

A Magyar Reumatológusok Egyesülete Ifjúsági Fórumán, Nagyírtáspusztán, 2010. december 3–4-én elhangzott előadások összefoglalói*

Abstracts of the Lectures of the Youth Forum of the Association of Hungarian Rheumatologists held in Nagyírtáspuszta, on 3–4. December, 2010

1. Anti-TNF-terápia alkalmazása mellett észlelt ritka bőrgyógyászati malignitás bemutatása egy eset kapcsán

Abrudán Klára¹, Ócsai Henriette dr.², Keszthelyi Péter dr.¹

¹Pándy Kálmán Kórház, Gyula, ²Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A szerzők esettanulmányukban 43 éves nőbeteg kórtörténetét mutatják be. A beteg rheumatoid arthritis 1997-ben vált ismertté. A diagnózist követően methotrexat és kis dózisú steroidkezelés indult. Az alkalmazott gyógyszeres terápia mellett alapbetegsége magas aktivitással zajlott (DAS28: 7,613), ami miatt 2007. júliusban etanercept adása vált indokolttá. A biológiai terápia hatására jelentős és tartósan bizonyuló javulás alakult ki (2010. január, DAS28: 2,98). A beteget 2008 májusától kezdődően az arcon, illetve a felkarokon jelentkező besüppedt, viszkető, vöröses bőrelváltozások miatt bőrgyógyászati szakrendelésen observálták. Az alkalmazott lokális terápia refrakteritására tekintettel 2010. februárban szövettani mintavétel történt a bőrleziók területéről. A hisztológiai feldolgozás során cutan T-sejtes lymphoma került leírásra. A CTCL meglehetősen ritka bőrgyógyászati malignus megbetegedés, anti-TNF-terápia adása mellett való előfordulását a szakirodalomban csak néhány esetismertetésben közölték. További vizsgálatok (Jamshidi-biopsia, PET-CT) disseminációra utaló eltérést nem igazoltak. A szövettani diagnózis birtokában ez év márciusban a biológiai terápiát leállították, a beteg dermatoonkológiai gondozásba került. Az együttesen fennálló reumatológiai, illetve dermatológiai megbetegedésre tekintettel a beteg jelenleg steroid- és parenteralis methotrexat-kezelésben részesül, mely mellett betegsége közepes aktivitással zajlik (2010. szeptember, DAS28: 3,97), bőrtünetei stagnálnak és a rendszeres metasztázis-kutatásra irányuló vizsgálatok is negatív eredménnyel zárultak. Az esetet a szerzők azért tartották bemutatásra érdemesnek, mert az immunosuppresszív terápia mellett kialakuló, konvencionális dermatológiai terápiára rezisztens bőrleziók perzisztálása felvetheti esetleges malignus entitás lehetőségét, és a helyes diagnózis ismeretében a beteg az interdiszciplináris együttműködés alapján megfelelően hatékony terápiában részesíthető.

2. A Th17-sejtek szerepe spondylitis ankylopoeticában

Balog Attila¹, Szalay Balázs², Ács Lilla¹, Hulló Daniella¹, Kovács László¹, Vásárhelyi Barna²

¹Szegedi Tudományegyetem, Szeged, ²Semmelweis Egyetem, Magyar Tudományos Akadémia Pédiátriai Kutatócsoport, Budapest

Aszervezet immunválaszában számos CD4+-lymphocita-szubtípus játszik szerepet, beleértve a Th1-, Th2- és a nemrégiben leírt regulatorikus és Th17-sejteket. Szerzők vizsgálatának célja ezen sejttípusok prospektív vizsgálata infliximabbal kezelt spondylitis ankylopoeticás (AS) betegekben. Kilenc AS-s beteg került bevonásra, akiknél legalább két nem szteroid gyulladáscsökkentő ineffektív volt, és a betegségaktivitás, illetve radiomorfológiai eltérések alapján infliximab-terápiát indítottak. A sejtek eloszlását nyolc, korban illesztett egészséges kontrollhoz hasonlították. A Th17-sejtek eloszlása végig szignifikánsan magasabb volt a AS csoportban, amelyet az infliximab hatása nem befolyásolt. A Th17-sejtek százalékos eloszlása a következőképpen alakult: a kontrollcsoportban 0,71 (0,65–0,82), a AS betegcsoportban infliximab indítása előtt 1,32 (0,54–2,6)*, a második infúzió előtt 1,51 (0,69–1,65)*, és 1,37 (0,8–1,57)* a harmadik infúzió előtt. A többi vizsgált sejttípusban eltérést nem találtak. Vizsgálataik a Th17-sejtek szerepét támogatják AS-ban. Valamennyi beteg jó terápiás válasszal bírt a vizsgált időpontokban mind a BASDAI, mind a gyulladásos paraméterek alapján. Az infliximab jótékony hatása vizsgálataik alapján Th17 független módon történik.

3. Egy új, TNF-Ang2/Tie2 mediált hatás szerepe a leukocyta-sejtbeáramlásban és DNS-károsodásban gyulladásos artritiszek esetében

Balogh Emese¹, Monika Biniecka², CT Ng², Douglas J. Veale², Ursula Fearon²

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen, ²St Vincents University Hospital, Dublin, Írország

* Az absztraktokat a szerkesztőség a beküldött formában, érdemi változtatás nélkül közli. Az ifjúsági fórumról szóló beszámoló ezen lapszámunk 109. oldalán olvasható.

A gyulladásos reumatológiai betegségekben kialakuló szöveti hypoxia a szinoviális sejtaktiváció/proliferáció potens trigger, adaptív túlélési reakciókat elindítva. Az Angiopoetin2-Tie2 szignalizációs útvonalak szinergisztikusak a VEGF-útvonallal, melyek együttesen kritikus regulátorai az újraképződésnek, morfológiának, stabilitásnak, s újabb tanulmányok szerint szerepet játszanak az arthritisben zajló proinflammatorikus válaszbán, valószínűleg a TNF-alfa szenzitizációján keresztül.

Szerzők célkitűzése a TNF-blokkoló-terápia hatásának vizsgálata, VEGF, Ang2/Tie2 expressziójára, eredményeik összevetése az *in vivo* szinoviális hypoxia állapotával, egyéb klinikai adatokkal volt.

