

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI  
**Szemle**

86. ÉVFOLYAM

2010. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés  
2010. december 9–11.**

kulcsa a betegek és hozzátartozóik rendszeres oktatása a helyes láb-ápolásra és a szövődmények korai felismerésére nincs megfelelően honorálva az egészségbiztosító által.

Előadásunkban szeretnénk a figyelmet felhívni az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció szükségességére, annak érdekében, hogy hazánkban is javíthassunk a diabéteszes betegek életminőségén, és csökkenthető legyen a súlyos szövődmények kezelésére fordítandó anyagi és humán erőforrás (pazarlás).

Le a cipővel!

*Daróczy Judit dr.<sup>1</sup>, Kádár János dr.<sup>2</sup>:*

**Peripheriás érbetegségek primér és szekunder antiphospholipid syndromában: pathogenezis, diagnózis és ellátás**  
(Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szt. István és Szt. László Kórház- Rendelőintézet, Bőrgyógyászati Osztály és Lymphoedema Rehabilitációs Osztály<sup>1</sup> és Belgyógyászati-Immunológiai Szakrendelés<sup>2</sup>)

Az antiphospholipid syndroma (APS) jellemzője az antiphospholipid autoantitestek (aPL) anti-cardiolipin antitestek, lupus anticoagulans,  $\beta_2$ -glycoprotein-1 jelenléte, magas artériás és vénás thrombózis rizikó, neurológiai és terhességi szövődmények. A bőr kis ereinek thrombózisát a livedo reticularis korán jelzi, de a vénás thrombózist kísérő nem gyógyuló ulcus cruris gyakran van a tünetek előterében. Ez az oka, hogy az APS felismerése általában csak az új-jak gangrénájának és más szövődmények megjelenésekor történik. A korai diagnózis lehetővé teszi a kezelést és a szövődmények (nem gyógyuló sebek, gangrén, abortusz, stroke) megelőzését. A syndroma lehet primér, és egyéb autoimmun betegségekhez kapcsolódóan (leggyakrabban SLE, autoimmun haemolytikus anaemia, thrombotikus thrombocytopeniás purpura), fertőzések kísérelként (pl. szepszis) szekunder forma. A  $\beta_2$ -glycoprotein I responsive CD4+ T sejtek szerepet játszanak az antiphospholipid antitestek képzésében. A katasztrófális antiphospholipid syndroma olyan variáns, ami több szervet érintő érelzáródással jár.

A kezelés gerincét az anticoagulánsok adása képezi, ami klinikai tünetekhez igazodva individualis. Az új vizsgálati eredmények, melyek bizonyítják az aPL hatását a thrombocytákban és az endothel sejtekben, új kezelési lehetőségeket tesznek lehetővé. Az aPL antitesttel kezelt thrombocyták thrombin receptor peptid antagonistá expressziója növekedett és ezt lehetett gátolni hydroxychloroquin-nal. In vivo is bizonyított, hogy a chloroquine csökkentette az aPL-indukálta thrombus kialakulást. Akut, veseelégtelenséggek kísért esetben kortikoszteroid, cyclophosphamid, plasmapheresis, rituximab kísérhető meg. Endothel sejtekre ható aPL antitestek thrombogén hatásának gátlását statinokkal állatkíséreltben értékelték. Az APS kezeléséről a klinikai tünetek és azok súlyossága alapján kell dönteni.

A szerzők eseteik bemutatásával egészítik ki az irodalmi adatokat (MEDLINE 1999-2009, és Cochrane elektromos adatbázis 2005-2009), és összefoglalják a gyakorló bőrgyógyász számára fontos új diagnosztikai lehetőségeket, a tünetek pathomechanizmusát és a kezelési útmutatásokat.

*Szabó Éva dr.:*

**Magasnyomású oxigén terápia alkalmazása a krónikus sebek kezelésében**  
(Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika)

A magasnyomású oxigén (hyperbarikus oxigén-HBO) terápia alatt az atmoszférikus nyomásnál magasabb értékeken jut 100% oxigén a szervezetbe. A kezelés során nő a szövetekbe jutó oxigén mennyisége. Patológias állapotokban, amikor a szövetek vérellátása nem megfelelő (pl. sebgyógyulási zavar artériás vagy vénás keringési elégtelenség következtében) HBO terápiával a normálshoz közeleltető vagy azt meghaladó oxigén ellátottság érhető el, javítva ezzel a gyógyulási arányt. A HBO kezelés nemcsak egész test terápiával, hyperbarikus kamrában végezhető. Krónikus nehezen gyógyuló sebek esetében lehetőség van a beteg végtagjának kezelésére kisebb kamra segítségével is. A módszer tapasztalataink szerint hatékony a

nehezen gyógyuló sebek feltisztítására, de gyorsítja az epitelizáció folyamatát is, továbbá kedvezően befolyásolja a bőrtranszplantáció utáni gyógyulást is.

