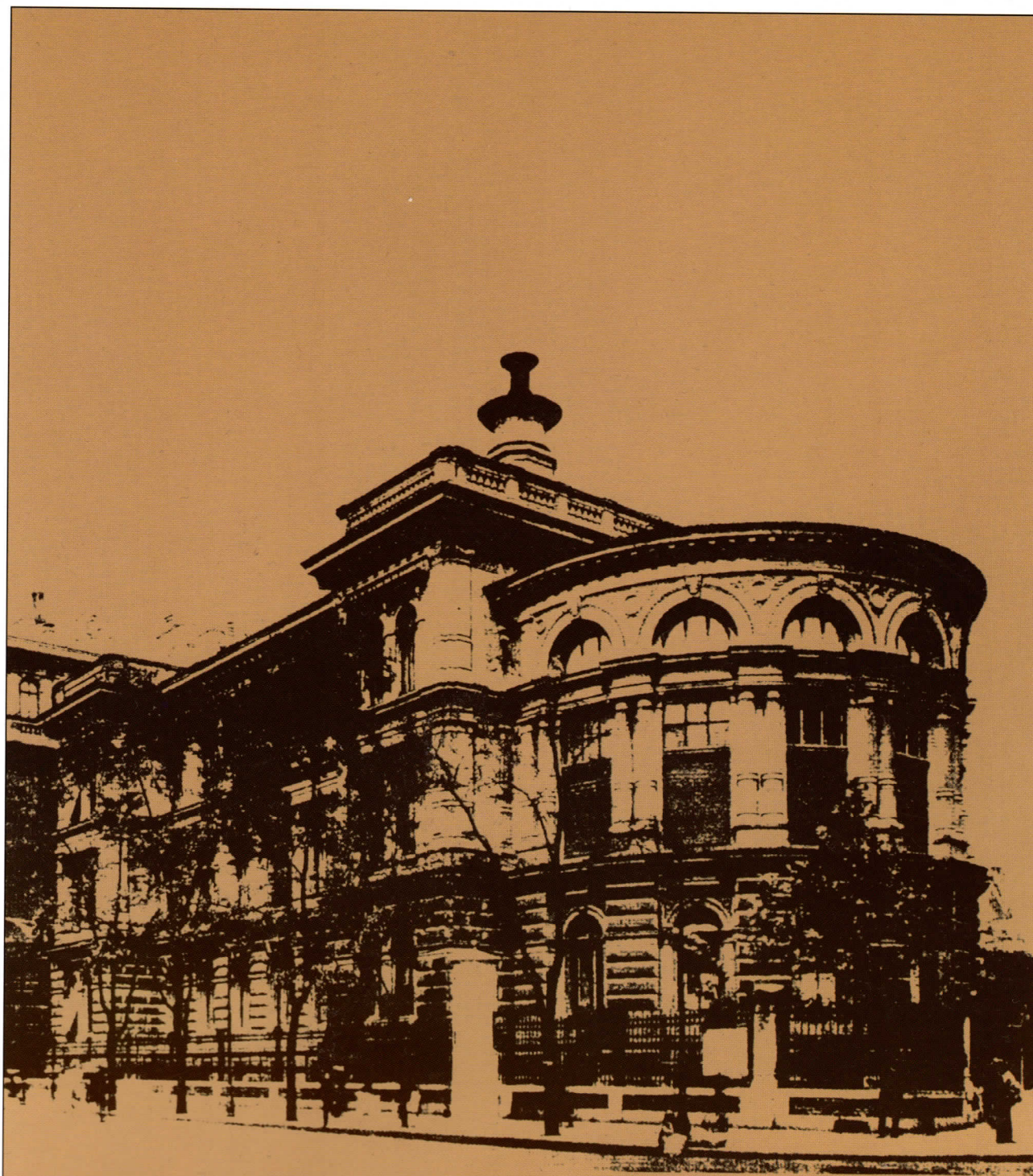


BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI
Szemle

80. ÉVFOLYAM

2004. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés
2004. december 9–11.**

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

Szerkesztőbizottság elnöke:

Dobozy Attila dr.

Főszerkesztő:

Temesvári Erzsébet dr.

Szerkesztő:

Ablonczy Éva dr.

A szerkesztőbizottság tagjai:

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

TARTALOM

80. évf. 2004. 6. szám

**Magyar Dermatológiai Társulat
Nagygyűlés absztraktjai
2004. december 9–11.**

Rácz István Professzor emlékülés	288
Bőrgyógyászati klinikai összefoglaló előadások	291
Experimentalis dermatológia, előadások	295
Dermatochirurgia	298
Betegbemutatók	299
Betegbemutatók / onkológia	307
Posterek	311
Szerzők névsora	313

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

Rácz István Professor Emlékülés

Kárpáti Sarolta dr.:

Tisztelges Rácz István professor úr emléke előtt, születésének nyolcvanadik, halálának tizedik évfordulóján
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Marschalkó Márta dr., Csikós Márta dr.:

Bureau-Barriére Syndroma, neuropathiák bőrgyógyászati jelentősége
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

Baló-Banga J. Mátyás dr.:

Adrenerg receptorok és a bőr...
(MH Központi Honvédkórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest)

Az adrenerg receptorok olyan, elsősorban a noradrenalin- és adrenalin a mellékvese velőállománya hormonjainak megkötésére alkalmas sejtfelszíni struktúrák, melyek ingerülete a „G-proteinek” közvetítésével a sejtek jelátviteli rendszereit aktiválja. Két fő típusuk ismert az alfa-receptorok ($\alpha 1$ és $\alpha 2$), valamint a béta-receptorok ($\beta 1$ és $\beta 2$), melyek ingerülete ellentétes sejtfunkciókat modulál. Kifejeződéskük a környezeti hatásoktól is függ, és hőmérséklet dependens.

Dióhéjban így lehetne definiálni azt a kutatási területet, melyet az 1980-as évek elejétől kezdve Rácz István professor úr kijelölt számunkra a budapesti Bőrklínika beteggyógyai és laboratóriumi helyiségei közötti összhangot keresve és azt időről időre megteremtve.

A betegség mellett vizitelve feltűnt neki az akkoriban bevezetett beta adrenerg blokkoló gyógyszerek psoriasisot indukáló aggráviáló hatása, a laboratóriumba térve a már ekkor szaporodni látszó atopiás dermatitiszes betegek kisiklott immunregulációjának kérdéseire tervezett munkatársaival (többek között velem is) racionálisnak tűnő kísérleteket. Mi vált maradandóvá ezen évek gyorsan változó irányzataiból, mi az amin ma már túllépett a tudomány? E kérdésekre próbálok mai szemmel válaszokat találni referátumomban.

Rácz professzor elődei nyomdokán haladva pragmatikus, a helyzeteket jól felismerő sikeres vezetője volt a budapesti Bőrklínikának és az OBNI-nak. Hirtelen halála azóta is betöltetlen űrt hagyott.

Akik ismerték és szerették őt, egyetértenek abban, hogy kitűnő empátiás készséggel rendelkező „valódi” orvos volt. Betegei ragaszkodtak hozzá – humora, jósága, a betegek érdekét minden más elé helyező szemlélete görcsöket oldott, könnyeket szárított fel.

Várkonyi Viktória dr.:

Biológiai Aspecifikus Pozitivitás vagy kezelést igénylő lues?
(Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest)

Biológiai Aspecifikus Pozitivitásról beszélünk, ha a vizsgált betegknél a nemspecifikus lues szerológia (VDRL és vagy RPR) pozitív eredményt ad, azonban a *Treponema pallidum* okozta fertőzést sem a rendelkezésre álló specifikus szerológiai vizsgálatokkal, sem az epidemiológiai módszerekkel (fertőzőforrás kutatás, családtagok szűrése), sem klinikai vizsgálattal igazolni nem lehet.

A BAP hátterében állhat a szervezet egészét érintő akut történés (pl. friss infarctus myocardii, különböző vaccinációk, terhesség, vagy akut lázzal járó betegség). Az akut BAP 6 hónapon belül spontán megszűnik, ezzel szemben a különböző krónikus betegségek (autoimmun, máj, belszeri daganatos megbetegedések, lepra, intra-

vénás kábítószer fogyasztás, vagy egyszerűen az előrehaladott életkor) esetén a nemspecifikus syphilis szerológiai pozitivitás 6 hónapon túl is fennáll.

A verifikáló eljárásaként alkalmazott tesztek közül a TPHA és FTA-Abs-tesztek is adhatnak téves pozitív eredményt (pl. borreliosis, vagy endémiás treponematosus esetén).

Az előadásban az előadó a gyakorlatból kiindulva kísérel meg a problémás „szifilisz” esetek szerológiai eredményeinek értékeléséhez vezérfonalat adni.

Soós Gyöngyvér dr.¹, Baló-Banga J. Mátyás dr.², Bata Zsuzsa dr.³, Husz Sándor dr.³, Károlyi Zsuzsanna dr.³, Kis Kornélia⁴, Kohánka Valéria dr.⁵, Nagy Gabriella dr.⁴, Nebenführer László dr.⁶, Somogyi Tihamér dr.⁷, Soós Éva dr.⁸, Török László dr.⁷, Németh Ilona⁹, Temesvári Erzsébet dr.⁹:

Corticosteroid kontakt szenzibilizáció Magyarországi multicentrikus vizsgálata

(Szegedi Tudomány Egyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet¹, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika², Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztály³, Miskolc Város Önkormányzat Semmelweis Kórház-Rendelőintézet Bőrgyógyászati Osztály⁴, Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézete, Bőrgyógyászati Szakrendelés⁵, Fővárosi Szent István Kórház Bőrgyógyászati Osztály⁶, Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét⁷, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar, Bőr-Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika⁸, Országos Bőr-Nemikórtani Intézet⁹)

Az OBNI Allergológiai Osztálya által szervezett multicentrikus vizsgálatba (2001. szeptember 1.–2004. június 30.) olyan betegeket vontunk be, akik korábban lokális steroid kezelésben részesültek, és aktuális bőrtüneteik pontos diagnózisa érdekében epicutan tesztesztelésre kerültek; a bevonási feltételeknek 349 személy felelt meg. A magyar standard epicutan sor mellett 12 steroid hatóanyagot teszteltünk részben standard vaselin alapanyagban, részben gyári/piaci formulációban. Az értékelés a nemzetközi ajánlásnak megfelelően a 72. és 96. órában is megtörtént. 11 beteg bizonyult corticosteroid érzékenynek, közülük 5 egy-egy hatóanyaggal szemben mutatott allergiás reakciót, míg a többieknél halmozott érzékenység fordult elő. A többszörös érzékenyeknél keresztérzékenységre utaló reakciókat nem sikerült megfigyelni, és ugyancsak nem volt igazolható a korábban alkalmazott készítményekkel való szoros összefüggés sem (tixocortol túlérzékenység!). Környezeti allergénekre adott válaszkészséget illetően egyértelmű tendencia nem látszott. Az alapbetegség, a rendszeresen kezelt terület lokalizációja (arc, ano-genitalis regio, lábszárfelekény környezete), azonban meghatározó jelentőségű a corticosteroid kontakt érzékenység kialakulása szempontjából. A corticosteroid hatóanyagok szerkezetükből következő biológiai viselkedésük alapján, „alacsony” (mometason, triamcinolon) és „magasabb” (budesonid, tixocortol) „potenciálú allergén” csoportokba való besorolását, amely az alkalmazásra vonatkozóan fontos támpont lehet, saját eredményeink is megerősítették.

IRODALOM

1. Scheuer E., Warshaw E. Allergy to corticosteroids: Update and review of epidemiology, clinical characteristics, and structural cross-reactivity. *Am. J. Contact Dermat.* (2003) 14 (4), 179-187.

2. *Kebgel T., Saunder H. et al.*: Topical corticosteroid allergy in urban Australian centre. *Contact Derm.* (2004) 50, 6-14.

Husz Sándor dr.:

Paraneopláziás bőrtünetek

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

Ráczy professzor egyik régi, de kedvenc témájához kapcsolódva irodalmi adatok alapján összefoglalja a kérdés mai állását. Felsorolja az obligát paraneopláziás bőrtüneteket, majd ismerteti azokat a kórképeket, amelyekben a daganatok előfordulása fakultatív jellegű.

Saját adataik alapján részletesen ismerteti a dermatomyositisben és a hólyagos kórképekben előfordult belszervi tumorokat. Az egyes kórképekben a daganatok előfordulásának gyakoriságát összeveti az irodalmi adatokkal.

Török L. dr.¹, Krenács L. dr.¹, Kocsis L. dr.¹, Bagdi E. dr.²,
Gurzó M. dr.¹, Varga Gy. dr.³:

Haematodermias neoplasma: az aleukaemias leukaemia cutis újabb formája

(Megyei Kórház Bőrgyógyászata és II. Belgyógyászata, Kecskemét¹, Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány Biológiai Intézet, Szeged², SZTE II. Belklinika, Szeged³)

Az agranularis CD4+, CD56+ haematodermias neoplasma (ún. blastoc NK-cell lymphoma) különleges klinikopatológiai entitás, amelyet a klinikai kép (bőr-tropizmusa, csontvelő érintettség, leukaemias fázissal, vagy anélkül, amelyet rossz prognózis jellemez. Az új kórképet 86 éves férfi esetében mutatja be, akinek bőrén haemorrhagias maculák, plakkok és csomók jelentek meg. A szövettani vizsgálat agranularis CD4+, CD56+ haematodermias daganatot igazolt. A kivizsgálás során belső szervek érintettségét nem találtak. Esetükben a haematodermias daganat cutan formáját észlelték, amelyet aleukaemias leukaemia újabb manifestációjának tartanak.

Bőrgyógyászati klinikai összefoglaló előadások

Korom Irma dr.¹, Varga Erika dr.¹, Oláh Judit dr.¹, Varga Gyula dr.², Krenács László dr.³, Bagdi Enikő dr.³, Kemény Lajos dr.¹:

Mit üzen a bőr? Cutan lymphomák: kapcsolat bőrgyógyászok, hematológusok, patológusok között

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, II. sz. Belgyógyászati Klinika Hematológia, Szeged², Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány, Biomedicinális Csoport, Szeged³)

A bőrtünetekkel járó lymphomák az extranodalis non-Hodgkin lymphomák közé tartoznak, primer és secunder formái ismertek. A cutan lymphomák csoportját már a 80-as években elkülönítették az egyéb típusú lymphomáktól az eltérő kórlefolyás alapján. A későbbiekben a diagnosztikus módszerek finomodásával a szövettani, immunhisztokémiai és genetikai jellemzők, a klinikai kép és lefolyás, valamint a prognózis figyelembevételével további beosztások születtek. 1997-ben alkotta meg az EORTC Cutan Lymphoma munkacsoportja, majd 1999-ben a WHO a ma használatos klasszifikáció alapját. Az egyéb lymphomáktól való elkülönítés egyik fontos eleme, amely a klinikusok számára nagy jelentőséggel bír, hogy ezen kórképek kezelése nem elsősorban a korai stádiumú betegség gyógyítható, ugyanakkor az ebben a stádiumban adott agresszív kezelés nem javítja a túlélést. A cutan lymphomában szenvedő betegek optimális ellátásához elengedhetetlen a bőrgyógyász, a dermatopatológus, hematopatológus és a hematológus, ill. onkoradiológus szoros együttműködése. Az elmúlt években klinikánkon diagnosztizált és kezelt betegek bemutatásán keresztül rövid áttekintést adunk a fentiekről.

Gyulai Rolland dr.:

Bőrbetegségek fotodinámiai kezelése

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A fotodinámiai kezelés (PDT) során fotoszenzitiváló anyag és fény kombinált alkalmazásával kísérjük meg a célszövet szelektív elroncsolását. A dermatológiában a PDT-t elsősorban a bőr hámeredetű hyperproliferatív és malignus betegségeinek kezelésében alkalmazzuk, de az indikációs területek jelenleg is folyamatosan bővülnek. Az előadásban az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán kezelt betegekkel szerzett tapasztalataink alapján összefoglaljuk a PDT kezelés elméleti hátterét, klinikai gyakorlatát, a leggyakoribb indikációkat, illetve a mellékhatásokat és azok elhárításának lehetőségeit.

Oláh Judit dr., Gyulai Rolland dr., Baltás Eszter dr., Korom Irma dr., Varga Erika dr., Dobozy Attila dr., Kemény Lajos dr.:

Változtak-e a melanómában szenvedő betegek prognosztikai faktorai Szegeden?

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A melanoma malignum korai stádiumában felismerve szinte 100%-ban gyógyítható, míg az elhanyagolt, későn diagnosztizált tumorban szenvedő betegek túlélési esélye igen csekély.

Munkánk célkitűzése az volt, hogy értékeljük az elmúlt 20 évben kezelt melanómában szenvedő, szegedi illetékességű betegek prognosztikai faktorait. Az SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Onkológiai adatbázisának felhasználásával retrospektív tanulmányban értékeltük a melanómában szenvedő szegedi betegek demográfiai adatait és prognosztikai faktorait.

Az elmúlt 20 év alatt 357 melanómában szenvedő szegedi lakost kezeltünk. 5 éves periódusokban vizsgálva a betegek számát, fokozatos növekedést észleltünk. A betegek életkora nem változott. A

felismert daganatok közül a magasabb kockázatúak száma szinte változatlan maradt, míg a vékony, még jól kezelhető daganatok aránya azonban jelentősen növekedett. A felismert daganatok átlagos vastagsága szignifikánsan csökkent a 20 év alatt. A szegedi melanoma incidencia a hazai átlag másfélszerese. Nagyobb számban felismert korai daganat és a jelentősen javuló prognosztikai faktorok a klinikán folyó kiterjedt felvilágosító és aktív prevenciók aktivitásának köszönhető. Adataink felhívják a figyelmet arra, hogy országosan javítandó a melanoma prevenciók tevékenység.