Összesen 45 biológiai terápia előtt álló, aktív térdízületi gyulladásal rendelkező rheumatoid arthritises/arthritis psoriaticás beteg szinoviumból készült szövetani metszeteit vizsgálták. A betegek egy alcsoportját ($n=20$) a TNF-gátlóval indított kezelések előtt, majd 3 hónapot követően is vizsgálták. Pácienseik korábban teljes klinikai állapotfelmérésben részesültek, beleértve DAS28-CRP megállapítását, makroszkopikus vaszkularitás/szinovitisz értékelését videoartroszkópiával, szinoviális mintavételt és *in vivo* tpO_2 -mérést. A vaszkuláris faktorokat (VEGF, Ang2 és Tie2) immunhisztokémiával kvantifikálták, míg egyéb sejtspecifikus markereknek és az oxidatív stresszmarkereinek adatai már rendelkezésükre álltak.

A VEGF, Tie2 és Ang2 a szinoviális szövetben a külső határoló rétegben (LL), az ez alatti belső rétegben (SL), illetve a vaszkulaturában (VC) egyaránt expresszióra került. *Alapállapotban* ($n=45$) a tpO_2 -szintek alacsonyak voltak: 24,03 (2,3) Hgmm (mean[SEM]). Szoros korrelációt írtak le a vaszkuláris faktorok (VEGF-, Ang2-, Tie2-) és makroszkopikus vaszkularitás, T-sejt – különösképp CD4+ – és makrofágmarkerek, valamint oxidatív sejtkárosodás markerei között ($p<0,02-0,05$). A követett, pre/poszt *betegcsoportban* ($n=20$) az Ang2- és Tie2-SL-expressziójában szignifikáns csökkenés mutatkozott ($p<0,05$). Responder vs. non-responder csoportokat alkotva (posztterápiás DAS28 $<3,2$ alapján) a responderek-nél a növekedési faktorok expressziójában is szignifikáns változásokat láttak ($p<0,05$), ami az *in vivo* mért tpO_2 -szintek növekedésével korrelált ($p<0,05$).

A fenti adatok tükrében elmondható, hogy a TNF-alfa-blokád jelátviteli útvonalának bizonyos almechanizmusai részben az Ang2/Tie2-útvonal által is érintettek lehetnek, ami bizonyítéka annak, hogy az Ang2/Tie2-útvonal direkt módon szerepet játszik a leukocytabeáramlás és DNS-károsodás regulációjában a gyulladt ízületben.

4. Alsó végtagi szekunder lymphoedema rehabilitációjának lehetőségei

Barta Zsuzsanna, Boros Erzsébet, Takáts László, Czető Gyöngyi, Jávors Zsuzsanna, Gál Sándorné

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest

A nyirokrendszer szerzett károsodása gyakori tünet, de sokszor csak később kerül felismerésre. A kezelt lymphoedema súlyos szövődményekhez és fogyatékosághoz vezethet. A lymphoedemás beteg rehabilitációja igen összetett, sokféle tevékenységet igényel, hatékony gyógyszeres kezelés nem ismert és a sebészeti kezelés eredményei is vitatottak. A lymphoedemás beteg rehabilitációjával Magyarországon és külföldön is csak szórványosan foglalkoznak, az ezzel kapcsolatos ismeretek hiányosak.

Két eset bemutatása révén a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a gyakran már fiatal korban kialakuló szekunder lymphoedema rehabilitációja során a társbetegségek (diabetes mellitus, hypertonia, obesitas, ízületi betegségek stb.) igen gyakoriak, ezek kezelése fokozott jelentőségű. A rehabilitációs program során a kompressziós kezelés (manuális nyirokdrainage, gépi kompresszió, rugalmas pólyák, harisnyák alkalmazása) mellett rendkívül fontos a speciális gyógytorna, bőrápolás, betegoktatás, pszichológiai tanácsadás, dietetikai képzés és a szükség szerinti fájdalomcsillapítás, segédeszköz-ellátás is. A kezelés hatékonyságát a betegek együttműködésének hiánya és a szövődmények kialakulása kedvezőtlenül befolyásolhatja.

A bemutatott két eset alapján, saját és irodalmi tapasztalatok tükrében, a lymphoedemás beteg állapotának jellemzésére a végtagkörfogát, FNO-kódok (b260: proprioceptív-funkció, b710: ízületi mobilitás, b280: fájdalomérzet, b770: járásminta-funkciók, b810: a bőr védő funkciói, d240: stressz és más pszichés terhek kezelése, d430: tárgyak emelése és hordozása, d640: házimunka végzése), vizuális analóg skála (VAS), specifikus lymphoedema funkcionális teszt, HAQ-kérdőív megfelelőnek bizonyult.

A rehabilitáció során a megfelelő állapotfelmérés alapján a betegek számára részletes egyéni terv felállítása rendkívül fontos. A kezelés hatásosságának megítélésére, a rehabilitációban általánosan alkalmazott FIM- és Barthel-index helyett a végtagkörfogát-változás, a VAS, specifikus lymphoedema funkcionális teszt, HAQ-kérdőív, FNO alkalmasabbnak tűnnek. A jobb compliance elérése és az elért eredmény minél további megtartása érdekében szükséges a betegoktatás fejlesztése.

5. Térdfájdalomtól a műbillentyűig

Benkő Ágota¹, Hontvári Livia¹, Kránicz Ágota¹, Kulisch Ágota¹, Szekeres László¹, Simon József², Gasz Balázs², Kenéz András³, Matoltsy András³, Hajdú Katalin³

¹Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz, ²Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg,

³Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa

A szerzők 55 éves férfibeteg esetét mutatják be, aki 2009 novemberében szakrendelésen mindkét oldali térdfájdalom miatt jelentkezett. Mozgásszervi panaszainak hátterében degeneratív folyamatot valószínű-

sítettek. Előzőleg szedett nimesulid a panaszait enyhítette.

A betegnél fizikális vizsgálat alapján döntően a váll- és térdízületek, valamint a gerinc diffúz degeneratív elváltozását feltételezték, illetve valamennyi szívcső- és térdízület felett systolés zöreje volt észlelhető. Feltűnt kékesen/feketesen pigmentált orr- és fülcimpája.