*Ottó Iringó Ágnes dr., Marschalkó Márta dr., Hársing Judit dr., Kárpáti Sarolta dr.:*

**A chronicus cutan lupus erythematosus (CCLE) ritka formái és az intermittáló cutan lupus erythematosus (ICLE): diagnosztikai és terápiás nehézségek**

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

A Gilliam-Sontheimer által megalkotott cutan lupus erythematosus (CLE) klasszifikációt Kuhn és Ruzicka dolgozta át 2004.-ben. A CLE eszerint a következő szubtypusokra osztható: acut CLE, subacute CLE (SCLE), chronicus CLE (CCLE) és az intermittáló CLE (ICLE). A CCLE alcsoportba a gyakrabban előforduló discoid LE mellett három, ritka kórkép is besorolásra került: a hypertrophiás/verrucosus LE, a LE profundus (szinonímája a lupus panniculitis) és a chilblain lupus. Az ICLE-t, mely tk. a lupus tumidus (LET) takarja, a körlefolys, a szövettani jellemzők és az extrém photosensitivitás miatt leválasztották a CCLE csoportról. Az előadásban az utóbb felsorolt négy CLE entitás pathophysiológiáját, diagnosztikáját és terápiás lehetőségeit foglaljuk össze az utóbbi évek szakirodalmát áttekintve, saját beteganyagunkból példákkal illusztrálva az elmondottakat. A CCLE terápia rezisztens, ritka formáinak kezelési lehetőségeit tekintjük át: két hypertrophiás/verrucosus LE-ban szenvedő nőbeteg esetét ismertetjük, ahol az egyik betegnél lupus profundus is kialakult secunder anetodermaival. Egy chilblain lupusos esetet tekintünk át a legújabb irodalmi adatok megvilágításában. Egy fiatal, terápia rezisztens arci lokalizációjú LET-ban szenvedő nőbeteg kórtörténetét is ismertetjük. A LET-t, mint külön entitást a Kuhn által 2000.-ben felállított kritériumrendszer alapján tárgyaljuk, a phototesztelés szempontjait is magában foglalva. A differenciál diagnosztikai nehézségeken kívül az American College of Rheumatology (ACR) systemás LE klasszifikációjának korlátaira világítunk rá. Figyelembe ajánljuk továbbá a 2009.-ben Tsuchida által javasolt két dimenziós LE osztályozási rendszert is.

*Erdei Irén dr.<sup>1</sup>, Szabó Imre dr.<sup>1</sup>, Szegedi Andrea dr.<sup>1</sup>, Kappelmayer János dr.<sup>2</sup>, Hunyadi János dr.<sup>1</sup>:*

**Keratinocytellenes antitest vizsgálata égett betegekben**

(Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Bőrgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet<sup>2</sup>)

A termikus trauma következtében kialakuló égésbetegség egy komplex folyamat, amely a bőr barrier funkció romlásával nagymértékű folyadék és fehérje veszteséssel mikrobiális invázióval toxin felszabadulással és mindezek következtében kialakuló immunszuppresszióval jár együtt. A másik immunológiai folyamat amely az autotraszplantátumok lelkődésével és a késői bullaképződéssel jár együtt a humorális immunitás aktiválódásával áll szoros kapcsolatban.

A hámellenes antitestek megjelenésével kapcsolatban az égési sérülteknél vannak ugyan adatok de ezek patogén szerepe kevésbé tisztázott. A DEOEC Bőrgyógyászati klinikáján kezelt súlyos égési sérülteknél (20-30% II.-III. fokú égés) a betegek szérummintáit dolgoztuk fel. A hámellenes keringő antitest szintet és a termelődés kinetikáját mértük. HaCat keratinociták felhasználásával a hámellenes antitest kvantitatív meghatározását és a felszínre kötődő antitest flowcytometriás analízisét végeztük. A felszíni kötődést FITC-cel jelzett kecske antimunán GAM-festéssel tettük láthatóvá illetve mérhetővé. A HaCat sejtek felszíni Fc-receptorokkal nem rendelkeznek, ezért a rendszer előnye hogy csak a specifikus hámsejt ellenes antitest jelölődik. Összesen 4 súlyos égett beteg antitest kötődését jelző átlagos fluorescencia intenzitás megemelkedett az égési sérülést követően. A termelődés betegektől függő kinetikát mutatott. A vizsgált szérumok immunglobulinlinal történet in vitro inkubálása illetve a sejtek immunglobulin kezeléssel szignifikánsan csökkentette az antitestek hámsejtekhez való kötődését.

A kapott eredmények alapján fontosnak tűnik a súlyosan égett betegek keratinocita ellenes termelődésének monitorozás és magas titer esetén az antitest kötődés blokkolása iv. immunglobulin készítményekkel.

