

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI  
**szemle**

87. ÉVFOLYAM

2011. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés  
2011. december 8–10.**

ki. A bőrből és a megnagyobbodott nyirokcsomóból elvégzett szövettani vizsgálat a Rosai-Dorfman betegség típusos képét mutatta. Kivizsgálás során a bőr és nyirokcsomón kívül más szervi érintettséget nem találtak. Esetüket a malignus daganatokkal való társulás és a jellegzetes klinikai és szövettani kép miatt mutatják be.

Lukács Andrea dr.<sup>1</sup>, Hársing Judit dr.<sup>1</sup>, Marschalkó Márta dr.<sup>1</sup>,  
Csomor Judit dr.<sup>2</sup>, Kárpáti Sarolta dr.<sup>1</sup>:

#### Folliculotrop mycosis fungoides

(Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai  
Klinika<sup>1</sup>, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>2</sup>, Budapest)

A szerzők egy 68 éves férfibeteg esetét ismertetik, akinél fél éve jelentkeztek viszketéssel, szőrvesztéssel járó bőrtünetek a bal alkaron, a bal fül mögött és a jobb térd felett. Az érintett területek klinikai vizsgálatok az alopecia mellett comedószerű elváltozásokat láttunk. A szövettani vizsgálat során a hematoxylin-eozinnal festett metszeten is szembetűnő volt a folliculosok és eccrin mirigyek körül elhelyezkedő sűrű, lymphocytás infiltrátum. Az immunhisztokémiai vizsgálat igazolta a clonális restrikciót, és a CD4+ sejtek megnövekedett arányát a folliculosok és eccrin mirigyek körül. Az elvégzett vizsgálatok és a klinikai kép alapján folliculotrop-syngiotrop mycosis fungoides diagnózisát állítottuk fel. A staging során szisztematizációt nem észleltünk, áramlási citometriával normál fenotípus megoszlás volt detektálható. Isotretinoin és PUVA kezelést indítottunk, emellett a klinikai tünetek progresszióját láttuk, melynek hátterében a beteg rendszertelen gyógyszereszedése állt. A terápiás javaslat szigorú betartását követően a tünetek mérséklődtek. Az eset érdekességét a mycosis fungoides ritka klinikai variánsának típusos példája adja.

Erdei Irén dr.<sup>1</sup>, Bodnár Edina dr.<sup>1</sup>, Miltényi Zsófia dr.<sup>2</sup>, Veres Imre dr.<sup>1</sup>,  
Zeher Margit dr.<sup>3</sup>, Remenyik Éva dr.<sup>1</sup>:

**Paradicsom tumorok mellett jelentkező hólyagos bőrtünetek**  
(Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum,  
Bőrgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás  
Tanszék<sup>2</sup>, III. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>3</sup>, Debrecen)

A szerző egy 53 éves férfi beteg esetét ismerteti, akinek távolabbi anamnézisében gyermekkori pneumonia szerepel. 2006-ban a hajas fejbőrön fél diónyi duzzanatok jelentkeztek, amelyek panaszt nem okoztak. A szövettani vizsgálat B-sejtes lymphoma diagnózisát vetette fel, elektron besugárzás után tünetmentessé vált.

Ezt követően gondozáson nem jelentkezett. 2010. decemberében a hajas fejbőrön néhány félgömbösrűen előemelkedő vörös tumor mellett a hónaljokban is papillomatosus plakkok jelentek meg, majd a törzs bőre fokozatosan diffúzan beszűrte vált, erythrodemia alakult ki. Az elvégzett szövettani és staging vizsgálatok alapján mycosis fungoides III B stádium volt igazolható, mely miatt először PUVA és interferon kezelés, majd beaxaroten indult, de klinikai javulás nem történt, így extracorporalis photopheresist kezdtünk, de állapota egy ciklust engedett meg. Tekintettel a kiterjedt folyamatra, a tumorlyzis szindróma veszélye miatt szteroid kezelést és monokemoterápiaként vincristint indítottunk, mely mellett a paradicsomtumorok regressziót mutattak, de általános állapota tovább romlott.

2011. júniusában bőrén hirtelen testszerte, diffúzan hólyagok, hámszáj jelentkezett, a folyamat a száj nyálkahártyát is érintette. Toxicus epidermalis necrolysis diagnózis került felállításra, mely miatt az Égés Intenzív Oszályon monitoroztuk, nagy dóziszú szteroid, és antibiotikum terápia mellett szupportív kezelést, módosított Parkland formula szerinti folyadék reszusztitációt végeztünk, illetve antiszeptikus lokális terápia mellett fluidizációs ágyban helyeztük el.

Az intenzív terápia ellenére állapota fokozatosan hanyatlott, septicus shock alakult ki, mely miatt a beteg exitált A sectio során kiterjedt lymphomás érintettséget, septicémiát igazoltak. A beteget a két ritka kórkép társulása és a CTCL-ben szokatlan klinikai tünetek, a gyors progresszió miatt mutatjuk be.