Thoracolumbalis gerinc-röntgenfelvétel az intervertebralis discusok elkeskenyedését és fokozott meszesedését mutatta. Váll-, térdfelvétellel a glenohumeralis ízület előrehaladott arthrosisa, valamint gravis gonarthrosis igazolódott. Laboreredmény alapján szubklinikus hypothyreosist találtak. Echocardiographia durván kalcifikált aortabillentyűt, gravis aorta stenosiszt igazolt, koncentrikus bal kamra hipertrofiával. A klinikai tünetek és elvégzett vizsgálatok alapján felmerült aminosavanyagcsere-rendellenesség, ochronosis gyanúja.

Az ochronosis az alkaptonuria musculoskeletalis manifesztációja, ami az alkaptonuriás betegek mintegy felénél alakul ki. A homogentizinsav-oxidáz enzim örökletes hiánya, mely ochronosis pigmentek lerakódását eredményezi. Irreverzibilisen kötődik a kollagén és mucopoliszacharid-tartalmú kötőszövethez, ízületi porchoz, inakhoz, szalagokhoz, és ezeket kékesen elszínezi. A tünetek 30–40 éves kor között kezdődnek, leginkább nagyízületi (váll-, csípő-, térdízületi) arthrosissal. Jellemzően cardiovascularis és urogenitális manifesztáció alakulhat ki.

Elvégezve a további vizsgálatokat, vizelete lúgosítást követően barnásan elszíneződött, valamint a homogentizinsav nagy mennyiségben (866 mmol/mol creatinin) volt kimutatható, ami a gyanút alátámasztotta. A beteg ízületi státusa a komplex fizioterápia, valamint a nonspecifikus kezelés hatására nem javult. Kardiológiai kivizsgálása, majd az indikált billentyűműtét sikeresen megtörtént. Az aortabillentyű kékesen elszíneződött, súlyosan destruált volt makroszkóposan is, ami igazolta az ochronosis meglétét, szövettani vizsgálata folyamatban van.

A klinikai kép alapján az esetet akár lehet klasszikusnak is nevezhető degeneratív több ízület és gerinc érintettségével magyarázni, de a látható bőrtünetek és a kardiológiai eltérések együttesen indokolták tették az etiológia pontosabb tisztázását.

6. Járásképtelenséggel járó alsó végtagi fájdalom differenciáldiagnosztikája osztályunk egy esete kapcsán

Csaba Attila, Lakatos Edit, Szoó Julianna Marcella, Deme Éva

Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján

B. T.-né 69 éves nőbeteget otthonában testhelyzet-változtatást követően hirtelen fellépő bal combba nyilalló deréktáji fájdalom miatt szállította az OMSZ szerzők kórházának sürgősségi belgyógyászati ambulanciájára, járásképtelen állapotban. A beteg anamnéziséből inzulindependens diabetes mellitus,

hypertónia, nicotinismus, obliteráló arteriosclerosis, érsebészeti műtétek (aortobifemorális és bal femoropoplitealis bypass), DSA-val igazolt bal femoralis arteria álaaneurysmája emelendő ki. Az ambulancián bal alsó végtagi mélyvénás trombózis, illetve degeneratív ágyéki és csípőízületi elváltozás irányában vizsgálták, de a képfalkotó vizsgálatok panaszait magyarázó eltérést nem mutattak. Ezt követően tisztázatlan fájdalom-szindrómája, járásnehezítettsége miatt osztályukon obszerválták. Korábbi laborleleteihez képest fokozódó anemizálódást észleltek, felmerült az aneurysma rupturája, ezt ultrahangvizsgálat és érsebészeti konzílium nem támasztotta alá. Major analgetikus infúziók fájdalmát mérsékeltek. Anemia és tisztázatlan eredetű bal-alhási, inguinalis fájdalom kivizsgálása céljából a beteget belgyógyászati osztályra helyezték át, ahol tápcsatornai vérzés lehetőségét kizárták. Tovább romló vérképe és a bal lágyékhatáiban korábban is tapintott terime növekedése miatt hasi-kismedencei CT készült, ez az aneurysma rupturáját igazolta. Sürgősséggel elvégzett érsebészeti opus, vérpótlás történt. Hosszas szövődményes utókezelést követően fokozódó érszűkület és gangrena miatt végül femorális szintű amputációra került sor. Ezt követően rehabilitációs osztályukon kezelték a beteget, jelenleg protézissel járóképes. Esete rávilágít a felmerülő mozgásszervi kóreredit mellett az egyéb szakterületekhez tartozó súlyos kórképek kizárásának fontosságára.

7. A differenciáldiagnózis és gyógyítás nehézségei – interdiszciplináris együttműködés egy eset kapcsán

Deák Magdolna

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

Szerző 69 éves férfibeteg kórtörténetét mutatja be, akinek pulmonológián indultak vizsgálatai pár hónap alatti 40 kg-os fogyás, gyengeség, mellkasröntgenen látott kerek árnyék, illetve mellkasi folyadék miatt. Társbetegségei közül kiemelendő ISZB, st. post. AML, inzulinallal kezelt II. típusú diabetes mellitus, 0,5 g/die proteinuria. Mellkas-CT-vizsgálat multiplex pulmonalis nodusokat igazolt, ami elsősorban tumor vagy tbc lehetőségét vetette fel. Bronchosopia és hydrothorax punctatum vizsgálata tumorra utaló jelet vagy saválló pálcát nem mutatott, Mantoux anerg volt. Időközben magas kamrai frekvenciájú pitvarfibrilláció miatt kardiológiára adták át, ahol sikeres frekvenciakontrollt értek el. Ezt követően CT-vezérelt tüdőbiopsziát végeztek, ami nekrotizáló granulomatosus léziót igazolt. Vizsgálatai során reumatológiai konzíliumot is kértek ízületi fájdalma miatt. Jelentős fogyása és emelkedett gyulladásos paraméterei miatt a tumor, illetve infekciókutatást folytatták. A tüdő szövettani lelete felvetette Wegener-granulomatosis lehetőségét is, ezt a klinikai kép alapján kizárta. Ugyanakkor nagy- és kisízületeket is érintő eróziós polyarthrit, RF-, illetve aMCV-pozitivitás rheumatoid arthritis diagnózisát erő-

sította meg. Ennek alapján a tüdőben látott nekrotizáló granulomatosus léziók rheumatoid nodusoknak fellettek meg. A súlyos extraartikuláris manifesztációnak megfelelően elkezdett nagy dózisú methylprednisolon mellett jelentős klinikai javulást értek el. Azonban gyógyító tevékenységüket a súlyos társbetegségek limitálták: intenzív frakcionált inzulinkezelés mellett is dekompenzált cukorháztartás, majd angina pectoris és hemodinamikailag instabil magas kamrai frekvenciájú pitvarfibrilláció talaján kardiogén shock irányában progrediált állapota, intenzív osztályra történt áttétel követően exitált.

