

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2002. december 5. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Szakonyi József dr.:

Cc. spinocellulare multiplex capitis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 70 éves férfibeteg távolabbi anamnézisében arcról több alkalommal basalioma, spinalioma eltávolítás szerepel.

2001. októberében az Uzsoki Kórház Sebészeti osztályán a bal helix széli részéről spinaliomát távolítottak el, a szövettani vizsgálat szerint a széli részen nem az épbén. A klinikus által felvett postoperatív irradációt az onkoradiológiai konzílium nem tartotta lehetségesnek.

2002. januárjában került először felvételre osztályunkra, ekkor a bal helix középső részén a műtét utáni pp. gyógyult heget, valamint a fülkagyló belső felszínén kb. 1 cm-es, livid, erodált, pörkkel fedett növedéket láttunk, melyből biopsziát vettünk. A szövettani vizsgálat cc. spinocellularet igazolt. Tekintettel a korábbi műtét nem in toto voltára, valamint a fülkagyló belső felszínén lévő másik tumorra, konzíliumot kértünk a Fül-Orr-Gégészeti Klinikától, ahol a radikális sebészeti megoldást ajánlották. Ezenkívül a jobb fül előtti régióból kimetszettünk egy 2x1 cm-es, tömött, livid növedéket, melynek szövettani vizsgálata magas malignitású spinaliomát igazolt, a subcutis érintettségével.



1. ábra

A bal helixen, a bal fül előtti régióban történt korábbi műtétek, nyaki blockdissectio utáni állapot, a homlok bal oldalán, valamint a bal fül előtti incipiens spinaliomának megfelelő plakkok

Továbbá az arcon és a fejtetőn számos solaris keratosist (pl. bal halánték), a bal alkar alsó 1/3-ban 2 cm átm. hámló, livid, mérsékeltlen beszűrt, szövettanilag M. Bowennek bizonyult plakkot, a törzsön több superficialis basaliomát észleltünk.

A homlok bal oldalán elhelyezkedő, akkor 2 cm-es erythemás, keratotikus plakkból szintén igazolódott a spinalioma.

2002. márciusában így a bal fülkagylón lévő növedékeket, a bal fülkagyló előtti spinaliomát in toto eltávolították, a fülkagyló porc modellálása, az utóbbi terület transzplantátummal történt fedése mellett. 2002. májusában a bal állkapocsszögletben cytológia által igazolt spinalioma metastasis miatt bal oldali radikális nyaki blockdissectio történt.

Kb. 1 hónappal rá a bal fül mögüli területről távolítottak el local recidívát.

Számos bőrtumorának megoldására vettük fel.

Jelen felvételekor a homlok bal oldalán kb. 3x3,5 cm-es, erythemás, sárgás keratotikus felrakódással fedett, laposan kiemelkedő, tömött tapintatú tumort láttunk.

Ezenkívül a fejtető jobb oldalán 2 cm-es, a bal oldalon 3x1,5 cm, valamint kb. 1,5 cm átm., homlok jobb oldalán 0,8 cm és 1 cm átm., jobb járomcsont felett 2x2 cm-es, 1,5 cm-es és 0,5 cm átm., jobb helix elülső felszínén kb. 1x0,5 cm-es, a homlok bal oldalán 1x0,5 cm-es, a bal fül előtt 3x2 cm-es, erythemás, sárgás keratotikus felrakódással fedett v. s. incipiens spinaliomának megfelelő plakkokat észleltünk (1. ábra).

A bal vállon 1,5 cm-es és 2 cm-es, a hát jobb oldalán 2x1,5 cm-es, fénylő szegéllyel övezett, erythemás plakkot láttunk.

A homlok bal oldalán lévő spinalioma excisióját és félvastag bőrrel történő fedését tervezzük.

A beteg a kiterjedt tumorképződés miatt mutatott be.

Iványi András dr.:

Polymorph fényerupció

(Károlyi Sándor Kórház Pathológiai Osztály)

Első esetünk 54 éves nőbeteg volt, aki 2002. májusában elsősorban a végtagokon és a gluteális régióban mutatkozó bullosus folyamat miatt került bőrosztályra. Hólyagos bőrbetegség, linearis IgA dermatosis, esetleg vírusos kiütés lehetősége merült fel. Hagyományos kórszövettani, valamint DIF vizsgálat történt. Belső corticosteroid kezelésre néhány nap alatt tünetei elmúltak. A második esetben 66 éves nőbeteg alkarján 2002 márciusában, erősen viszkető, erythemás plakkok jelentek meg. Elmondása szerint hasonló tünetei, tavasszal vagy nyár elején már többször voltak és általában néhány nap, egy-két hét után nyom nélkül eltűntek. A polymorph fényerupció klinikailag erythemás, viszkető papulák, vagy papulo-vesiculák és urticariform plakkok formájában jelentkezik. Az erupciók 30 perc – 3 nap közötti idővel követik a fényexpozíciót és 7-10 nap alatt tűnnek el. Predilekciós helyek a fénynek kitett bőrterületek: kezek, alkarok, fej és nyak bőre. Akut, intermittáló és recurráló kiütések formájában mutatkozik. UVA és/vagy UVB sugárzás váltja ki. Inkább (fiatalabb) nőknél alakul ki. Általában tavasszal jelentkezik, de az exotikus tájakra irányuló tömegturizmus miatt bármely évszakban előfordulhat. Pathológiai jellegzetességei: perivascularis lymphocytás, eosinophiles és neutrophiles infiltráció. Exocytosis, spongiosis, intraepithelialis vesicula-képződés, acanthosis fokális parakeratosis az esetek egy részében. Más esetekben vasculopathiás interface sérülés, vagy érintetlen hárm. Jellegzetesen kifejezett oedema a papillaris dermisben. A véretek tágultak és duzzadt endothelsejtek bélelik a lument. Differenciál diagnosztikai szempontból az allergiás contact dermatitis, rosacea, egyéb fotoallergiás/fototoxikus erupciók, rovarcsípés jön szóba. A szöveti kép alapján elkülönítendő a discoid lupus erythe-

matodes és a subcut cutan lupus erythematodes, valamint a Jessner-féle lymphocytás infiltráció.

Molnár Katalin dr.:

Acrokeratosis verruciformis Hopf

(Fővárosi Önkormányzat, Heim Pál Gyermekkorház)

A 13 éves leánygyermek anamnéziséből 2 hónapos kora óta ismert atópiás dermatitise, 2 éve ismert, köldöktáji és perigenitalis területen jelentkező invers psoriasis, kontakt allergiája (kobaltchlorid, illat mix) és chronikus vulvitise emelhető ki.

Ez év nyarán napégés után, a hátán jelentkező ephelisek miatt kereste fel ambulanciánkat. A 2 héttel később, következő megjelenésekor a szeplőknek megfelelő területen és azok mellett számos, bőrszínű, ill. halványbarna, lapos, 3-4 mm átmérőjű, keratotikus papula keletkezett (2. ábra). Körömtünetei nem voltak, a család többi tagja nem volt érintett. A papulákból normál szövettani vizsgálat készült: ez hyperkeratosist és papillomatosiszt írt le az epidermisben. A histológiai kép felvetette acrokeratosis verruciformis Hopf (AKV) lehetőségét.