Rózsa Annamária<sup>1</sup>, Mojzes Jenő dr.<sup>4</sup>, Kálmán Endre dr.<sup>3</sup>,  
Szomor Árpád dr.<sup>2</sup>, Battyáni Zita dr.<sup>1</sup>:

#### Primer cutan anaplasticus CD30+ nagysejtes lymphoma

(Pécsi Tudományegyetem, Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai  
Klinika<sup>1</sup>, I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Patológiai Intézet<sup>3</sup>,  
Pécs, Szent Lukács Kórház, Dombóvár<sup>4</sup>)

A szerzők egy 20 éves fiatal férfibeteg esetét ismertetik, akinél 2011. áprilisában jobb orrszárnny mellett hyperaemiás alapon superficiált vesiculák jelentek meg, a beteg antivirális, antibiotikus terápiában részesült. Az alkalmazott terápia mellett bőrfolyamata lényeges változást nem mutatott, a helyi infiltráció fokozatosan növekedett. Nem gyógyuló, heges, infiltrált maradványtünetből bőrbioopszia történt, mely cutan anaplasias nagysejtes lymphomát igazolt, TCR monoclonális géntrendeződéssel. Kivizsgálás során vérképében eltérést nem észleltünk, seb-  
váladékból baktérium nem tenyésztett ki, betegnél láz nem jelentkezett. Csontvelő biopszia és perifériás vér vizsgálat lymphoid érintettséget nem igazolt. Staging vizsgálatok során submandibulárisan reaktív nyirokcsomókat észleltünk. Onkoteam döntés alapján a sugárterápiát megjavasoltuk, azonban ezt a beteg nem vállalta, mivel bőrfolyamata spontán teljes mértékben regrediált. A beteget ambulanciánkon szoros kontroll alatt tartjuk. Az esetet a szerzők arca lokalizálódó bőrelváltozások differenciál diagnosztikai szempontjából, ill. cutan anaplasticus nagysejtes lymphoma ritkasága miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

Gorka Eszter dr., Bánfalvi Teodóra dr., Schmidt Emese dr.,  
Borbóla Kinga dr., Liskay Gabriella dr.:

#### Multiplax cutan melanoma és non-Hodgkin limfoma együttes előfordulása

(Országos Onkológiai Intézet, Budapest)

A 62 éves férfibeteg, akinek anamnézisében hipertónián kívül egyéb lényeges megbetegedés nem szerepelt, 2005. januárban jelentkezett ambulanciánkon a bal fülcimpán bizonylatos ideje meglévő 13x17 mm-es, kifehélyesedő csomó miatt, amit melanoma malignum klinikai diagnózisának felállítása után eltávolítottunk. A szövettani vizsgálat Clark IV, Breslow 5 mm-es, exulcerált polipózus-noduláris melanoma malignumot igazolt. Az elégtelen biztonsági zónára való tekintettel a műtét területre posztoperatív irradációt kapott. Mellkas röntgen és hasi UH disszeminációra nem utalt, fizikálisan kóros nyirokcsomót nem észleltünk. Adjuváns kis dóziszú interferon immunterápiát indítottunk. 2005. áprilisban a jobb fülkagyló dorsalis felszínéről újabb Clark III, Breslow 0,5 mm-es, vertikális növekedési fázisban lévő melanoma malignum eltávolítás történt. 2009. júliusban nyakon, supraclaviculárisan, axillárisan és inguinálisan jelentek meg multiplex nyirokcsomók, aspirációs citológiai vizsgálat malignus non-Hodgkin limfómát véleményezett. Diagnosztikus céllal nyirokcsomó eltávolítás történt, mely alapján kis limfocitás limfómának/ CLL-nek bizonyult. CLL miatt Fludara és Endoxan kezelést kapott, egy alkalommal leukoferezist végeztek a László Kórházban. 2011. áprilisban az orrhátról harmadik melanoma, Clark IV, Breslow 2,8 mm-es LMM került eltávolításra. Tekintettel arra, hogy a László Kórházban hematológiai alapbetegsége miatt gravis trombocitopéniával járó kemoterápiát kapott, a melanoma adjuváns kezelése, hematológiai konzultáció alapján nem jött szóba, a beteget szorosan obszerváljuk.

Irodalmi adatok szerint a melanomához 8%-ban társul rosszindulatú tumor, ez viszonylag nagy gyakorisággal limfóma. (Rion et al., Arch Surg 1995., 130 (10) 1056-61 130 (10) 1056-61 ). Mindezek alapján, amennyiben melanoma malignum miatt gondozott betegnél nem a primer tumornak megfelelő nyirokrégióban észlelhető kóros nyirokcsomó, limfóma gyanúját is fel kell vetni. Betegünk kórtörténetét azért is tartottuk bemutatásra érdemesnek, mert az immunosupprimált betegnél összesen 3 melanoma lépett fel.

Bóta Margit dr.<sup>1</sup>, Kőműves Zsuzsanna dr.<sup>2</sup>, Emri Gabriella dr.<sup>2</sup>:

#### Melanomás betegek egészségpszichológiai vizsgálata

(Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum,  
Magatartástudományi Intézet<sup>1</sup>, Bőrgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Debrecen)

Kutatásunkban a daganatos betegség életminőségre gyakorolt hatásai közül a pszichés állapot kedvezőtlen változásainak, kiemelten