8. Terápiás irányelvek a rheumatoid arthritis kezelésében

Fritsch Kinga

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

A rheumatoid arthritis (RA) autoimmun patomechanizmusú krónikus, progresszív sokizületi gyulladás az ízületi destrukció és deformitás révén a betegek rokkantságát, fájdalmas mozgáskorlátozottságát okozhatja.

A sikeres terápia kulcsa a korai diagnózis. A diagnózishoz használt 1997 ACR klasszifikációs kritériumrendszer időközben korszerűtlenné vált.

Nem szerepel benne az aCCP (már a kezdetben is kimutatható), a rheumatoid csomók és a radiológiai elváltozások sem szolgálják a korai diagnózist. 2010-ben jelent meg az ACR/EULAR újabb klasszifikációs kritériumrendszere, ez a klinikum mellett több laboratóriumi elváltozást is figyelembe vesz.

Metaanalízisben igazolódott, hogy a betegség első évében a RA progressziója szignifikánsan gyorsabb, mint a 2. vagy 3. évében. Az ízületi károsodást megelőző és a funkcionális károsodást megelőző eredményes kezelés korán elindított betegségmódosító kezelést igényel. Cél a klinikai remisszió, vagy ha annak elérése nem valószínű, legalább az alacsony betegségaktivitás.

A RA kezelésének jelenleg általánosan elfogadott alapelvei: a DMARD-kezelés korai bevezetése, gyakori ellenőrző vizitek a terápiás eredmények szisztematikus monitorozásával, a kezelés gyors feltitrlása, kombinációs kezelés alkalmazása, biológiai terápiás szerek használata azon betegeknél, akik nem reagálnak megfelelően a DMARD-kezelésre, másodvonalbeli biológiai terápia alkalmazása azon betegeknél, akik nem reagálnak az első biológiai terápiás készítményre, valamint a kortikoszteroidok megfelelő alkalmazása kiegészítő kezelésként. Mindezeket az EULAR által 2010-ben kiadott irányelveken alapuló algoritmusa a RA kezelésére három fázisban foglalja össze.

Az etiopatogenezis megismerésével párhuzamosan a terápia is dinamikusan változott, az aktuális terápiás javaslat korántsem tekinthető véglegesnek. Vannak még tisztázandó kérdések: meddig adjuk a biológiai terápiát? A tartósan adott biológiai terápiának milyen

következményei vannak? Milyen betegségcsoportban érdemes biológiai terápiával kezdeni?

9. A subcutan calcinosis terápiás kihívása

Fülöp Angéla, Rojkovich Bernadette

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

A subcutan calcinosis a betegek életminőségét jelentősen csökkenti, nem csupán a felforrósított kozmetikai problémák, lokális fájdalom, mozgáskorlátozottság, hanem az esetenként jelentős funkcionális károsodás révén is.

Az 57 éves nőbeteg seronegativ polyarthritise 1999-ben kezdődött, 2003 óta észlelhető progrediáló, szövettanilag igazolt subcutan calcinosis. A klinikum (calcinosis, Raynaud-szindróma, sclerodactylia, teleangiectasia), radiológiai kép (kéz-, láb-rtg-en calcinosis) alapján szerzők betegségét limitált cutan szisztémás sclerosisnak tartották (Crest-szindróma) Oesophagus dysmotilitása, szisztémás érintettsége nem volt.

A subcutan calcinosis kezelése valódi terápiás kihívást jelent. A per os kortikoszteroid terápia nem eredményes, de az intralesionális alkalmazás a calcinosis javulását eredményezheti. Korábbi eseteleírások szerint a diltiazem a subcutan calcifikáció regresszióját és a tünetek javulását eredményezi. Az alacsony dózisú warfarin hatékony lehet a korai vagy közepesen súlyos betegségben. A biszfoszfonát-kezelés hatékonysága korlátozott. Az alacsony dózisú colchicin a lokális gyulladásos reakció időszakos szuppresszióját eredményezheti. Az esetenként végzett sebészeti kezelést gyakran recidíva követte.

Következésképpen a subcutan calcinosis kezelésére vonatkozó megbízható farmakológiai módszerek nem állnak rendelkezésünkre. A fenti kezelési eljárások esetenként eredményesek lehetnek, széles körű randomizált vizsgálatok szükségesek ezek bizonyítására.

10. Az UH jelentősége a rheumatoid arthritis korai diagnosztikájában

Fülöp Angéla, Rojkovich Bernadette

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

Az 50 éves nőbeteg anamnéziséből egyéves kora óta psoriasis vulgaris emelhető ki. 1986-ban kezdődő polyarthritise miatt más intézetben per os steroid- és NSAID-terápiában részesült. 2008. szeptemberben szerzők osztályára történő felvételekor jelentős ízületi aktivitású (DAS28: 7,55) seropositív rheumatoid arthritist (RA) diagnosztizáltak. Bennfekvése alatt methotrexat betegségmódosító terápiát indítottak, amit ineffektivitás miatt később sulphasalazinnal társítottak. 2009. májusban (DAS28: 7,13) adalimumab biológiai terápiát indítottak. A 2009. augusztusi kontrollon ízületi aktivitása már jelentősen csökkent (DAS28: 5,54). Átmeneti mérsékelt ízületi aktivitást követően seropositív RA-e már hónapok óta remisszióban van,

bőrjelensége sem aktív.