2. ábra

Szeplőknek megfelelő területeken és azok mellett bőrszínű, halványbarna, lapos keratotikus papulák

Az 1931-ben *Gustav Hopf* által leírt klasszikus tünetek: autoszomális dominánsan öröklődő genodermatosis, a kéz és lábháton, könyökön, térden jelentkező, a fentiekhez hasonló papulák, valamint körömtünetek (subungualis hyperkeratosis, leukonychia). A papulák jelen lehetnek mindkét nemben már születéskor, de kialakulhat később, gyermekkorban, sőt felnőtt korban is és változás nélkül megmaradnak. A betegek követése fontos, mert 1 esetben leírták squamosus sejtes carcinomába való átalakulását. Az acrokeratosis verruciformis Hopfot el kell különítenünk a verruca planától, az epidermodysplasia verruciformistól. Kezelésére folyékony nitrogénes vagy CO₂ laseres roncsolást javasolnak. A klasszikus tünetektől eltérően leírták az AKV sporadikus előfordulását és késői, felnőttkorban megjelenő esetét, valamint a fény feltételezett provokáló szerepét is.

A klinikai kép és szövettani diagnózis alapján az AKV lehetősége merült fel; esetünket annak egy viszonylag késői életkorban manifesztálódó, sporadikusan előforduló, nem típusos helyen megjelenő formájának tekintjük.

Wikonkál Norbert dr.:

Congelatio pedis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerző 68 éves férfibeteg történetét ismerteti, akinek anamnézisében 1989-ben TBC pulmonum miatti kezelés, mk. alsó végtag arteriosclerosis és 2001 decemberében a jobb lábon congelatio miatti lábujj amputáció szerepel (3. ábra).

Acutan jelentkező fagyásos sérüléssel került ismételt felvétellel, amely ez alkalommal a bal alsó végtag disztális részét érintve livid-



3. ábra

A jobb láb amputált ujjai a korábbi fagyás eredményeként

erythema, oedema formájában. A parenterális értágító, keringésjavító infúziós kezelés hatására az érintett végtag akut tüneteit szanáltuk, a végtag perfúziója kompenzáltta vált.

Az esetet figyelemfelkeltésnek szántuk a téli szezonban várható hasonló folyamatok megelőzésére és a terápiás lehetőségek megbeszélésére.

Karászi Viktória dr.:

Basalioma trunci mpl. St. p. abl. et irrad. mammae l. s.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 58 éves nő anamnézisében gyomorfekély, 1983 novemberében a bal emlő ablatioja szerepel cc. solidum partim scirrhusom miatt. Ezt követően a bal axillaris régióra és a tumorágyra ⁶⁰Co irraditíót kapott 80 Gy összdózisban. Rendszeres gondozása során végig tumormentes maradt. Kb. 3-4 éve a jobb mellkasfélről 3 darab bőrnövedéket távolítottak el, a szövettani eredményről nincs tudomásunk.

Három hónappal ezelőtt, viszonylag rövid idő alatt jelent meg a bal mellkasfélén több, erythemás, szubjektív panaszt nem okozó bőrelváltozás. A területi bőrgyógyász a nagy számú, klinikailag basaliomának megfelelő tumorok miatt kért konzíliumot, terápiás javaslatot.

A videofelvételen látható, hogy a törzs bal oldalán, elől és hátul, főleg a Th 4-8 dermatoma területén, de a hason is összesen 18 darab, lapos, erythemás, puha tapintatú, néhol besüppedt, helyenként jellegzetes fénylő szegéllyel bíró plakk van (4. ábra). A bal hónalj területén rtg. dermatitis jelei láthatóak. Az emlőablatio hege feletti és a has bal oldalán lévő lapos tumorokból biopsziát vettünk, a szövettan mindkét esetben megerősítette a basalioma diagnózisát. Tekintettel a



4. ábra

Nagyszámú erythemás, besüppedt plakk a törzs bal oldalán, főleg a Th 4-8 dermatoma területén

nagy számú elváltozásra, a plakkokat részben cryotherápiával, részben sebészi kimetszéssel kívánjuk kezelni, eddig egy tumort fagyasztottunk 2x8 mp-ig folyékony nitrogénnel.

Esetünkben a basocellularis carcinomák nagyszámú, viszonylag egyidőben történt kialakulását a törzsön alkalmazott, 18 évvel ezelőtti therapiás irradiatio késői következményének tartjuk. A besugárzást a beteg a lokális recidiva, a távoli áttétek képződésének

megelőzése céljából kapta. Az onkológusok között jelenleg nincsen egységes álláspont a tumorágy kiegészítő besugárzásának indikációja, dózisa, technikája tekintetében. Egyes szerzők vitatják, mások minden betegnél minimum 60 Gy dózisban javasolják a sugárkezelést, melynek technikája elektron- vagy brachytherápia. Hazánkban 1995 óta végeznek összehasonlító vizsgálatokat az Országos Onkológiai Intézetben.

BETADIN 1/2 OLDALAS HIRDETÉS!!!

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

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. január 16. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Ablonczy Éva dr.:

Carcinoid syndroma

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 73 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében myoma miatt hysterectomia, adnexectomia, hypertonia, cholelithiasis, ISZB, gastritis chronia, hiatus hernia szerepel. 1999-ben derült fény májban lévő neoplasiára, amely biopszia és a jelentősen emelkedett 5 HIAA-szint alapján carcinoid metastasisnak bizonyult. A primer tumor nem volt egyértelműen meghatározható – jejunalis lokalizációt feltételeznek. Hat alkalommal 5-FU, Leukovorin kezelésben részesült, alkoholos sclerotisatio történt, majd azóta Sandostatin LAP (20 mg/hó) kezelést kap. Az alapbetegség cardialis szövődménye (tricuspidalis billentyűket és ínhurokat érintő beszűrődés) is ismert.

Évek óta észleli a főleg étkezések után fellépő arcpírt. 1998-ban jelentkezett először a bokákon, lábszárakon oedema, infiltratio, amely fokozatosan proximális irányba terjedt. Az alsó végtag feszülése, merevsége mozgáskorlátozottsághoz vezetett.

Felvételkor mindkét alsó végtag livid-erythemás, a combhajlatig páncélszerűen beszűrt, feszülő. A hasfal bőre tömött, oedemás, ujjbenyomatot megtartja. Az arcon erythema, teleangiectasiák láthatók (*1. ábra*).

Vizsgálata során emelkedett májenzimértékek, kismértékű anaemia mellett húgyuti infekcióra utaló eredményeket láttunk. Ultrahang máj statusának kismértékű progresszióját jelezte (mindkét lebenyben



1. ábra

Arcon teleangiectasiák, has és alsó végtag bőre tömött

néhány 5-25 mm-es focus), kismedencében visszaáramlási akadályt okozó térfoglalást nem írt le.

Bentfekvése alatt korábbi terápiájának folytatása mellett iv. diureticumokat alkalmaztunk, melyre a combok feszülése, induratioja kismértékben csökkent.

