (1925) 36, 185-198.
8. *Sorby, H. C.*: On the Colouring Matters found in Human Hair. J. Anthropol. Inst. Great Britain and Ireland (1878) 8, 1-24.
9. Toldts Anatomischer Atlas (Toldt-Hochstetter) III. 21. Auflage, Urban und Schwarzenberg, Wien (1948) 150.

Érkezett: 2004. IV. 20.

Közlésre elfogadva: 2004. VI. 3.



*Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza Bőrgyógyászati Osztály  
(osztályvezető főorvos: Szalai Zsuzsanna dr.)*

## **Beszámoló az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság 2005-ben, Budapesten megtartott 8. kongresszusáról**

### **Summary of the 8th Congress of the European Society for Pediatric Dermatology held in 2005 Budapest**

MOLNÁR KATALIN DR., TORMA KATALIN DR., KASSAY ERZSÉBET DR.,  
KONDOROSI ILDIKÓ DR., NOLL JUDIT DR., ASBÓTH DOROTTYA DR.,  
SZALAI ZSUZSANNA DR.

#### **ÖSSZEFOGLALÓ**

*Az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság 8. Kongresszusa 2005. május 5-7. között került megrendezésre. A kongresszus annak a több mint 3 évig tartó szervezésnek az eredménye, melyhez az ESPD munkatársai, és a Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztályának munkatársai, valamint a Magyar Dermatológiai Társulat Gyermekbőrgyógyászati szekciójának tagjai járultak hozzá. A cikkben a tudományos és társasági rendezvényeket ismertetjük.*

**Kulcsszavak:**  
**gyermekbőrgyógyászat - tudományos  
program**

#### **SUMMARY**

*The 8th Congress of the European Society for Pediatric Dermatology was held on 5-7 May 2005 in Budapest, organised by, the ESPD board members and mainly the colleagues of the Dermatological Department of Heim Pál Children's Hospital, and the members of the Pediatric Dermatological Workshop of the Hungarian Dermatological Society. The Congress had been organized over a three year period. The scientific and social programmes of the congress are presented in this report.*

**Key words:**  
**pediatric dermatology -  
scientific program**

Az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság (ESPD) 2005. május 5-7. között Magyarországon rendezte meg a 8. kongresszusát, melynek a Budai várban található Hilton Hotel adott otthont. A *Török Éva* professzorasszony által vezetett Magyar Gyermekbőrgyógyász Munkacsoport az ESPD 8. kongresszusának szervezési jogát a tudományos életben folytatott aktív részvétel és a bőrgyógyászati osztály által végzett magas színvonalú tevékenység elismeréseként kapta meg. A szervezést Szalai Zsuzsanna főorvosnő, az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság, valamint a Heim Pál Gyermekkorház bőrgyógyászati osztályának dolgozói vállalták magukra. A rendezvényre a világ 44 országából összesen 119 előadó érkezett, emellett poszter formában 154 tudományos munka került bemutatásra. A kongresszus ideje alatt 19 témakörben összesen 30 szekciót szerveztek. Az előadások plenáris üléseken, cégek által szponzorált szimpóziumokon, illetve párhuzamosan futó szekciókban zajlottak. A kongresszus fő témaköréi az atopias dermatitis, pikkelysömör, bőrápolás, allergiás megbetegedések, daganatos betegségek, bőrfertőzések, anyajegyek voltak. Ezen túlmenően számos ritkább beteg-

ség, új kezelési eljárás ismertetésére is sor került. A résztvevők száma, akik tekintélyes hányada hazánkból és az európai országokból érkezett, megközelítette az 1000 főt, de Tunéziából, Izraelből, USA-ból, Mexikóból, Argentínából, Indonéziából és Indiából is érkeztek hazánkba kollegák.

A nemzetközi előadások mellett az első napon a Magyar Dermatológiai Társaság Gyermekbőrgyógyász Munkacsoportja tartotta éves rendezvényét gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok, valamint gyermekbőrgyógyászok számára. Ezen a napon – híven Heim Pál professzor úr munkásságához, aki súlyt helyezett a csecsemőápolók továbbképzésére – az orvosi szekcióval párhuzamosan külön gyermekápolói szekció is megrendezésre került. A program 9 betegbemutatással indult, ahol az érdeklődők ismét rendkívül érdekes, ritka betegségekről hallhattak és felfrissíthették ismereteiket a familiaris juvenilis melanoma malignumtól a krónikus graft versus host reakcióig terjedően.

Az ezt követő Novartis szimpóziumom *Hídvégi Bernadett* az atopia és az urticaria, míg *Szalai Zsuzsanna* főor-



1. ábra

A megnyitón Prof. Török Éva, Prof. Hámori József, Prof. Juan Ferrando és Prof. Kárpáti Sarolta ülnek



4. ábra

Prof. Juan Ferrando, az ESPD elnöke beszél a gyermekbőrgyógyászat kialakulásának történetéről



2. ábra

Dr. Szalai Zsuzsanna köszönti a résztvevőket



3. ábra

A „Csillagszemű” táncegyüttes műsora

szélt, amelyek a köztudatban élnek a betegség ártalmatlanságáról. A Belgiumból érkezett *Dirk van Gysel* nagy érdeklődést keltett kvíz formájában interpretált bőrgyógyászati eseteivel.

Az ápolói szekció a szervezők számára is meglepően nagy számú érdeklődőt vonzott. Igazán hatékony gyógyító munka csak a jól képzett szakápolók segítségével érhető el.

Az ESPD kongresszus megnyitóján *Török Éva* professzorasszony, *Kárpáti Sarolta* professzorasszony, *Hámori József* professor, *Tulassay Tivadar* professor, *Juan Ferrando* professor és *Szalai Zsuzsanna* főorvosnő köszöntötték az egybegyűlteket (1., 2. ábra). A megnyitó ceremónia után a „Csillagszemű” gyermek néptánc együttes műsora következett, mely a magyar és a külföldi résztvevők körében egyaránt osztatlan sikert aratott (3. ábra).

A tudományos program a világ, az európai, majd a magyarországi gyermekbőrgyógyászat történetének bemutatásával indult (4. ábra), később a hallgatóság megismerkedhetett az elmúlt évszázadok leghíresebb orvosaival.

A történeti szekciót követően az előadások párhuzamosan futottak. Nagy érdeklődést keltett az újszülöttkori bőrbetegségek szekciója. *Ernesto Bonifazi* professor (Bari) a haemangiómák újszülöttkori megjelenését ismertette. A klasszikus, könnyen felismerhető esetek mellett olyan betegeket mutatott be, akiknél csak diszkrét jelek figyelmeztettek a néhány napon-héten belül spontán progrediáló haemangiómák megjelenésére. *Silvano Menni* (Milánó) a hideg hatás által okozott átmeneti és tartós elváltozásokról beszélt. *Margarita Larralde* professzorasszony (Argentína) az újszülöttkori fertőzésekről – baktérium, vírus, gomba – tartott előadást, saját eseteivel illusztrálva azt. *Maria Cutrone* (Velençe) az újszülöttkorban jelentkező spontán regrediáló, ezért kivizsgálást és kezelést nem igényelő bőrtüneteket foglalta össze.

A haj betegségeivel foglalkozó szekcióban *Ramon Grimalt* professor (Barcelona) a hajas fejbőr megbetegedéseinek differenciál diagnosztikáját, *Mario Cutrone* (Velençe) az újszülöttkorban jelentkező normál és kóros hajléréseket részletezte. *Carola Durán-McKinster* (Mexikó) ismertette a lokalizált és diffúz hajpigmentációs zavarokat,

vosnő és *Pónyai Györgyi* az atopia és az ekzema kapcsolatáról tartott a gyakorlatban is jól hasznosítható összefoglalót. A meghívott előadók szekciójában *Mészner Zsófia* főorvosnő az infekciós eredetű exanthemákról, köztük a varicelláról, illetve azokról a téves elképzelésekről be-



saját eseteiből mutatott néhány rendkívül ritka kórképpel – Chediak–Higashi-, Griscelli-, Elejalde-szindróma – szemléltetve azokat. A szekció utolsó előadójaként *Ulrike Blume-Peytavi* professzorasszony (Berlin) a figyelmet azon kutatásokra irányította, melyek arra irányulnak, hogy a megfelelő hatóanyagot alkalmas formában eljuttassák a hajfolliculusokhoz, ezáltal lokálisan hatékonyá téve olyan szereket, melyek szisztémás adagolása a jelentkező mellékhatások miatt nem ajánlott.