Várkonyi Viktória dr.:

Valóban könnyű diagnózis az anogenitalis herpes?

(Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest)

A fejlett országokban a genitális ulcus leggyakoribb kórokozója a herpes simplex vírus 2-es típusa (HSV-2), de növekszik az 1-es típus gyakorisága is. A HSV-2 szeroprevalenciáját elsősorban társadalmi, gazdasági tényezők, az életkor, a nem, a szexuális aktivitás befolyásolják. A típusos klinikai tüneteket okozó primer és rekuráló genitális herpesz fertőzés felismerése általában nem okoz problémát, a diagnózis tehát felállítható. A HSV fertőzés azonban gyakran atípusos klinikai tünetekkel jelentkezik, így nemcsak a rekuráló forma, hanem a primer fertőzés felismerése is okozhat olykor problémát a napi orvosi gyakorlatban. Mikor gondoljunk anogenitalis HSV fertőzésre? A klinikailag látható fissurák és felszínes berepedések, vagy az enyhe dysuria, továbbá a lágyéki nyirokcsomók érzékenysége, a rendszeresen, vagy rendszeretlenül visszatérő előbbiekben felsorolt tünetek alapján a HSV kóroki szerepét is feltételezhetjük. HSV kóroki szerepére utalhatnak az immunkompetens betegeknek is előforduló komplikációk, pl. sacralis neuralgia, rekuráló aseptikus meningitis, extragenitális léziók, lymphangitis, erythema exsudativum multiforme. A diagnosztikus nehézségeket jelzi, hogy számos esetben genitális herpeszként kezelnek olyan erózióval, ulcerációval járó megbetegedésben szenvedőket, akiknél a körelőzmény körülmények között megismerése a differenciál diagnosztikai lehetőségek mérlegelése lehetővé tenné a korrekt diagnózis felállítását. A szerző tapasztalatait a bemutatott klinikai esetek ismertetése segítségével foglalja össze.

Várkonyi Viktória dr., Somogyi Tamás dr.:

Syphilis eseteknél előforduló diagnosztikus problémák

(Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest)

A syphilis napjaink egyik legégetőbb járványügyi problémája, mely a 90-es évek elején Magyarország keleti feléből jól követhető góccokból kiindulva ma már gyakorlatilag az egész országban jelen van. Jóllehet az elmúlt 10 évben számos előadás, betegbemutató hangzott el, összefoglaló közlemények jelentek meg, mégis úgy tűnik, hogy részben „pusztába kiáltott szó” maradt. Sajnálatos módon egyre többször találkozunk olyan esetekkel, akiknél az orvosi diagnózis és következképpen a terápia téves vágányra került, szerencsére csak átmenetileg. Ma már nem számít ritkaságnak, hogy a phimosis miatt urológiai osztályon vagy szakrendelésen műtétre kerülő betegnél a patológus hívja fel a figyelmet a lueses infekció lehetőségére.

Az előadásban a szerzők az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet venerológiai gondozásában fellelhető utolsó 10 év gondozási adatait tekintik át. A kiértékeléssel céljuk, hogy ismételt felhívják a figyelmet az egyre inkább létező problémára, a syphilisre. Nemcsak a venerológusoknak, hanem a betegellátásban dolgozó minden orvosnak alapvető információval kellene rendelkeznie nemcsak a vérbaj, hanem a nemi érintkezéssel terjedő fertőzéseket illetően.

Varga Erika dr.:

Lupus in fabula: a cutan mycobacterium fertőzések modern diagnosztikája

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A bőr mycobacterium fertőzése nem gyakori kórképek. Fontosságukat a szaporodó esetszám és a differenciáldiagnosztikai nehézségek magyarázzák. A betegség diagnosztikájában több tényező együttes megléte esetén állíthatjuk fel. A klinikai tünetek rendkívül változatosak, sokszor az előzetes kezelések miatt nem jellegzetesek. A pozitív tenyésztési eredmény perdöntő, de ez még sikeres esetben is heteket vesz igénybe. A jellegzetes szövettani kép, valamint a kórokozó kimutatása a szövetmintából szintén biztosíthatja a diagnózist, ismert azonban, hogy a bőrtünetekben általában igen kisszámú baktérium van jelen, így azok speciális festéssel gyakran nem mutathatók ki. Tovább nehezíti a diagnosztikát az ún. atypusos mycobacterium fertőzések szaporodása, melyeknek mind klinikuma, mind szövettani képe eltér a klasszikus tuberculoticus formákétól. Jelenleg a mycobacterium DNS kimutatása PCR technikával nyújt segítséget az esetek megfelelő és gyorsabb diagnosztikájához. Ugyanakkor a paraffinba ágyazott anyagok eredményét mindig óvatosan, az egyéb leletek és tünetek ismeretében kell értékelni, és a diagnózis mindig csak a vizsgálati eredmények összegzéseként mondható ki. Klinikánk elmúlt néhány évének anyagából válogatott esetek segítségével mutatjuk be a bőr mycobacterium fertőzéseinek modern és komplex diagnosztikáját.

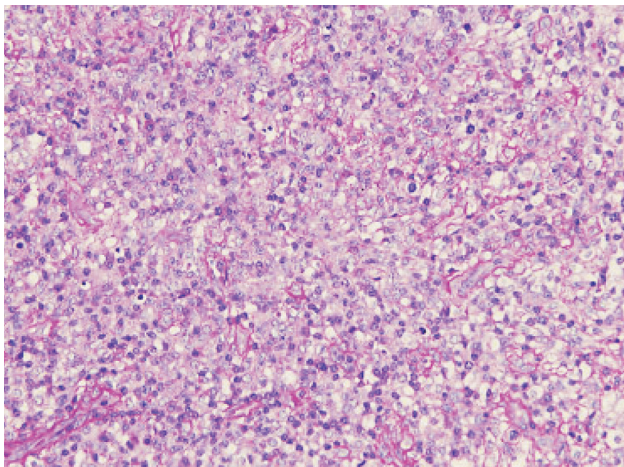
Parapatics Csilla dr., Vajda Adrienne dr., Bagó Andrea dr., Baló-Banga J. Mátyas dr.:

Belbetegségekhez társuló ulcus cruris eseteink

(MH Központi Honvédkórház, Bőrgyógyászati osztály, Budapest)

A lábszárfekélyek gyakoriságát Magyarországon 1-2%-ra becsülik. Az utóbbi években kapott nagyobb hangsúlyt aetiológiai csoportosításuk, és ennek megfelelő differenciált kezelésük. Az ulcusok háttérben nagyrészt artériás, vénás keringési zavar, ill. diabetes mellitus okozta nagio-neuropathia áll. A ritkább okok között szerepelnek a hemostázis zavarai, fertőzések, vasculitisek, különböző belbetegségekhez társult kísérő vasculitisek, a bőr kifehélyesedő malignomái. Előadásunkban ezen ritkább okok közül a belbetegségekhez társult lábszárfekélyeket, azok pathomechanizmusát ismertetjük részletesen, ezen belül bemutatva az osztályunk anyagában előforduló e csoportba tartozó ritkább aetiológiájú eseteinket is: myeloma multiplex, polycythaemia vera, ill. az onkológiai csoportból a bőr T-sejtes lymphomáihoz tartozó panniculitis-like lymphomás betegünk kórlefolásának ismertetését emelném ki (1. ábra).

Az előadásban arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy ezen első benyomásra azonos klinikai képet mutató ulcusok különböző



1. ábra
Panniculitis szerű lymphoma

betegségek megjelenései formái lehetnek, és hogy mennyire fontos a differenciáldiagnosztika elvégzése a kezelés előtt.

Szakos Erzsébet dr.¹, Muntyánné Uzelman Ildikó fh.², Sólyom Enikő dr.¹:

A gastrointestinalis mucosa károsodásának szerepe a gyermekkori urticaria pathomechanizmusában

(Borsod-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, a DEOEC Gyermekegészségügyi Továbbképző Intézete¹, Miskolci Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar², Miskolc)

Az urticaria kialakulhat immun- és nem immunmediált reakció következtében. Az immunmediált folyamatok egy része allergiás, kisebb része autoimmun, illetve komplement függő. A 6 hétnél rövidebb ideig tartó, akut urticaria gyermekkorban többnyire infekcióhoz társul. Viszonylag ritkán sikerült allergént igazolni a háttérben, de nem is indokolt az azonnali allergénkutatás. A krónikus urticaria háttérben gyakran igazolódik valamilyen góc. Az esetek egyharmadában nem deríthető ki az ok.

A szerzők a Gyermekegészségügyi Központ bőrgyógyászati allergológiai rendelésén nyilvántartott 100, urticariában szenvedő gyermek adatait elemezték, különös tekintettel a kivizsgálás során felismert, gastrointestinalis traktussal kapcsolatos eltérésekre. A mucosális érintettség tisztázása céljából széklet baktérium, féregpete, protozoon vizsgálatok 44 esetben történtek (12 akut, 32 krónikus eset). Kilégzési H2 teszt elvégzésére szintén 44 betegnél (18 akut, 26 krónikus eset) került sor. Helicobacter pylori szerológiai vizsgálat ebben a csoportban 21 betegnél történt. Nutritív allergén specifikus IgE 61 (16 akut, 45 krónikus) gyermeknél került meghatározásra.

A betegek 54%-a fiú, 46% lány, életkoruk 1-18, átlagosan 7,4 év volt. A lefolyás szerint 49% akut, 51% krónikus folyamat. A gyermekek 18%-a szoptott fél éves koron túl. Borsod-A-Z megyében 2003-ban a csecsemők 51,2%-a, 1995-ben 37,1%-a 6 hónapos kor után is szoptott. A széklet mikrobiológiai vizsgálata két krónikus urticariás betegnél mutatott eltérést. Egy 9 éves lánynál blastocystosis, egy 15 évesnél Campylobacter jejuni infekció igazolódott. A kilégzési hidrogén teszttel akut urticariában 8, krónikusban 7 kontaminált vékonybél, 3-3 lactose malabsorptio, valamint 1-1 esetben mindkét elváltozás kimutatható volt. A 21 negatív tesztből 6 akut, 15 krónikus urticariában történt. A blastocystás betegnél kontaminált belet jelzett a teszt. Helicobacter szerológiai pozitivitás a 21 elvégzett tesztből 5 esetben mutatkozott. Az egyik betegnél elvégzett szövettani vizsgálat pozitív lett. Minden Helicobacter pozitivitás krónikus urticariával társult, a negatívak egyenlő arányban fordultak elő akut és krónikus folyamatban. A pozitívak közül kettőnél az autológ szérum tesz is kóros lett, egy-nél kontaminált belet jelzett a H2 teszt. Egy másik, Helicobacter szerológiai pozitivitást mutató leánynál hajhullás társult az urticariához. Nutritív allergén 61 (16 akut, 45 krónikus) vizsgált esetből 4-nél igazolódott, mindegyik krónikus urticariában. Egy tej-, egy tojás- és két polyszenzibilizációt sikerült kimutatni. A tojásallergia betegnek kontaminált bele is volt. Az eredmények jelzik, hogy urticaria esetén a gastrointestinalis rendszer a vizsgált betegek felében érintett. A patológiás elváltozások közül elsősorban a kontaminált vékonybél és a laktóz malabsorptio fordul elő. A korán mesterségesen tápláltak hajlamosabbak az urticariára. Az emésztőrendszer mucosális barrierének károsodása fontos szerepet játszhat a gyermekkori urticaria pathomechanizmusában. A fentiek alapján főként a pseudoallergiás reakciók kialakulását segíti elő.

IRODALOM

1. Bakos N., Fekete B., Prohászka Z., Füst Gy., Kalabay L.: High prevalence of IgG and IgA antibodies to 19 kd Helicobacter pylori associated lipoprotein in chronic urticaria. Allergy (2003) 58, 663-667.
2. Buhner S., Reese I., Kuehl F., Lochs H., Zuberbier T.: Pseudo-allergic reactions in chronic urticaria are associated with altered gastroduodenal permeability. Allergy (2004) 59, 1118-1123.

- Gyimesi E., Sipka S., Dankó K., Kiss E., Hidvégi B., Gal M., Hunyadi J., Irinyi B., Szegedi A.: Basophil CD63 expression assay on highly sensitized atopic donor leukocytes – a useful method in chronic autoimmune urticaria. *Br. J. Dermatol.* (2004) 151, 388-396.
- Hidvégi B., Nagy F., Temesvári E., Marschalkó M., Kárpáti S., Horváth A., Gergely P.: Correlation between T cell and mast cell activity in patients with chronic urticaria. *Int Arch. Allergy Immunol.* (2003) 132, 177-182.
- Husz S., Judák R., Kiss M., Molnár K., Dobozy A.: Ételallergia atópiás dermatitisben és krónikus urticariában szenvedő betegekben. *Allergológiai és Klinikai Immunológia* (1998) 1, 30-34.
- Irinyi B., Alexa M., Antal-Szalmás P., Sipka S., Hunyadi J., Szegedi A.: Cytokine production of CD4+ and CD8+ peripheral T lymphocytes in patients with chronic idiopathic urticaria. *Acta Derm. Venereol* (2002) 82, 249-245.
- Klausz G., Buzás F., Scharek P., Tiszlavicz L., Gyulai Z., Fülöp A., Falus A., Mándi Y.: Effects of Helicobacter pylori infection on gastric inflammation, local cytokine production in histamine deficient and histamine decarboxylase knock out mice. *Immunol Lett* (2004) 94, 223-228.
- Szántó A., Szegedi A., Zehner M.: Autoimmun urticariáról esetismertetések tükrében. *Allergia és Klinikai Immunológia* (2003) 6, 172-174.

Szagos Erzsébet dr.¹, Szegedi Andrea dr.², Sólyom Enikő dr.¹, Hunyadi János dr.²:

Tapasztalataink gyermekkori terápiareszisztens atópiás dermatitis cyclosporin A-kezelésével

(Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Gyermek-egészségügyi Központ, Miskolc¹, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen²)

Fekete Zoltán Tudományos Pályázat 2004. évi nyertese.

Németh Réka dr.¹, Bónis Béla dr.², Kemény Lajos dr.¹:

Víz iontoforézis alkalmazása palmoplantáris hiperhidrózis kezelésében

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszertudományi Centrum¹, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged, bőrgyógyász magánorvos, Hódmezővásárhely²)

A primer tenyéri-talpi hiperhidrózis ismeretlen eredetű betegség, melynek hátterében az ekrin verejtékmirigyek fokozott működése áll. A kozmetikai panaszok mellett számos bőrgyógyászati kórkép provokáló faktoraként szerepelhet, valamint a betegek munkavégzését, szociális beilleszkedését, pszichés státuszát is befolyásolhatja. Iontoforézis során az elektromos pólusok segítségével különböző ionokat juttatnak be a bőrzebe. A hatásmechanizmus nem tisztázott pontosan, de feltehetőleg a verejtékmirigyek kivezető nyílásában képződő szarucsapok obstrukciója, valamint a bőrfelület és a verejtékmirigyek közötti elektrokémiai gradiens kiegyenlítődése következtében csökken a váladéktermelés. A szubjektív panaszok csökkenéséhez alkalmanként 15-25 mA áramerősséggel végzett, 20 perces, 2-3 hetes aktív kezelési periódus szükséges, majd az euhidrózis eltérése után átlagosan 2 hetente egy alkalommal ajánlott fenntartó terápia elvégzése az állapot fenntartására.

Az idiopatiás palmoplantáris hiperhidrózis esetében a csapvíz iontoforézis hatékony, biztonságos, emellett jól tolerálható kezelésnek bizonyult.

Az iontoforézis kezelés a SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinikán 1980 óta elérhető. A szerzők a kezelés kapcsán szerzett tapasztalatokat foglalják össze.

Szili Magdolna dr.:

CVI komplex kezelésével elért eredmények a CEAP osztályozás figyelembevételével

(Magyar Honvédség Kecskeméti Repülőkórház, Bőrgyógyászat, Kecskemét)

A vénás betegségek korszerű osztályozása 1994-ben került elfogadásra. Figyelembe veszi a klinikai tüneteket (C), etiológiát (E), anatómiai lokalizációt (A), patofiziológiát (P). A CEAP osztályozás alapján 6 alcsoportot különítettünk el (C₀-C₆), melyen belül lehetőség van az egyes, tehát C, E, A, P szempontokat figyelembe venni.

Valamennyi stádiumban polietiologiás és multifaktoriális tényezők által predesztinált, klinikailag igen változatos tünetek alakulhatnak ki, így a CVI-s betegek kezelése is igen széles skálán mozog.

A szerző a CVI-ban vénatonizáló kezeléssel elérhető eredményeket a CEAP osztályozás figyelembevételével – különös tekintettel az escin alkalmazására – fotódokumentáción keresztül mutatja be.

Bihari Imre dr.:

Az intracutan venectasia és kezelése injekciós sclerotherápiával (Semmelweis Egyetem Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék, Budapest)

A varicositas gyakoriságának legutóbbi hazai felmérése szerint minden második felnőttnek vannak visszértágulatai, és a különböző típusok közül a seprűvénák előfordulása a leggyakoribb, mintegy 30%-os. Ez egy speciális visszértípus, amely a többitől nemcsak kis méretében különbözik, hanem elhelyezkedésében, összeköttetéseiben, lefutásában és kezelésében, valamint a kezelésre adott reakciójában is. Gyakran együtt fordul elő más visszértípussal. Megjelenésében az öröklődésnek nagyobb szerepe van, mint a többi varix típusnál. Nőkben gyakoribb, a realizálódás fontos tényezője a hormonális változás, ezért a pubertás előtt nem fordul elő, terhesség során és azt követően gyakori. A gondos ultrahang, szövettani és laser-Doppler vizsgálatok az elváltozás hátterében, jelentős %-ban arteriovenosus shuntöt találtak. Panaszokat nem okoz, ha mégis, akkor egyéb okok keresése fontos, rendszerint mozgásszervi betegséget tudunk felderíteni. Kezelésére különböző eljárások ismertek, ezek közül a legnagyobb tapasztalat az injekciós sclerotherápiával van. Az oldatot intra-luminarisan kell beadni, mert az erek elhegesedéséhez az intima roncsolása vezet. A tú méreténél jelentősen kisebb erek is kezelhetők ezzel a módszerrel. Egyetlen injekcióval a szűfűtő gyógyszeroldat számos érágat ér el. Azok a venectasia rendszerek, amelyekben az erek nem különíthetők el laser sclerotherápiát igényelnek. Az elektrocoaguláció az arcon jó eredményeket ér el, míg az alsó végtagon túlzott méretű roncsolást vált ki. A kezelés utáni kiújulás gyakori, hiszen a kiváltó okot nem tudjuk gyógyítani, csak a már megjelent elváltozást, ezért a terápia gyakran gondozás jellegű.