A radiológiai károsodás a RA korai fázisában megjelenik. Az UH és az MRI hasznos a korai RA diagnosztikájában: mindkét technika alkalmas a synovitis detektálására, mindkettő képes detektálni a csont-eróziót még a radiológiai jel előtt. Az UH és az MRI számos előnyt kínál a RA monitorozásában és a jobb betegségkontroll elérésében. A „valós” remisszió meghatározása a jelenlegi kritériumokkal nehézségekbe ütközhet. Ugyanakkor a különféle mérőmódszerekkel történő gyakori állapotfelmérés kiemelt jelentőségű az agresszív kezelés során, melynek célja a remisszió.

Az UH-képalkotás az utóbbi időkben a remek feloldóképességének és a készülékek elérhetőségének köszönhetően a mindennapi reumatológiai gyakorlat részévé vált és lehetővé teszi a fent vázolthoz hasonló esetek korai diagnózisát.

11. A temporomandibuláris ízületi betegségek a reumatológiai gyakorlatban

Gáti Tamás

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

A krónikus fájdalom kezelése jelenti az egyik legnagyobb kihívást számos egészségügyben dolgozó számára. A fájdalomambulanciákon jelentkező betegek 40%-a fej vagy nyaki fájdalom miatt fordul segítségért.

A temporomandibuláris (TM) ízületi betegségek a leggyakoribb, nem fogászati bántalmakhoz asszociált orofaciális fájdalom okozói. (Egy felmérés szerint a felnőtt amerikai lakosság 6%-ának volt az elmúlt fél év alatt TM fájdalma).

A TM betegség gyűjtőfogalom, amely számos klinikai állapotot jelölhet akár ízületi, akár környéki izmok érintettségére vagy az egyéb járulékos környezeti képletekre.

A TM ízület érintettsége a reumatológia területén főleg arthritisek kapcsán jelentkezik, de mivel utalhat akár különböző traumákra, fertőzésekre, degeneratív, metabolikus betegségekre és statikai eltérésekre is, ezeket is ki kell zárni a differenciáldiagnózis során. A diagnózisban támpontot nyújt az Orofaciális Fájdalom Társaság klasszifikációja. A differenciáldiagnózisban továbbá segítséget nyújthatnak a klinikai tünetek és az anamnézis. Általában a betegek fej-, nyak- vagy fülfájásról panaszkodnak.

A TM ízületi betegségek konzervatív és nem invazív módon történő kezelése ajánlható a legjobb effektus miatt is.

12. Elektroterápia csontrendszeri vonatkozásai EBM-adatok tükrében

Gomez Izabella

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Az EBM elve az orvosi gyakorlat alapvető, megkerülhetetlen részévé vált. Így a fizioterápia is az orvoslás olyan gyakorlatát kell hogy jelentse, amely tényeken (evidenciákon), magas színvonalú kutatásokon alapul. Azonban a patofiziológiai háttér ismerete, a klinikai szakértelem, a betegek egyedi tulajdonságainak, valamint olyan addicionális faktorok, mint pl. természeti adottságok, kulturális szokások, egészségpolitika sajátosságainak figyelembevétele is igen fontos. Minden tényező együttes mérlegelése után következik a beteg érdekét szolgáló döntés.

Számos vizsgálatot végeztek az elektroterápia osteológiai alkalmazásával kapcsolatban. Az elmúlt években e témában egyre több magasabb színvonalú, tudományos értékű közlemény jelent meg. A molekuláris, sejtbiológiai és állatkísérletes tanulmányok az elektroterápiás eljárások hatásmechanizmusát igyekeznek feltárni – részben sikerrel.

Az eddig megjelent randomizált kontrollált vizsgálatok szerint az elektroterápia különböző formáinak létjogosultságuk van az osteoporosis és más csontanyagcsere-betegségek kezelésében is. A pozitív eredmények ellenére azonban a pulzáló mágneses tér, ultrahang és iontoforetikus terápiák tekintetében nagyrészt csak alacsony evidenciájú adatok állnak rendelkezésre, nagymértékű a közlemények heterogenitása, nem összehasonlíthatók a kísérleti eredmények, így metaanalízis nehezen végezhető.

13. Osteoporosis és spondylitis ankylopoetica: diagnosztikus és terápiás nehézségek

Gulyás Kata

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Az osteoporosis (OP) a spondylitis ankylopoetica (SPA) gyakori szövődménye, és súlyos formában jelentkezhet már rövid betegségfolyást követően is, ami leggyakrabban kompressziós csigolyatörésekben nyilvánul meg. Irodalmi adatok alapján az OP súlyossága összefüggést mutat a SPA aktivitásával és a gyulladást mediáló proinflammatorikus citokinszintekkel (TNF-alfa és IL-6). A SPA-hoz társuló OP gyakorisága alulbecsült, mivel a betegség leggyakrabban a fiatal-középkorú férfiakat érinti, és a szokványos OP-szűrővizsgálati szokások alapján a gondozó orvosok ritkán gondolnak társuló porosisra. Ráadásul a rutinszerű DEXA-vizsgálatok a gerinc vonatkozásában rendszerint értékelhetetlen eredményt adnak, különösen előrehaladott betegség esetén, mivel ilyenkor a SPA-hoz társuló csontújdonképződés elfedi a OP következtében létrejött denzitáscsökkenést. A DEXA-vizsgálat során a combnyakon mért denzitásértékek használhatók a törési rizikó jellemzésére. Bár jelenleg nem állnak rendelkezésre megfelelő szűrési és kezelési protokollok, mégis mindenképpen javasolt a súlyos és hosszan tartó betegségfolyású betegek évente-kétévente való szűrése. A kezelésben elsődleges a SPA aktivitásának hatékony kont-

rollálása primer prevencióként, és már kialakult OP esetén bisphosphonate-terápia alkalmazható a súlyos életminőség-romlást okozó csonttörések kivédésére.