Az allergiás betegségek szekciójában a holland *Arnold Oranje* professzor (Rotterdam) előadásának témája a kisgyermekkorban atopiás dermatitisben szenvedőknél mért specifikus IgE prediktív szerepe volt. Munkatársai az atopiás gyermekek ételérzékenységeinek vizsgálatában alkalmazott epicutan teszt (atopy patch test) és a bőrön alkalmazott élelmiszer-allergia vizsgálat (skin application food test) összehasonlításáról beszéltek. A. D. Van Ginkel és munkatársai (Amsterdam) beszámoltak arról, hogy a gyermekkorban allergiás kontakt dermatitis az utóbbi években sokkal gyakoribbá vált, mint azt korábban gondolták. Vizsgálataik során 8 hónaptól – 16 éves korig alkalmazták az európai standard epicutan skálát. Leggyakrabban előforduló allergénként az illatanyag-keveréket, a nikkelt, a gyapjúzsírt, az IPPD-t és a perubalzsamot azonosították.

A szisztémás betegségeket tárgyaló blokkban David Atherton professzor (London) a congenitalis melanocyter naevus központi idegrendszeri komplikációiról tartott összefoglaló előadást. *John Harper* professzor (London) a gyermekkorban is előforduló vasculitisek különböző formáit foglalta össze. A haemangiómák veszélyeiről, lehetséges szövődményekről *Mary Glover* (U. K.) adott elő.

A psoriasisról foglalkozó szekcióban sok újdonság hangzott el. *Kemény Lajos* professzor a pikkelysömör komplex genetikai hátteréről, valamint a betegség egy új megközelítéséről tartott előadást. E szerint a psoriasis I. típusú autoimmun betegségként is felfogható, melynek kialakításában az IF $\gamma$  mellett egyéb gyulladáshoz vezető citokinek is részt vesznek. Mindezek ismeretében a jövőben egy merőben újfajta gyógymód is lehetővé válhat. Hasonlóan újdonságként említendő *Teresa Pereira* és munkatársai (Portugália, Braga) előadása, amelyben egy 3 éves kisgyermek recidíváló psoriasis pustulosájának sikeres infliximab kezeléséről esett szó, rendkívül szépen dokumentált klinikai képekkel alátámasztva.

Az autoimmun betegségek alkotta blokkban érdeklődéssel vártuk az Argentínából érkezett *Adrian Martin Pierni* professzor (Buenos Aires) összefoglaló előadását az immundeficienciához társuló bőrtünetekről. Az általános tünetek mellett az előadó kitért az ekzemas tünetekre, vascularis eltérésekre, valamint klinikai képeket láthattunk a Chediak–Higashi és Wiskott–Aldrich szindróma bőrtüneteiről is. A klinikai képeket megszakította egy-egy gyönyörű argentin tájkép, melyekkel a következő, 2007-ben Argentínában megrendezésre kerülő világkongresszusra hívta meg a hallgatóságot az előadó. A szekcióban bemutatásra került még a vakcináció helyén kialakult morphea és az amoxicillin kezelés után kialakult pemphigus foliaceus eseteinek ismertetése is.



5. ábra

Juhász István tanár úr a bőrbébszeti szekcióban tart előadást

A pigmentzavarok szekciójában összefoglaló előadást hallottunk *Alain Taieb* professzortól (Bordeaux, Franciaország) a vitiligo molekuláris mechanizmusáról, a kezelési irányelvekről, Horkai Irén professzor asszony a gyermekkorban előforduló photodermatosisekről tartott átfogó előadást.

A bőrbébszeti szekcióban az égések korszerű kezeléséről, bőrpótlásról hipertrofiás hegek kialakulásának megelőzéséről tartott *Paul Prychta* professzor (Brno, Csehország), Juhász István tanár úr és *M. Mackiewicz* (Bydgoszcz, Lengyelország) előadásokat (5. ábra).

A pénteki programot a Heim Pál Gyermekkorház bőrgyógyászati osztályának legérdekesebb eseteit, „gyöngyszemeit” összefoglaló „Clinical Pearls” szekció nyitotta meg, melyet intenzív diszkusszió követett. Az esetek egy külön kiadványban is bemutatásra kerültek. A visszajelzések és a sok dicséret alapján megérte a fáradságot.

A meghívott előadók mellett számos érdekes előadást hallhattunk változatos témákban. Ezek közül emeltünk ki néhányat. *Aldo Morrone* (Róma) a WHO „Egészséget mindenkinek 2000-re!” célkitűzésének tükrében értékelte a bőrbetegségeket. Afrikai missziójukról számolt be, melynek során kórházat létesítettek a bőrbetegségek kezelésére, ahol a helyi lakosokat és orvosokat is oktatják. A második és a harmadik előadás a nap szerelmeseinek bemutatása kapcsán ismételt felhívta a figyelmet a napsugárzás káros hatására. *G. Fabbrocini* és munkacsoportja (Nápoly) által kidolgozott rendszer szerint mérik a helyi UV-sugárzást és az előzetesen bőrgyógyászatiilag vizsgált gyermekek szülei részére sms-ben küldenek tájékoztatást az adott területen észlelt UV-sugárzás mértékéről, illetve arról, hogy ennek értelmében a gyermekek mennyi időt tölthetnek a napon megfelelő fényvédelem mellett. A negyedik előadásban a fény ismert, jótékony hatását elemezték atopiás dermatitisben.

*A Pasic és munkatársai* (Zágráb) az atopiás dermatitis UVA és UVB kezelésével szerzett tapasztalatairól, valamint az alkalmazott dózisokról tartott előadást. *Alex Zvulunov* professzor (Tel-Aviv, Izrael) a lázas állapotban kialakult gyermekkorban exanthemákat foglalta össze, beleértve a fertőző betegségeket és a gyógyszerkiütéseket. Az autoim-





6. ábra

A Mátyás templomban tartott koncert résztvevői: a Magyar Rádió Gyermekközössége Tész Gabriella vezetésével, Kukely Júlia operaénekes és Kaposi Gergely közreműködésével

mun, allergiás kórképekről szóló előadásokban az atopiás dermatitisben előforduló citokin eltérések, továbbá a preventív tejfehérje-mentes diéta szerepe került tárgyalásra. A *Torreló* (Granada, Spanyolország) pemphigus foliaceus, majd *Husz Sándor* professor úr SCLE gyermekkori esetét mutatta be. *Szakos Erzsébet* a gastrointestinalis mucosa szerepéről az allergiás és pseudoallergiás mechanizmusokról, valamint az urticariáról érkezett.

Sor került a legfrissebb kutatási eredmények bemutatására is, beleértve a keratinocyták működésének újabban felfedezett aspektusait, valamint a működési zavarok molekuláris mechanizmusait.

A Novartis szimpóziumon *Johannes Ring* professor (München, Németország) az atopiás dermatitisről tartott színes-érdekes előadást, majd *J. Simon* professor (Lip-cse, Németország) az atopiás dermatitis korai kezelésének, egyensúlyban tartásának fontosságát, *Susan Lewis-Jones* (Dundee, Skócia) a pimecrolimus kenőcs biztonságosságát hangsúlyozta ki. A Roche szimpóziumon *Christine Labreze* (Bordeaux, Franciaország) az infantilis acneről, Szalai Zsuzsa főorvosnő a retinoidok gyermekkori alkalmazásáról tartott összefoglaló előadást. A Fujisawa szimpóziumon *Sakari Reitamo* professor és *Roger Allen* professor a tarcolimus sajátságairól és gyakorlati alkalmazásáról érkeztek.

A Sebamed szimpóziumon *Johannes Fluhr* (Jéna, Németország) és *F. Braun* (Bécs, Ausztria) professorok a hám szerkezetét, élettani működését és annak gyakorlati jelentőségét ismertették. Szalai főorvosnő a száraz bőr okozta gyermekkori bőrbetegségekről tartott összefoglalót.

A poszterek az előadásokhoz hasonlóan érdekesek és színvonalasak voltak. Sok ritka eset került bemutatásra: a dermatofibroma protuberans és a melanoma malignum gyermekkori előfordulásától kezdve a lineáris IgA bullös dermatosis makrolid antibiotikummal (miocamycin)

történt sikeres kezeléséig. Az első díjat Oroszországból *Sergey Krivatkin* és munkatársai nyerték.

A kiállítók termékismertetőikkel, könyvekkel, prospektusokkal bővítették ismereteiket. A sűrű szakmai programot csütörtök este kellemes koncert követte a Mátyás templom patinás falai között, ahol a Magyar Rádió Gyermekközössége Tész Gabriella vezetésével és Kukely Júlia operaénekesnővel lépett fel (6. ábra). A koncert után a Hilton Szálló Dominikánus udvarán került sor a fogadásra. A pénteki tudományos programot követően a kongresszus résztvevői a Gödöllő melletti Domony völgyben vehettek részt a lovasbemutatóval kezdődő „puszta partin”, ahol a vacsora elfogyasztása után a zenekar olyan jó hangulatot teremtett, hogy csaknem mindenki táncra perdült.