Varjú Gábor dr.:

Non-ablatív rejuvenáció 595 nm-es pulzáló festéklézerrel (Cynosure V-Star)

(Magánorvos, Budapest)

A fénykárosodott bőr változatos tüneteinek, valamint az akne okozta atrófiás hegeknek a kezelésére az elmúlt évtizedekben az ablaktív módszerek voltak jellemzőek. A különböző mélységű kémiai hámlasztások mellett (fenol, TCA, glikolsav), a bőr lecsiszolása (dermabrázió), valamint újabban a bőrfelület lézeres leégetése (CO₂, Er: Yag) terjedt el. Az ablaktív módszerekkel történő bőrfiataltítás lehetőségével, a hosszabb-rövidebb idejű munkaképtelenség, valamint a szövödmények (felülfertőzés, hegeképződés, pigmentációs zavarok) veszélye miatt, az esztétikai problémákkal küzdő pácienseknek csak szűk rétege élt. A microvasculatura pulzáló festéklézerrel történő szelektív károsításának lehetőségére (szelektív fototermodézis) Anderson és Parrish csaknem negyed évszázada hívta fel a figyelmet, azóta is ennek a lézertípusnak a rövid pulzusidejű alkalmazása maradt a naevus flammeus kezelésének „gold standardja”.

Újabb dermatológiai alkalmazások (rozácea, keloidok, pszoriázis) és a fénykárosodott bőrön látható kórosan tágult kapillárisok kezelésének alapja a hemoglobinnal, mint célkromofórral 595 nm-es lézertípussal történő „elérése” és felhevítése, ezáltal a microvasculatura károsítása. A bőrfiataltító hatás alapja az erek felmelegedése után a

bőrben maradt hőenergia, valamint a gyulladásos mediátorok, melyek stimulálják a kollagénrostok képződését. Az atrófiás hegeket, ráncokat, kontúregyenletlenségeket a kúraszerű kezelés hatására keletkező új kollagén és elasztikus rostok belülről töltik fel – miközben a felszín érintetlen marad. A pulzáló festéklézer fénye a melaninban is elnyelődik, így egyidejűleg a fokozott pigmentáció okozta színbeli eltérések is kiegyenlítődnek.

A naevus flammeus magas előfordulási aránya miatt (0,3%) a vaszkuláris elváltozások kezelésére specializálódott szakrendelők pulzáló festéklézerei megfelelően kihasználtak. Egy kórházi kozmetológiai szakrendelés vagy egy magánorvosi praxis azonban csak ritkán specializálódhat egyetlen területre. A hatékony nonablatív rejuvenáció tovább szélesíti a pulzáló festéklézer indikációs spektrumát, így sokoldalúbbá teszi praxisunkat is.

PEZOMED hirdetés

Experimentalis dermatológiai előadások

Balogh Attila dr.¹, Paragh György dr.^{2,3}, Nagy László dr.²,
Emri Gabriella dr.¹, Horkay Irén dr.¹, Remenyik Éva dr.¹:

Peroxiszóma proliferátor-aktivált receptor mRNS szintek csökkenése HaCaT keratinocitákban UVB besugárzás hatására (Bőrgyógyászati Klinika¹, Biokémia és Molekuláris Biológiai Intézet², Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum³ és Bőrgyógyászati és Onkodermatológiai Klinika³)

A peroxiszóma proliferátor-aktivált receptor (PPAR), ligand által aktivált transzkripció faktor, mely szabályozza a célgén kifejeződését a sejt differenciálódási, proliferációs, apoptózis, metabolikus folyamataiban és immunválaszában. A PPAR izotípusai (alfa, delta és gamma) kifejeződnek keratinocitákban is. Korábbi tanulmányok szerint a humán keratinocitákban a PPAR delta a domináns izotípus, de a PPAR alfa és gamma is kimutatható, ezek kifejeződése növekszik a keratinociták differenciálódása során. Az UVB fény *in vivo* a keratinociták apoptózisát, a dermisben gyulladást, később epidermális proliferációt okoz. Eddig csak néhány tanulmány foglalkozott a PPAR-oknak az UVB besugárzás biológiai hatásaiban játszott szerepével. Előtanulmányunk szánt jelen vizsgálatainkban *in vitro* rendszert alkalmaztunk. Immortalizált humán keratinocitákon (HaCaT) *in vitro* UVB besugárzás után vizsgáltuk a PPAR mRNS-ek kifejeződését. A PPAR mRNS-ek szintjét a ciklofilin mRNS szintjével kvantitatív RT-PCR segítségével hasonlítottuk össze. A HaCaT sejteket 30-120 mJ/cm² széles hullámsávú UVB fénnel sugaroztuk be. Az mRNS szintek a megvilágítás dózisa és az utána eltelt idő függvényében változtak. A besugárzott keratinociták DNS károsodási szintjét comet assay-vel határoztuk meg. A sejtek életképességét MTT assay-vel és tripánkéék exklúzióval követtük nyomon. UVB hatására mindhárom PPAR mRNS szintje csökkent. Eredményeink amellet szólnak, hogy a PPAR-oknak szerepe lehet humán keratinocitákban az UVB hatására bekövetkező változások szabályozásában.

Támogatás: ETT (107/2001), OTKA (T 43451)

Benkő Réka., Csikós Márta dr., Sárdy Miklós dr., Bóna Annamária,
Kárpáti Sarolta dr.:

A SPINK5 gén mutációanalízise Comèl-Netherton szindrómában

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani, és Bőronkológiai Klinika, MTA-SE Bőrgyógyászati Genetikai és Immunológiai Kutatócsoport, Budapest)

A Comèl-Netherton szindróma (MIM256500) recesszív öröklődésű, ritka bőr- és hajlétérésekkel, valamint immunológiai változásokkal járó genetikai rendellenesség. A betegség tünetei között diagnosztikai jelentőségű az ichthyosis linearis circumflexa, vagy congenitalis ichthyosiform erythroderma, a bambusz haj (trichorrhexis invaginata) és az erősen emelkedett IgE szint együttes jelenléte.

A betegség hátterében a *SPINK5* gén (GenBank AJ228139.2; serine protease inhibitor Kazal type 5) mutációi állnak, mely a 15 doménos LEKTI (*lympho-epithelial Kazal type inhibitor*) prekursorfehérjét kódolja. A LEKTI kifejeződése az epidermális differenciáció markerének tekinthető. A prekursor expressziója Comèl-Netherton szindróma esetén erősen lecsökken, vagy teljesen hiányzik.

Egy 44 éves férfibeteg mutációanalízisének eredményét mutatjuk be, melyet a klinikai vizsgálatokat követően a PCR technikán alapuló CSGE (Conformation Sensitive Gel Electrophoresis) heteroduplex analízis módszerével, majd direkt szekvenálással végeztük.

Két heterozigóta formában jelen lévő frame-shift mutációt azonosítottunk, melyek a Comèl-Netherton fenotípust okozzák: 238insG a 4. exonban, valamint 2468delA a 26. exonban.

A további exonokban 8 polimorfizmust detektáltunk, melyek a betegséggel nem hozhatók összefüggésbe.

Bóna Annamária, Csikós Márta dr., Sajó Ráchel, Benkő Réka,
Kárpáti Sarolta dr.:

Epidermolysis bullosa simplex genetikai hátterének vizsgálata (Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika MTA-SE Bőrgyógyászati Genetikai és Immunológiai Kutatócsoport, Budapest)

Az epidermolysis bullosa simplex (EBS) az örökletes bőrbetegségek, az ún. genodermatózisos csoportjába tartozik. Ebben a körképben a bőrön és a nyálkahártyán nyomásra, dörzsölésre vagy spontán hólyagok képződnek, egyes formáihoz elzarusodási zavar társulhat. Az EBS hátterében a bazális keratinocitákban expresszálódó keratin 5 és keratin 14 (*KRT5* és *KRT14*) gének mutációi állnak.

Munkánk célja volt 11 EBS által érintett család molekuláris genetikai vizsgálata. A családfa analízise során 5 család esetében a klasszikus autoszomális domináns öröklődésment volt megfigyelhető, további 6 esetben csupán a vizsgált személy volt érintett. 4 herpetiform, gruppírozott hólyagképződést és tenyéri-talpi diffúz hyperkeratózist mutató EBS-Dowling-Meara (EBS-DM, OMIM 131760) diagnózisú beteget és 7, csupán tenyéri-talpi hólyagképződéssel járó EBS-Weber-Cockayne (EBS-WC, OMIM131800) altípust szenvedő beteget vizsgáltunk.

Eredményeink: az EBS-WC formájában négy új és két ismert mutációt sikerült kimutatnunk. A *KRT5* gén 1 exonjában a (G137E), 5 exonjában az (R331G) új mutációt azonosítottunk. A *KRT5* 1 exonjában a (E170K) az irodalomban már ismert mutációt detektáltuk.

A *KRT14* gén 1 exonjában a (L136Q), 6 exonjában a (E411K) új mutációt találtuk. A *KRT14* gén 6 exonjában az irodalomban már ismert (R388C) mutációt azonosítottuk.

A többi 5 család esetében a molekuláris genetikai vizsgálatok komplettálása folyamatban van. Az általunk feltárt eredmények hozzásegítenek az EBS genotípus-fenotípus korreláció pontosabb megismeréséhez.

Dallos Attila, Kiss Mária dr., Polyánka Hilda, Dobozy Attila dr., Kemény Lajos dr., Husz Sándor dr.:

Galanin receptorok kifejeződése humán keratinocytákon

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A bőr, mint a külvilág ingereit felfogó és feldolgozó szerv gazdagon innervált érző idegrostokkal. A terminális idegvégződésekből számos fehérjetermészetű anyag, ún. neuropeptid szabadul fel. Ezen neuropeptidok közé tartozik a mindössze 29 aminosav hosszúságú galanin, melyet eddig egyetlen ismert fehérjecsaládba sem sikerült besorolni. Sokrétű biológiai hatásait sejt felszíni receptorokon keresztül fejti ki, melyek G proteinhez kapcsolt transzmembrán fehérjék. Jelenleg a galanin receptorok 3 altípusa ismert (GalR1, GalR2 és GalR3), melyek különböznek szerkezetükben, előfordulási helyükben, és intracelluláris jelátviteli partnereikben. Kifejeződésüket humán bőrben még nem vizsgálták.

Célul tűztük ki a három ismert galanin receptor expressziójának vizsgálatát humán keratinociták felszínén. Quantitatív Real-Time PCR alkalmazásával sikerült azonosítanunk a GalR2 mRNS jelenlétét a sejtekben, melyet a PCR termék szekvenálása teljes bizonyossággal alátámasztott. Ezzel szemben a GalR1 mRNS és a GalR3 mRNS jelenlétét nem tudtuk kimutatni. Immunhisztokémiai vizsgálatokkal fehérjeszinten is igazoltuk a GalR2 receptor kifejeződését tenyésztett humán keratinocitákon.

A receptorok jelenlétének igazolása alátámasztja azt a korábbi megfigyelésünket, hogy a galanin képes fokozni humán keratinociták „nerve growth factor” (NGF) termelését.

Gonda Andrea dr., Szántó Sándor dr.¹, Mikecz Katalin dr.²:

A CD44 és L-selection molekulák leukocita-ér interakciókban betöltött szerepe atopiás dermatitis gérmódeljében (DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, DEOEC III. Belklinika¹, RUSH University Chicago, USA²)

A szervezetet érő gyulladásos stimulus hatására intenzív fehérvérsejt áramlás indul az érintett szövet felé. A leukocyták extravasációját a gyulladásos sejtek érfallal történő laza kapcsolódása, ill. érfalmenti gördülése (rolling), valamint az endothelhez való szoros tapadása előzi meg. E négy fázisból álló folyamatban számos adhéziós molekula vesz részt. Az L-selectin, ill. CD44 molekulák elsősorban a rolling mechanizmusában játszanak szerepet. Vizsgálataink során vad típusú, CD44 knockout, L-selectin knockout, ill. CD44/L-selectin dupla knockout egerekben csirke ovalbuminnal (OVA) történt immunizálás után a fülbe adott OVA injekcióval akut gyulladást indukáltunk. A systemás immunválasz értékelése mellett (antigen specifikus IgE, IgG1, IgG2a, IFN γ , IL4 termelés, T sejt proliferáció), a gyulladás helyén intravitális mikroszkópiával vizsgáltuk a leukocita-ér interakciókat (rollingoló sejtek száma, a rolling sebessége, kitapadt sejtek száma stb.) a négy egércsoportban.

A systemás immunválasz tekintetében az egyes állatcsoportok között szignifikáns különbséget nem találtunk. Emelkedett IgE szintet, dominánsan IgG1 termelést, arányaiban nagyobb IL-4 produkciót mértünk. Az in vivo vizsgálatok (összhangban a szövettani képpel) CD44 deficiens, ill. CD44/L-selection knockout egerekben a kitapadt és extravasalodott sejtek szignifikánsan kisebb arányát igazolták, míg az L-selectin hiánya a fehérvérsejtek kiáramlását nem befolyásolta számottevően.

A korábbi irodalmi adatokkal egyetértésben a laboratóriumi eltérések, ill. a histológiai, valamint klinikai kép alapján az OVA-val előzetes immunizálás után generált gyulladás az atopiás dermatitis modellezésére alkalmas. Az egérfül vastagsága lehetővé teszi a leukocyták gyulladást indukáló mozgásának in vivo mikroszkópos vizsgálatát, mely közelebb vezet az inflammatio legkorábbi stádiumának lépéseiben szerepet játszó adhéziós molekulák működésének megismeréséhez.

Holló P.^{1,2}, Bender T.⁴, Marschalkó M.¹, Gonzalez R.¹, Barna I.³, Horváth A.¹:

Plazma béta-endorphin szint vizsgálata psoriasisos betegeknek

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest¹, TOMESA Fény-Fürdő Klinika, Budapest², Magyar Tudományos Akadémia, Kísérletes Orvostudományi Kutató Intézet³, Irgalmasrendi Kórház, Budapest⁴)

Számos megfigyelés alátámasztja a neuroendokrin rendszer közvetett szerepét a psoriasis pathomechanizmusában. Nem pontosan tisztázott a beta-endorphin pathogenetikai szerepe a betegség tüneteinek kialakulásában. Perifériás vérben mérhető emelkedett szintje szerepet játszhat a betegség neuroimmunológiai folyamataiban és párhuzamosan változhat a klinikai állapottal. A vizsgálatok célja a perifériás vér endorphin szintjének vizsgálata a klinikai bőr állapot függvényében.

12 kiterjedt bőrtünetekkel rendelkező psoriasisos beteg szinkron balneophototerápiás alapkúrában részesült a regensburgi sémának megfelelően. A betegek bőr állapotát a PASI érték meghatározásával monitoroztuk. Kúra előtt és kúra után vett perifériás vérminták endorphin szintjét határoztuk meg specifikus radioimmunoassay módszerrel. A klinikai tünetmentessé válással párhuzamosan szignifikáns plazma beta endorphin szint változás a betegeknek nem volt kimutatható. Habár a beta endorphin számos neuroimmunológiai hatása ismert, a plazma szint alakulása nem tükrözi hűen a bőr állapotot, nincs közvetlen szerepe a psoriasisos bőrtünetek kialakulásában.

Kormos Bernadett¹, Kenderessy Szabó Anna dr.¹, Szabad Gábor dr.¹, Sonkoly Enikő dr.¹, Kiss Kornélia², Kemény Lajos dr.^{1,3}, Bata-Csörgő Zsuzsanna dr.^{1,3}:

Kémiai mitogénektől mentes tápfolyadékban tenyésztett normál humán felnőtt epidermális melanocyták proliferációjának és pigmentképzésének vizsgálata

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, GYTK Klinikai és Gyógyszerészeti Intézet, Szeged²; MTA Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged³)

Humán epidermális melanocyták tenyésztése 1982 óta ismert módszer. Az eddig alkalmazott tenyésztési technikák kémiai mitogéneket – tumor promotert (12-O-tetradecanoyl phorbol-13-acetate, TPA) és a ciklikus adenosine 3', 5' monophosphate (cAMP)-ot indukáló cholera toxint használtak. A munkacsoportunk által kidolgozott új tenyésztési eljárás mellőzi ezeket a mesterséges faktorokat.

Célul tűztük ki ebben a fiziológiához közelítő *in vitro* tenyésztő környezetben egyes citokinek (GM-CSF, IFN- γ , IL-1 β , EGF, és IL-10) és extracelluláris mátrix proteinek (kollagén, laminin, fibronectin) hatásának vizsgálatát a normál humán felnőtt melanocyták proliferációjára. Minden vizsgált mátrix protein, valamint a GM-CSF, az IL-1 β és az EGF megnövelte az osztódás mértékét. Eredményeink szerint humán szérummal helyettesíthető az állati eredetű faktorok (FBS, BPE) és a kémiai mitogén TPA proliferációt serkentő hatása.