14. A sejt-eredetű mikropartikulák szerepe reumatológiai kórképekben

György Bence

Semmelweis Egyetem, Budapest

A mikropartikulák (mikrovezikulák) pro- és eukaryota-sejtek által termelt, membránnal körülvett struktúrák. Gyakorlatilag minden biológiai folyadékban – így vérben, ízületi folyadékban stb. – megtalálhatók, így különböző betegségek diagnosztikus, prognosztikus markerei lehetnek a jövőben. Több tanulmány igazolta, hogy autoimmun – így számos reumatológiai – kórképben jelentősen emelkedett a mikropartikula-szám a vérplazmában. Ugyanakkor a standard módszerek hiánya egyelőre nem teszi lehetővé a rutin diagnosztikus alkalmazásukat. Kimutatták, hogy a mikropartikulák jelentős méretbeli átfedést mutatnak az immunkomplexekkel, így a konvencionális mikropartikula vizsgálatok az immunkomplexeket is mérhetik, ami különösen autoimmun betegségekben lehet probléma. Jelenleg nagy erővel folyik a standardizációs protokollok kialakítása, ami a jövőben valószínűleg lehetővé teszi, hogy a mikropartikulákat diagnosztikus vagy prognosztikus markerként használhassuk.

15. Egy pertrochanter törés kálváriája...

Hontvári Livia¹, Kráncz Ágota¹, Kulisch Ágota¹, Benkő Ágota¹, Kricsfalusi Mihály², Szekeres László¹

¹Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház Nonprofit Kft., Hévíz, ²Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest

Szerzők 70 éves, diabetes mellitus és hypertonia miatt gondozott nőbetegük esetét ismertetik, aki 2008-ban jobb oldali darabos pertrochanter-, subtrochanter törést szenvedett. Más intézményben Fi-szegezés, majd rehabilitáció történt, de erős fájdalmak, a végtag minimális terhelhetősége, visszamaradt járászavar okán traumatológiai kontrollok, konzervatív próbálkozások sora, majd reoperáció, részleges fémanyag-eltávolítás történt.

Reumatológiai osztályukra 2010 márciusában került komplex balneo-fizioterápia céljából. Elégtelen törésgyógyulás, fémanyagtörés, a törési terület instabilitásának észlelése mellett infekt folyamat lehetősége is felmerült, emellett osteológiai kivizsgálását is elvégezték, de osteoporosis nem igazolódott. A fenti okok miatt konzultáció történt reoperáció kérdésében a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház, Rendelőintézet és Baleseti Központtal, ahol sikeres revíziós és rekonstrukciós műtéten esett át ez év májusában, vizsgálataik az infekt csontfolyamatot kizárták.

A beteg a napokban távozott rehabilitációs osztályukról. Aktuális radiológiai státusa megfelelő, markáns kalluszképződést, a törési rés jelentős halványodását mutatta, járásképesége, terhelhetősége fokozatosan javul, fájdalmak nélkül él. A beteg hosszas szenvedésével járó eset taglalásán túl az esetleges differenciáldiagnosztikai problémákról, a beteggel kapcsolatos további teendőinkről is beszámolnak.

16. Kisereket érintő ANCA-asszociált vasculitisek – esetismertetés

Horváth Eszter, Harsányi Judit, Németh Csilla, Babarcsi Edit, Dolgos Szilveszter, Vörös Péter
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest

A kisereket érintő anti-neutrophil cytoplasmaticus antitest- (ANCA) asszociált vasculitisek a primer vasculitisek csoportjába sorolhatóak, amelyekben a keringő autoantitestek antigénjei a neutrophil granulocyták alfa- (azurophil) és szekunder granulumaiban megtalálható enzimek. Ezek alapján beszélhetünk proteináz-3-ellenes (cytoplasmaticus [c-ANCA], illetve myeloperoxidáz ellen irányuló) perinuclearis (p-ANCA) autoantitestekről. A kisereket érintő ANCA-pozitivitást mutató vasculitisek közé sorolható a Wegener-granulomatosis, a Churg-Strauss-szindróma és a mikroszkópos panarthritis.

Szerzők vizsgálatuk során két beteg esetével foglalkoztak, akiket osztályukon kezeltek alig egy hónap alatt kialakult, hemodialízist igénylő veseelégtelenség miatt.

Első esetük Cs. K. 43 éves nőbeteg, aki progresszív veseelégtelenség miatt került felvételre. Betegüknél c-ANCA-pozitivitás igazolódott, valamint a klinikai, illetve különböző laboratóriumi, hisztológiai és radiológiai vizsgálatok is alátámasztották Wegener-granulomatosis fennállását.

Második betegük S. P. 60 éves férfi, akit szintén gyorsan romló vesefunkciós értékei miatt kezeltek. Esetében p-ANCA-pozitivitást találtak, és az elvégzett vesebiopszia mikroszkópos panarthritis fennállását igazolta.

Mindkét esetben hemodialízis mellett a kezdeti terápia a protokollnak megfelelő, a remisszió-indukcióhoz szükséges nagy dózisú prednisolon-kezelés volt. Első esetükben a kialakult tüdővérzés miatt plazmaferesis vált szükségessé, második esetben a remisszió-indukciót nagy dózisú cyclophosphamid-terápiával egészítették ki.

Első esetükben a terápia hatására javuló vesefunkciós értékeket tapasztaltak, a hemodialízis kezelése elhagyása lehetségessé vált, utánkövetése, terápiaja jelenleg is folyamatos. Második esetükben a vesefunkciós paraméterek nem mutattak jelentős változást, művesekezelés elhagyása nem volt lehetséges, terápiaja és követése jelenleg is tart.

17. Echinococcus vagy Mycobacterium?

Hulló Daniella, Kovács László

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A 63 éves, Pest megyében élő nőbetegét bőrgyógyászati osztályról küldték konzíliumra 2010. márciusban. 18 éve ismert psoriasis, amihez gerinc- és perifériás ízületi panaszok is társulnak.

7,5 mg/hét dózisban methotrexat-terápia májfunkciós eltérést okozott, acitrerin hajhullás miatt lett leállítva, cyclosporin-kezelés közben allergiás bőrtünetek jelentkeztek, leflunomid szedése során diverticulitisből származó vérzés lépett fel. Anamnézisében Echinococcus-fertőzés, Chlamydia- és Mycoplasma-IgG-seropozitivitás, jobb oldali végtagizom-gyengeség, monoclonális gammopathia szerepel. Az őt gondozó területileg illetékes bőrgyógyászati osztályon az előbbiekre tekintettel nem vállalták a biológiai terápia elindítását.