A szervezők köszönetüket fejezik ki a Magyar Dermatológiai Társaságnak a „best case report” és a „best experimental study” díj átadásának biztosításáért. Az előbbi *Torma Katalin dr.* és munkatársai nyerték, az utóbbi *V. Oji* és munkatársai kapták. A díjat (az Athénban megrendezésre kerülő 9. ESPD kongresszus regisztrációs költsége) a társaság nevében *Husz Sándor* professor úr adta át (7. ábra).



7. ábra

Husz professor úr átadja a Magyar Dermatológiai Társaság által felajánlott legjobb esetismertetés és a legjobb kísérletes munka díját

Örömmel számolunk be arról, hogy az Európai Gyermekbőrgyógyász Társaság tisztújító ülésén a szervezet titkárának *Szalai Zsuzsannát*, a Heim Pál Gyermekkórház Bőrgyógyászati Osztályának vezetőjét választották meg.

A szervezőbizottság külön köszönettel tartozik mindazoknak, akik emberi és szakmai támogatásukkal, illetve aktív részvételükkel segítettek a kongresszus szervezésében, illetve akik jelenlétükkel tettek tanúbizonyságot a gyermekbőrgyógyászat iránti elkötelezettségükről és érdeklődésükről.

## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

### 2004. október 14. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

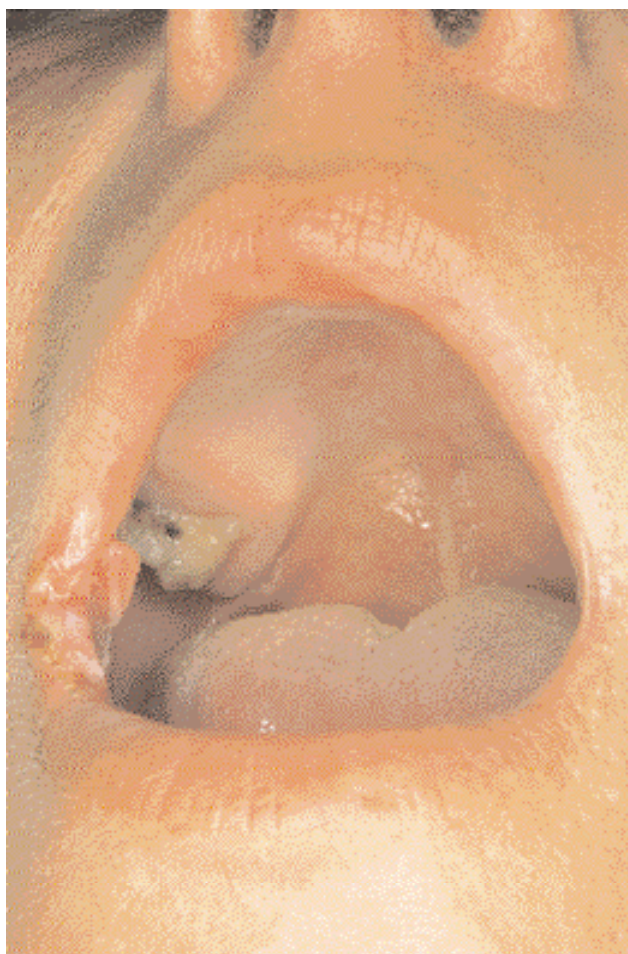
Pónyai Katinka dr.:

#### Syphilis recens symptomatica

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

32 éves nőbetegünk 2004 szeptemberében észlelte genitálisan és a szájnyálkahártyán fájdalommentes hámihiányait. Orvoshoz ekkor nem fordult, tüneteire helyileg Tetran kenőcsöt használt, amely mellett regressziót nem észlelt. 2004 októberében a talpán és a lábujjak között alakultak ki odorosus bőrtünetei. Ekkor fordult először orvoshoz, így került Klinikánk ambulanciájára genitális és orális erosio beutaló diagnózissal. Felvételekor az alsó ajak belfelszínén több, 2-3 mm-es tömött alapú, környezetéből előemelkedő, erodált, opálosan fénylő plakk, a kemény szájpardon sötétvörös enanthema, a jobb szájugban macerált felszínű, berepedezett, felhánt szélű papula volt látható (1. ábra). A nemi szervben a vulva oedémája, ill. elszórtan macerált, 1-1,5 cm-es, a bőrből laposan előemelkedő papulák voltak megfigyelhetők. A talpon sonkavörös, erősen hyperkeratotikus papulák, interdigitálisan macerált, kifejezetten odorosus, nedvedző felszínű papulákat láttunk.

Sötétlátóteres vizsgálat nem történt, a folyamat tartós antiszeptikus kezelése miatt azonban az elvégzett RPR, és TPHA vizsgálat



1. ábra

A kemény szájpardon plaques muquosae, a jobb szájugban condyloma latum látható

1:80 hígításig pozitív eredményt adott. A jellegzetes klinikai kép és a komplett szerológiai pozitivitás alapján II. stádiumú syphilis diagnózisát állítottuk fel.

Neurológiai, szemészeti, és fül-orr-gégészeti konzílium történt, negatív eredménnyel.

Betegünket a jelenleg érvényben lévő módszertani levél alapján, 7 nap különbséggel 4,8 ME összdózisú Retarpen kezelésben részesítettük. A gondozásba vétel megtörtént. A beteg kontrollvizsgálatokon többszöri felszólításra sem jelent meg.

Kontaktként megnevezett élettársánál is komplett szerológiai pozitívítást detektáltunk. Adataink alapján kb. 1 hónappal ezelőtt genitális régióban lévő erosióját területi urológián excidálták. A férfit a terápia előtt önkényesen távozott. Hivatalos intézkedésre a jelenleg érvényben lévő jogszabályok alapján az ÁNTSZ jogosult mindkettőjük ügyében.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Bíró László dr.:

#### Acrodermatitis chronica atrophicans

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 43 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében penicillin allergián kívül említésre méltó megbetegedés nem szerepel. Az anamnesztikus adatok bizonytalanok.

Másfél éve észlelték enyhe hyperthyreosisát, melyet belgyógyászaton kontrollálnak, gyógyszerrel nem szed. Vizsgálati adatairól dokumentáció nem áll rendelkezésünkre. Elmondása szerint 1 éve észleli a karokon – elsősorban bal oldali dominanciával – kialakult barnáslivid, finoman hámló plakkjait, melyeket különböző magisztrális készítményekkel kezeltek, érdemi javulás nem mutatkozott.

Belgyógyász irányította ambulanciánkra, gombavizsgálat elvégzése céljából.

Státusz: a bal felső végtagon barnáslivid színű, finoman hámló, atrophias plakkok láthatók, melyek stabilan fennállnak, egyéb subjektív panaszt nem említ (2. ábra).



2. ábra

Barnáslivid, diszkrétan hámló, atrophias plakk a bal kézen



A végtag hűvösebb tapintatú. Raynaud fenomén nem észlelhető. Magával hozott rutin laboratóriumi leleteiben eltérést nem észleltünk. Ismételt kérésre beszámolt arról, hogy kb. 2 éve a bal felkaron megcsípte valami, a csípés helye sokáig vörös volt. Az utóbbi időben gyakran fáj a feje, néha ízületei is fájnak. A fejfájás miatt koponya CT is készült, mely kóros eltérést nem mutatott, bár neurológiai szakvélemény nem áll rendelkezésre.

A klinikai kép és az anamnézis alapján felmerült borreliosis lehetősége.

A bőrtünetek ACA korai stádiumának felelnek meg.

Az elvégzett szerológiai vizsgálatok *Borrelia* IgG (ELISA) pozitívítást mutattak. A megerősítő IgG Western blot is erős pozitívítást igazolt. IgM negatív volt. (Disszeminált, ill. késői borreliosisban az IgG emelkedett lehet.)

A kiegészítésként elvégzett immunserológiai vizsgálatok eltérést nem mutattak. Cryoglobulinaemia, cryofibrinogenaemia miatt nem volt igazolható.

A beteg neurológiai, kardiológiai vizsgálata folyamatban van. Hospitalizációját tervbe vettük, parenteralis antibiotikus th-t tervezzük, mely az anamnézisben szereplő penicillin érzékenység miatt komplikálja a helyzetet.

Ábrahám Katalin dr.:

### **Pemphigus foliaceus**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A középkorú férfibeteg anamnesisében néhány éve ismert és kezelt hypertonia szerepel. 2004. augusztusban a jobb halántéktájon másfél éve fokozatosan növekvő, subjektív panaszt nem okozó plakk miatt kereste fel klinikánkat (3. ábra). Ekkor a fenti régióban 6,5x3,5 cm-es, szabálytalan alakú, közepesen infiltrált, erythemas, helyenként felszínes erodált, ill. pörkkel fedett plakkot láttunk, mely klinikailag morbus Bowennek imponált. Ezzel szemben rutin szövettani vizsgálat pemphigus foliaceus lehetőségét vetette fel. Direk immunfluoreszcens vizsgálattal a hámban intercellulárisan pemphigus típusú IgG antitest és C3 festődés volt látható, indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal alacsony titerben (1:10) pemphigus vulgaris típusú IgG antitestet sikerült kimutatni majom és tengerimalac nyelőcsövön egyaránt.