In vitro tenyésztés során a melanocyták elveszítik pigmentjeiket. Ismételt UVB-besugárzás (5,2 J/cm², 4 alkalom) vagy IFN- γ kezelés (1 ng/ml, 1 hét) hatására a sejtek repigmentálódnak *in vitro*. Mivel az EGF hatást gyakorolt a melanocyták proliferációjára, megvizsgáltuk az EGFR mRNS expresszióját. Eredményeink alapján a melanocytákban kifejeződik az EGFR mRNS. Az EGF nem befolyásolta az EGFR mRNS kifejeződés mértékét, de az ismételt UVB-besugárzás (5,2 J/cm², 4 alkalom) vagy IFN- γ kezelés (1 ng/ml, 1 hét) csökkenti az EGFR expresszióját tenyésztett normál humán felnőtt melanocytákban.

Nagy Nikolettá¹, Széll Márta dr.², Bata Csörgő Zsuzsanna dr.¹, Szolnoky Győző dr.¹, Szabad Gábor dr.¹, Dobozy Attila dr.^{1,2}, Kemény Lajos dr.^{1,2}:

A fibroblaszt növekedési faktor receptor 2 (FGFR2) gén polimorfizmusainak vizsgálata lábszárfekélyes betegekben

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum¹, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

Korábbi tanulmányok a fibroblaszt növekedési faktorok (FGF) számos típusát összefüggésbe hozták a sebgyógyulással [FGF-1 (aFGF), FGF-2 (bFGF), FGF-7 (KGF-1), FGF-10 (KGF-2) és FGF-22]. Ezek a növekedési faktorok hatásukat egy transzmembrán tirozin-kináz receptoron, a fibroblaszt növekedési faktor receptor 2-n (FGFR-2) keresztül fejtik ki. A receptor komplexitását növeli, hogy alternatív splice mechanizmus révén két izoformája keletkezik: a keratinocita növekedési faktor receptor (KGFR) és a bakteriálisan expresszált kináz (Bek). Vizsgálatainkban célul tűztük ki lábszárfekélyes betegekben az elhúzódó sebgyógyulás genetikai hátterének tanulmányozását. Polimeráz láncreakció (PCR) során mutációspecifikus TaqMan próba segítségével vizsgáltuk az FGFR2 gén ismert pontmutáció (single nucleotide polymorphism = SNP) közül ötöt. Kísérleteinkhez öt olyan SNP-t választottunk ki az Applied Biosystem adatbázisából, amelyek lokalizációjuk alapján feltehetően szerepet játszanak az FGFR2 működésének szabályozásában. 73 lábszárfekélyes beteg és 71 tünetmentes egyén SNP-it hasonlítottuk össze. A kódoló régiókban, a 6. intronban és a promoterbeben található SNP-k nem mutattak szignifikáns különbséget allélgyakoriságaik alapján a betegcsoport és az egészséges egyének között. A 3' nem transzlálódó régió (UTR) polimorfizmusa esetében a mutáns allél gyakorisága szignifikánsan nagyobb volt a lábszárfekélyes betegek között, mint a kontroll csoportban (χ^2 p<0,01). Eredményeink arra utalnak, hogy az FGFR2 gén 3' UTR SNP-je és a kóros sebgyógyulás között összefüggés lehet. Feltételezzük, hogy a 3' végi SNP megváltoztatja az FGFR2 génről átiródó mRNS-ek stabilitását, ami csökkent KGFR és Bek fehérje mennyiséghez, illetve elhúzódó re-epithelizációhoz, vascularizációs zavarhoz vezet, és elhúzódó sebgyógyulást eredményez.

Ongrádi József dr.^{1,3}, Szilágyi Melinda², Ahmad Ali³, Menezes José³:
**Az emberi 7-es herpesvírus IL-10 indukciója és ennek
dermato-venerológiai vonatkozásai**

(Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet¹ és Semmelweis Egyetem
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika², Montreáli Egyetem
Immunológiai Laboratórium, Montréal, Kanada³)

Az emberi 7-es herpesvírus (HHV-7) a CD4+ T-lymphocytákat fertőzi, bennük élethosszig lappanghat. Kisgyermekben ritkán exanthema subitum, fiatalokban pityriasis rosea, felnőttek immunzsuppresszált állapotokban letális komplikációk okozója. A HIV szaporodását gátolja. Ezekben a hatásokban a CD4+ T-lymphocytákból felszabaduló megváltozott cytokin mintázatnak, elsősorban az interleukin (IL)-10 szabályozó szerepének lehet fontos szerepe. HHV-7 szeronegatív és szeropozitív egyének szeparált perifériás fehérvérsejtjeiben, valamint fogékony Sup-T1 sejt kultúrákban vizsgáltuk HHV-7 fertőzést követően az IL-10 és a TNF- α termelés kinetikáját. Ultracentrifugálással koncentrált natív, hő- (HI), illetve ibolyántúli sugárzással (UV) inaktivált víruspreparátumokkal +/- mitogén kezeléssel szinkronizáltan fertőztük a sejteket, majd a replikációs ciklus különböző időpontjaiban vett felülíró mintákból meghatároztuk a cytokinfehérjék mennyiségét (ELISA), illetve a sejtekben a specifikus mRNS mennyiségét (RT-PCR, Northern-blot). Megállapítottuk, hogy szeronegatív egyén fehérvérsejtjeinek IL-10 kibocsátása a fertőzést követően 72 óra elteltével maximális, és több mint kétszerese a szeropozitív egyénekének. Phytohaemagglutininrel történt együttes kezelésre a hőinaktivált vírus IL-10 fehérje kibocsátása additív módon már 24 óra alatt maximumot ért el, ami a HHV-7 igen korai génexpressziójának szerepét jelzi az IL-10 termelésben. A fertőzést követő 12 óra elteltével válik kimutathatóvá mind a két csoport fehérvérsejtjeiben és Sup-T1 sejtekben, mennyisége 72 óráig folyamatosan növekszik. Az LPS hatása ugyanilyen, amelyet TNF-a ellenes antitestek nem gátolnak. Ez azt jelenti, hogy az IL-10 Th2 serkentő hatása az antitest-termelés fokozásával gátolja a HHV-7 szaporodását, a kiváltott kórképek maguktól gyógyulnak. A Th2 túlsúly szeropozitív egyéneknél a reaktiválódó, perzisztens víruszaporodás hatására az IgM újbóli megjelenését eredményezi. A Th1 hatás gyengülése miatt a HHV-7-fertőzött sejtek nem pusztulnak el, viszont a CD4+ T-lymphocyták aktiválódásának elmaradása következményesen gátolja a HIV aktiválódását, szaporodását, ezáltal az AIDS progresszióját. Utóbbi jelenség ellentétes a HHV-6 A variánsának HIV-transzaktiváló hatásától, amelyben a TNF- α játszik szerepet.

Az OTKA T-29299, az ETT 08/060/2000, és a kanadai MRC pályázatok támogatásával.

Schmidt Emese dr.¹, Czifra Gabriella², Hunyadi János dr.¹,
Bíró Tamás dr.², Szegedi Andrea dr.¹:

**A protein kináz C izoenzimek eltérő hatása HaCaT
keratinocyták desmoglein 1,3 és P-kadherin expressziójára**

(Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőr- és Nemikórtani Klinika¹, Élettani Intézet, Debrecen²)

A protein kináz C (PKC) a szerin/treonin kinézek családjába tartozik, és irodalmi adatok alapján feltehetően fontos szerepet játszik normál humán epidermális keratinocyták proliferációjának és differenciációjának szabályozásában. Ugyancsak ismert, hogy a PKC család izoenzim specifikus módon befolyásolja a keratinocyta proliferációt és differenciálódási folyamatokat. Munkacsoportunk korábban előállított PKC izoenzimekkel stabilan transzfektált HaCaT sejt vonalakat, és bizonyította ezekben a hagyományos (conventional PKC, cPKC) és új (novel PKC, nPKC) PKC izoformák specifikus és antagonista szerepét a proliferáció és differenciálódás szabályozásában.

Az epiteliális fejték többféle adhéziós rendszerrel biztosítják a szövetek szerkezeti egységét, beleértve az adherens junkciókat és dezmoszómakat. Az adherens junkciók klasszikus kadherinekből állnak, mint a P-kadherin, a dezmoszóma dezmoszómalis kadherineket, desmogleineket (Dsg) és desmocollinokat tartalmaznak. Ezek a molekulák differenciáció specifikus mintázatban expresszálódnak az epidermiszben oly módon, hogy a Dsg3 és a P-kadherin a bazális és spinózus rétegben, míg a Dsg1 döntően a granuláris rétegben vannak jelen.

Kísérleteinkben azt vizsgáltuk, hogy a PKC izoformák fokozott kifejeződése milyen hatással van a Dsg1, 3 és P-kadherin szintézisére HaCaT sejtekben. Western blot eredményeink azt mutatják, hogy a PKC izoenzimek overexpressziója a dezmoszómalis és klasszikus kadherineket kifejeződését megváltoztatja. A cPKC α és a nPKC δ overexpressziója csökkentette a Dsg3 és P-kadherin megjelenését, ugyanakkor fokozta a Dsg1 kifejeződését. A cPKC β és a nPKC ϵ overexpressziója ezzel ellentétben fokozta a Dsg3 és P-kadherin termelődését és csökkentette a Dsg1 megjelenését. HaCaT sejtekben nPKC δ inhibitorával (rottlerin) történő inkubálás során a Dsg3 és P-kadherin szintézis fokozódott.

Eredményeink összhangban vannak azon korábbi közléseinkkel, melyek szerint a PKC izoenzimek specifikus szerepet töltenek be a különböző keratinocyta funkciók szabályozásában; a cPKC α és az nPKC δ a sejtek differenciálódását, míg a cPKC β és nPKC ϵ a sejtek proliferációját fokozzák.

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

Dermatochirurgia

Bottlik Gyula dr.¹, Holló Péter dr.¹, Bíró László dr.¹, Lekka Norbert dr.²:
Kombinált bőrpótlás a koponyacsontok nagy defektusainak allopasztikus pótlása után
(Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet²)

A koponyacsontok nagy defektusainak pótlásához gyakran kényszerülünk allopasztikus anyagok használatára. Ilyen esetben csak „élő” bőrrel való fedés jöhet szóba, amely minden esetben speciális feladat.

A szerzők két esetük kapcsán ismertetik az általuk alkalmazott viszonylag egyszerű eljárást, és röviden elemzik az alternatív lehetőségeket.

Garay Géza dr.:

Mikrodermabrázió a kozmetológiai gyakorlatban
(Magánorvos, Kecskemét)

A mikrodermabrázió vákuum (és sűrített levegő) segítségével a bőr felületére juttatott alumíniumoxid kristály szemcsékkel történő finom bőrcsiszolást jelent. A 80-as évek közepén Európában kifejleszt-

tett módszer gyorsasága, biztonsága és relatíve alacsony költsége miatt nagy népszerűségnek örvend az USA-ban is. A felületes ablatív módszer minimális veszéllyel jár, nem szükséges fájdalomcsillapítás, s a bőr gyorsan regenerálódik a kezelés után. A hám barrierének időleges károsítása a bőr felületére alkalmazott hatóanyagok felszívódását a többszörösére fokozza. A kémiai hámlasztó módszerekhez hasonló mechanizmus alapján, a repetitív traumák hatására a fibroblast proliferációt és a kollagén termelést fokozza, s a hám teljes vastagságban való megújulását eredményezi. A kezelés befolyásolja a transzépidermális vízvesztést, a szaruréteg hidratációját, valamint a bőrfelületi struktúrákat – melyek változása bőrdiagnosztikai eszközökkel (Tewameter, Corneometer, Visioscan mikrokamera) jól követhető.

Tóth Béla dr.¹, Sáfrány György dr.², Daróczy Judit dr.¹:

Kozmetikum vacuum kezelés után kialakult fasciitis
(Főv. Szent István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály¹ és Égés- és Plasztikai Sebészet²)

Absztrakt nem érkezett.

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

BŐRGYÓGYÁSZAI
ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN
DERMATOLOGICAL SOCIETY

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

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

Betegbemutások

Bikszádi Ilona dr., Szakos Erzsébet dr., Foerster Gyula dr.:
Incontinentia pigmenti esete
 (Borsod Megyei Kórház, Gyermekegészségügyi Központ, Pathológiai Osztály)

Születése óta fennálló papulovesiculák staphyloiderma gyanúját vetették fel, emiatt antibiotikus kúrában részesült az újszülött, de a betegség nem javult. Az ezek után kért bőrgyógyászati konzilium kezdetben strophulus neonatorum lehetőségét vetette fel, majd később az utólag beszerzett családi anamnesist is figyelembe véve incontinentia pigmenti fennállása merült fel, amit a histológiai vizsgálat is igazolt.

Czakó Szilvia dr., Gyulai Rolland dr., Baltás Eszter dr., Koreck Andrea dr., Kemény Lajos dr.:
Reiter-kór sikeres kezelése infliximabbal
 (SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, AOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A szerzők egy 12 éve Reiter-kórban szenvedő beteg esetét ismertetik. A beteg korábban methotrexat, szisztémás corticosteroid, ACTH, retinoid, PUVA, cyclosporin terápiában részesült jelentős javulás elérése nélkül. Évente több alkalommal volt szükség hospitalizációra. A Remicade (infliximab) kúrák után klinikai tünetei jelentősen regrediáltak, laboratóriumi paraméterei rendeződtek, hospitalizációs igénye megszűnt.

Csikós Márta dr., Szigeti Ágnes dr., Hársing Judit dr., Wikonkál Norbert dr., Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr.:
IgA gammopathiával társult pyoderma gangrenosum
 (Semmelweis Egyetem Budapest, Bőr-Nemikörtani és Bőronkológiai Klinika)

91 éves nőbeteg anamnézisében 20 éve emelkedett vörösvértest süllyedés értékek, anaemia, lázat állapotok, empyema thoracis, peritonitis, pyelonephritis és ischaemiás szívbetege szerepelt. 1983 óta számos alkalommal kezelték fascitis necrotisans diagnózissal multiplex, necrotizáló, a fasciáig terjedő időnként sipolyozó lágyrész folyamatai miatt. Ez év augusztusában a hát bal oldalán észlelt rapid progressziót mutató, szokatlanul kiterjedt, vérzékeny alapú, purulens váladékkal fedett, livid, előemelkedő, gyulladással szegélyléllel övezett felületes fekély miatt kezeltük klinikánkon (1. ábra).



1. ábra

A hát bal oldalán kiterjedt, livid, előemelkedő, gyulladással szegélyléllel övezett felületes ulcus

Szövetteni vizsgálat a dermisben neutrophil infiltrátumot mutatott, kórokozót speciális festések nem igazoltak. Immunfluoreszcens vizsgálata eltérés nélküli volt.

Emelkedett vörösvértest süllyedés értéket, anaemiát, csökkent IgG és IgM szinteket, emelkedett IgA szintet, valamint paraproteinaemiát észleltünk, a beta frakcióban M komponens, a perifériás vérben és a vizeletben biklonális IgA kappa típusú paraproteint, vizeletében Bence-Jones proteint mutattunk ki. Csont rgt. felvételein nagy osteolyticus elváltozásokat nem észleltünk, a korára való tekintettel csontvelővizsgálatot nem végeztünk. Perifériás vér flow-cytometriai vizsgálata normál perifériás vér fenotípus megoszlást mutatott. A folyamatot IgA gammopathiához társuló pyoderma gangrenosumnak tartottuk. Szisztémás szteroid, valamint lokális antiszeptikus és hámosító kezelés hatására bőrtünete lényegesen javult.

Együd Katalin dr.:

A gondozás jelentősége egy syphilitikus esetbemutató kapcsán
 (Megyei Bőr- és Nemibeteg gondozó, Nyíregyháza)

A gondozás a járóbeteg ellátás legfejlettebb módszere, a gyógyító megelőző intézkedések együttes alkalmazását jelenti. Az előadó ismerteti, hogy mi jellemző a gondozás módszerére, milyen betegségek esetén kötelező. Az eredményességet, és jelentőségét az alábbi esetismertetés jól alátámasztja.

A 21 éves nőbeteg 2002. szeptemberében jelentkezett gondozóintézetünkben szekunder syphilitikus tünetekkel. Szerológiai vizsgálat igazolta diagnózisát. A fertőzőforrásként megnevezett 20 éves férfi beteget (dg: sy II.) a kontaktuskutatás során felkutatottuk. Egy 19 és egy 21 éves férfi (dg: sy I.) szintén felderítésre került. A fertőzőforrás további kontaktusaiként kezelésbe vettünk egy 24 éves nőbeteget (dg: sy I.) és egy 16 éves nőbeteget (dg: sy II. condyloma lata diagnózissal). Ezen kívül preventív kezelésben részesítettünk egy 17 éves nőbeteget. A mátiszátkai gondozó továbbá kezelésbe vett egy 18 éves nőbeteget sy I. tüneteivel a fertőzőforrás kontaktusát nem tudtuk felkutatni, mert ismeretlen budapesti prostituált volt. Igyekeztünk az összes kontaktust és fertőzőforrást megvizsgálni, és kezelésbe venni.

A 18/1998 NM rendelet, mely a járványok megelőzése érdekében jött létre, segítette a fertőző láncolatot megszakítani, és a fertőzés továbbterjedését megakadályozni. Amíg ez a törvény hatályban van, addig nagy segítség a gondozóknak a nemibetegségek elterjedésének megakadályozásában. Másik fontos tényező az évtizedek alatt gondosan kiépített nemibeteg gondozó hálózat nagyfokú együttműködése az egész ország területén.

Az aktív és hatásos gondozás eredménye a legszélesebb körű prevenciót eredményezi.