A carcinoid syndromát is tárgyalják a pseudoscleroderma csoportban, ahol a klinikailag sclerodermára emlékeztető, azonban etiológiailag és patogenetikailag teljesen különböző kórképeket foglalják össze.

Molnár Katalin dr.:

Acut infantilis haemorrhagias oedema

(Fővárosi Önkormányzat, Heim Pál Gyermekkorház)

Az 1 éves gyermek anamnéziséből lényeges kóros nem emelhető ki.

Felvételére 2002. november végén került sor. Felvétele előtt 1 héttel felső légúti hurut zajlott. Bőrtünetei: arcon, fülön, alkaron, lábszárakon, kokárdaszerű, sötétvörös, oedemás foltok, lábfej, kézfej duzzadt (*2. ábra*). Általános állapota jó volt. Laboreredményei



2. ábra

Kokárdaszerű, sötétvörös oedemás foltok

közül lényeges kóros nem emelhető ki. Diagnózisunk a típusos klinikai kép alapján az acut infantilis haemorrhagias oedema (AIHO) volt. Az alkalmazott kombinált antihisztamin (gtt. Fenistil, sol. Zyrtec) és helyi nyugtató-gyulladáscsökkentő kezelés (Burow-borogatás, Apulein-Burow kenőcs) hatására a gyermek 1 hét alatt tünetmentesedett, recidíva nem volt.

Ami ennek az esetnek az aktualitását adja, az a szezonális, és az esetlegesen felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézség. El kell különíteni az erythema multiformétól, Henoch-Schönlein purpurától (HSP), Sweet szindrómától, urticariától. Az irodalomban a mai napig vita, ill. állásfoglalás kérdése, hogy az AIHO a HSP egy altípusa vagy külön entitás. Mindkettő a leukocytoklastikus vasculitisek csoportjába tartozik, míg azonban a HSP-nál a DIF perivascularis IgA depositumot ír le, ez AIHO-ban nagyon ritka. Közös az enyhe fiú dominancia, őszi-téli halmozódás, infekciós prodroma. Az AIHO viszont fiatalabb gyermekeken jelentkezik, *a riasztó klinikai kép ellenére kifejezetten jó általános állapotúak a gyermekek, belszervi érintettség nincs, antihisztamin, esetleg rutascorbin, ill. helyi kezelésre 1-2 hét alatt tünetmentesednek, a relapsus nem jellemző.*

Esetünket viszonylagos ritkasága és a felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségek miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Hidvégi Bernadett dr., Bíró Judit dr.:

Basalsejtes naevus syndroma

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

A 83 éves nőbeteg anamnesisében ovariectomia, sectio caesarea, endometrium carcinoma miatti hysterectomia, ischaemiás szívbetegség, paraabdominalis sérv, számos alkalommal ISZB, hypertonia és cardialis decompensatio miatti hospitalizáció szerepel. 1975-ben mandibula cysták miatti műtétek, 1982-től a Bőrklínikán basalioma eltávolítások miatt ismételt hospitalizáció történt.

A beteg fiatal kortól észlelt nagyszámú basalioma, a tényéren lévő dyskeratotikus tünetek, állsontcysták és a falx cerebri meszesedés alapján a basalsejtes naevus syndroma diagnózis volt felállítható. A családvizsgálat kapcsán igazolódott, hogy a beteg leánya is Gorlin Goltz syndromában szenved, és a családban halmozott volt a tumor-elfordulás.

Felvételekor a homlokon, orrháton, bal szemhéjon, karokon, láb-szárakon, törzsön, háton, glutealisán éles szélű 0,5-1,5 cm-es, helyenként félgömböszzerűen kiemelkedő teleangiectasiákkal fedett tumorokat, helyenként atrophias felszínű barnászörös plakkokat, a tényéren 0,2-0,3 cm-es besüppedt dyskeratotikus papulákat láttunk (3. ábra).



3. ábra

A homlokon elhelyezkedő 1 cm átmérőjű, félgömböszzerűen kiemelkedő tömött tapintatú teleangiectasiákkal fedett tumor

Jelen hospitalizáció alkalmával a homlokon lévő elváltozások in toto eltávolítása történt, a bal szemhéjon lévő basalioma irradiációját kezdtük, a lokalizáció, ill. az elváltozás mérete miatt hiszen a basalsejtes naevus syndromában szenvedő betegeknél általában a műtéti megoldást részesítjük előnyben.

A basalsejtes naevus syndroma autosomalis dominánsan öröklődő betegség 1960-ban Gorlin és Goltz írta le.

Klinikai tünetek:

- multiplex basaliomák jelentkezése,
- odontogén keratocysták,
- dyskeratotikus bemélyedések a tényéren és talpon,
- csontanomáliák (hasadt borda, temporalis és frontális csontkudorodás, polydactylia, metacarpusok megrövidülése, spina bifida occulta, kyphoscoliosis, kóros dentitio).

– Neurológiai tünetek (mentális retardatio, corpus callosum agenesia, durva és falx cerebri meszesedések, multiplex arachnoidalis cysta, epilepsia).

– Halmozott tumorelfordulás (medulloblastoma, intracranialis meningeoma, ovariális fibroma, fibrosarcoma, rhabdomyosarcoma).

A Gorlin-Goltz syndromáról igazolták, hogy a 9-es kromoszóma rövid karján elhelyezkedő PTCH gén (9q22-31) mutációja, vagyis a hedgehog signál transzdukciós rendszer egyik receptorának károsodása felelős a kórkép kialakulásáért.

A hedgehog jelátviteli rendszer a szöveti differenciálódásért felelős az embriogenezis során. Számos fejlődési gén folytatja a funkcióját a sejt növekedésében és differenciációjában és mutációjuk daganatok, vagy fejlődési rendellenességek kialakulásához vezet. Ily módon érthető a syndroma komplex tünettana.

Pónyai Katinka dr.:

Hegsaroidosis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 27 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében említésre méltó megbetegedés nem szerepel. A beteg emlékezete szerint kb. 7 évvel ezelőtt kozmetikai célból plasztikai sebészlet Artecoll-os ajakfeltöltést végeztetett. Ezután maga a kívánt ajakduzzanat eltűnt, de egy kb. 3 mm átmérőjű, kemény tapintatú csomó alakult ki a felső ajakpírban, amelyet számos intrafocalis Kenalog injekcióval kezeltek, terápiás effektus nélkül. Egy évvel később az ajkat a csomó méretéhez igazítva, egy másik plasztikai magánrendelőben, szilikon géllal töltötték fel. Ezzel párhuzamosan a szemöldökön, ill. az ajakkontúrton tartós sminktetőváltást végeztetett, az ajkakon barna, a szemöldökön fekete, majd barna színekkel. 4 évvel ezelőtt orrplasztikai műtét (az orr megrövidítése és kiegyenesítése), valamint köldök-piercing történt. Másfél évvel ezelőtt a gyermekkori – a beteg elmondása szerint „csúnyán” gyógyuló – appendectomia hegét plasztikáztatta, illetve a sacrum fölé nonfiguratív fekete-vörös színű ábrát tetováltatott. A felsorolt beavatkozásoknak 2002 decemberéig nem volt észlelhető szövödménye. Első tünetként szája megduzzadt, az ajakpírban kemény, 5-10 mm-es csomók alakultak ki. Később a szemöldök vonalában, a barnán tetovált területeknek megfelelően lineáris, tömött tapintatú, livid-barna csomók jelentek meg, amelyet a festék látható eltűnése kísérte. A szájkontúr barna-, ill. a sacrum feletti vörös tetoválás vonalának megfelelően diffúz infiltráció volt látható. Felvétele előtt nem sokkal a jobb tényéren, egy 9 évvel ezelőtti sérülésből eredő heg területén, reakciómentes alapon mély, soliter csomók, majd bennfekvése során a köldökben, a piercing területén 1,5 cm-es kemény csomó jelent meg. A fenti tünetek az esztétikai eltérésen kívül subjektív panasszal nem jártak. A látott klinikai kép, és az anamnézis alapján heg-saroidosis merült fel. Bennfekvése során a szemöldök területéről szövettani vizsgálat tatu körüli saroidosis reakciót igazolt. A bilaterális hilaris lymphadenopathia diagnosztizálása céljából kért A-P mellkas rgt. felvételen a hilaris erek kiszélesedtsége volt látható, a beteget jobb oldalirányú mellkas átvilágításra visszakerítették, amely a hílusokban megnagyobbodott nyirokcsomókat írt le. A kért pulmonológiai konzílium alapján ambuláner végzett mellkas CT vizsgálat a bilaterális hilaris lymphadenopathiát igazolta, ennek megfelelően transbronchialis nyirokcsomó biopsia, légzésfunkciós vizsgálatok, ill. vérgázértékek vizsgálatának szükségessége merült fel. Szemészeti konzílium során a szisztémás saroidosis semmilyen szövödménye nem igazolódott. Az elvégzett intracutan teszt 48 óra után sem mutatott pozitívítást, még a tuberculin teszt sem. Az epicutan próbák eredménye is negatív lett. Összehasonlító kézizületi vizsgálat subperiostealis cysták fennállását nem igazolta. Fluocytometriás vizsgálata során a CD4, CD8 lymphocyták arányában eltérés nem volt tapasztalható. Az EKG-n kóros eltérés nem volt látható. Rutin laborjaiban emelkedett koleszterinszintet kívül egyebet nem találtunk. A serum kalcium szint, és a serum angiotenzin konvertáló enzim szintje, ill. az immunszertológiai paraméterek normál tartományban volt (Ca: 2,4 mmol/l, ACE: 4 U/ml), hypercalcuria, hydroxi-prolin fokozott ürítése nem volt tapasztalható. A beteget a veszélytelennek tartott, és széles körben kedvelt ajak- és ráncfeltöltés, ill. permanent make-up hosszú távú, kiszámíthatatlan szövödményeinek demonstrálása céljából mutatuk be.

Szakonyi József dr.:

Dermatitis atopica, impetigo

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 31 éves nőbeteg anamnézisében 6-15 éves kora között kezeken, könyökhajlatban, nyakon jelentkező ekzema szerepel.

Felvétele előtt kb. 1 héttel észlelte a felső ajkon valószínűleg herpes labialisnak megfelelő sebet. Ezt követő néhány napon belül a száj körül, felső végtagon, törzsön nedvedző papulák, pustulák jelentkeztek, ill. párhuzamosan észlelte atópiás dermatitisének fellobbanását.

Felvételekor az arcon, nyakon, mellkas felső részén, valamint az alkaron hajlító felszín diffúz erythemát láttunk hámlással. A száj körül, homlokon, mindkét alkaron, kisebb mértékben a felkarokon, va-

lamint a mellkason, hason és combokon 0,5-1 cm-es, erythemás, ex-coriált papulákat észleltünk, helyenként (főleg a kézfejekon, alkaron) sárgás pörkkel. Az occipitalis régióban a hajas fejbőr beszűrt, hámlik, jelentős sárgás pörkképződés észlelhető. Bal fül fölött, mögött beszűrt plakk látható rhagasokkal. Az ajak berepedezett.

Vizsgálata során a pustulákból végzett leoltásból *S. pyogenes* tenyésztett.

Az alkalmazott antihisztamin, antibiotikum és lokális dezinficiens és gyulladásgátló kezelés hatására tünetei regrediáltak. A folyamatot herpes simplex talaján, kialakult superinfeció és a következetes impetigo által fellobbantott atopiás dermatitisnek tartjuk, melynek kialakulásához hozzájárult, hogy a beteg a pyogen folyamat miatt a folyamatosan használt fenntartó, hidratáló kezelést elhagyta.

Wikonkál Norbert dr.:

Pyoderma gangrenosum

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerző 69 éves beteg kórtörténetét ismerteti, akinek anamnézisében mélyvénás thrombosis, colitis, ízületi panaszok, csaknem 20 éve proctitis chronica miatti kezelés szerepel.

Felvételére 2003. január elején a bal lábszár hátsó felszínén fájdalommal terítke területében rapidan kialakuló ulcerált bőrtünetek kivizsgálása és kezelése céljából került sor (4. ábra). A klinikai kép alapján pyoderma gangrenosum lehetősége merült fel, amelyet a szövettani vizsgálat, a gyorsult süllýedés és leukocytosis is alátámasztott.

Therapiaként a betegnél 1 mg/ttkg dózisu szisztémás kortikoszteroid kezelést állítottunk be, amely mellett a tünetek gyors ütemben regrediáltak. A tarsult colitis gondozásba vételét a folyamat szanálásával megkezdtük.

Az esetet a típusos klinikai tünetek és hisztológiai lelet mellett a terápiás lehetőségek diszkussziója céljából mutattuk be.



4. ábra

Típusos pyoderma gangrenosum elváltozás a lábszár hajlítós felszínén

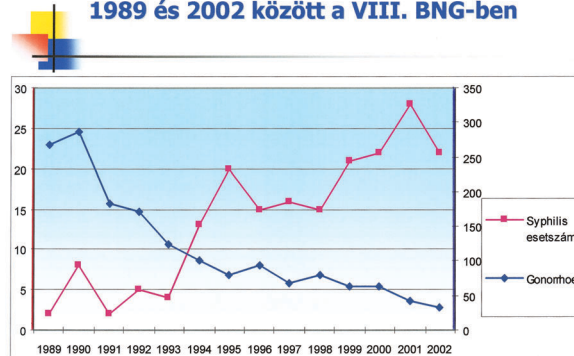
Simola Margit dr.:

A VIII. BNG syphilises esetei 2002-ben (VIII. BNG)

A VIII. BNG syphilises eseteinek száma 2002-ben alacsonyabb volt, mint 2001-ben. Ez a változás azonban nem számottevő, mert sajnos az elmúlt évben 22 friss fertőzést észleltünk.

A gonorrhoeas megbetegedések száma tovább csökkent. 2002-ben csak 33 új fertőzés fordult elő. A nemeken belüli megoszlás változatlanul a férfiak javára tolódott el (5. ábra).