3. ábra  
Pemphigus foliaceus bőrtünete a halántéktájon

Így a klinikai kép, a szövettani és az immunfluoreszcens vizsgálatok alapján pemphigus foliaceus diagnózisát állítottuk fel. A pemphigus foliaceus az intraepidermalis hólyagképződéssel járó autoimmun megbetegedések közé tartozik a pemphigus vulgarissal, paraneoplasiás pemphigussal és az IgA pemphigussal együtt. A betegségre jellemzőek az éles szélű, erythemas, pörkkel fedett, erodált plakkok, főként seborrheas lokalizációban. Álló hólyagot rendszerint nem látunk, a nyálkahártyák tünetmentesek. A pemphigus csoportba tartozó betegségekben az autoantitestek az epidermalis desmosomákban lévő transmembran glikoproteinek, a desmogleinek (DSG) két típu-

sa, a DSG-1 és a DSG-3 ellen termelődő IgG ellenanyagok. Pemphigus foliaceusban csak DSG-1 ellenes antitestek termelődnek. Mivel a DSG-1 legnagyobb mennyiségben a hámb felső rétegében található meg, ezért ebben a körképben az acantholysis elsősorban az epidermis felső rétegében (a stratum granulosumban) zajlik. A nyálkahártya hámban a felső rétegében a DSG-3 dominál, ezzel magyarázható, hogy nyálkahártya tüneteket nem látunk. A pemphigus foliaceus remissziókkal és relapsusokkal jár, krónikus megbetegedés. Ismert gyógyszer indukált forma is, melyet főleg sulfhidril csoportot tartalmazó gyógyszerek (penicillamin, captopril) szedése kapcsán figyeltek meg. A kezelést a klinikai kép határozza meg: kiterjedt folyamat esetén elsősorban lokális antisepticus és steroid kezelés is elegendő lehet. A bemutatott betegnél, tekintettel a lokalizált folyamatra lokális steroid és antibiotikum kezelést kezdtünk. Egyidejűleg a hypertonia kezelésére szedett ACE-gátlót más antihypertensiv szere cseréltük. A lokális kezelés folytatása mellett a beteg szoros observációját tervezzük. Amennyiben a gyógyszerváltást követően lokális kezeléssel tartós tünetmentességet érünk el, az igazolhatja azt a feltételezésünket, hogy a folyamat kialakulásában az ACE-gátló provokáló faktorként szerepelt.

Pónyai Katinka dr.:

### **Erythema exsudativum multiforme**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

76 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében fibroma miatt emlőműtét, hypertonia, ill. átlag két-három havonta recurráló herpes labialis infekció szerepel. 1973 óta ismert évek óta tünetmentes psoriasis, amely lokális kezelésre jól reagál.

2004. szeptember 6-án onychomycosis miatt háziórvosa terbinafine terápiában részesítette. A kúra harmadik hetében mellkasán viszkető, erythemás foltok jelentek meg. A terbinafine terápia felfüggesztése, és per os, ill. lokális antihisztamin terápia mellett a folyamat lassan progrediált, a végtagokon, háton, tenyereken, talpakon, majd az arcon is hasonló bőrtünetek jelentek meg.

A tüneteket mérsékelt viszketéssel kívül más általános, bakteriális vagy virális infekcióra utaló tünet nem kísérte.

Felvételkor a beteg jó általános állapotban volt. Testszerte, főként proximális túlsúllyal, a mellkas felett, a háton, a gerinc mentén, a végtagok proximális részén, tenyereken, talpakon, arcon, a felső ajakpírban livid erythemás, céltáblarajzolatot mutató, necroticus, besüppedt középtű papulák voltak láthatóak, halvány erythemás beszűrt gyűrűvel körülvéve. A nyálkahártya nem volt érintett (4. ábra).

A beteg laborleleteiben érdemi eltérés nem volt látható, mind a fehérvérsejtszám, mind a neutrophilszám normál tartományban volt.

A jellegzetes klinikai kép és az anamnézis alapján gyógyszer indukálta erythema exsudativum multiforme diagnózisát állítottuk fel.

Az erythema exsudativum multiforme többféle ok által kiváltott, polymorph klinikai képpel, általános tünetekkel járó, típusosan a kéz hátra, az alkar feszítő felszínére, a térdre, könyökre, tenyérre lokalizálódó betegség. Ritkábban az arc, nyak, törzs, vagy fartájék is érintett.

Etiológiájában vírusok, baktériumok, gombák szerepén túl gyógyszerek kóros szerepe, ill. malignus tumorok, autoimmun betegségek (SLE, PAN, Wegener granulomatosis) jelenléte is felmerül.

Vírusok kóros szerepére példa az általában ősszel, típusosan 1-2 héttel a lezajlott herpes simplex infekció után kialakult erythema exsudativum multiforme, a Typus annuus Hebra.

Autoimmun betegségek közül, jellemzően SLE-s betegekben jelentkeznek idiopathiás, recurráló erythema multiforma szerű léziók: Rowell's syndroma. Ilyenkor az IF pozitív, immunserológiai eltérések (RF, SS-A, szemcsés ANA pozitívítás) észlelhetőek.

Erythema exsudativum multiformét kiváltó gyógyszerek között szerepelnek: reuma elleni készítmények, gyulladáscsökkentők, fájdalomcsillapítók (indometacin, diclophenac, penicillamin, ammidosphen, phenilbutason, salazopyrin, chlorocid), antibiotikumok (szulfonamidok, penicillin, cefalosporinok, semicillin, tetracyclin,





4. ábra

Livid erythemás, céltáblarajzolatot mutató, necrotikus, besüppedt közepű papulák, halvány erythemás beszűrt gyűrűvel körülveve

aminoglycosid), antiepileptikumok, szedatívumok (carbamazepin, barbiturátok, hydantoinkészítmények), kinin, kinidin, arany sók, vízhajtók (furosemid, thiazidok), penolphtalein.

Esetünkben felmerül a terbinafine kóroki szerepe.

A szakirodalom a terbinafine számos mellékhatásáról számol be, amelyek között szerepel az akutan kialakult toxikus hepatitis, hajhullás, étvágytalanság, izolált thrombocytopenia, ill. bőrtünetekként: a psoriasis fellángolása, lichenoid gyógyszerexanthemák, akut generalizált pustulosis, bullosus pemphigoid, lupus erythematodes, ill. az erythema exsudativum multiforme megjelenése.

Ez utóbbi tünetegyüttes fellépése gyakran megfigyelhető virális, vagy bakteriális infekció egyidejű fennállása esetén.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép miatt mutattuk be.

Veres Gábor dr.:

#### Szekunder syphilis

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 28 éves férfi egy 2004 nyara óta primer syphilis miatt gondozott nőbetegünk kontaktusaként több hónapos késéssel jelentkezett.

Tünetei elmondása szerint kb. 6 hete kezdődtek, halláskárosodás kíséretében. Vizsgálatok a törzsön halvány roseolát, a tenyereken és talpakon hyperkeratotikus, helyenként hámgallérral övezett barnásvörös papulákat (clavi syphilitici), a bal vállon és a combokon 1 cm átm., szintén hámgallérral övezett, alig infiltrált barnásvörös papulát, a nyelven ovális nedvedző plakkot láttunk.

Emellett a primer szakból visszamaradt tünetként penis oedemat,

jelentős, csaknem vizelesi képtelenséget okozó phimosis, a nyílásból gennyes váladékozást, a scrotumon és a penis törzsén több fájdalommal, gennyes váladékkal fedett, felületes fekélyt, ill. mko. megnagyobbodott, fájdalommentes nyirokcsomókat észleltünk.

Az anamnesis, klinikai tünetek és 1/32-ben +++ RPR és 320 E fölötti TPHA igazolta a sy II. diagnózisát. A HIV teszt negatív volt.

Neurológus eltérést nem írt le, ennek ellenére a hypacusis miatt korai neurosyphilis kizárására lumbal punctiót végeztünk. A likvorban a Pándy reakció pozitivitását és kissé emelkedett (8/3) sejtszámot, ill. négyszeres hígításban + TPHA reakciót észleltünk. Fél év múlva a likvor kontrollját tervezzük.

Fül-orr-gégész jobb o. serosus otitis mediát talált (lehet spec. is!), javaslatra Nootropil, Nasivin és fülmegfűtés.

Szemészeti és EKG eltérés nem volt, rutin laborja izolált GGT emelkedést mutatott.