Feldmann Julianna dr., Kopcsányi Henriette dr., Ottó Iringó Ágnes dr.:
PUPPP/PTE klinikai tüneteit utánzó extrém morsus insecti esete

(Flór Ferenc Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kistarcsa)

27 éves, 31. hetes terhes primigravidát utaltak osztályunkra urticariiform, hevesen viszkető, kiterjedt bőrtünetekkel. Kórelőzményében zavartalan terhesség mellett felvétele előtt 3 héttel j.o.-i perifériás facialis paresis szerepelt, melyet ingeráram és Milgamma kezeléssel szanáltak. Bőrtünetei felvétele előtt 1 héttel a háton kezdődtek, majd az eltelt néhány nap alatt csaknem az egész testen megjelentek ujjbegynyi, heves viszketést okozó, éjszakai nyugalmát is zavaró kiütések formájában. Ezek némelyikén központi szúracsatorna sejtethető, azonban a beteg ezt az erős vakarózásnak tulajdonította. Egybe-

hangzó állításuk szerint együttélő családtagok teljesen panaszmentesek voltak.

A legkorábban megjelent kiütések még perzisztáltak, azonban kissé halványabbak voltak, mint a friss jelenségek.

Klinikai urticaria kizárható volt, erythema multiforme, polymorf terheségi kiütés mellett elsősorban morsus insecti merült fel.

Osztályos felvétel után friss tünet nem jelentkezett, a kezelés hatására tünetei regrediáltak, fokozatosan panaszmentessé vált.

Férje az otthonában található, néhány hete vásárolt új ágyban a bemutatott bogarakat találta meg nagy mennyiségben.

Az esetet a differenciál diagnosztikai felvetések érdekessége és a csipések extremitása, valamint a negatív családi anamnesis miatt tártuk bemutatásra érdemesnek.

Gál M. dr., Balla Gy. dr.¹, Szegedi A. dr., Kiss E. dr.², Zeher M. dr.², Hunyadi J. dr., Remenyik Éva dr.:

Neonatalis lupus erythematosus ritka központi idegrendszeri érintettséggel

(DEOEC Bőrgyógyászati Klinika, DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Neonatológiai Tanszék¹, DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Immunológiai Tanszék², Debrecen)

A neonatalis lupus erythematosus (NLE) egy ritka betegség, mely hátterében anyai IgG típusú anti-SSA/Ro és anti-SSB/La autoantitestek transzplacentaris transzportja áll. Leggyakoribb klinikai manifesztációi a bőr-, a cardialis tünetek, a haematológiai, valamint a hepatológiai abnormalitások. Kevésbé ismert, ritka szövödményként központi idegrendszeri anomáliák is előfordulhatnak. A mortalitást leginkább a szívérintettség foka határozza meg. A NLE bőrtünetei, a haematológiai eltérések, a máj-, lép- és tüdő abnormalitások születéskor vagy az élet első heteiben jelennek meg és általában az élet 6. hónapjáig spontán resolutio észlelhető.

A betegbemutatásunkban szereplő leánygyermek édesanyját Raynaud-szindróma miatt 3 éve kezelték, terhesége alatt gondozásra nem járt, mivel tünet- és panaszmentes volt. A gyermeknek kifejezett bőrtünetei voltak születése óta, melyekhez macrocephalia megjelenése társult. A macrocephalia hátterében ventriculomegalia igazolódott a subarachnoidealis tér kiszélesedésével, mely anomália igen ritkán fordul elő NLE-ben és általában benignus természetű. Egyéb anomália nem igazolódott.

Az anyai antitestek magzati keringésből való kiürülésével párhuzamosan a bőrtünetek megszűntek, a féléves korban végzett koponya UH a kamratágulat visszafajlását igazolta.

Gódor Zsófia dr.¹, Marschalkó Márta dr.², Hársing Judit dr.², Németh Annamária dr.³, Veres Gábor dr.², Kárpáti Sarolta dr.²:

Pyoderma gangrenosum

(Dunakeszi Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet¹, Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika², Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika³)

74 éves nőbeteg lábszárain két hónapja véres bennékű hólyagok, majd gyorsan terjedő mély fekélyek alakultak ki. A bőrtünetek kezdete után 2 hónappal a garatíven, a nyelvgyökön multiplex, gyorsan növekvő, mély aphtosus fekélyek jelentkeztek, általános panaszok nélkül.

A szövettani vizsgálat a dermisben leukocytá gyülemet, az érfalban fibrin-lerakódást, illetve kis thrombusokat mutatott. Colonoscopiával a colon transversum nyálkahártyáján foltos hyperaemiát, oedemát és fekélyképződést mutattak ki. Hisztológia enyhe aktivitást mutató colitist igazolt.

A klinikai tüneteket nem mutató IBD-hez (colitis ulcerosa – Crohn betegség – intermedier colitis) társuló pyoderma gangrenosum miatt szteroid, Ciprobay és Klion kezelést kezdtünk, a bőrtünetek nem javultak, ezért cyclosporin (Sandimmun 4x100 mg) kezelést állítottunk be.

Kiemeljük a típusos, súlyos bőr és szájnálkahártya tünetek hátterében lévő, klinikai tüneteket nem okozó gyulladáshoz vezető bélbetegség fennállását. Az alkalmazott kezelésre a szájnálkahártya tünetek gyors javulást mutattak, a bőrtünetek terápia rezisztensnek bizonyultak.

Hanák Éva dr., Károlyi Zsuzsanna dr., Degrell Péter dr.:

Recklinghausen kór és kiscsomós sarcoidosis együttes előfordulása

(Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc, PTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs)

A szerzők egy 47 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinek 8-10 évvel ezelőtt a törzsén, később lábfejein, majd mindkét hónaljában, félgömbszerűen elődomborodó, puha tapintatú bőrszínű csomók alakultak ki, melyeket lipomának vélelmeztek. Másfél évvel ezelőtt a mellkas elülső és hátulsó felszínén eruptívan barnás-vörös papulák, nodusok jelentkeztek, melyek szubjektív panaszt nem okoztak (2. ábra). Mindkét lézióból biopszia történt. Az apró nodulusok szövettani vizsgálata során kiscsomós sarcoidosis, a nagyobb elődomborodó csomók histológiai vizsgálata során neurofibromatosis igazolódott, így a két betegség együttes fennállása nyert bizonyítást.



2. ábra

Háton barnás-vörös papulák, nodusok

Az elvégzett kivizsgálás során sarcoidosis belszervi manifesztációjára utaló eltérést nem találtunk, koponya CT vizsgálat az acusticus neurinómát kizárta. Allopurinol kezelés hatástalansága után középdózisú steroid terápiát vezetettünk be, melynek hatására a sarcoidosis csomók nagyrészt regrediáltak. Esetünket a két ritka kórkép együttes előfordulása miatt tartottuk bemutatásra érdekesnek.

Iványi András dr.¹, Tóth Erika dr.^{1,2}, Fejős Zsuzsa dr.³, Papp Andrea dr.³, Gilde Katalin dr.³, Bánfalvi Teodóra dr.³ és Orosz Zsolt dr.⁴:

Granulomatosus mycosis fungoides

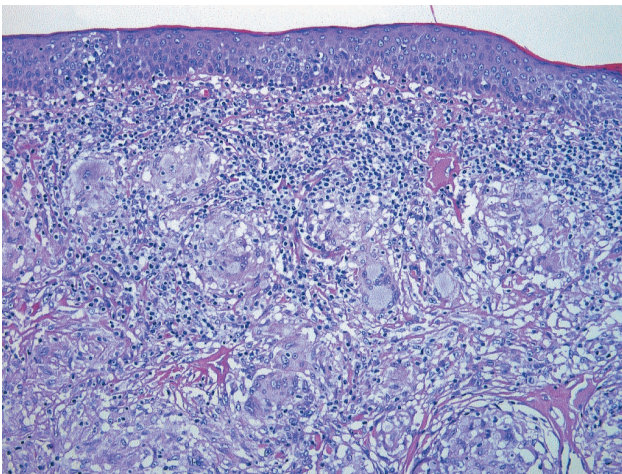
(Károlyi Sándor Kórház Pathológiai Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet Molekuláris Pathológiai Osztály², Bőrgyógyászati Osztály³ és Daganatpatológiai Osztály⁴)

Az 54 éves beteg 2000 júniusában jelentkezett a bőrgyógyászati ambulancián a bal lapocka felett kialakult sárgás-livid, szélein papulosus terjedést mutató, 9 centiméter átmérőjű bőrelváltozással (3. ábra). Diagnosztikus célú biopsziás kimetszés történt. A szövettani kép a dermis felső és középső részén összefüggően, a mélyebb területeken kisebb göcökben granulomatosus elváltozást mutatott. A viszonylag kisméretű, de helyenként összefolyó granulomákat histiocyták alkották, de nagy számban mutatkoztak többmagvú óriássejtek is. A granulomák széli részein jelentős számban voltak lymphoid sejtelemek. A hyperchrom magok cerebriform jellegűek voltak. A speciális festések kórokozót nem jeleztek. A granulomatosus területben az elasticus rostok szinte teljes hiánya látszott. Az enyhén parakeratoticus, minimális fokban spongioticus epidermisben atípusos lymphoid sejtek infiltrációja



3. ábra

A bal lapocka feletti terület nagyméretű, sárgás-livid elváltozása



4. ábra

A közepes nagyítású HE képen a hámban atípusos lymphoid elemek látszanak, a bal szélén Pautrier abscessust formálva. A dermisben el nem sajtosodó, sarcoidoszerű óriássejtes granulomák. Ezek széli részén bőséges lymphoid infiltráció

volt megfigyelhető. Több helyen Pautrier abscessusok voltak észlelhetők (4. ábra). A hyperkróm sejtmagok kifejezetten gyűrifikáltak voltak. Hasonló sejtek voltak észlelhetők a kissé heges papillaris dermisben is. A szöveti kép mycosis fungoides granulomatosis formájának felelt meg. Az elvégzett labor- és képalkotó vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak. A hónaljban tapintható babnyai nyirokcsomó UH vezérelt aspirációs cytotógiai vizsgálata negatív eredményt adott. 2001-ben 30 Gy összdózisú 6 MeV elektronbesugárzást kapott. Az irradiáció és az alkalmazott steroid kenőcs használata mellett az elváltozás folyamatosan és jelentősen regrediált, majd egy év után a széli részen lassú progresszió indult. 2004 szeptemberében az elváltozás felső részén 2,5 cm-s, az eredetivel megegyező klinikai képet mutató terület volt észlelhető. A lassú progresszióra és a tervezett újabb sugárkezelésre tekintettel ismételt biopszia történt. A szöveti kép a négy évvel korábbival megegyező volt. Az immunhisztokémiai vizsgálat szerint az atípusos lymphoid sejtek túlnyomó többsége CD-4+ (T-helper) volt. Az elvégzett molekuláris pathológiai vizsgálat monoclonalis jellegű T-sejt receptor gén átrendeződést mutatott. Mindezek pathológiai oldalról a mycosis fungoides diagnózist kifejezetten megerősítették. A granulomatosis mycosis fungoides igen ritka elváltozás. A szöveti képet a hám és a papillaris dermis szokványos MF-jellegű elváltozásai mellett a dermisben tuberculoid

vagy sarcoid granulomák jellemzik. A granulomák az esetek egy részében necrobioticus jellegűek. A ritka kép néha komoly diagnosztikus nehézségeket okozhat úgy szövettanilag, mint klinikailag.

Kiss Borbála dr.¹, Horváth Krisztina dr.², Veres Imre dr.¹, Kiss Mária dr.³, Szegedi Andrea dr.¹, Hunyadi János dr.¹:

Atípusos mycobacterium fertőzés immunszupprimált nőbetegben (DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen¹, Jósa András Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Nyíregyháza², SZE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged³)

Az alábbiakban egy immunszupprimáló kezelés alatt álló nőbeteg esetét ismertetjük. Az 59 éves nőbeteg anamnézisében 1995-ben tüdőcarcinoma miatti opus majd irradiáció, valamint 1999. óta fennálló myasthenia gravis szerepel, mely miatt kis dózisú kortikoszteroid és Imuran kezelésben részesül.

2004. júniusában a jobb kéz II. ujját ért traumát követően jelentek meg bőrtünetei, melyek miatt háziorvosa kombinált, váltott majd parenterális antibiotikus kezelést alkalmazott, valamint sebészi feltárást végeztek. Intézetünkben a klinikai kép és az anamnézis alapján felvetődött atípusos mycobacterium fertőzés lehetősége, emiatt az alkaron lévő laesióból biopsziás anyagot vettünk. Diagnózisunkat megerősítendő, a következő diagnosztikai módszereket végeztük: szövettani vizsgálat, mikrobiológiai vizsgálat mycobacterium, gomba és egyéb baktériumok irányában, szerológiai vizsgálatok, PCR reakció.

Az atípusos mycobacterium fertőzés kezelésében alkalmazott Klacid terápia hatására a bőrtünetek regrediáltak. Az eset további érdekessége, hogy a myasthenia gravis alapbetegség miatt bizonyos antibiotikumok, így a Klacid és közepes mértékben kontraindikáltak, így ennek szedése csak szoros neurológiai kontroll mellett lehetséges.

Az esetet a ritka előfordulás, a lehetséges differenciáldiagnózisok, valamint a kezelési nehézség miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Komlódi J. dr., Német Sz. dr., Kocsis L. dr., Gyarmati Cs. dr., Göcző K. dr., Török L. dr.:

A Pringle-kór és kevésbé ismert extracutan manifesztációi – esetismertetés

(Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Bőrgyógyászati osztály, Radiológiai osztály, Kecskemét)

A Pringle-kór több szervet érintő, változó expresszivitású, örökklődő megbetegedés, mely legtöbbször a központi idegrendszer, bőr és veséket érinti, de ritkábban – mint ahogy a jelen eset is mutatja –, egyéb szerveket is érinthet, illetve a bőrön a jól ismert adenoma sebaceumon kívül más elváltozások is jelen lehetnek. Patogenezisében feltehetően egy tumor szuppresszor gén hibája, illetve a gén termékének, a tuberinnek az alacsony szintje lehet felelős. Ezen sokoldalú betegséget egy 33 éves nőbeteg példáján mutatjuk be, akinél az orrán és az orcákon lévő multiplex adenoma sebaceum miatt indítottunk kivizsgálást a belső szervi manifesztációk tisztázása céljából (anamnesisében sclerosis tuberosa és epilepsia syndroma miatti agyműtét, endometriosis, ovarium cysta miatti műtét és fibrosis pulmonum szerepel). Így derült fény a gyakran előforduló, jól ismert, mindkét vesét érintő polycystás elváltozásokra, illetve a kevésbé ismert, májban leírt haemangiómákra, és a petefészket érintő, kiújult cystosus elváltozásokra. Kivizsgálását követően orráról klinikailag adenomának vélelmezett elváltozást távolítottunk el, mely basal-sejtes carcinomának bizonyult. Kevésbé ismert tünetként májban lévő haemangioma, recidív ovarium cysta és fibrosis pulmonum került leírásra.

Kovács Réka dr.¹, Oláh Judit dr.¹, Széll Márta dr.², Dobozy Attila dr.^{1,2}, Kemény Lajos dr.^{1,2}:

Striált palmoplantáris keratoderma (Brünauer-Fuchs-Siemens) (SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum¹, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, MTA-Dermatológiai Kutatócsoport, Szeged²)

A striált palmoplantáris keratoderma nagyon ritka, a fokális palmoplantáris keratodermák, a genodermatosisok heterogén csoportjába tartozó betegség. A szerzők egy 47 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinek kora felnőttkora óta vannak a tenyéren és a talpon callusok, hyperkeratózisok. A hyperkeratotikus léziók lokalizációja és elrendeződése a striált palmoplantáris keratoderma (SPPK) klinikai diagnózisát sugallta. Családi anamnézise pozitív: édesapjának és két testvérének is hasonló tünetei voltak. A beteg 1 mg/kg/nap acitretin terápiát kapott, mely csak minimális javulást eredményezett. A betegnél és négy családtagjánál genetikai vizsgálatok történtek: az eddig ismertetett, a fenti kórképet okozó mutációkat vizsgálták, melyek a keratin 1, desmoplakin vagy desmoglein 1 géneket érintik. A vizsgált személyek egyike sem hordozza azonban a fenti gének mutációit, így a szerzők feltételezik, hogy a kórfolyamat kialakulásához olyan mutáció vezetett, amelyet az irodalomban eddig nem ismertettek.