A syphilis és a gonorrhoea alakulása 1989 és 2002 között a VIII. BNG-ben



5. ábra

A syphilises betegek mindegyikét korai szakban észleltük, kétharmadukat tünetes formában. A latens recens esetek főleg a tünetes betegek partnerei közül kerültek ki, illetve szűrés kapcsán derültek ki (pl. egy hajléktalan gravidánál, akit sikerült kezelni).

A 22 fertőzöttből 13 volt ffi, közülük 6 homoszexuális és ezen belül 2 HIV pozitív. A legtöbb partnere éppen ezeknek a homoszexuális férfiaknak volt, akik különböző bárokban kaptak sy-s fertőzést, nem tudják kitől és azt sem, hogy kinek adták tovább.

A betegek másik nagy csoportja a hajléktalanok közül került ki. Két import fertőzés volt, az egyik Németországból, a másik Szerbiából. A betegek közül mindenkit sikerült adequat terápiában részesíteni. Könnyebbseget jelentett, hogy a 2002-ben megjelent Módszertani ajánlás alapján választhatuk a bensylpenicillint is. A 22 páciens közül 16 esetben alkalmaztuk a Retarpen injekciót, Sy I-ben 2,4 ME, míg Sy II-ben és latens recens formában kétszer 2,4 ME Retarpen adtunk (1. és 8. nap). A fenti ajánlástól egy esetben tértünk el, amikor egy Sy II. betegünk bőrtüneteinek lassú regressziója miatt a harmadik hét után adtunk még egy Retarpen injekciót.

A hagyományos 2x15 ME Retardillint abban az esetben alkalmaztuk, amikor nem tartottunk attól, hogy a beteg elmarad a kezelésről, illetve a kontaktus kutatást szerettük volna forszírozni.

A betegek közül hármat szeretnék dián keresztül demonstrálni.

1. Sy II.

25 éves férfit dysidrosis iránydiagnosissal utalták osztályunkra. Egy hete észlelte belső talpélein lencsényi-forintnyi vöröses-barna, nem viszkető papuláit, amelyek hámlást alig mutattak. Vizsgálatakor, a tenyereken néhány típusos, finom hámló papulát találtunk. A törzsén a seborrhoeás jellegű bőr, az atheromák és az aknés hegek miatt nem látszottak a sy-es papulák. A penis hátán lencsényi gyűgylt sebhely volt észlelhető.

Th: Retarpen inj. Három hét alatt lett tünetmentes.

2. Sy II. Condyloma latum

A 61 éves férfi 2 hete észlelte perianálisan lencsényi-borsónyi bőrszínű, verrucosus elváltozásait. Mk. oldali inguinális nyirokcsomó diónyi nagyságúak voltak. Törzsön alig sejtethő, apró elemű maculákat láttunk.

Az anamnaesiből kiderült, hogy korábban is kezelték sy miatt. A fertőző forrás az „élettárs” lehetett, akit a mai napig nem talált meg.

Th: 2x2,4 ME benzylpenicillin. Két és fél hét alatt lett tünetmentes.

3. Sy II.

A 49 éves nőbeteg azért fordult orvoshoz, mert az arcán lévő kiütései zavarták. Levetkőztetve törzsén is észleltünk típusos roseolákat.

Th: 2x2,4 ME Retarpen, amelytől látványos gyorsasággal, 10 nap alatt visszahúzódtak exanthemai.

Fertőző forrás az élettárs volt, aki Németországban dolgozott néhány hónapig.

Bemutatott eseteink kapcsán ismét fel szeretnénk hívni a kollégák figyelmét arra, hogy ha a syphilis bármelyik szakaszában jelentkező klinikai tünetekhez egy kicsit is hasonló elváltozást látnak, gondoljanak a syphilisre is, és ne mulasszák el a szerológiai vizsgálatot.

HAZAI HÍREK

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle szerkesztői bizottsága a lap 2002. évi Nívódíját az alábbi közleményeknek ítélte:

Kísérletes munka

Kiss Mária dr., Husz Sándor dr., Kemény Lajos dr., Günter Michel dr., A. Mirmohammadsadeh dr., Thomas Ruzicka dr., Dobozy Attila dr.:

Neuropeptid receptorok expressziójának vizsgálata mRNS szinten psoriasis vulgarisban szenvedő betegek tünetmentes és tünetes bőrében.

(78. évf. 3. szám 95-99.)

Összefoglaló munka

Erős Nóra dr., Károlyi Zsuzsanna dr.:

A cutan B-sejtes lymphomákról 7 eset elemzése kapcsán.

(78. évf. 1. szám 3-9.)

Kazuisztika

Torma Katalin dr., Szalai Zsuzsanna dr., Török Éva dr., Preisz Klaudia dr., Hársing Judit dr.:

Pemphigus vegetans gyermekkorban.

(78. évf. 5. szám 193-196.)

Therápiás közlemény

Veres Gábor dr., Marschalkó Márta dr., Kárpáti Sarolta dr., Hídvégi Bernadett dr., Hársing Judit dr., Pónyai Györgyi dr., Horváth Attila dr.:

Dermatomyositishez társult cutan calcinosis diltiazem kezelése.

(78. évf. 4. szám 169-172.)

A díjak a 2003. évi Nagygyűlésen kerülnek átadásra.

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. február 13. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Hidvégi Bernadett dr.:

Granuloma annulare disseminatum (Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

Az 52 éves nőbeteg anamnézisében ovarium cysta miatti műtét szerepel. Bőrtünetei 2 évvel ezelőtt kezdődtek a lábszárakon, és az utóbbi egy évben szóródtak, szubjektív panaszt nem okozó, helyenként anularis elrendeződést mutató plakkjai. Az ambuláner készült szövettani vizsgálat granuloma annularét igazolt. Ambuláner klinikánkon Delagil és Neotigason kezelésben részesült. Neotigason kezelést mellékhatások miatt elhagyta. A gócvizsgálatok során igazolódott granulomás fog extrakcióra került, a mellkas rgt. eltérést nem mutatott, a Mantoux-próba normerg volt. Felvételére további kivizsgálás és kezelés céljából került sor. Felvételekor mindkét kéz háton, csuklón, alkarok és lábszárak feszítő felszínén alig infiltrált, helyenként anularis plakkokat, a törzs lateralis részén mammákon, combokon alig infiltrált 1-2 mm-es papulákból összefolyó plakkokat, a tarkón csoportosan elhelyezkedő livid papulákat láttunk. A klinikai kép disseminált granuloma annularenek megfelelt, a betegség ebben a formájában a bőrtünetek anularis jellege nem olyan kifejezett, ez nehezíti a diagnózis felállítását. Vizsgálata során rutin laboratóriumi eredményeiben emelkedett vércukorértékeket észleltünk, diabeteze diétával egyensúlyban tartható. Külsőleg occlusív alkalmazásban szteroid externákat alkalmaztunk, PUVA kezelést kezdtünk. Tekintettel a kiterjedt bőrtünetekre, komputeres látótér vizsgálatot követően Delagil tablettára visszaadását tervezzük.