A beteg 3 napos Doxycyclin előkezelés után 2,4 ME Retarpen kapott, lázas szövődményt nem észleltünk.

Kontaktusként csak feleségét nevezte meg, aki betegünkön kívül egy másik, szintén nálunk gondozott férfival való szexuális kapcsolatot ismert el.

Esetünket a látványos klinikai kép és a felmerült idegrendszeri érintettség miatt gondoltuk bemutatásra érdemesnek.

Veres Gábor dr., Marschalkó Márta dr., Hársing Judit dr.,

Matolcsy András dr.:

#### Pseudolymphoma

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 35 éves nő 2 éve észleli a jobb orcán egy lassan növekvő csomó, majd újabb elváltozások megjelenését.

Háziorvosa utalta be ambulanciánkra, ahol szorosan egymás mellett több 3-8 mm átm. sárgás-erythemás, kerek, ép hámmal fedett, tömött, fájdalommentes cutan nodust észleltünk, lymphadenomegalia nélkül.

A klinikai kép alapján cutan lymphoma/pseudolymphoma, független tumor, granuloma faciale, sarcoidosis, ismeretlen tumor bőrmetasztasisa merült fel.

A diagnózis tisztázására biopsziát vettünk: a hám ép, dermisben kifejezett, nem epidermotrop lymphoid sejt beszűrődés; B sejt lymphoma gyanúja.

Az immunhisztokémia során CD20, CD3, CD30 festésekkel a sejtek normál eloszlását észleltünk, az infiltrátum nem mutatott CD4 vagy CD8 restriktiót.

Az immunglobulin és T-sejt receptor gamma lánc génátrendeződése poliklonálisnak bizonyult.

Ezek a leletek igazolták a pseudolymphoma (PL) diagnózisát.

A Lyme-szerológia, negatív, psychotrop gyógyszereit átállítottuk, kontakt sensibilizációt nem észleltünk.

A PL-k történeti áttekintését táblázatban ismertetem. Kaposi Mór írta le elsőként sarcomatosis cutis néven 1891-ben. Később többféle elnevezés született (Spiegler-Fendt sarcoid, lymphocytoma cutis, lymphadenosis cutis benigna, a bőr lymphocytás infiltrátuma). Ezek ma vagy egyes kórképeket jelölnek a pseudolymphoma csoporton belül, vagy már nem használjuk őket. Összefoglaló elnevezésként a *Hirsh* és *Lukes* által bevezetett pseudolymphoma fogalma terjedt el.

A cutan PL-k a bőrből kiinduló reaktív lymphocyt proliferációk, melyek klinikailag és/vagy szövettanilag cutan lymphomára emlékeztetnek, de viselkedésük benignus.

Szövettanilag leegyszerűsítve azt lehet mondani, hogy homogén limfocitás infiltrátum, jelentős celluláris atípiá lymphomára, polymorf sejt infiltrátum ly-kal és gyulladásosejtekkel (makrofágokkal, eosinophilekkel, plazmasejtekkel) pseudolymphomára utal. A klinikum és a rutin szövettan azonban a lymphoma és PL biztos elkülönítésére nem elégséges, mint azt esetünk is mutatta, ahol a rutin szövettanban látható monomorf infiltrátum lymphomára utalt, az immunhisztokémia és a génátrendeződés vizsgálat ez ellen szól.

A diagnózist a sejtfelszíni molekulák immunhisztokémiai analízisével, ill. a TCR vagy Ig génátrendeződés vizsgálatával lehet megerősíteni.

Le kell szögezni, hogy az immunhisztológiai vagy molekulárbioológiai eljárások között sincs olyan, mellyel önmagában eldönthető, hogy malignus vagy benignus folyamatról van szó. A TCR vagy Ig génátrendeződés klonális volta lymphoma mellett szól, de



nem bizonyítja; negatív volta lymphoma ellen szól, de nem zárja ki a malignitást.

A morfológiai, immunológiai, genetikai és klinikai jellemzők kombinációjával és sokszor csak a beteg követésével juthatunk diagnózishoz, melyet folyamatosan felül kell vizsgálnunk, időről időre szövettani és egyéb vizsgálatokat kell végeznünk, mint betegünk esetében is.

A diagnózis felállítása után a klasszifikáció sem egyszerűbb. Tradicionálisan T és B sejtű PL-król beszéltünk, etiológiailag ismert és idiopathiás formáit különítjük el. A cutan PL oka lehet *Borrelia burgdorferi*, vírusok (HSV, VZV, EBV), tattoo reakció, immunizáció, gyógyszer, rovarcsípés. Kezelése ezekben az esetekben oki, idiopathiás formában műtét, szteroid (externa, infiltrálás vagy per os), fény (UVA, PUVA, UVB) és RTG jön szóba.



## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2004. november 11. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Ábrahám Katalin dr.:

**Psoriasis vulgaris, tartós lokális steroid kezelés mellékhatásai**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 69 éves férfibeteg kórelőzményében évtizedek óta ismert köszvény, chronicus aethylismus, alacsony malignitású hólyagtumor miatt több alkalommal transurethralis resectio és urethrotomia inerna, tompa mellkasi traumás tricuspidalis insufficiencia szerepel.

1972 óta ismert a betegnél psoriasis vulgaris, mely miatt korábban két alkalommal részesült Neotigason kúrában. Ezen kívül gyakorlatilag folyamatosan különböző steroid externákat használt, az utóbbi években főként Diprosalic-ot és Dermovate-ot, havonta 5-8 tubussal.

Felvételekor a típusos psoriasos tünetek mellett testszerte igen kifejezett steroid ártalmakat észleltünk: testszerte atrophias bőrt, teleangiectasiákat, több helyütt kiterjedt bevérzéseket, valamint számos vírusos szemölcsöt atipusos lokalizációban (has, deréktáj, hát).

A lokális steroid kezelés hatásainak, ill. mellékhatásainak kialakulása több tényező függvénye. Egyrészt függ az alkalmazott externa kémiai tulajdonságaitól, ami alatt részben a hatóanyag, részben a vivő-, ill. oldóanyagok tulajdonságait is értjük. Emellett a kezelt bőr tulajdonságai is befolyásolják a hatóanyagok felszívódását. A legfontosabb barriert a stratum corneum jelenti, amelynek vastagsága testtájanként változó. A szemhéjakról például a felszívódás négyszer gyorsabb, mint a homlok és harminchatszor gyorsabb, mint a tenyerek és a talpak bőréről.

Lényeges szempont az is, hogy milyen betegséget kezelünk, vagyis hogyan változik az adott kórképben a stratum corneum vastagsága, van-e hámszöveti terület, ill. milyen egyéb kezeléseket alkalmazunk (keratolyticumok, detergensok a penetrációt fokozzák).

Az eset bemutatásával újfent a kellő körülmények között alkalmazott lokális steroid kezelés széles körű és súlyos ártalmaira szeretnénk volna felhívni a figyelmet.

Marschalkó Márta dr.:

**Pyoderma gangrenosum**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

44 éves nőbeteg anamnézisében 10 évvel ezelőtt lábszárfekély miatti kezelés, diabetes mellitus, 5 évvel ezelőtt necrobiosis lipoidica, hypertonia szerepelnek.

Fél évvel ezelőtt kezdődtek fekélyei, gyulladt szélel, gyors terjedéssel, mindkét lábszáron. Felvételekor mindkét lábszáron varicositas, krónikus vénás insufficiencia tünetei, a bal lábszáron 12x6 cm, a belboka felett 3x2 cm, a jobb láb feszítő felszínén 5x10 cm felhánt, gyulladt szélű fekélyek voltak. A szövettani vizsgálat neutrophil beszűrődést mutatott, pyoderma gangrenosum véleménnyel (dr. Hársing).

Kivizsgálása során a pyoderma gangrenosumhoz leggyakrabban társuló betegségek közül (gyulladásos bélbetegségek: colitis ulcerosa, enteritis, regionalis, polyarthrit (rendszerint szimmetrikus, szorongatív vagy szeropozitív), osteoarthritis, spondyloarthropathia, hematológiai betegségek (leukemia, preleukemia, főleg myelocytosis), monoclonalis gammopathia, főleg IgA, májbetegségek, -hepatitis és primer biliaris cirrhosis; myeloma (IgA típusú főleg), immunológiai betegségek, lupus erythematosus, Sjögren syndroma) ismeretlen májfolyamat – mérsékelten emelkedett GPT, GOT értékek alapján – igazolódott, melynek belgyógyászati kivizsgálása folyamatban van. Belső steroid kezelés mellett folyamata gyorsan javult.

A beteget a differenciál diagnosztikai problémák (vénás fekély - pyoderma gangrenosum) a háttér betegség és a típusos lefolyás miatt mutatuk be.

Ábrahám Katalin:

**Langerhans-sejtes histiocytosis**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 45 éves férfibeteg anamnesisében gyerekkorban két alkalommal jobb oldali fülműtét szerepel.