Lengyel Enikő dr.¹, Károlyi Zsuzsánna dr.¹, Árvai Éva dr.²:

Tuberculosis cutis colliquativa

(Semmelweis Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc¹, Koch Róbert Kórház, I. Tüdőosztály, Edelény²)

Egy 79 éves férfibeteg kórtörténetét ismertetjük, akinek anamnézisében jobb csípőízületet érintő endoprothesis-beültetés, valamint ismeretlen eredetű subphrenicus tályog miatti opus szerepel. Négy hónapja fennálló, a nyak bal oldalára lokalizálódó sipolyozó nyirokcsomó conglomeratumok miatt került osztályunkra felvételre. A klinikai kép alapján tuberculosis cutis colliquativa gyanúja merült fel (5. ábra). Mellkas rönt-



5. ábra

Nyak bal oldalán sipolyozó nyirokcsomó anglomeratumok

gen felvételen jobb tüdőcsúcsban elhelyezkedő specifikus maradvány mutatkozott. Mantoux próba anergiát igazolt, de a sebváladékból isoniazid-, streptomycin-, rifampicin- és ethambutol-érzékeny mycobacterium tuberculosis tenyésztett ki. Bár a kombinált gátlószeres kezelés bőrgyógyászati szempontból teljes gyógyulást eredményezett, hónapokkal az antituberculosus terápia megkezdése után bal oldali – nagy valószínűséggel tbc-s eredetű – keratouveitis alakult ki, mely egyelőre terápiarezisztensnek bizonyul. Az esetet a típusos klinikai kép és a napjainkban ritka előfordulás miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Nagy Gabriella dr., Sziray Ágnes dr., Hanák Éva dr., Károlyi Zsuzsánna dr.:

Pollinosis és pisztáciamag allergia együttes előfordulása (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc)

Az utóbbi években a kereskedelem az egzotikus növények egyre szélesebb tárházát kínálja, s emiatt több szokatlan, korábban nem ismert ételallergiát észlelünk a mindennapi gyakorlatban. Az Anacardiaceae családba tartozó mangó, kesudió és pisztácia ritkán



6. ábra

Pisztáciamaggal végzett pozitív cutan provokáció

okoz allergiás tüneteket, de az utóbbival kapcsolatban több közlemény számol be IgE-mediálta, sokszor súlyos hypersensitivitásról. A pisztáciát leginkább sózott, pörkölt mag formájában fogyasztjuk, de alkotórésze lehet fagyaltoknak, krémeknek, egyéb édességeknek is. Az utóbbi időben mutatták ki, hogy a mag okozta allergiás reakciók hátterében egy 30 kD molekulásúlyú major antigén áll, mely alapját képezheti a rokon növényekkel (mangó, kesudió), az Anacardiaceae család egyéb tagjaival kapcsolatban észlelhető keresztallergiáknak is. Jelen munkánkban egy 20 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, akinél pisztáciamag fogyasztását követően több alkalommal jelentkezett orális allergia syndroma, majd az utolsó expositio során ajakzsibbadás, generalizált urticaria, pruritus, gyengeség, fulladásérzés, hasi görcsök léptek fel. Anamnesisében Prick-teszttel 8 éve igazolt rhinoconjunctivitis allergica szerepelt.

A nutritív allergia igazolására cutan provokációs tesztet végeztünk pisztáciamaggal, mely korai reakcióban erős pozitívítást adott (6. ábra). A megismételt inhalatív Prick-teszt erős polyszenzibilizációt mutatott.

Bár a pisztáciamag okozta nutritív és bizonyos pollenek okozta inhalatív keresztallergiák pontos molekuláris és immunológiai háttere még nem tisztázott, de több szerző beszámol a pisztáciamag túlérzékenységgel gyakorlatilag mind együtt jelentkező Artemisia vulgaris pollen szenzibilizációról, mely betegünk esetében is kimutatható volt.

Németh Szilvia dr., Kocsis Lajos dr., Török László dr.:

Arteriitis temporalis

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

Az arteriitis temporalis vagy óriássejtes arteriitis (Horton syndroma) az idősebb nők betegsége, mely leginkább a közepes és nagyereket támadja meg.

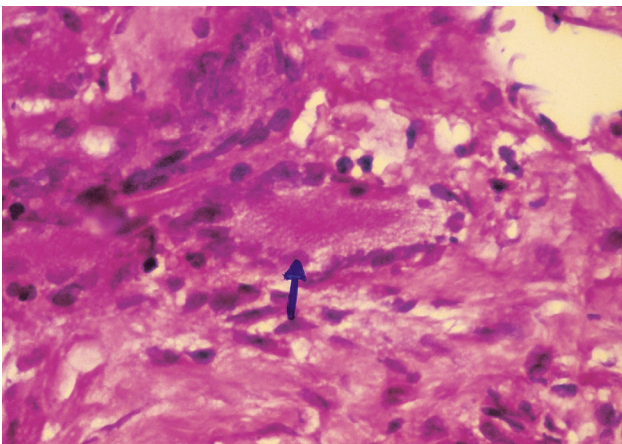
A 80 éves nőbetegét 2003 augusztusában utalták ambulanciánkra herpes zoster, illetve kifelélyesedő basalioma iránydiagnózisokkal. Első vizsgálatok a bal halántékon egy 5x2 cm-es, pörkkel fedett ulcus volt látható a bal arteria temporalis ramus frontalisának megfelelően (7. ábra). A beteg panaszai 2003. áprilisában kezdődtek erős baloldali fejfájással, szédüléssel, a bal szem időnkénti látótérkiesésével, majd később a bal temporalis régióban tömött, vörös színű köteg alakult ki. Ezt követően fekély alakult ki, mely az alkalmazott konzervatív kezelésre nem gyógyult. Neurológiai tüneteinek kívül más általános panasza nem volt. Laborparamétereik közül a gyorsult süllyedés és a magas C-reaktív protein emelendők ki. Szemészeti vizsgálatkor mindkét szem csökkent látóélességét, bal oldalon a külső-felső quadráns kiesését, elmosódott határú, promineáló papillát, a későbbiekben pedig a papilla körül kevés exsudatumot találtak. Ideggyógyászati szakvizsgálat során a tünetek hátterében felmerült a



7. ábra
Necroticus fekély a beteg fejbőrén



9. ábra
Myxoedema praetibiale



8. ábra
Perivascularisan elhelyezkedő Touton-féle óriássejt 400x, HE

korábbról már ismert bal oldali arteria carotis interna szűkületek is. A szövettani kép histiocytákat és endothel-proliferáció okozta arteria-obliterációt mutatott, spanyolgallér-szerű lamina elasticával, az ér körül lymphocytákkal, plazmasejtekkel, fibrosissal, míg az érfalban idegentest típusú óriássejtek voltak megfigyelhetők (8. ábra). Leleteink alapján az arteriitis temporalis diagnózisát állítottuk fel. 64 mg Medrol és 2x50 mg Dapson Fatol kezelést állítottunk be, melyet külső hámosító terápiával egészítettünk ki. 1 hónap alatt a bőrtünetek teljes remissziója következett be, a beteg fejfájása megszűnt, azonban szédülése továbbra is fennáll. A bal szem külső-felső quadránsának látótérkiesése visszamaradt.

Ottó Iringó Ágnes dr., Horváth Ilona dr.¹, Feldmann Julianna dr.:
Exophthalmus, myxoedema, onychopachya (EMO) syndroma
(Pest megyei Flór Ferenc Kórház Bőrgyógyászati osztálya, Pest megyei Flór Ferenc Kórház Pathológiai osztálya, Kistarcsa¹)

Myxoedema praetibiale (thyroid dermatopathia) a morbus Baedowban szenvedő betegek csak mintegy 4%-ban fordul elő. Graves ophthalmopathia egyidejű fennállásakor ez az arány magasabb, mintegy 15%. Morphológiáját tekintve leggyakrabban barnás színezetű, bőrfelszínből kiemelkedő, egyenetlen narancshéjszerű felszínű, rugalmas tapintatú infiltratumok. Irodalmi adatok alapján 20%-ban jellemző mindössze a nodularis jelleg. Exophthalmus, myxoedema, onychopachya (röviden EMO syndroma) triászja ritka társulás. Thomas írta le először 1933-ban. A tünetek chronológiai megjelenését tekintve az exophthalmust követi a dermatopathia,

majd hosszú fennállás esetén az acropachya (dobverőujjak). 57 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, kinek anamnesisében évek óta ismert polycythaemia, hypertonia betegség szerepel. 4 évvel ezelőtt derült fény morbus Basedowra, mely miatt radiojód terápiában részesült. A kezelés utóhatásakén pajzsmirigy hypofunctio alakult ki, L-Thyroxin substitutoria szorul. Felvétele előtt kb. 1 hónappal észlelte mindkét lábszár feszítő felszínén rugalmas tapintatú, részben fájdalomtalan, részben tompa fájdalmat okozó csomók megjelenését. A jobb lábszáron kettő, egymás alatt elhelyezkedő, egyenként kb. 3,5 cm átmérőjű, rugalmas tapintatú, kissé mobilis, fájdalomtalan nodust, a bal lábszáron egy kb. 5 cm átmérőjű, livid-erythemás, az előbb leírthoz hasonló nodust, alatta egy másik, bőrszínű, kb. 4 cm-es terimét láttunk (9. ábra). Pregnáns exophthalmus mellett dobverőujjakat észleltünk. Punch biopszia szövettana vizenyősen fellazult, kissé fragmentált kötőszövetes rostok között homogén, halvány eosinophil anyagot írt le. Nyaki UH vizsgálat sorvadtt pajzsmirigydetektált. Thyreoglobulin autoantitest jelentősen emelkedett volt (484,0 IU/ml – ref. < 40,0); thyreoida peroxidase antitest úgyszintén emelkedett volt (247,0 IU/ml – ref. < 35,0). Thyreoglobulin szint a normális alsó határán állt. Intralaeasionisan, 6 hetente, összesen 4 alkalommal részesült betegünk mikrokristályos Hydrocortizon infiltratióban, mely eredményeként a nodularis plakkok kiterjedése significansan csökkent. Exophthalmus, myxoedema, acropachya ritka társulását ezúton szeretnénk ismertetni.

Ottó Iringó Ágnes dr., Kopcsányi Henriette dr., Horváth Ilona dr.¹, Feldmann Julianna dr.:

Elephantiasis nostras verrucosa

(Pest megyei Flór Ferenc Kórház Bőrgyógyászati osztálya, Pest megyei Flór Ferenc Kórház Pathológiai osztálya, Kistarcsa¹)

A 69 éves, extrém fokban obes nőbeteg anamnézisében 32 évesen, Stein-Leventhal syndroma miatt, mindkét oldali ovarium ékresectioja, 34 évesen, cysta dermoides coccygealis (farkcsont felett lévő, hormondependens szövetet tartalmazó dermoid cysta) miatt kialakult, recidív sacralis fistula opusa, 35 évesen sectio caesarea, 40 éves kortól discopathiás derék- és mindkét oldali, alsó végtagi panaszok szerepelnek. 44 évesen incarcerált LV. discus hernia miatt opus történt, amit kifejezett panaszokat okozó periradicularis fibrosis és később liquorrhoea miatt többszörös feltárás követte. Az utóbbi 10 év anamnesiséből kiemelendő hasfali hegészerv és köldökszerv opusa, hasfali reconstructio, solitaer, megnagyobbodott jobb vese felfedezése, lumbago miatt fizioterápiás kezelése, cholelithiasis. A beteg elmondása szerint 1980. óta (ebben az évben történt 7 hónap alatt 3 gerincműtét) észlelhető a lábszárak oedemás duzzanata. Verrucosus tumorok megjelenése kb. 5 éve kezdődött mindkét lábszárán. Erysipelasa nem volt. Felvételekor mindkét lábszár térdig erősen duzzadt, a bőr elefántbőrszerűen megvastagodott, barnásan erythemás színezetű. A lábszárakon



10. ábra
Elephantiasis nostras verrucosa

számtalan babnyi-szilványi, rugalmasan tömött tapintatú növedék látható. A jobb lábszár mediális felszínén 4x5 cm-es, superficialis ulcerációt észleltünk (10. ábra). A növedékek, illetve a megvastagodott, papillomatózus felszínű, érdes bőr szövettani vizsgálatakor a dermis területén laza vizenyős kötőszövetben csillag alakú kötőszövetes sejtes elemek között, kisebb csoportokban capillaris átmetszetek tűnnek elő, melyek körül a kötőszöveti rostok kissé koncentrikusan elrendezve, tömegesebb megjelenésűek. A capillarisok lumene megtartott, az endothel duzzadt, osztódó sejteket, sejtproliferációt, illetve atypiát azonban nem láttunk. A szöveti kép tehát elephantiasisnak megfelelt. Az elephantiasis nostras verrucosa egy chronicus, deformáló, secundaer, non-filariázisos lymphoedema, mely verrucosus növedékek tömeges megjelenésével jár. Erysipelás recidivans, morbid obesitas, mozgásszegény életmód állhatnak leggyakrabban a chronicus, kifejezett lymphoedema hátterében. Irodalmi adatok alapján gerinc traumát követően, reflex symphathicus dystrophia folyamánként fellépő csökkent lymphás áramlás is előidézheti a fenti tünetegyüttest. Diureticum, venotonicum, per os antibiotikus kezelés és lokális sebkezelés mellett az alsó végtagok felpolcolása, speciális diéta folytatása történt, több ülésben, local anaesthesiában a tumorózus növedékek excíziójára került sor. Irodalmi adatok alapján napi 75 mg acitretint kezdtünk, gépi nyirokmassage kezelést tervezünk a javuló bőrállapot tartós stabilizálására.

Palikó Barna dr., Kondorosi Ildikó dr., Veres Gábor dr.,
Sárdy Miklós dr., Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr.,
Somlai Beáta dr.:

Scabies norvegica vesetranszplantált betegnél
(Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 67 éves férfibetegnél veseelégtelenséget okozó pyelonephritis miatt 2003 márciusában vesetranszplantáció történt, ezután immun-suppresszió céljából cyclosporin-A és kortikoszteroid kombinált kezelést kezdtek.

Viszkető bőrtünetei fél évvel a vesetranszplantációt követően kezdődtek, amelyet kezdetben microbás ekzemának vélelmeztek. Lokális kortikoszteroid, később Neotigason kezelés mellett a tünetek érdemi javulást nem mutattak. Ekkor hirtelen kialakuló láz hátterében a betegnél a SE Transzplantációs Klinikáján CMV fertőzést diagnosztizáltak, amelyet eradikáltak, majd bőrgyógyászati státusának további romlása miatt Klinikára irányították.

Felvételekor szinte az egész testfelszínre lokalizálódóan, az arcbőrt is érintve erythrodermaszerűen megvastagodott, diffuzan beszűrt, piszkosbarna, száraz, hámló bőrt láttunk, testszerte pontszerű exco-riatokkal, impetiginizációval. Ekkor már több családtag számolt be, fizikális vizsgálat során típusos lokalizációban jelentkező, viszkető bőrtünetekről. A klinikai kép súlyos scabies norvegicanak felelt meg, melynek kialakulásában a graft védelmét szolgáló masszív immun-suppresszió is szerepet játszott. A beteg tünetei csak elhúzódó

antiscabieses kezelés mellett regrediáltak, maradványtünetként súlyos postscabieses ekzemat hátrahagyva, mely még hetekig zsírozó-kortikoszteroid kezelésre szorult.

A beteget az immun-supprimált állapothoz társuló súlyos, ám típusos klinikai kép és a későn felállított diagnózis miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Pónyai Katinka dr., Marschalkó Márta dr., Ablonczy Éva dr.,
Várkonyi Viktória dr., Kovács János dr., Horváth Attila dr.,
Kárpáti Sarolta dr.:

Syphilis recens symptomatica látványos klinikai esete
(Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, SE Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

32 éves nőbeteg felvétele előtt egy hónappal fájdalomtalan erosiókat észlelt a genitális és orális nyálkahártyán, amelyek lokális antibiotikus kezelés mellett perzisztáltak. Partnernél ezt megelőzően urológiai sebészeti beavatkozás történt.

Betegünk „Genitális és szájnyalkahártya erosiók” beutaló diagnózissal került ambulanciánkra. Felvételekor a genitális régióban és interdigitális típusos condyloma latumokat, ill. szájnyalkahártya enanthemát láttunk. Az elvégzett RPR, és TPHA vizsgálat pozitív eredményt adott.

A jellegzetes klinikai kép, ill. a komplett szeropozitivitás alapján syphilis recens symptomatica diagnózisát állítottuk fel.

A jelenleg érvényben lévő módszertani levél alapján a beteget kezelésben részesítettük, gondozásba vétele megtörtént. A kontakt személy gondozásba vétele compliance hiány miatt komoly nehézségbe ütközött.

Esetünket a típusos tünetek ellenére késleltetve felállított diagnózis miatt mutatjuk be.

Remenyik Éva dr.¹, Sápy Mónika dr.¹, Hunyadi János dr.¹,
Káplár Miklós dr.²:

Insulin allergiás pancreatogen diabetes mellitus esete
(Bőr- és Nemikórtani Klinika¹, I. Belgyógyászati Klinika,
Debreceni Egyetem, Debrecen²)

53 éves férfibeteg 2003 nyarán calcificalo pancreatitis miatt pancreas resectión esett át. A műtét következményeként inzulin igénylő diabetes alakult ki. Gyors és elhúzódó hatású humán inzulin készítmény mellett az alkalmazás második hónapjától kezdődően a sc. injekció beadása után percekkel, égő viszkető érzés jelentkezett, majd bőrvörösség és napokig fennálló viszkető csomók alakultak ki. A hozzáférhető inzulin készítmények mindegyike kiváltotta a reakciót, amely nem függött a beadás helyétől. Bár antihisztamin a szubjektív tüneteket mérsékelte, néhány alkalommal a beteg bizonytalan ödéma képződésről is beszámolt. Az inzulin készítményekkel elvégzett prick és ic. bőrpróba korai pozitivitást mutatott. LTT teszt 5 inzulinnal negatív volt. A Novo-Nordisk cég inzulin allergén kitéjével humán és sertés inzulinra, valamint protaminra kaptunk pozitív reakciót. A beteget kérésünkre inzulin pumpával látták el, de panaszai nem szűntek. Az irodalomban ajánlott séma szerint hiposzenzibilizációt kíséreltünk meg, de a késői allergiás tünetek változatlanul továbbra is fennállnak.

Az inzulin allergia az állati eredetű inzulinok alkalmazásakor gyakoribb mellékhatás volt, de a rekombináns humán, illetve analóg inzulin készítmények bevezetése után is előfordul. Az inzulin molekula tercier struktúrájának változása, aggregátumok, más fehérje komponensek, additív anyagok mint például protamin vagy cink jelenléte lehetnek a magyarázat a szenzibilizáció kialakulására. Kezelésében a tüneti kezelésen kívül lehetőség szerint orális antidiabetikumok, hyposzenzibilizáció kísérelhető meg.

Szandányi Réka dr., Tabák Réka dr., Hársing Judit dr.,
Becker Krisztina dr., Horváth Attila dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Löfgren-syndroma
(Semmelweis Egyetem, ÁOK, Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 30 éves férfibeteg felvételére lázas állapotban, jobb lábszáron észlelt erythema miatt került sor. Később a bal lábszáron is noduláris, erythemás tünetek jelentek meg, melyek erythema nodosumnak feleltek meg. Kivizsgálása során a mellkas röntgen felvételen típusos bilaterális hilusi lymphadenopathiát láttunk. Szemészeti, neurológiai érintettséget kizártuk. Serum ACE, serum kalcium, vizelet kalcium értékei eltérést nem mutattak.

