

az újabb állapotromlás csak a TNF- α dózis emelésével uralható. Vajon az emelt dózisu kezeléssel meddig tartható fenn a már elért (a beteg számára megélt) remisszió? Lesz-e lehetőség az újabb (rituximab) terápia elkezdésére? Enteropathiához nemcsak szeronegatív, de szeropozitív arthritis is társulhat (illetve ezek a körképek átmehetnek egymásba). A compliance és az elért remisszió „viszonya” is értékelésre kerül.

P 19

Rheumatoid arthritis, Sjögren-szindróma és vasculitis társulása egy esetünk kapcsán

Zolnai Antal Csaba, Szekanecz Zoltán, Szűcs Gabriella, Szántó Sándor

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Esettanulmányukban a szerzők 60 éves, számos immunológiai betegségben egyidejűleg szenvedő nőbeteg kórtörténetét mutatják be, akinél 1979-ben vesebiopszia glomerulonephritist (GN) igazolt, és a diagnózis felállítása óta nephrológiai gondozás alatt áll. 1998-ban sicca-tünetei és ízületi panaszai háttérében Sjögren-szindrómára derült fény, majd 1999-ben rheumatoid arthritis igazolódott. Számos alkalommal kapott különféle betegségmódosító szereket, melyeket vagy a nem kielégítő hatásosság, vagy a mellékhatások kialakulása miatt kellett leállítani. Betegségének progressziója miatt a szerzők biológiai terápia bevezetését tervezik. 2005 júniusban panaszai háttérében nephrológus Churg-Strauss vasculitist valószínűsített, melyet az asthmás anamnézis, GN jelenléte, pANCA pozitivitás, és a 10%-ot meghaladó eosinophilia erősített meg. További aktivitás miatt biológiai terápiaként rituximab indokolt, hiszen így a betegnek reménye lehet autoimmun eredetű betegségeiből való gyógyulásra a TNF- α -gátláson alapuló biológiai terápiák vasculitis-potenciózó hatásának elkerülésével.

P 20

Tüdőfibrosis primer Sjögren-szindrómában

Makk László¹, Kardos Lilla², Lugosi Andrea¹, Makula Éva², Havasi Kálmán¹, Jambrik Zoltán¹, Varga Albert¹, Dobi Diána¹, Bálint Beatrix¹, Somfay Attila¹, Pokorny Gyula¹

¹Szegedi Tudományegyetem, ²Nemzetközi Egészségügyi Központ, Szeged

Célkitűzés: A tüdőfibrosis gyakoriságának és súlyosságának megállapítása primer Sjögren-szindrómában (SS). **Módszerek:** A szerzők a tüdőérintettséget 86 (82 nő) olyan primer SS-s betegben mérték fel, akik megfeleltek az Amerikai-Európai Kritériumrendszernek. A betegek átlagéletkora 55,1 év (30-86) és a betegség fennállása a SS első tünetétől 15,4 év (0-43) volt a vizsgálat idején (2006). Légzésfunkciós vizsgálatként plethysmographia, diffúziós kapacitás mérés és ergometriás tesztek történtek. Az 1 secundum alatti forszírozott expirációs volumen (FEV1), a forszírozott vital kap-

acitás (FVC), a FEV1/FVC arány, a DLCO (diffusing capacity of the lung for carbon monoxide) érték és az oxigén szaturáció (SAT02, terhelés előtt és után) kerültek meghatározásra. A tüdő strukturális eltéréseinek értékelése a HRCT (high resolution computed tomography) kép alapján történt. Minden esetben echocardiographia elvégzésére is sor került. **Eredmények:** A tüdő HRCT lelet alapján 5 betegcsoport volt elkülöníthető: súlyos, „lépésmez”-szerű tüdőfibrosis 4 esetben (1. csoport), enyhébb fibrosis (rendszerint csak az alsó lebenyek distalis részének érintettségével) 26 betegben (2. csoport), emphysema önmagában 13 esetben, közülük 8 (3. csoport) 60 évesnél fiatalabb és 5 (4. csoport) 60 éves vagy annál idősebb, és 43 betegnél normális tüdő HRCT kép (5. csoport). Visszatérő lymphocytás interstitialis pneumonitis (LIP) egy esetben és egy másik betegben tüdő non-Hodgkin lymphoma (NHL) fordult elő. Egy további enyhe tüdőfibrosisos betegben a HRCT kis tüdő carcinomát derített fel. A DLCO érték szignifikánsan ($p < 0,05$) gyakrabban volt kórosan alacsony ($\leq 70\%$) a fibrosissal járó esetekben (13/30 vs 10/56). Fibrosis eseteiben az obstructív légzésfunkciós eltérések ($FEV1/FVC \leq 70\%$) gyakoribbak voltak (3/30 vs 3/56). Kórosan alacsony oxigén szaturáció (megterhelés után a delta SAT02 $\leq 4\%$) szintén gyakrabban fordult elő tüdőfibrosisban (7/30 vs 8/56), de a különbség egyik esetben sem volt szignifikáns. Fibrosissal járó esetekben szignifikánsan gyakoribb ($p < 0,05$) volt a parotis megnagyobbodás (18/30 vs 19/56) és a felsőlégtüti érintettség (21/30 vs 15/56). A betegség fennállási ideje szignifikánsan ($p < 0,05$) hosszabb volt a fibrosissal járó esetekben (20,3 vs 12,7 év). **Következtetés:** vizsgálataik szerint primer SS-ban közel 5%-ban alakul ki előrehaladott tüdőfibrosis, a betegség késői szövődeményeként. Ezen túlmenően mintegy 3%-ban kell számolni egyéb súlyos pulmonalis manifesztációval, mint LIP, NHL és tüdőcarcinoma.

P 21

Első hazai tapasztalatok a rheumatoid arthritis rituximab kezelésével

Simkovics Enikő¹, Besenyey Timea², Szabó Zoltán¹, Szentpétery Ágnes¹, Szodoray Péter¹, Szűcs Gabriella¹, Szántó Sándor¹, Szekanecz Zoltán¹

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen, ²Markhot Ferenc Kórház, Eger

A rheumatoid arthritis kezelésében egyre nagyobb teret hódít a biológiai terápia. Az első vonalbeli TNF- α gátló szerek mellett megjelent a második vonalban alkalmazható B-sejt ellenes rituximab (CD20 ellenes monoklonális antitest). Mivel nem első vonalbeli szer, így sajnos előfordul, hogy nem időben kapja a beteg a rituximabot, hanem már az előrehaladott, késői kórlefolys során. Az esetismertetés során a szerzők arról számolnak be, hogy már az első TNF- α gátló hatástalansága esetén érdemes lenne a B-sejt gátló kezelést alkalmazni. Jelen esetről a beteg korábban többféle betegségmódosító terápiára refrakternek bizonyult,