Bőrtünetei 2003. év végén a jobb mandibula felett kialakult növedékekkel kezdődtek, amelyet később a homlok, hajas fejbőrön és a hát felső részén több hasonló elváltozás követett. A bőrtünetek a betegnek szubjektív panaszt nem okoztak.

A jobb arcfélen tumor basocellularis carcinoma iránydiagnózissal került eltávolításra, azonban a szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat Langerhans-sejtes histiocytosist igazolt. Később a hajas fejbőrrel ismételt diagnosztikus excisio történt, az ismételt hisztológiai vizsgálatok a fenti diagnózist megerősítették. A dermalis tumorsejtek többsége intenzív S100 és CD1a pozitivitást mutatott, a daganatszöveten belül néhány többmagvú, histiocytar sejt CD68 pozitívnek bizonyult. Cytokeratin, neuronspecifikus enolase, epithelialis membran antigén, HMB45 reakció negatív volt.

A betegnél rutin laboratóriumi vizsgálat negatív volt, mellkas és nyelés RTG, hasi UH, gégeszeti, urológiai, szemészeti vizsgálat kóros eltérést nem igazolt.

Felvételkor a vállakon és a hát felső részén több 0,5-0,7 cm-es, félgömbösrűen előemelkedő, erythemas, néhol fénylő, centrálisan erodált és pórkkel fedett, makroszkóposan kifejezetten basocellularis carcinomára emlékeztető tumort láttunk (1. ábra). Emellett a hajas fejbőrön és az arcon számos 0,2-0,5 cm-es élénk erythemas papulát észleltünk. Az axillaris, és inguinalis hajlatok, ill. a farvágány tünetmentes volt. Fizikális vizsgálattal axillarisán és inguinalisan mobilis, fájdalommentes nyirokcsomókat tapintottunk.



1. ábra

Atipusos Langerhans-sejtes histiocytosis bőrtünetei a háton

Az intézetünkben megismételt szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat a korábbiakhoz hasonlóan Langerhans-sejtes histiocytosist igazolt.

Kivizsgálása során érdemi eltérést nem találtunk. A fent említett lymphadenomeglia miatt elvégzett regionális UH vizsgálat elzsírosodott nyirokcsomók mellett a bal inguinalis régióban egy 1,5x0,5 cm-es echoszegény nyirokcsomót véleményezett, mely FNAB vizsgálattal reaktivnak bizonyult.

Tekintettel arra, hogy a betegnél az eddig elvégzett vizsgálatokkal a betegség szisztematizációja nem igazolódott, valamint a kórtörténet és a klinikai kép benignus folyamatra utal, egyelőre a szisztémás



kezeléstől eltekintettünk és az elváltozásokat lokális röntgen irradációval kezeltük.

A későbbiekben mellkasi HRCT, légzésfunkciós vizsgálat és csontszcintigraphia, valamint friss tünetből mikroszkópos vizsgálat elvégzését tervezzük.

Csikós Márta dr.:

### Vasculitis allergica

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

29 éves férfibeteg anamnézisében korábbi érdemi megbetegedés nem szerepel.

Felvételére ügyeleti időben sürgősséggel került sor, a végtagokon kiterjedten észlelhető palpálható purpurák miatt.

Felvételét megelőzően 2 héttel pharyngitisre utaló torokfájással, lázas állapotban belgyógyászati sürgősségi ambulancián jelentkezett, ahol quinolon típusú antibiotikum adását kezdték, majd ezt követően 2 nappal jelentek meg fájdalmas, kezdetben maculo-papulosus bőrtünetei szimmetrikusan, mindkét oldali bokáján és lábszáron. Az ezt követő napokban észlelt rapid progresszió és ízületi fájdalmak miatt jelentkezett a területileg illetékes bőrgyógyászati szakrendelésen. Bőrtünete ekkor toxicoderma és vasculitis allergica lehetőségét vetette fel, ezért a beteget klinikánk ambulanciájára irányították, ahol azonban nem jelentkezett, az ellátást nem vette igénybe.

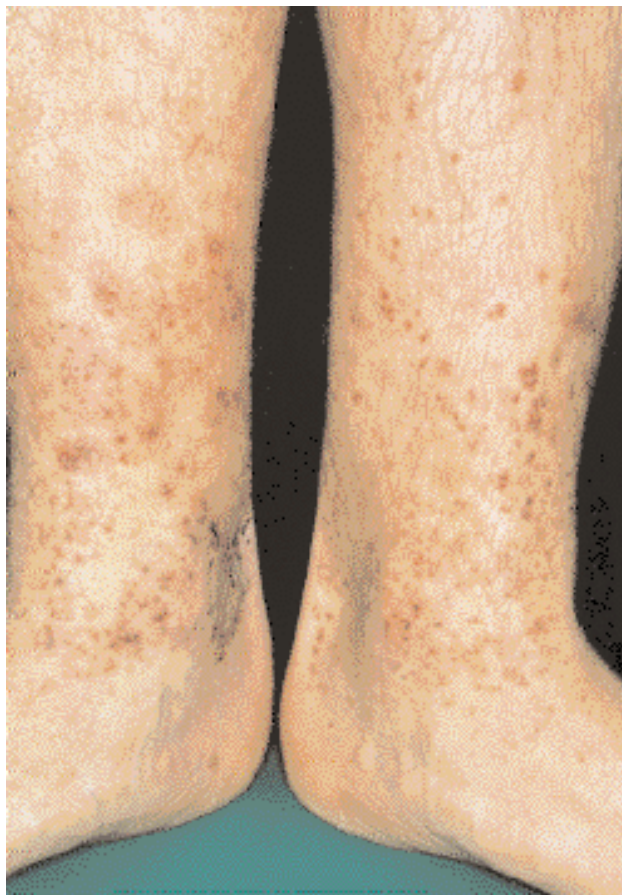
5 nappal később, bőrtüneteinek további progressziója miatt jelentkezett ismét a területi szakrendelésen, ahonnan klinikánk sürgősségi ambulanciájára utalták felvétel céljából.

A beteg elmondása szerint széklete egy hete fekete színűvé vált, a vizelete időnként sötétebb színű volt.

Felvételekor szimmetrikusan a lábszárakon, a combokon, a gluteális és genitális régióban, az alhason, az alkarokon számos livid-erythemás, 2-3 mm-es palpálható, a bokáján konfluáló és felületes erósiót, necrosist mutató purpurát észleltünk (2. ábra). A beteg a térd, boka és könyökízületek jelentős fokú fájdalmára volt panaszos.

Bőrtüneteiből biopsziás mintavétel történt, a szövettani vizsgálat leucocytoclasticus vasculitist írt le. A direkt immunfluoreszcens vizsgálat IgA csapadékot észlelt a dermis ereiben, ezért Henoch-Schönlein purpurát igazolt.

A beteg vizsgálása során fokozott vvt. süllyedés értéket, jelentősen emelkedett AST szintet, lényeges hasi panaszok nélküli átmeneti székleti Weber pozitivitást és emelkedett GGT és GPT szintet észleltünk. Haematuria és gyűjtött vizeletében jelentős proteinuria nem volt. Torokleontásból normál flóra nőtt ki. Orrmelléküregek rgt. vizsgálata a sinus frontalisban mellékleletként endosteomát írt le. Fül-orr-gégész konzíliárus acut pharyngitist, chronicus tonsillitist véleményezett és tonsillectomát indikált. EKG vizsgálá-



2. ábra

Nagyszámú palpálható purpura az alsó végtagokon

tának eredménye nem utalt cardiális szövödményre. Mellékleletként észleljük kisfokban emelkedett vércukorszintjét és mérsékelt glucosuriáját.

A vasculitises epizódot elsősorban Streptococcus infekció által provokált reakciónak tartottuk. Kezelésére per os antibiotikum (Dalcin) mellett per os steroid (Medrol 48 mg/die) és lokális anisepcticumot kezdtünk, e mellett új tünet jelentkezését nem láttuk, a vvt. süllyedés érték normalizálódott, a széklet Weber pozitivitás megszűnt.

Az esetet a típusos klinikai kép miatt mutattuk be.

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

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

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

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

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

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



## KÖNYVISMERTETÉS

Schneider Imre, Sebők Béla:

**ATOPIÁS DERMATITIS**

Klinikum, Pathogenesis, Therapia.

30 ábra és 50 táblázat. 392 oldal, *Medicina Könyvkiadó Rt.*

Budapest, 2005., 4600,- Ft

ISBN: 963 242 980 X

Az atopiás dermatitis (AD) elsősorban a csecsemő- és gyermekkorban megjelenő, idült lefolyású, többnyire recidívakkal járó viszkető bőrbetegség. A kórkép hátterében genetikai hajlamosító faktorok, valamint környezeti provokáló tényezők, fertőzések, pszichés behatások stb. állnak.