A pulmonológiai érintettség vizsgálatára a beteg pulmonológiai osztályra irányítottuk, ahol a sarcoidosis igazolták, per os steroidos kezelését beállították, melyre bőr- és pulmonológiai tünetei maradványtünetek nélkül regrediáltak.

Esetünket a típusos Löfgren-syndroma bemutatására ismertettük.

Telkes Márta dr.¹, Sáfrány György dr.², Répássy Dénes dr.³:

Krónikus nyirokódémával szövődött acne conglobata sikeres kezelése

(Főv. Szent István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály¹, és Égés- és Plasztikai Sebészet² és Urológiai Osztály³)

Absztrakt nem érkezett.

Tóth Katalin dr., Gonda Andrea dr., Szegedi Andrea dr.,

Hunyadi János dr.:

Idiosyncrasiás reakció methotrexát kezelés során (DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen)

A szerzők egy 47 éves férfibeteg esetét ismertetik, aki arthropathiával szövődött psoriasisos bőrtünetei miatt 28 éve áll bőrgyógyászati kezelés alatt.

2004. októberében a beteg egész bőrfelületére kiterjedő, diffúzan beszűrődött, lividvörös, helyenként lemezesen hámló bőrstátusszal került felvételre, lázas, exsiccált állapotban. A betegnél parenterális steroid, per os methotrexat (MTX), kombinált antibiotikus és komplex belgyógyászati terápiát állítottunk be. Az egy alkalommal adott MTX-ra a beteg súlyos leukopeniával, anaemiával, thrombocytopeniával reagált, ezért Leucovorint indítottunk, melynek hatására vérképe javult. Ezt követően Neotigason alkalmaztunk, és a szisztémás steroid kezelést fokozatosan leépítettük. Az így beállított terápiára a beteg bőre fokozatosan tünetmentesedett, általános állapota javult, lázталanná vált.

Bár irodalmi közlések említik a MTX által kiváltott idiosyncrasiás reakciót, esetünket a ritka előfordulás és figyelemfelkeltés céljából tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Pályázati felhívás

A „Tüdőgyógyászati, Allergológiai és Immunológiai Megbetegedések” (TAIM) Közhasznú Nemzetközi Alapítvány kuratóriuma pályázatot hirdet a tüdőgyógyászat, allergológia, immunológia, belgyógyászat, bőrgyógyászat, gyermekgyógyászat, szemészet, fül-orr-gégészet, fogászat területén dolgozó 35 éven aluli orvosok, kutatók részére pályamunka készítésére.

Meghirdetett témák:

1. az említett szakmai területek allergológiai, immunológiai vonatkozású témái;
2. idült légúti megbetegedések, tüdőgümőkór, cor pulmonale;
3. Tumorimmunológia, -patológia, klinikum; Tumoros betegek ellenőrzése, gondozása.

A pályamunkák beküldési határideje 2005. április 30.

A pályamunkákat a Kuratórium mellett működő Tudományos Bizottság bírálja

Pályadíjak:

elméleti jellegű pályamunkák

I. díj = 60 000,- Ft

II. díj = 40 000,- Ft

klinikai jellegű pályamunkák

I. díj = 60 000,- Ft

II. díj = 40 000,- Ft

A pályamunka terjedelme 7-8 oldal, melyben bennefoglaltatnak az ábrák, táblázatok, irodalom, 10-15 soros angol nyelvű összefoglalás.

A pályamunkát a következő címre kérjük beküldeni:

Dr. Szilágyi János

kuratóriumi elnök,

TAIM Közhasznú Nemzetközi Alapítvány
4026 Debrecen, Bem tér 18c. Pf. 51. 4001.

Betegbemutatók / Onkológia

Ábrahám Katalin dr.¹, Wikonkál Norbert dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹,
Désaknai Márton dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Matolcsi András dr.²,
Csomor Judit dr.², Doros Attila dr.³, Szigeti Ágnes dr.¹,
Németh Annamária dr.⁴, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Rapidan progrediáló mycosis fungoides, társult obstructív icterussal.

Terápiás nehézségek

(Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet², Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika³, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika⁴)

A 60 éves nőbeteg bőrtünetei 2003 tavaszán kezdődtek, 2004 márciusában jelentkezett klinikánkon. Ekkor a klinikai kép mikrobás ekzemának felelt meg. A szövettani vizsgálat specifikus eltéréseket nem mutatott, immunfluoreszcens vizsgálat negatív volt. 2004 nyarán panaszokat nem okozó epekövesség miatt laparoscopus cholecystectomiára, majd postoperatív szövödmények miatt két alkalommal reoperatiora került sor. A műtéteket követően észlelt emelkedett obstrukciós enzimértékeket cholangitis következményének tartották, és tartós antibiotikum kezelést kezdtek.

A sorozatos sebészi beavatkozásokkal párhuzamosan a bőrtünetek rapid progressziója jelentkezett, a beteget 2004. szeptemberében multiplex paradicsom tumorokkal észleltük. Nyirokcsomó és belsérvi érintettség nem volt kimutatható. A szövettani vizsgálat mycosis fungoides igazolt, immunhisztokémiai vizsgálat a CD3, CD4 pozitív lymphoid elemek mellett CD30 pozitív, nagy sejtek jelenlétét mutatta, a bőrben biallelikus TCR génátrendeződés volt kimutatható. Flowcytometria a perifériás vérben eltérést nem mutatott. Az emelkedett obstrukciós enzimértékek és az ismétlődő lázas állapotok miatt végzetten percutan transhepaticus cholangiographia a jobb ductus hepaticus szűkületét igazolta, amelyet narcosisban ballonkatéterrel tárgítottunk. A beavatkozás az enzimértékek rapid csökkenését eredményezte. Tekintettel a beteg általános állapotára és a fenti eltérésekre a tumorok lokális radioterápiája mellett döntöttünk, a későbbiekben szoros obszerváció mellett interferon kezelést beállítását tervezzük.

Baltás Eszter dr.¹, Onozó Beáta dr.², Varga Erika dr.¹,
Korom Irma dr.¹, Krenács László dr.³, Bartyik Katalin dr.²,
Oláh Judit dr.¹, Kemény Lajos dr.¹:

Subcutan panniculitis-szerű T-sejt lymphoma

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrumok, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika¹, Gyermekklinika, Szeged², Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány, Biomedicinális Csoport, Szeged³)

A 13 éves gyermek alkarjain egy évvel felvétele előtt bevérek jelentkeztek, melyek háttérben véralvadási zavar, faktorhiány nem igazolódott. Néhány hónapja az arcon és a végtagokon livid, infiltrált, néhol besüppedt plakkok és subcutan csomók jelentek meg hőemelkedés kíséretében. A klinikai kép alapján cutan T-sejtes lymphoma fennállására gondoltunk. Az elvégzett szövettani, immunhisztológiai és molekuláris biológiai vizsgálatok subcutan panniculitis-szerű T-sejt lymphomát igazoltak. Laboratóriumi vizsgálatok során alacsony fehérvérsejtszámot, anaemiát, emelkedett LDH és májfunkciós értékeket találtunk. Mellkasröntgen, hasi ultrahang, hasi és kismencedei CT vizsgálat során a betegség további disszeminációja nem igazolódott. Csontvelő érintettség nem volt. A beteg bőrtünetei 40 mg steroid kezelésre jelentősen javultak, így a dózist fokozatosan csökkenteni lehetett. A beteget a kórkép ritka előfordulása miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek.

Erős Nóra dr.¹, Károlyi Zsuzsanna dr.¹, Matolcsy András dr.²:

A kis plakkos parapsoriasis mint a mycosis fungoides prekurzora

(Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest)

A parapsoriasis csoportba tartozó kis plakkos parapsoriasis megítélése napjainkban sem egyértelmű. Míg a nagy plakkos parapsoriasisról bebizonyosodott, hogy a mycosis fungoides korai formájának tartható, a kis plakkos parapsoriasis besorolása és a mycosis fungoideshez való viszonya nem pontosan tisztázott (1. ábra). Egyes szerzők a my-



1. ábra

Kis plakkos parapsoriasis: erythemás, finoman hámló digitiform plakkok a törzsön

cosis fungoides prekurzorának, mások manifeszt mycosis fungoidesnek vagy abortív cutan T-sejtes lymphomának, ismét mások benignus folyamatnak vagy esetenként domináns T-sejt klónt tartalmazó indolens kórképnek tekintik. A szerzők 28 kis plakkos parapsoriasisban szenvedő esetük elemzése kapcsán ismertetik a kórkép klinikai jellegzetességeit, a bőrbioptizás anyag hisztológiai, immunhisztokémiai és molekuláris biológiai vizsgálatának eredményeit. A betegek komplex klinikopatológiai vizsgálatának segítségével el tudták különíteni a biztosan benignus és a mycosis fungoides eseteket, a betegek egy részénél azonban az eredmények nem tették lehetővé a cutan lymphoma egyértelmű kizárását, így ezeknél a betegeknél csak a további klinikai megfigyelés és az ismételt bőrbioptizák eredményeit adhatják meg a választ a malignitás kérdésére.

Kondorosi Ildikó dr.¹, Kassay Erzsébet dr.¹, Csanády Kinga dr.¹,
Hársing Judit dr.², Szalai Zsuzsanna dr.¹:

Angiolymphoid hyperplasia eosinophilíával

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest²)

Absztrakt nem érkezett.

Lengyel Zsuzsanna dr., Zombai Erzsébet dr., Moezzi Mehdi dr.,
Farkas Beatrix dr., Szepes Éva dr.:

Generalizált eruptív keratoacanthoma (Grzybowski)

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



2. ábra
Multiplex, hyperkeratotikus, vörös-barna tömött, helyenként
kifekélyesedő csomók

A 48 éves férfibeteg bőrtünetei 2001 óta jelentkeztek, kezdetben az alsó végtagokon, majd a felső végtagra és a törzsre terjedtek. 2003. augusztusában jelentkezett klinikánkon, ekkor a végtagokon szimmetrikusan elhelyezkedő multiplex hyperkeratotikus vörösés-barna, tömött tapintatú, helyenként kifekélyesedett csomókat észleltünk, illetve egy-egy hasonló soliter elváltozást a törzsön (2. ábra). Arc és nyálkahártya tünetmentes volt.

Családi anamnézis bőrbetegség irányában negatív volt. Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok (rutin labor, autoimmunszerológia stb.) és tumorkutatás rosszindulatú vagy egyéb szisztémás megbetegedés jelenlétét kizárta. Az egyik csomó szövettani vizsgálata eruptív keratoacanthomát igazolt. A betegnél orális acitretin adását kezdtük 1 mg/kg testsúly dózisban PUVA (összdózis: 400 J/m²) kezeléssel kombinálva. Négy héttel a terápia bevezetését követően észleltük először a keratoacanthomák méretének kisebbedését. A lábszárak belső felszínén elhelyezkedő tumorok regressziója lassabb volt, így itt a kezelést cryoterápiával egészítettük ki.

Egy évvel a bevezetett komplex terápiát követően progressziót, novumot nem észleltünk, lassú folyamatos javulást tapasztaltunk. Multiplex eruptív keratoacanthoma kezelése kiterjedtsége miatt kihívást jelent a klinikus számára. Ezen ritka kórképben, esetünkben orális retinoid és helyi terápia kombinációja eredményesnek bizonyult.

Mohos A. dr.¹, Szepesi Á. dr.², Preisz K. dr.¹, Bottlik Gy. dr.¹,
Hársing J. dr.¹, Kárpáti S. dr.¹, Marschalkó M. dr.¹:

Cutan marginális zóna limfóma

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

A 42 éves férfi bőrtünetei 4 éve kezdődtek. A törzsön és a felső végtagokon 0,5-1,5 cm átmérőjű livid, szubjektív panaszt nem okozó 1-2 csomó jelent meg, egyesek spontán regrediáltak. A szövettani vizsgálat mély dermalis, részben nodularis, részben diffúz jellegű masszív limfoid infiltrációt mutatott. Az infiltráló sejtek citológiai jellege változatos, többségük típusos kis heterokromatizált magvú sejt, azonban megjelentek éretlenebb formák és plazmasejtek is. Immunhisztokémiai vizsgálattal az infiltráló sejtek nodularis CD20 pozitivitást mutattak, mely a CD21+-t mutató maradvány centrum germinatívumokat vette körül. A mintában a CD30, CD10, CD23, CD3, CD5 és cyclin D1 reakciók negatív eredményt adtak. Az infiltráló sejtek kappa restrikciót mutattak. A biopsziás mintából PCR vizsgálattal monoklonális immunglobulin nehézlánc géntrendeződést nem tudunk kimutatni. A staging meghatározás céljából végzett további vizsgálatok során sem nyirokcsomó, sem belszervi érintettség, sem véképződés nem igazolódott. Egyes csomók sebészi eltávolítása történt, a többi lézió spontán regrediált. A szövettani és az immunhisztokémiai vizsgálat alapján a tumor cutan marginális zóna lymphomának bizonyult, mely igen ritka előfordulása jóindulatú kórkép.

Noll Judit dr.¹, Asbóth Dorottya dr.¹, Szalai Zsuzsanna dr.¹,
Csákányi Zsuzsanna dr.², Katona Gábor dr.², Hársing Judit dr.³:

Superficialis angiomyxoma

(Heim Pál Gyermekkorház Bőrgyógyászati Osztály¹, Heim Pál Gyermekkorház Fül-orr-gégészeti Osztály², SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest³)

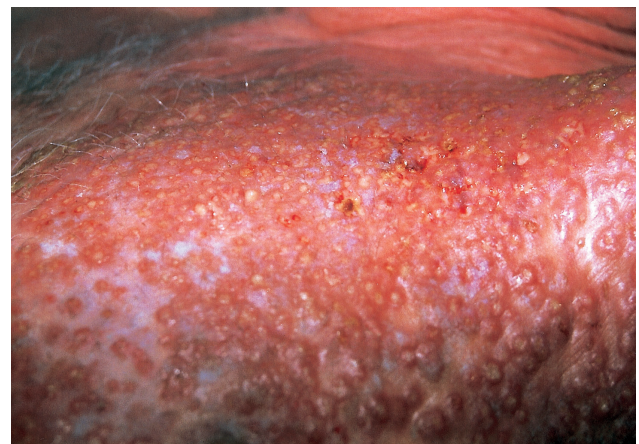
Absztrakt nem érkezett.

Ottó Iringó Ágnes dr., Kopcsányi Henriette dr., Horváth Ilona dr.¹,
Vass László dr.¹, Feldmann Julianna dr.:

Bőrt infiltráló morbus Hodgkin

(Pest megyei Flór Ferenc Kórház Bőrgyógyászati osztálya,
Kistarcsa, Pest megyei Flór Ferenc Kórház Patológiai osztálya,
Kistarcsa¹)

A 76 éves férfibeteg anamnesisében perifériás típusú ASO extr. inf. I. u., hypertonia, nicotinismus szerepel. 2002. óta contact dermatitis miatt kezelték. 2003. áprilisában bőrtünetei alapján mycosis fungoides merült fel, melyet compliance hiányában szövettanilag igazolni nem tudunk. Területileg illetékes BNG-ben ekzema chronicum miatt kezelték. 2004. júniusában láz kíséretében, a bal axilláris régióban tumor alakult ki. Ezzel közel egyidejűleg, a mellkason elszórtan apró növedékek jelentek meg. Mellkas MR vizsgálat a bal axillában kóros nyirokcsomó láncot, subscapulárisan oedemás kötőszövetet írt le, mely dorsal felé egészen a m. rhomboideusig terjedt. Ez év augusztusában történt a bal axilláris regio tumorának sebészi eltávolítása, tekintettel arra, hogy az előzőleg elvégzett aspirációs citológia értékelhető diagnózist nem adott. A nyirokcsomó szövettani



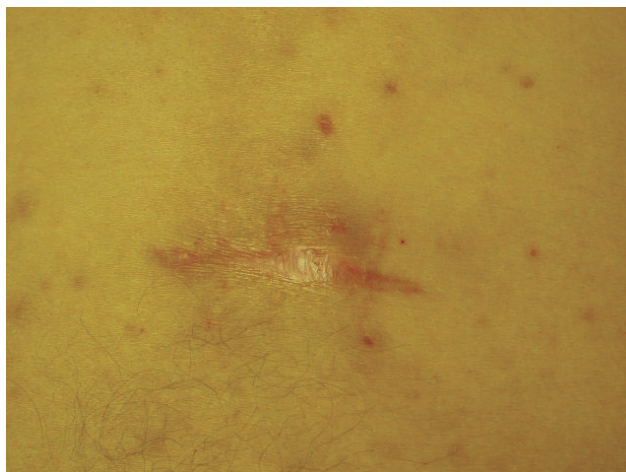
3. ábra
Masszív bőrinfiltáció, erosiók, pustulák

vizsgálata kevertsejtes morbus Hodgkint írt le. Immunhisztokémiával diffúz, erős LCA és CD30 pozitivitás igazolódott. Az axilláris bőrreszlet szövettani feldolgozásakor Hodgkin lymphoma, bőrreszlet infiltráló szöveti képét láttuk. B-sejt festést követően az atypusos lymphoid elemek göccos, erős pozitívítást mutattak. LCA festés az elváltozás teljes egészében pozitív lett. CD15 göccos pozitív festődés, ill. CD30 diffúz, erős pozitívítást igazolódott. A műtétet követően kialakult, terjedő cellulitis, pyoderma miatt került a beteg osztályunkra: a mellkason és a bal axilláris regioban kerek erosiok, pustulák, gennyes hólyagok, masszív bőrinfiltratio volt látható (3. ábra). Az Országos Onkológiai Intézetben történt konzílium alapján kis dózisu (200 mg/die) cyclophosphamid terápiát kezdtünk, melyet közepes dózisu steroiddal és kombinált antibiotikus kezeléssel egészítettünk ki. Átmeneti javulást követően a beteg rövidesen, belgyógyászati osztályon exitált. Ismeretes, hogy Hodgkin lymphomában specifikus bőrtünetek csak mintegy 0,5-7,5%-ban fordulnak elő, leggyakrabban a regio nyirokcsomóiból, retrograd lymphaticus terjedés útján alakulnak ki. A diagnózis felállításakor észlelt bőrtünetek rossz prognózist, rapid lefolyást sejtetnek.