1. ábra

A tarkón csoportosan elhelyezkedő helyenként anularisan rendeződő livid papulák

Hidvégi Bernadett dr.:

Dermatomyositis (Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

Az 50 éves nőbeteg anamnesisében tonsillectomia, appendectomia, myoma miatti hysterectomia, 4-5 éve rhinitis, ill. conjunctivitis allergica szerepel, melynek háttérében prick tesztelés során parlagfű és feketeürom érzékenység igazolódott.

2002. áprilisa óta tartó ízületi panaszok, izomgyengeség, fogyás miatt az ORFI-ba került hospitalizációra 2002. szeptemberben. Ekkor a kéz ízületek szimmetrikus duzzanata, az elsősorban reggel jelentkező, majd napközben enyhülő csukló- és bokafájdalom és a radiológiai vizsgálatok (kéz- és lábközep csontokban sávós osteoporozis,



2. ábra

A mellkason a ruhakivágásban jelentkező diffúz erythema

sis, az ízfelszínnek széli részein marginalis erosiók) alapján, a reuma faktor negativitás ellenére, folyamatát seronegatív polyarthritisként tartották, arany bázisterápiát kezdtek. Laboratóriumi eredményeiben negatív CRP melletti gyorsult süllyedést és emelkedett SGOT, SGPT értékeket észleltek.

2002. októbertől periorbitalis oedema, arci erythema jelentkezett, nyakon, mellkason, háton diszkrét erythema alakult ki, a beteg fogyott, izomgyengesége, izomfájdalma fokozódott, hőemelkedés, majd láz kíséretében. Klinikánkon való hospitalizáció során dermatomyositis lehetősége felmerült, azonban a normál CPK, ill. kismértékben emelkedett LDH, a hiányzó EMG, ill. nem teljesen típusos bőrtünetek miatt a kortikoszteroid beállítását halasztottuk. Részletes tumorkutatás mellkas rgt., hasi UH, nőgyógyászati, gégészeti, széklet Weber vizsgálat negatív eredménnyel zárult. Nyelés rgt. eltérést nem mutatott. Anti-Jo 1 antitest negatív volt. A bőrből készült szövettani vizsgálat a basalmembrán megvastagodását, perivascularis kereksejtes beszűrődést mutatott.

Ismételt felvételére néhány napja került sor, amikor a bőrtünetek progresszióját (Gottron papulák megjelenése) az izomgyengeség és fájdalom súlyosbodását észleltük, normál CPK és LDH értékek mellett. Az EMG vizsgálat myositis, myopathiás jeleket mutatott (keves fibrilláció, a motoros egység polyphasia). A dermatomyositis diagnózisa felállítható volt.

A betegnél kb. két hónapja konzekvens perifériás eosinophiliát észlelünk, amely dermatomyositisben nem szokványos. A rutinszerűen elvégzett széklet féregpete vizsgálat negatív lett. Az eosinophilia, ill. a dermatomyositis nem típusos lefolyása alapján felmerül gyógyszer indukálta myopathia lehetősége. A beteg 2002. szeptember óta kap Tauredont, egyéb gyógyszerzedést negál. Az aranykezelés bevezetése előtti eosinophil-szám nem áll rendelkezésre. Az arany hatásmechanizmusa kevésbé ismert, gátolja a PGE2 szintézist, bizonyos lizoszomális enzimeket, a granulocyták és macrophagok fagocitáló képességét.

Az arany kezelésnek számos mellékhatása ismert, granulocytopenia, thrombocytopenia, veselaesio albuminúriával, ritka mellékhatások tüdőfibrosis és polyneuropathia.

Kb. 15-20%-ban fordul elő stomatitis, viszkető dermatitis, amely jelentkezését az eosinophilia megelőzheti, így eosinophilia kialakulása esetén a kezelés felfüggeszthető. Myositist okozó hatása nem ismert, de aranykezelés kollagenosokban kontraindikált. A beteg reumatológus kezelőorvosával egyetértésben az arany kezelést elhagytuk, kortikoszteroidot kezdtünk. Eosinophilia és myopathia

együttes előfordulásakor eosinophiliás myositis/perimyositis, ill. eosinophilia myalgia syndroma is felmerül. Ez utóbbi L-tryptophan, mint táplálékkiegészítő szedésével hoztak kapcsolatba. Az USA-ban alkalmazását betiltották, több eset észlelése kapcsán. A kórképet perifériás neuropathia és myopathia jellemzi, központi idegrendszeri tünetek, fejfájás, amnesia, demencia kialakulása is kísérheti.

Összefoglalóan elmondható, hogy betegünknel a diagnózis felállítása nehéz volt, mert a korai stádiumot az ízületi panaszok uralták és a CPK értékek ismételten is normál tartományban voltak, és a kezdet nem nem típusos bőrtüneteket megelőzte az izomfolyamat jelentkezése.

Bíró László dr.:

Cc. basocellulare cruris I. s.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 73 éves nőbeteg anamnézisében myoma uteri miatti uterus extirpatio, bal alsó végtagi mélyvénás thrombosis, hypertonia, ISZB, cholelithiasis, depressio szerepel. 1996-ban a bal vesét hypernephroma miatt eltávolították.

Az 1976-os mélyvénás thrombosis követően a bal alsó végtag bőre több alkalommal kifekélyesedett, fekélyei azonban konzervatív kezelés mellett hámosodtak, kivéve a bal lábszár középső harmadában lévő. Emiatt 2002. októberében perforans vena ligaturát követően a hámiányt félvastag bőrrel fedték.

A lábszár középső harmadában, a korábbi fekély distalis szegélyén az utóbbi hónapokban a bőr szintjéből előemelkedő, tömött tapintatú növedékek alakultak ki.

Felvételi státusz:

A bal alsó végtagon a középső harmadtól distalisan a bőr erythemás, feszes, száraz, hámló. A medialis felszínen 5 cm-es területen sárgás pörkkel fedett erosió, széli részén 3 db 0,8 cm-es tömött tap., pörkkel fedett, félgömböszzerűen előemelkedő növedéket láttunk (3a., b. ábra).



3a., b. ábra

Varral fedett, fénylő szegélyű, tömött papulák a korábbi bőrátültetés széli részén

A látott kép alapján (az anamnézis figyelembevételével) sarjszövet, ill. tumor lehetősége merült fel. Biopsiát vettünk, a szövettani kimetszés cc. basocellularet igazolt.

A lelet birtokában a tumor in toto kimetszését és félvastag bőrrel való fedését tervezzük.

Folyamata tehát lábszárfekélyt szimuláló cc. basocellularenak bizonyult, mely az ulcus cruris ritkán előforduló oka. A mellékleteként észlelt stasis dermatitis az alkalmazott lokális szteroid és hidratáló kezelés mellett szanálódott. Provokáló kontakt tényezők tisztázása (epicutan allergológiai tesztelés) folyamatban van.