A szerzők az utóbbi 1-2 évtizedben egyre gyakoribb megbetegedés ismertetését 21 fejezetben foglalták össze. A könyv három fő tartalmi egységre tagolható. A „*Klinikum*” c. részben az AD tüneteit, a diagnózis felállításához szükséges kritériumokat, a kórkép lefolyását, epidemiológiáját ismertetik; utóbbin belül külön alfejezet foglalkozik a hazai, Baranya megyei praevalentia vizsgálatokkal (Dr. Harangi Ferenc PhD, B. M. Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkorház, Pécs). Ez az első hazai, nagyobb lélekszámú, iskolás gyermekekkel kapcsolatos vizsgálat klinikai adatokat dolgoz fel nemzetközileg használt kérdőív által megadott szempontok figyelembevételével, a megye házi gyermekorvos kollégáinak segítségével. Az „AD-sel esetleg társuló és ahhoz hasonló kórképek” c. fejezet tágabb értelemben egyben differenciáldiagnosztikai kérdéseket is tárgyal. A „*Pathogenesis*” c. részben az AD genetikai hátterében meghúzódó tényezőkről, stb. van szó. „A különböző sejtek szerepe az AD-ben” című fejezetben a lymphocyták, eosinophilek, hízósejtek és basophil sejtek, valamint a Langerhans sejtek és egyéb dendritikus sejtek sokirányú, egymással

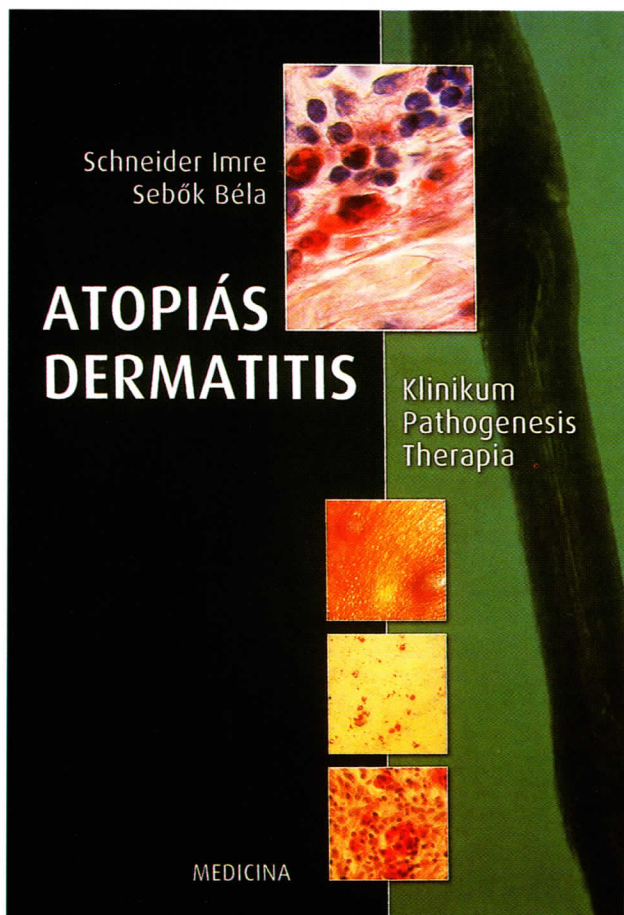
szorosán összekapcsolódó szerepét tárgyalja. A baktériumok (S.aureus és toxinjai, a szuperantigének), vírusok, gombák és atkák jelentőségét önálló fejezet részletezi. „Az IgE és más antitestek”, majd az „Inhalatív allergének és AD”, valamint a kórkép pszichológiai és pszichiátriai jellegzetességei és a „Tápanyag allergia és AD” mind egy-egy fejezet témáját képezik; az utóbbi vonatkozásában a szerzők kihangsúlyozzák az AD-es gyermekek indokolatlan és kellő vizsgálattal alá nem támasztott diétázásnak szükségtelen és káros voltát. Az irodalomban sokat vizsgált „Experimentalis AD – állapotmodell” c. téma mellett a munka egészének szintézisét képezi az „AD pathogenezésének összefoglaló jellegű áttekintése” című nagy fejezet. Itt az immunológia és allergológiai tényezők (adhéziós molekulák, receptorok, chemokinek, cytokinek, cAMP, chemotaxis, egyéb, pl. környezeti faktorok stb.) kerültek részletesen megtárgyalásra. A „*Therapia*” c. részben a klasszikusan használt szerek éppúgy megvitatásra kerültek, mint a legmodernebb és nagy hatékonyságú, lokálisan és systemásan használható újdonságok (cyclosporin A, tacrolimus, pimecrolimus, mycophenolat mofetil, stb.). E rész végén igen hasznos az „Ajánlások az AD kezeléséhez” c. bekezdés, amely szintetizálja a kórképpel kapcsolatos terápiás tapasztalatokat és egyben javaslatokat nyújt a kezelést végző orvos kollégáknak.

A kórkép tüneteinek hátterében a modern pathológiai és a legújabb molekuláris biológiai módszerek alkalmazásával nyert kutatási eredmények számos újdonságot hoztak és ugyanúgy a „*Therapia*” c. részben hozott legmodernebb eljárások a kórkép kezelésének előnyös kilátásait villantják fel. A könyvben szereplő ábrák és táblázatok informatívak, összefoglaló jellegűek, didaktívak, figyelmet felhívók és a könnyebb megértést szolgálják.

Minden egyes fejezet végén új adatokat hozó irodalmi adatok szerepelnek, ezért a könyv a tudományos munkában is kitűnően felhasználható. A monographia sok genetikai, molekuláris biológiai kutatási munkán alapuló eredményt ismertet, ezért hasznos, hogy a szerzők a *Tartalomjegyzék* után a rövidítések „feloldása” céljából külön magyarázatot csatoltak. A munka hiányt pótol abban a vonatkozásban is, hogy az AD-ről, a magyar orvosi irodalomban ily sok szempont figyelembevételével, ennyire részletesen megírt szakönyv nem jelent meg.

A könyvet pl. a csecsemő- és gyermekgyógyászok, dermatológusok, fül-orr-gégészek, szemészek, allergológusok, immunológusok, gastroenterológusok és különösen a családorvosok forgathatják haszonnal. Talán éppen ezért, több színes klinikai ábra kívánczokra a kitűnő publikációba. A számos klinikumot érintő könyv beszerzése a klinikák, kórházak könyvtárai számára is kívánatos lenne.

Kárpáti Sarolta dr.



P. Elsner, K. Hatch, W. Wigger-Alberti:

**TEXTILES AND THE SKIN**

Current Problems in Dermatology

Editor: G. Brugg

Vol. 31. 2003

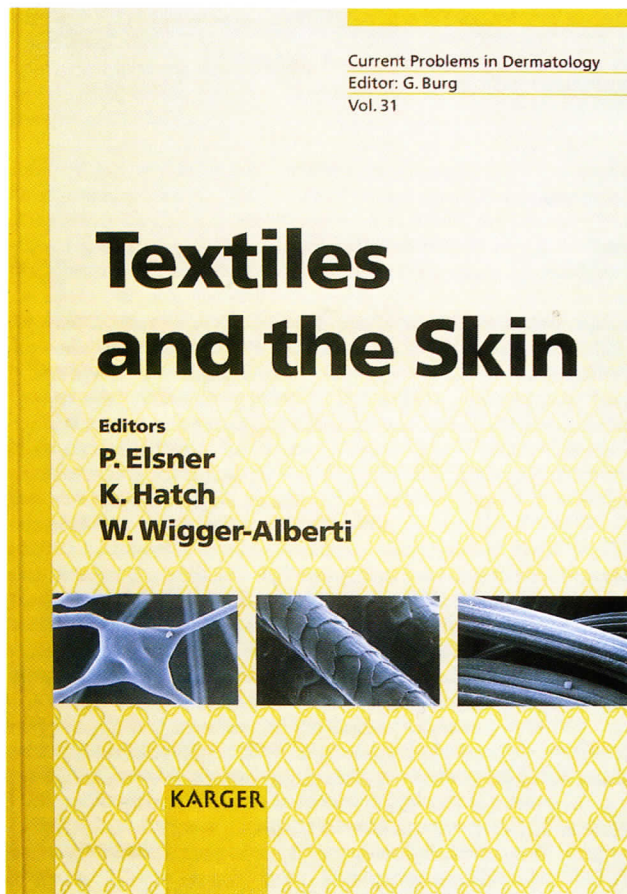
Karger AG, P. O. Boks, CH-4009 Basel (Switzerland)

ISBN: 3-8055-7438-X

A 66 fekete-fehér fotóval és 16 táblázattal kiegészített könyv az „Aktuális bőrgyógyászati problémák” sorozat 31-dik kiadványa. Az ember „második bőrével” a ruhával, ill. ruhaanyagokkal foglalkozik. Az ún. intelligens – környezeti változásokat, ill. azoknak az emberi szervezetre való hatását észlelni képes – textilek kerülnek a könyvben előtérbe. Ezek az anyagok védenek az UV sugárzás, a toxikus gázok ellen, beépített szenzorokkal érzékelik a testhőmérsékletet, vagy a szívritmust, esetleg olyan carrier molekulát tartalmaznak, amely a bőrfelszínre kerülő káros anyagokat képes eltávolítani, vagy akár terápiás anyagokat bocsát a bőrbe.