*Siklós Krisztina dr.<sup>1</sup>, Kiss Judit dr.<sup>2</sup>, Szalai Zsuzsanna dr.<sup>1</sup>:*

**A hajsál strukturális rendellenességeinek diagnosztikája gyermekkorban és a mögötte álló genetikai eltérések áttekintése** (Heim Pál Kórház, Bőrgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Szent János Kórház, Bőrgyógyászati Szakrendelő<sup>2</sup>)

A haj rendellenességei gyakran fordulnak elő a gyerekbőrgyógyászati gyakorlatban, és bár nem életveszélyesek, mégis komoly aggodalmat kelthetnek a betegekben, szülőikben. A haj strukturális rendellenességei mind a diagnózis, mind pedig a hosszú távú kezelés területén kihívást jelenthetnek a szakemberek számára. Ugyanakkor nagy a felelőssége a bőrgyógyászoknak, mert bizonyos esetekben a hajanómia társulhat egyéb fejlődési rendellenességgel, más szervrendszer működészavarával is.

A szerzők klinikai képekkel illusztrálva ismertetik a gyermekkorban előforduló, és diagnosztizálható hajrendellenességeket (monilethrix, trichorrhexis nodosa, pili torti, Menkes szindróma, trichothiodystrophia, pili annulati, hypotrichosis congenita hereditaria, trichorrhexis invaginata, gyapjas haj) öröklésmenetét, a rendellenes fenotípus mögött álló génhibákat, esetleges enzimeltéréseket, terápiás alternatívákat. Az előadás áttekinti a legújabb genetikai kutatási eredményeket a Heim Pál Kórház Bőrgyógyászati Osztályának képanyagával.

*Korom Irma dr., Varga Erika dr., Kis Erika dr., Oláh Judit dr., Kemény Lajos dr.:*

**Diagnosztikus pontosság a klinikai és szövettani vizsgálatok tükrében**

(Szegei Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika)

A klinikai vizsgálat kapcsán minél nagyobb diagnosztikus pontosságra törekszünk a melanocytás elváltozások értékelésekor. Az utóbbi években a dermatoszkópos vizsgálat mellett számtalan új képrögzítő eszköz, elemző rendszer segíti ebben a bőrgyógyászok munkáját. Ezek használatával, az általuk mutatott kép mellett a hagyományos megtekintés, gondos anamnézis felvétel segítségével próbáljuk minél pontosabban kiválasztani, melyik elváltozás lehet malignus, melyik benignus, hogy ezek alapján eldönthessük, mit, mikor kell vagy ajánlott eltávolítani, illetve melyeket elegendő megfigyelni.

A diagnosztikus pontosságot az elvégzett szövettani vizsgálati eredmények és az előzetes klinikai diagnózisok összehasonlításával

lehet vizsgálni. Az ilyen összevetés kapcsán felismerhetők azok a jóindulatú elváltozások, melyek klinikailag rosszindulatúnak tűntek, vagy éppen fordítva.

Az elmúlt időszakban vizsgált esetek alapján mutatjuk be az intézményünkben talált diagnosztikus pontosságot, illetve a leggyakrabban előforduló nehézségeket.

*Gyulai Rolland dr., Oláh Judit dr.:*

**Tapasztalataink teledermatológiai rendszer alkalmazásával** (Dermapix Kft., Szeged)

A modern információtovábbítási technológiák számtalan olyan lehetőséget nyitottak meg, amelyek a napi gyógyítási gyakorlatban is felhasználhatóak. A telemedicina során a betegről térben és/vagy időben elválasztott módon történik meg az orvosi vizsgálat. A szerzők egy olyan új, Magyarországon egyedülálló internetes teledermatológiai rendszert fejlesztettek ki, melynek segítségével a házi orvos a nála bőrgyógyászati panasszal jelentkező betegek részére bőrgyógyászati konzíliumot tud kérni. A szerzők a teledermatológiai rendszer alkalmazása során szerzett tapasztalataikat ismertetik.

*Kiss Flóra dr., Horkay Irén dr., Remenyik Éva dr.:*

**Fotoaggravált kórképek**

(Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika)

A fotoaggravált vagy más néven fotoexacerbált kórképek közé olyan heterogén, különböző etiológiájú dermatológiai és belgyógyászati betegségek tartoznak, melyek indukálásában vagy progressziójában egyéb faktorokon kívül a napfénynek, illetve mesterséges UV-fény forrásnak is szerepe van. A kórképekben szenvedő betegeknek azonban többnyire csak egy kisebb-nagyobb csoportját érinti a fotoszenzitivitás. Számos autoimmun betegség, mint a lupus erythematosus, dermatomyositis, valamint a hólyagos bőrbetegségek egy része a fotoaggravált kórképek közé sorolható. Rosacea és perioralis dermatitis esteiben a napfény aggrááló szerepét viszonylag kevés klinikai vagy kísérletes adat erősíti meg, ezekben a betegségekben a napfény expozíciónak, egyéb etiológiai tényezők mellett, kofaktor jellegű szerepet tulajdonítanak. Az alapvetően fénykezelésre kedvezően reagáló pikkelysömörös, illetve atopias dermatitis betegek egy kis részénél fotoszenzitivitás, a fény provokáló szerepe figyelhető meg. A fokozott fényérzékenység fototesztekkel is igazolható. Az anyagcsere betegségek közül a pellagra napfény expozícióra fellángol. A szerzők az előadásban példákkal illusztráltan mutatják be a gyakoribb kórképeket a csoportban.