Szakonyi József dr.:

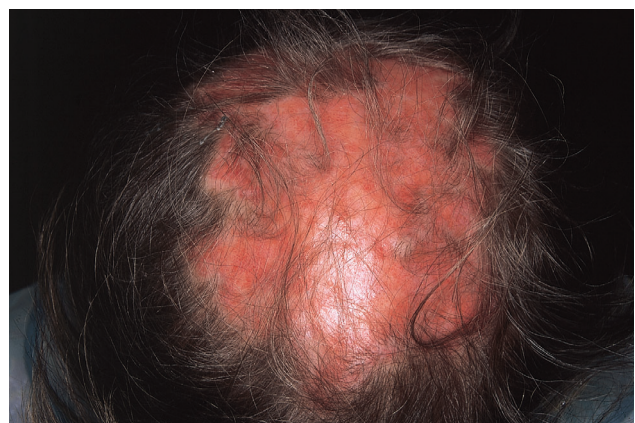
Discoid lupus erythematosus

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 48 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében heamangioma hepatitis, chr. aethylizmus szerepel. 1994-ben jelent meg első DLE-nek megfelelő bőrtünete a jobb fül előtt, majd újabbak jelentkeztek az arcon és a hajas fejbőrön. 1996-ban feküdt először klinikánkon, ekkor szövettani vizsgálat igazolta a diagnózist. 1998-ban ismét hospitalizáltuk, ekkor poz. ANA mellett szisztematizáció nem igazolódott, Delagilt kezdtünk. 1999. áprilisában Delagilt szemészeti státuszának változása (halványabb papillák, kereszteződési tünetek), emelkedett transzamináz értékei, valamint a kezelés mellett észlelt jelentős progresszió miatt leállították. A szerológiai vizsgálatok ekkor is negatívak voltak. 1996 óta észlelik sicca sy-nak megfelelő csökkent könny- és nyáltermelését. 2002. májusában akut alkoholos hepatitis miatt az I. Belklinikán kezelték.

1999 óta állapota lokális kezelés mellett gyakorlatilag stagnál. A beteg ezen időszak alatt kontroll vizsgálaton nem jelentkezett. Január közepén észlelte a fejtetőn egy pörkkel borított terület kialakulását, emiatt jelentkezett klinikánkon.

Felvételekor a fejtetőn kb. 13x9 cm-es halvány erythemás, hámló, atrófiás bőrrel, centralisan pörkkel fedett, helyenként értágulatot mutató, egyenetlen felszínű, hegesedő, alopeciát okozó plakkot láttunk (4. ábra).



4. ábra

Hajas fejbőrön lévő, irreverzibilis alopeciát okozó heges, atrófiás hámmal fedett plakk

Mko. fülkagylóban, a jobb fül előtt 1, ill. 6x3 cm-es, az orr jobb oldalán 1 cm-es, a bal orcán 1,5 cm-es vasokos pörkkel fedett, atrófiás, poralis hyperkeratosist mutató plakkokat észleltünk.

Immunszerológiai eredmény, valamint laborleletei alapján szisztematizációra utaló jel nem észlelhető.

Kezelését továbbra is lokális szteroidokkal folytatjuk, ill. néhány plakk esetében cryotherapiát alkalmaztunk.

A beteget az előrehaladott, morfológiaailag típusos klinikai kép, valamint az alacsony compliance okozta terapiás nehézség szemléltetésére mutattuk be.

Ábrahám Katalin dr.:

Kaposi-sarcoma és colitis ulcerosa együttes előfordulása (Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 49 éves férfibeteg anamnesisében lichen ruber planus, 5 éve diabetes mellitus szerepel. 1998-ban a colitis ulcerosát diagnosztizáltak, mely átmeneti kezelés (Pentasa, Prednisolon) után 2002 nyaráig terápia nélkül tünetmentes volt. Az elmúlt év augusztusában napi 20-30 véres-nyákos székürítéssel, lázzal, hányingerrel járó állapot, ezzel egyidejűleg mintegy 15 kg-os fogyás jelentkezett. A szolnoki MÁV kórházban colonoscopiával a rectumtól a colon transversumig gyulladt, sérülékeny bélfalat, az ismételt vizsgálatkor a sigmabélből a flexura hepaticáig a szokásosnál merevebb falú vastagbelet, fekélyképződést és számtalan, a lumenbe emelkedő borsónyi pseudopolypust észleltek. A rövid ideig iv. adott 125 mg Solu Medrol, majd napi 48, ill. 32 mg Medrol, per os Klion (2x1 tbl.) és Salazopyrin (2x2 tbl.) hatására tünetei mérséklődtek, de nem szűntek meg. Az ambuláner kb. 2 hónap alatt leépített steroid kezelés után, napi 2 g Salazopyrin mellett panaszai csak kismértékben csökkentek. Mindkét bennfekvéskor a vastagbélből szövettani vizsgálatot végeztek, a diagnózis colitis ulcerosa volt, malignitásra utaló jelet nem láttak. A beteget az I. sz. Sebészeti Klinikáról vettük át, ahol a súlyos colitis miatt javasolt proctocolectomia műtéti elbírálása miatt feküdt. Tavaly novemberben a bal térden, bal könyökön és a jobb kéz IV. ujján dorsalisán jelentkeztek lividvörös bőrtünetei. A tünetek szóródását 2002. december közepétől-végétől észleli. Felvételekor a bal alkar feszítő felszínének szinte teljes hosszában szabálytalan alakú, éles szélű, közepesen infiltrált lividerythemas plakkot láttunk, a proximalis harmadban egy 1,5 cm-es, exophyticus, erodált, nedvedző tumorral. A bal térden kb. 5x4 cm-es, szabálytalan alakú, éles szélű, lividbarna plakkot, a (5. ábra), a bal kéz IV. ujján dorsalisán kb. 2x2 cm-es lividen beszűrt területet,



5. ábra

Bal térden 5x4 cm-es, szabálytalan alakú, éles szélű, lividbarna plakk

ezen kívül mindkét talpon, a lábujjakon, láb hátakon, a lábszárak feszítő felszínén kisebb csoportokban, valamint a törzsön, karokon elszórta 0,5-1 cm-es, lividbarna papulákat, csomókat észleltünk. A fej-nyak régió, a szájnyalvokhátya és a genitalis régió nem volt érintett. A bal alkarról ambuláner elvégzett szövettani vizsgálat Kaposi-sarcoma illeszhető képet mutatott. A metszetet az Országos Onkológiai Intézetbe küldtük konzultációra, ahol az elváltozást szintén Kaposi-sarcomának vélelmezték. Bennfekvése alatt bal alkaron lévő nodust sebészileg eltávolítottuk, az ismételt hisztológiai vizsgálat a fenti diagnózist megerősítette. Az esetleges HHV 8 infectio kimutatása szövetmintából és perifériás vérből folyamatban van, flowcytometriás vizsgálattal vírusfertőzésre utaló eltérés igazolódott. HIV ellenanyagvizsgálat 2003. január végén negatív volt, a vizsgálat ismétlése 4-6 hét elteltével szóba jön. RPR negatív volt, laboratóriumi leleteiből a nagymértékű vashiányos anaemiát és a thrombocytosist emelném ki. A beteget a klinikum összetettsége, a különleges klinikai kép miatt mutattuk be. Bár a bőrtünetek alapján Kaposi-sarcoma diagnózisa merült fel első helyen, szokatlan a tünetek lokalizációja és a gyors progresszió. Kérdéses, hogy a GI-tractust érinti-e esetleg a Kaposi-sarcoma? A 2002. év végén készült szövettani vizsgálatok nem vetik el ennek a lehetőségét, igaz, hogy a bőrtünetek progressziója is csak ezt követően gyorsult fel. Bár GI érintettség előfordulhat Kaposi-sarcomában, ez a legtöbbször tünetmentes. Az irodalom említ néhány esetet a két betegség együttes előfordulására, ill. colitises tüneteket okozó primer GI Kaposi-sarcomára (kb. 5-6 eset), HIV negatív betegekben.