Tekintélyes mennyiségű cikk jelent meg a textil-bőr interakciókkal kapcsolatban, az információk azonban olyan elszórtan jelennek





meg, hogy a téma iránt érdeklődők nagyon nehezen tudtak hozzáférni. Ezt a hiányosságot kívánják a szerzők pótolni.

A könyvet bőrgyógyászoknak, allergológusoknak és üzemorvosoknak ajánlják, akik ebből a könyvből megismerik a textilek fajtáit, tulajdonságait, a legújabb irányzatokat, másrésztől textilmérnököknek, kémikusoknak, hogy az emberi bőr felépítését, barrier funkcióját, és intolerancia reakcióit közelebbről megismerjék. Az anyagok termoregulációs, ill. UV sugárzás elleni védekezőképességét, optimális tisztítási módjait, a krónikus sebek, sebgyógyulás, vénás elégtelenség és az égési sérülések kezelésében szerepet játszó anyagokat ismerhetjük meg.

Külön foglalkoznak a ruhaipari foglalkozás betegségeként megjelenő kontakt- és irritatív dermatitisszel, az azonnali típusú reakciókkal, külön kitérve a festékanyagok, és a formaldehid mellékhatásaira.

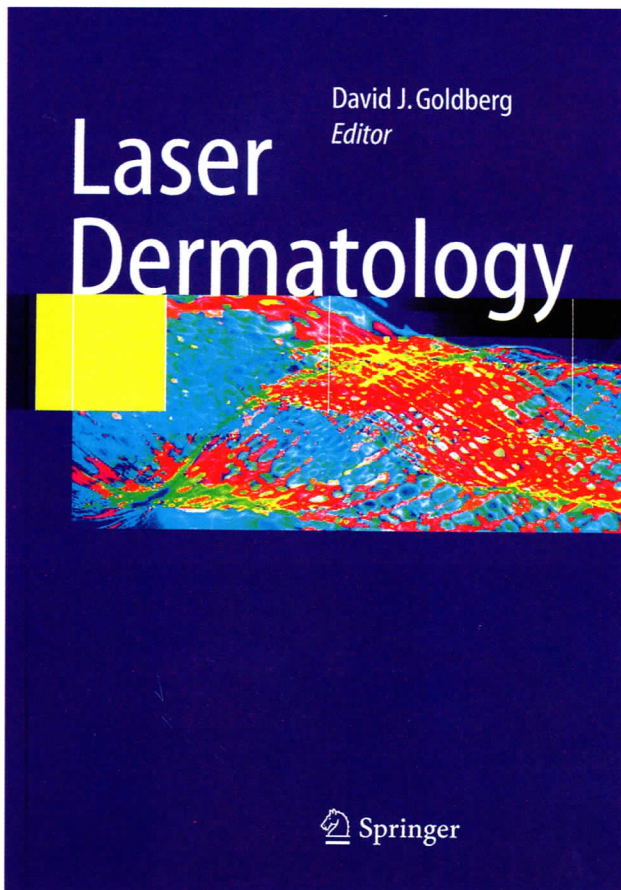
A könyv két nagy részre osztott. Az első részben megismerhetjük azokat az anyagokat, amelyek a bőrbetegségek megelőzésében, ill. megszüntetésében fontos szerepet játszanak. A második részben az allergiás, ill. irritatív kontakt dermatitis, és a veszélyes anyagok textilben lévő maradványainak a lehetséges expozícióját tárgyalják.

Ez az első alkalom, hogy a textilmérnökök és a bőrgyógyászok tudását, és kutatását egybekapcsolják. A szerzők azonban maguk is elismerik, hogy a textilipar haladása mellett a könyv hamarosan kiegészítésre szorul.

*Temesvári Erzsébet dr.*

David J. Goldberg:  
**LASER DERMATOLOGY**  
 Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005  
 ISBN: 3-540-21277-9

A 125 oldalas, 108 színes ábrával és 15 táblázattal kiegészített könyv a lézeres beavatkozások legújabb fejleményeit hivatott bemutatni. Mindegyik fejezetét elismert nyugat-amerikai, ill. európai szakemberek írták. Bevezetesként a lézerek bemutatása, hatásmechanizmusa kerül részletezésre, amelynek ismeret elengedhetetlen a lézerek biztonságos, és megfelelő indikációban történő használatához. A fejezetek könnyen áttekinthetőek, lényegre törők. Az alapfogalmak ismertetésével indítanak, majd kitérnek az adott bőrgyógyászati probléma eddig alkalmazott kezelési sémáira, a legújabb kezelési



formákra, azok indikációira és kontraindikációira. Az egyes fejezetekben a vascularis léziók, a pigmentált elváltozások, ill. tattoo-k, a nem kívánt szőrszálak eltávolítását, ill. egyéb kozmetikai, vagy terápiás gyógymódokat ismerhetünk meg. A fejezetek képanyaga folyamatosan ábrázolja a lézeres kezeléseket. A gyakorlatban dolgozók számára külön segítséget nyújt az egyes fejezetekhez, ill. bőrgyógyászati problémákhoz előre megszerkesztett, betegeknek készített felvilágosító és beleegyező nyilatkozatok.

A könyv nagy gyakorlati segítséget jelent a lézertechnikát alkalmazóknak.

*Pónyai Katinka dr.*

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

## KONGRESSZUSI NAPTÁR 2005

### AZ MDT RENDEZVÉNYEI

#### **Magyar Dermatológiai Társulat Onkológiai és Lymphoma Sectio Továbbképző Ülése**

2005. október 28.

Helyszín: Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika,  
1085 Budapest, Mária u. 41.

Információ: Dr. Marschalkó Márta

Tel./Fax: 267-4685

E-mail: marmar@bor.sote.hu

#### **Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlése**

2005. december 8-10.

Helyszín: Budapest, Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb

A nagygyűlés elnöke: Prof. Dr. Husz Sándor,  
Szegedi Tudományegyetem Bőrgyógyászati Klinika  
6720 Szeged, Korányi fasor 6.

Tel.: 62/545249

E-mail: hs@derma.szote.u-szeged.hu

#### **Magyar Dermatológiai Társulat Interdiszciplináris Fórum Allergológiai, fotodermatológia, dermatopszichológia 2006.**

2006. március 31.

Helyszín: Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Előadóterem:

1085 Budapest, Mária u. 41. Tel.: 267-4685/5732

### FONTOSABB HAZAI RENDEZVÉNYEK

#### **Magyar STD Társaság X. Nagygyűlése és az Alpok-Duna-Adria XI. STD WORKSHOP**

2005. november 4-6.

Helyszín: Budapest, Mercure Budapest Buda

A nagygyűlés elnöke: Prof. Dr. Horváth Attila

A nagygyűlés titkára: Dr. Várkonyi Viktória

#### **Szent István Kórház tudományos rendezvénye „Diabetes Bőrgyógyászati Szövődménye”**

2005. november 11.

Helyszín: Szt. István Kórház, Budapest

Információ: Prof. Dr. Daróczy Judit

Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály,  
1195 Budapest, Jahn Ferenc u. 62-66.

Tel./fax: 1/280-13-68

E-mail: h13527dar@helka.iif.hu

#### **Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika „Továbbképző tanfolyam”**

Budapest, 2006. január 27-28.

Jelentkezés: Dr. Somlai Beáta

Tel.: 266-0471

www.ofter.hu

### JELENTŐSEBB KÜLFÖLDI RENDEZVÉNYEK

#### **14th EADV Congress**

2005. október 12-15.

Helyszín: London, UK

(Skin and Sexual Health)

Congress Secretariat:

19 Fitzroy Square London W1T 6EH, UK

Tel.: (020) 7383 0266

Fax: (020) 7388 5263

E-mail: eadv@bad.org.uk

Website: www.eadv2005.com

#### **4th EADV Spring Symposium**

2006. február 9-12.

Helyszín: Saariselkä, Lappföld, Finnország

Website: www.eadv.org/lapland2006

www.congrex.fi/lapland2006

#### **15th EADV Congress**

2006. október 4-7.

Helyszín: Rodosz, Görögország

#### **21st World Congress of Dermatology**

2007. október 1-5.

Helyszín: Buenos Aires, Argentína

Információ: www.dermato2007.org