Smolcz Katalin dr., Vajda Adrienne dr., Baló-Banga J. Mátyás dr.:
Pilomatrix carcinoma (malignus Malherbe tumor)
 (MH Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati Osztály)

A pilomatrix carcinoma rendkívül ritka, a szórtüsző matrix rétegéből kiinduló, általában férfiakban előforduló rosszindulatú daganat. Leggyakrabban a nyak dorsalis felszínén, a háton és a retroauricularis régióban fordul elő. Gyakori a tumor eltávolítását követő lokális recidiva, azonban metastasis (elsősorban nyirokcsomó és tüdő) kialakulását az irodalomban csak néhány esetben írták le. Kezelésében a széles épben történő kimetszést ajánlják. Szövettani jellegzetességei: a tumor nagyobb mint 4 cm, infiltráló jellegű, beszűrheti a fasciát és az izomzatot egyaránt, számos atypusos oszlas, nagy nagytartású területként 30-50 mitosis, desmoplasia, valamint nyirok- és érbetörés figyelhető meg.

A szerzők 29 éves férfi esetét mutatják be. A beteg anamnesisében 5 évvel ezelőtt orrsövény műtét, valamint acne vulgaris szerepel, melyre Doxycyclin kezelést kapott. Acnes panaszai regeredáltak, azonban a háton, a lumbalis tájék jobb oldalán kemény tapintatú csomót észlelt. Az elváltozást területileg illetékes sebészetben excidálták, az elsődleges szövettani diagnózis carcinoma sebaceum volt. A műtétet követően csaknem azonnal a hegvonalon ismételt csomót tapintott, ekkor került reexcisio és további kivizsgálás miatt osztályunkon felvételre (4. ábra). Az előző szövettani lelet – valamint a családi anamnesisből ismert pater oesophaguscarcinoma – alapján Muir-Torre sy. irányában kivizsgálását megkezdjük, valamint kórházunk égés-plasztikai sebészetén a hegben kialakult diónyi, porckemény tapintatú csomót széles ép szegéllyel kimetszették. Az ismételt szövettani és immunhisztokémiái diagnózis pilomatrix carcinomát (malignus Malherbe tumor) igazolt.



4. ábra
 Hegben kialakult recidív tumor

Szabó Zoltán dr.¹, Babarcsi Edit dr.², Daróczy Judit dr.¹:
Dermatofibrosarcoma (Bednar típus)
 (Főv. Szent István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphologiai Osztály¹ és Kórszövettani Pathológia²)

Absztrakt nem érkezett.

Tabák Réka dr., Marschalkó Márta dr., Csikós Márta dr., Szigeti Ágnes dr., Somlai Beáta dr., Kárpáti Sarolta dr.:
Mycosis fungoides előrehaladott stádiumban
 (Semmeweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

Az 51 éves nő 1993 óta észlel bőrtüneteket. 1995-ben diagnosztizáltak mycosis fungoidesét, melyre intermittálóan PUVA, lokális rtg. interferon, ill. Neotigason kezelést kapott.

A beteg a felajánlott terápiás javaslatokat, osztályos kezelést sorozatosan nem vette igénybe, éveken át nem járt gondozásra.

2004. júliusban vettük fel ismét betegségének súlyos progressziója miatt. Felvételekor testszerte erythrodermát, tenyérsimán, gennyes lepedékkel fedett, odorosus, kifehélyesedő tumorokat észleltünk (5. ábra). Kivizsgálása során nyirokcsomó érintettség és hepatosplenomegalia igazolódott.



5. ábra
 Mycosis fungoides késői stádiumban

Tekintettel az igen jelentős cutan progresszióra, a nyirokcsomó-érintettségre, kombinált citosztatikus kezelést kezdtünk (bleomycin, cisplatin, cyclophosphamid, vincristin, prednisolon), melynek hatására gyors és látványos tumorregresszió indult meg. A kezelés során két alkalommal is kiterjedt genitális herpesz fertőzés zajlott le.

Tóth Veronika dr., Tabák Réka dr., Hársing Judit dr., Somlai Beáta dr.:
Melanoma duplex
 (Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest)

62 éves férfibeteget 4 éven keresztül kezeltek jobb hallux onychomycosis miatt, azonban a folyamat az antimycotikus terápia és az ismételt körömlevételek ellenére sem gyógyult (6. ábra). Az elváltozás szövettani vizsgálatát elvégezték, az eredmény sarjszövet lett.

2003. decemberében a beteg a jobb inguinában megnagyobbodott nyirokcsomókat észlelt. Az UH és FNAB vizsgálat nyomán melanoma malignum metastázist vélelmeztek. 2004. januárjában a jobb hallux amputációját (szövettan: melanoma malignum, Clark V., 12 mm. maximális tumorvastagság, orsó alakú sejtek, MI:15, nyirokér invázió, S-100, Melan A., HMB-45 pozitív) és az inguinális blokkdisszekciót (2 metastatikus lymphoglandula) elvégezték.

2004. januárjában DTIC kezelést kezdtünk, mostanáig XI szériában részesült.



6. ábra
Jobb hallux körömlevélt követő bőrelváltozása

2004. februárjában a jobb emlő mediális odaláról második melanómát távolítottunk el (szövetten: Clark II, maximális tumorvastagság: 0,3 mm, MI: 0).

A mellkas röntgenek és az UH kontrollok mostanáig további progressziót nem mutattak.

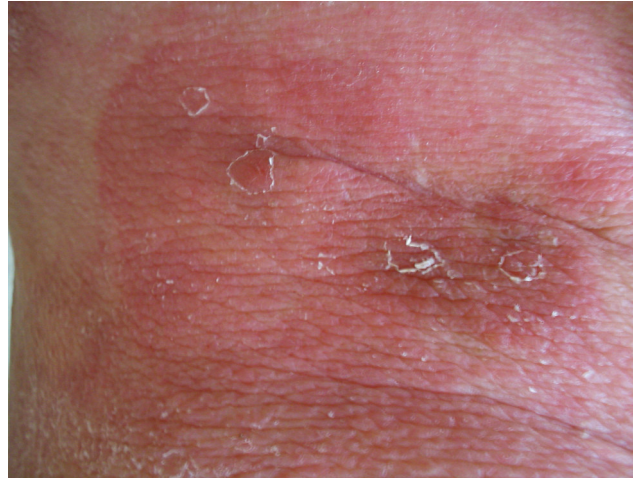
Török L. dr.¹, Kocsi L. dr.¹, Krenács L. dr.², Bagdi E. dr.²:
CD30+ primer cutan T-sejt lymphoma spontán regressióval
(Megyei Kórház Bőrgyógyászata, Kecskemét¹, Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Alapítvány Biológiai Intézet, Szeged²)

A CD30+ cutan nagysejtes lymphoma T-sejtes lympho-proliferatív betegség, amely elsősorban a bőrben alakul ki. A CD30 status fontos prognosztikai faktora a betegségnek. 71 éves férfit ismertetnek, akinek a bal felkarján necrotisalo, kifehélyesedő daganat jelent meg és recidivált két alkalommal, majd spontán gyógyult. A szövettani vizsgálat CD30+ anaplasticus nagysejtes cutan T-sejtes lymphomát igazolt magas proliferációs rátával. Egyéb bőr, nyirokcsomó és belsőszervi eltérést nem észleltek. 3 éves megfigyelési idő mellett a beteg továbbra is tünetmentes. A bemutatás a fenti daganat rendkívül jóindulatú lefolyását példázza.

Vajda Adrienne¹, Kiss Miklós¹, Lacza Ágnes², Pajor László³, Kelényi Gábor²:

Pilotrop mycosis fungoides
(MH Központi Honvédkórház Bőrgyógyászati¹ és I. sz. Bőrgyógyászati osztálya², Budapest, PT ÁOK Patológiai Intézete, Pécs³)

Az elsődleges cutan lymphomák – a gastrointestinum után a leggyakoribb extranodális lymphomák – igen változatos klinikai és patológiai megjelenésűek. Pathomorphológiai osztályozásuk alapja a 2000-ben közölt WHO klasszifikáció. A primer cutan lymphomák között a mycosis fungoides (MF) a leggyakoribb. A MF sajátos formája a pilotrop vagy follicularis típus. A klasszikus MF jellegetes, gyakran diagnosztikus értékű vonása, hogy az atípusos kis- és középnagy cerebriform sejtek bevándorolnak az epidermisbe (epidermotropizmus, Pautrier-féle microabscessus). Ezzel szemben a pilotrop típus esetében a bőr többrétegű laphámja kevésbé infiltrált, a szőrtüszők azonban tömegesen tartalmaznak atípusos sejteket. Mindazonáltal korai esetekben a bőrelváltozások megítélése proble-



7. ábra
Enyhén hámló plakk a törzsön

matikus lehet. Jelentős előrelépés e kérdésben a T-sejt antigén receptor gének átrendeződésének vizsgálata, a clonális T-sejt populáció kimutatása.

Előadásunkban ismertett idős férfibeteget 7 éve gondozzuk. 1997-ben jelentkezett először kórházunkban az orrcsúcson lévő erythemás göbce miatt. A szövettani vizsgálat eredménye Jessner-féle benignus lymphocytoma cutis volt. Ezután többszörösen jelentkeztek tumoros elváltozások az orrszárnnyakon, nasolabiális redőkben. Histológiailag a tumorok kifejezett malignitású, magas proliferációs indexű, T-sejtes, közelebből nem identifikált lymphomának bizonyultak, az angiocentrikus variáns lehetősége is felmerült. Kombinált kemoterápiás kezelésekk mellett tumor excisiókat állott ki, lokáli besugárzást és interferont kapott. Két évvel ezelőtt a hát bal oldalán tenyérynvi ekzematiform plakk alakult ki. A bióptátum szövettani vizsgálata igazolta a pilotrop MF diagnózist. Folyamatos interferon kezelés mellett a relapsusok kialakulási üteme lényegesen lassult, azonban két héttel ezelőtt kialakult, kiterjedt, jellegzetes nagy plakkos MF klinikai képe miatt osztályos felvételre került (7. ábra)

Varga Erika dr., Korom Irma dr., Kemény Lajos dr.:

Multiplex endokrin neoplasia syndroma
(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged)

A multiplex endokrin neoplasia (MEN) syndroma autosomalis domináns módon öröklődő betegségcsoport. Három, részben eltérő kórkepet tartalmazó syndroma tartozik ide, melyek mindegyikében endokrin szervek tumoraival találkozhatunk. A csoport egyik képviselője az ún. MEN 2B syndroma. Ebben az esetben medullaris pajzsmirigycarcinoma, pheochromocytoma, illetve neuomák együttes fennállásáról van szó.

A szerzők egy 54 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek korábban medullaris carcinoma miatt pajzsmirigy műtéte történt, csakúgy, mint édesapjának és testvérének. Emellett testszerte szaporodó jelleggel maculopapulosus, lichenoid tünetei és erythema exsudativum multiformének imponáló bőrtünetei alakultak ki. A szövettani vizsgálat az előbbiekk esetében neuomákat igazolt, míg az utóbbiak lymphocytás vasculitisnek feleltek meg. A neuomák a MEN 2B syndroma részjelenségének tarthatók, a vasculitis háttérben gyógyszerallergia igazolódott. Pheochromocytomára utaló eltérést nem találtak.

Posterek

Halmy Klára dr., Serfőző J. dr.:

Kombinált kezelés onychomycosis pedisben

(Mikológiai Laboratórium Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Debrecen, Debreceni Egyetem Állattanatómiai és Élettani Tanszék)

A szisztémás antimycoticumok monoterápiában alkalmazva nem minden esetben hatásosak az onychomycosis pedis gyógyulásában. Az esetek mintegy 20%-ában fennmaradó, életképes gombaelemek gátolják a gyógyulást, illetve recidívák kialakulásának forrásai lehetnek. A kombinált kezelés a gyógyulási esélyt 20-50%-ban növeli. Leggyakrabban a terbinafin vagy itraconazol 5%-os amorolfin körömlakkal kombinálják. Az amorolfin a szisztémás antimycoticumokkal szinergikusan hat, elősegíti a gyógyszerek penetrációját a körömlémezbe és a subungualis régiókban.

80 randomizáltan kiválasztott betegnél onychomycosis pedis diagnózissal kombinált kezelést alkalmaztunk terbinafin, fluconazol, itraconazol és 5%-os amorolfin körömlakkal. A kezelések eredményét összehasonlítottuk ugyanezen gyógyszerek monoterápiájával. A kiértékeléseket a kezelések után 6 és 12 hónap múlva végeztük. A klinikai és a mikológiai gyógyulást tekintve valamennyi kombinált kezelés hatásosabb volt, mint a monoterápia. Az egyéves utánvizsgálatnál az eredményesség kifejezettebb volt. Gyógyszer intolerancia, recidívák nem jelentek. A laboratóriumi paraméterek nem változtak.

IRODALOM

1. Baran, R.: Topical amorolfine for 15 months combined with 12 weeks of oral terbinafine, a cost-effective treatment for onychomycosis. *Br. J. Dermat.* (2001) *145 (Suppl. 60)*, 15-19.
2. Evans, E. G. V.: The rationale for combination therapy. *Br. J. Dermat.* (2001) *145, (Suppl. 60)*, 9-13.

Károlyi Zsuzsanna dr., Vizi Márta dr., Nagy Gergely György dr.:

Vörös-tengeri tűzkorall okozta contact dermatitis

(Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc, DEOEC I. sz. Belgyógyászati Klinika, Anyagcsere Tanszék, Debrecen)

A búvárokodás napjainkban egyre népszerűbb szabadidő tevékenység. Turisták ezrei töltik szabadságukat trópusi, subtropusai vidékeken, hódolva szenvedélyüknek. A bőrgyógyászok ezért mind gyakrabban szembesülnek hazánkban eddig még ismeretlen, szokatlan ún. tengeri dermatosisokkal.

A szerzők egy 36 éves búvár esetét ismertetik, aki rendszeresen búvározik trópusi tengerekben. Korábbi kórtörténetében komolyabb megbetegedés, allergia nem szerepel.

Egyiptomi búvártúra alkalmával, tűzkorall szigetek között úszva, az első merülést követően 30 perccel jelentkeztek bőrtünetei. A búvárkuha által fedetlen testtájakon, a végtagokon, arcon, nyakon, élnkvörös, égő-viszkető, linearis lefutású papulo-vesiculák alakultak ki (1. ábra). A bőrtünetekhez levertség, gyengeség, subfebrilitás is társult, mely a további búvárokdást lehetetlenné tette. Kéthetes anamnesissel, perzisztáló bőrtünetekkel került osztályunkra felvételre. A vörös-tengeri tűzkorall (*Millepora dichotoma*) mérgező toxint termel, melyet egy hosszú, filamentos csövecskén keresztül juttat az áldozat testébe. A korallal való kontaktus részben azonnali urticariászerű, vesiculo-bullosus bőrreakciót vált ki anaphylactoid tünetek-



1. ábra

Linearis lefutású élnkvörös papulo-vesiculák a kézfejen – tűzkorall okozta contact dermatitis

kel, részben késői típusú, subacut-granulomatous, lichenoid dermatitist okoz. Betegünknel mind az I-es, mind a IV-es típusú bőrreakció megfigyelhető volt.

A szerzők az eset kapcsán áttekintést adnak a búvárokdáshoz kapcsolódó dermatosisokról.

Kószó Ferenc dr.¹, Morvay Márta dr.¹, Nagy Zsuzsanna dr.², Pár Alajos dr.², Nagy Ágnes dr.², Kemény Lajos dr.¹:

A vasanyagcsere örökletes zavarának hatása az uroporphyrinogen dekarboxilációjára porphyria cutanea tardában

(SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged¹, PTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs²)

A szerzők az uroporphyrinogen dekarboxilációjában közitemék acetát-szubsztituált porphyrinek megoszlását vizsgálták 19 olyan kezeletlen porphyria cutanea tarda (PCT) betegben, akik a hereditár haemochromatosis kialakulásáért felelős gén (HFE) H36D és/vagy C282Y mutációját is hordozták, továbbá olyan kezeletlen 21 PCT-s betegben, akik HFE génmutációt hordoztak. Eredményeik szerint a HFE mutációk a szöveti vasszintet fokozó képességükkel arányos mértékben módosították az uroporphyrinogen dekarboxilációját (növekvő sorrendben: H63D heterozygota, H63D homozygota, H63D/C282Y compound heterozygota, C282Y homozygota); az eltérítés eredményeként az uroporphyrin relatív dominanciája mérséklődött, a kisebb carboxyl-csoport számú porphyrinek relatív részese-
dése nőtt. Az eltérések szignifikánsak voltak, és korreláltak a kezelés előtt mért szérumban feritin szintekkel. A szuburo frakciók száma és mennyisége szintén fokozódott. Az eredmények azt igazolják, hogy a HFE mutációk az uroporphyrinogen dekarboxilációban szereplő porphyrinogenek vas-mediálta oxidációját. A HFE mutációk hatására kialakuló porphyrin-megoszlás kedvezőtlenebb prognosztikai mutató.

Támogatás: ETT 390/2003