Szerzők intézményének bőrgyógyászati osztályán aktív bőrfolyamata miatt prednisolon-terápiát indítottak. Ezzel párhuzamosan perifériás ízületi panaszai megszűntek. Állapotfelmérés céljából járt ambulanciájukon. Ekkor a korábban lezajlott perifériás arthritise utaló szimmetrikusan ankylotizáló csuklóízület, mindkét kézen hatványjak deformitások voltak láthatóak, emellett a teljes gerinc csökkent mozgásterjedelmét állapították meg. Az aktivitási indexek közepes aktivitásra utaltak.

Az időközben elkészült Mantoux-próba hyperergnek bizonyult, majd a Quantiferon-teszt is pozitivitást mutatott. Az immunszuppresszív prednisonolt elhagyták. A beteg korábbi polyvalens gyógyszerallergiás hajlama a megkezdett antituberkulotikus terápia elindítását követően azonnal reakciót mutatott, néhány nap után az INH-t le kellett állítani.

Az előjegyzett reumatológia kontrollvizsgálatra az ízületi radiológia felvételek mellett a beteg hozott az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet 2 egymástól független pulmonológusától származó leleteket, amelyben leírásra került: tbc-re utaló aktivitás nem igazolható, a gátlószeres kezelés nem indokolt, a biológiai terápia elindításának ellenjavallata nem áll fenn. A korábban lezajlott Echinococcus-fertőzés maradványtünetei okozzák a kóros radiológiai és laboratóriumi eltéréseket.

A prednisolon-terápia leállítását követő rebound-jelenség minden tünete látható volt, testszerte tenyérnyi kiterjedésű erythemás bőrelváltozásokkal, szimmetrikus MCP, csukló-, boka- és lábkisízületi aktív arthritis, dorsalis és sacralis gerinc éjszakai fájdalom.

Minden szakterület írásba adta, hogy a biológiai terápia elindítható. A betegnél golimumab-terápiát indítottak, havonta történik pulmonológiai kontroll.

A magas rizikójú betegnél 3 hónapos kezelés mellett mind a bőr, mind az ízületi aktivitás jelentősen csökkent, mellékhatást, tbc-t vagy egyéb infekciót nem észleltek.

18. FRAX-kérdőív alkalmazásával szerzett tapasztalataink

Imre Orsolya, Náfrádi Lilla, Böröcz Ágnes, Varga Eszter, Vadon István

Vas Megyei Markusovszky Kórház Zrt., Szombathely

Az osteoporosis a metabolikus csontbetegségek népegészségügyi szempontból legfontosabb kórképe, és egyre nagyobb méreteket ölt a népesség elöregedésének és a civilizációs ártalmak erősödésének köszönhetően. Következményei között számon tartott csípő- és csuklótáji törések a társadalomra mind direkt, mind indirekt költségeit tekintve jelentős terheket rónak. A törésen átesett betegek rizikója az első törést követően megsokszorozódik, ezért antiporotikus kezelésük elengedhetetlen lenne. Törési rizikóbecslés céljából fejlesztették ki a FRAX-kérdőívet. A szerzők a Markusovszky kórház traumatológiai osztályával együttműködésben 2009. szeptember és 2010. február közötti időszakban csípő- és csuklótörést szenvedett betegek adatait (n=51) dolgozták fel a kérdőív alapján, vizsgálták a betegutakat a töréstől egészen az osteoporosis diagnózisáig. Ezt követően ez idő alatt csukló-, illetve csípőtáji törésen átesett összes beteg (n=268) adatai is feldolgozásra kerültek.

Összességében elmondható, hogy a FRAX-kérdőív a törési rizikóbecslésre – megszorításokkal ugyan – de jól alkalmazható. A feltételezhetően osteoporotikus törést elszenvedett betegek elenyésző számban kerülnek csonttritkulás irányában kivizsgálásra, és ez az arány megfelelő betegutak kidolgozásával és hatékonyabb együttműködéssel növelhető. A törésgyógyulás és következő törés megelőzése szempontjából a megfelelő, időben elkezdett antiporotikus terápia elengedhetetlen.

19. Biológiai terápiás betegek tuberculosis-szűrése Interferon-Gamma Release Assay használatával

Juhász István Ábel¹, Korda Judit², Rojkovich Bernadette¹

¹Budai Irgalmasrendi Kórház, ²Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Mivel a biológiai terápiák immunszuppresszív hatása közzismert, a fertőzések korai felismerése igen fontos feladat. A TNF-alfa-gátlók mellett előforduló fertőzések közül a tuberkulózisnak kiemelt jelentősége van. Számos módszer létezik a tbc kimutatására. Bár végleges bizonyosságot a tenyésztés adhat, ez túl sok időt vesz igénybe, ezért gyorsabb módszereket fejlesztettek ki. Ezek közül az egyik legrégebben használt a Mantoux-próba, amely azonban nemcsak tbc-s fertőzés, hanem BCG-oltásból származó védettség esetén is pozitív reakciót ad. A BCG-oltásból származó védettség és a latens- vagy aktív tuberculositis fertőzés gyors elkülönítésére a patogén mycobakté-

riumok fehérjéinek hatására a vérben felszabaduló gamma-interferon mennyiségét mérő tesztek, Interferon-Gamma Release Assayk (IGRA) alkalmasak. Szerzők az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben és a Budai Irgalmasrendi Kórházban a QuantiFERON-teszt alkalmazásával nyert tapasztalatokat összegzik 6 QuantiFERON-pozitív eset bemutatásával. Tapasztalataik szerint a teszt nemcsak a latens-tbc biológiai terápia előtti szűrővizsgálatára alkalmas, hanem biológiai terápia mellett kialakult tbc-s fertőzés kimutatására is.

20. Klasszifikációs kritériumok kidolgozása polymyalgia rheumaticában – nemzetközi, prospektív, multicentrikus, longitudinális vizsgálat. ACR-EULAR munkacsoport polymyalgia rheumatica klasszifikációs kritériumok

Mandl Péter és mtsai.

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Szerzők célja ACR/EULAR klasszifikációs kritériumok kidolgozása polymyalgia rheumaticában (PMR): kandidáns kritériumok vizsgálata újonnan kezdődő kétoldali vállfájdalommal jelentkező betegek prospektív, multicentrikus, longitudinális vizsgálata során.