Egyetlen olyan eseteleírást találtam, ahol a tartós hasmenés miatt elvégzett bélbiopszia colitis ulcerosát igazolt, majd a Kaposi-sarcoma bőrtünetének megjelenése után megismételt szövettani vizsgálat a bélben is Kaposi-sarcomát mutatott. A GI-tractus feltételezett érintettsége esetleg magyarázhatná betegünknel a colitises tünetek terápiarezisztenciáját.

Betegünknel a fennálló immunosuppressio okát csak feltételezzük, hiszen HIV fertőzést nem igazoltunk. Ugyanakkor a betegnek évek óta ismert diabetes, ill. steroid kezelést is kap; igaz azonban, hogy nem nagy dózisban (jelenleg napi 12 mg Medrolt) és mindössze fél éve. A másik nehéz kérdés a terápia, hiszen a bőrtünetek kezelésére elsődlegesen szóba jövő mono-/polykemoterápia a colitises tünetek rendezése után lehetséges.

Kondoros Ildikó dr.¹, Hegyi Gábor dr.², Katona Gábor dr.³:

Lúg-necrosis esete

(Heim Pál Gyermekkorház, Bőrgyógyászati Osztály¹, Sebészeti Osztály², Fül-orr-gégészeti Osztály³)

A 13 hónapos kisgyermek lábára otthonában gépi mosogató ömlött, édesanyja néhány óra elteltével észlelte a lábfejen kialakult bőrelváltozást.

A bal lábháton csecsemőtenyérymi területen, oedemás, erythemás környezetben feketén elszíneződött necrosist láttunk, mely rendkívül érzékeny volt (6. ábra). A pörk alól purulens váladék ürült, melyből kórokozó baktérium nem tenyésztett ki.

A konzervatív kezelés melletti javulást nem tartottuk kielégítőnek, így necrectomia történt. Sebészeti osztályon a sebalap feltisztítása után további konzervatív kezelés sikertelensége miatt félvastag bőr transzplantációja vált szükségessé.

A kémiai anyagok által okozott bőrkárosodás a maróanyag tulajdonságai mellett függ az expozíciós időtől és a szaruréteg vastagságától is. A balesetek többsége vagy ipari eredetű, tehát munkahelyi, vagy háztartási, amikor a leginkább veszélyeztetett csoportnak a gyermekek számítanak.

A lúgok alkálifelhérje képződés során colliquatiós necrosist hoznak létre, mely nagyon veszélyes, mert a proteolysis során a szövetek elfolyósodnak, így az oldat könnyebben terjed tova, pusztítva a környező szöveteket is. Klinikailag kezdetben oedemás, kocsonyás elváltozást látunk, melyet a későbbiekben barnás pörk fed.

Siklós dr. korábban coagulációs necrosis esetét mutatta be. 4,5 éves gyermek mindkét fülébe fülzsír oldása céljából paraffin helyett ismeretlen összetételű, átlátszó folyadékot csöpögtettek, mely után fél órával nagyfokú fájdalom mellett a hallójáratok, a külső fül területén pörkösödés jelentkezett. Mindkét oldalon necrotikus, purulens, nedvedző, exulcerált külső hallójáratot lehetett megfigyelni. A jobb



6. ábra

A lábháton látható lóg okozta necrotikus terület



7. ábra

Testszerte kiterjedt erosiók

fül tragusa gyakorlatilag hiányzik, a concha területén kb. ujjbegynyi részen a bőr elhalt. A meatus heges szűkülete alakult ki. Itt szintén plasztikai sebészi beavatkozás vált szükségessé.

A savak coagulációs necrosist hoznak létre, melynek során a fehérjék kicsapódnak, az elhalt sejtek, szövetek fehérjéi denaturálódnak, elveszítik háromdimenziós szerkezetüket, -SH és tyrozin-csoportok válnak szabaddá. Ez okozza a necrotikus terület tömörségét. A savak okozta necrosis általában felszínes folyamat. Élesen körülhatárolt, színét a sav határozza meg.

Wikonkál Norbert dr.:

Lineáris IgA dermatosis

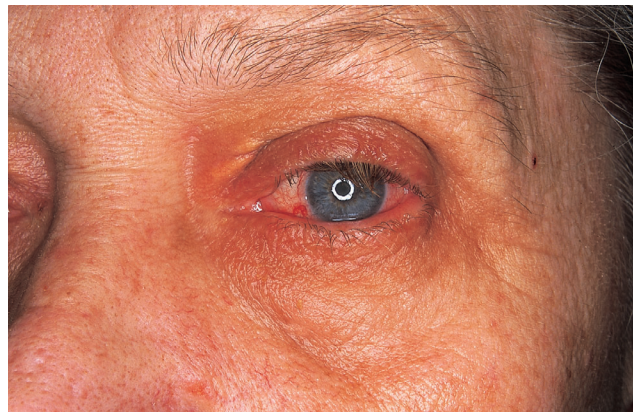
(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A bemutató 68 éves nőbeteg esetét ismerteti, akinek az anamnesisében ITP, hypertonia és emphysema pulmonum szerepel.

2002 decembere óta a conjunctiván kezdődő, majd testszerte jelentkező bullosus bőrtünetek kivizsgálása, kezelése céljából vettük fel.

Felvételekor testszerte erythemas alapon számos víztiszta, mástul purulens bennéki bullát, elszórta varra fedett erosiókat észleltünk (7. ábra). Mko conjunctiva belövellt, szájnyalkahártya megkímélt (8. ábra).

Bentléte alatt az elvégzett rutin és immunfluoreszcens hisztológiai vizsgálat lineáris IgA dermatosis feltételezett dg.-át igazolta, az IF lelet megérkezéig per os szteroid th.-át állítottunk be. A kezelés alatt észleltük acutan a jobb oldali radialis pulzus átmeneti, majd tartós elvesztését, a végtag fájdalmassá, cianotikussá válását. Érse-



8. ábra

A szem kötőhártyájának diffúz erythemája

bészeti osztályra helyeztük át sürgősséggel, ahol az arteriális thrombus sebészi eltávolítása megtörtént, majd osztályunkra visszahelyezték. Ezt követően az addigi terápián módosítottunk, az Imurant és Medrolt leépítettük, a beteget Dapsonra állítottuk át. Emellett a kezelés mellett a bőrtünetek tovább javultak, a jobb felkar keringése kompenzálódott.

Esetünket a ritka kórképhez bentléte alatt társult akut érsebészeti történés demonstrálása céljából mutattuk be