Konszenzus konferencia, illetve Delphi-felmérés során kandidáns beválasztási/kizárási kritériumok kerültek meghatározásra, amelyeket hat hónapos prospektív vizsgálat során értékelték, amelyben 50 év feletti frissen diagnosztizált PMR-s betegek, illetve a PMR-t utánzó betegségekben (pl. kezdődő rheumatoid arthritis [RA], kötőszöveti betegség, vállízületi megbetegedések, fibromyalgia, osteoarthritis stb.) szenvedő, újonnan jelentkező kétoldali vállfájdalmat panaszoló kontrollbetegek vettek részt. A vizsgálat során az alábbi adatok kerültek rögzítésre: klinikai adatok és tünetek, laboreredmények, kezelési protokoll, ultrahangvizsgálat eredményei, MHAQ, SF-36, fájdalom mértéke. A kritériumok hatékonyságát a kontroll- és PMR-s betegek elkülönítésében (a 26. héten) egyenként jellemezték c-statisztika, azaz a ROC (receiver operator curve) görbe alatti területtel.

A 92 PMR beteg 80%-ára jellemzők voltak az alábbiak: két hete vagy annál régebben fennálló kétoldali vállfájdalom, több mint 45 perces reggeli merevség-érzés, gyorsult vörösvértestsüllyedés (We), illetve CRP. A PMR-s betegek 73%-ában a fenti három tünetből valamennyi fennállt, míg a 131 kontrollbeteg csak 29%-ánál voltak ugyanezen tünetek megtalálhatóak. A vizsgálat során pontozási algoritmus is meghatározásra került, amely 76%-os szenzitivitással és 77%-os specificitással különböztette meg a PMR-s betegeket a kontrollbetegektől.

Az 50 évnél idősebb, kétoldali vállfájdalommal jelentkező betegek betegségét PMR-nak klasszifikálhatjuk, amennyiben legalább 45 perces reggeli merevség-érzés, gyorsult CRP/We és újonnan kezdődő csípő-

fájdalom is fennáll, de perifériás synovitis, illetve rheumatoid faktor-/anti-CCP-pozitivitás kizárható.

21. 3:1 – jó tapasztalatok iv. ibandronáttal négy eset kapcsán

Monduk Péter Zoltán

Várkertfürdő, Pápa

Az előadó röviden összefoglalja a bisphosphonátok általános jellemzőit s 4 eset kapcsán bemutatja, milyen tanulságokat lehet levonni iv. ibandronát alkalmazásával kapcsolatban. Az előadó emellett összegzi öt éves, ibandronát alkalmazása mellett szerzett tapasztalatait.

22. Kikuchi-Fujimoto-betegség

Nagy Dorottya

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A Kikuchi-Fujimoto-betegség a nyirokcsomók histiocytás nekrotizáló gyulladásával járó ritka, benignus, idiopathiás kórkép. Előfordulási gyakorisága Ázsiában a legmagasabb, de világszerte írtak le eseteket. Leggyakrabban a 25–30 éves női korosztály érintett. Klinikai tünetei a nyaki lymphadenopathia, láz, arthralgia, testsúlycsökkenés, myalgia, splenomegalia és bőrképződmények. A kórkép általában 1-3 hónap alatt gyógyul, a betegség kiújulása és a letális kimenetel ritka. A betegség etiológiáját tekintve fertőzőes és autoimmun eredet merült fel. Hisztológiai lelete a histiocyt proliferáció és a nyirokcsomók nekrozisa. Differenciáldiagnosztikai szempontból elsősorban a Hodgkin-lymphoma, szisztémás lupus erythematosus (SLE), lymphadenopathia, tbc, mononucleosis infectiosa, valamint a Kawasaki-szindróma kórképek jönnek szóba.

Szerző munkája során 1978-ban született nőbeteg esetét dolgozta fel. 2004-ben felsőlégtúti hurutot és hasmenést követően 6 hétig tartó magas láz, nyaki lymphadenopathia, vándorló lokalizációjú rash, viszkető exantheaemák, pillangó erythema, alopecia, polyarthralgia, nyaki, váll-, csukló-, térd- és kézcsízületeket érintő arthritis, valamint polymyalgia tünetei jelentkeztek. Laborparaméterei közül az extrém gyorsult CRP, leukopenia és magas májenzim értékek emelendők ki.

A szisztémás tünetek 3 hónap alatt spontán, lokális szteroidterápia mellett rendeződtek. A laborértékeiben megfigyelt átmeneti leukopenia, a hisztológiai lelet, a negatív szerológiai és immunológiai vizsgálatok, valamint a szisztémás tünetek spontán remissziója Kikuchi-betegség diagnózisát támasztották alá. Az immáron 6 éve perzisztáló, komplex fizioterápiára csak mérsékelten javuló polyarthritis miatt azonban a felnőttkori Still-betegség lehetőségét sem tudták kizárni. Az időközben megjelenő costovertebrális és sternoclaviculáris ízületek, nyaki, derék- és perifériás nagyízületi panaszok, valamint a szemek időszakos érzékenysége miatt SNSA gyanúja is felmerült.

A Kikuchi-Fujimoto-kór ritka előfordulási gyakorisága ellenére a fent ismertetett tünetek megjelenése esetén számolni kell a betegség kialakulásával, valamint a tünetek gyakori fellángolása miatt a betegek hosszú távú utánkötése javasolt. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos a betegség elkülönítése bizonyos autoimmun kórképektől, mivel egyes elméletek szerint a Kikuchi-Fujimoto kór a SLE prekurzoraként is megjelenhet.

23. Coeliakiás betegek osteoporosiskezelésének sajátosságai

Nemes Adrienn

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

A coeliakia, mint a vékonybél krónikus, autoimmun patomechanizmusú betegsége, alapvetően a gastroenterológia tárgykörebe tartozik, de a kórkép kezelésében, olykor még a felismerésében is kulcsfontosságú szerep juthat a reumatológusnak. A felnőttkori lisztérzékenység gyakran atípusosan, intestinális tünetek nélkül manifesztálódik, és kezeletlen esetben súlyos metabolikus osteopathiát okozhat. A malabszorpcióval járó hiányállapot nem mindig teljes, és a betegség ezerarcú tünettana megnehezíti a felismerést. A vékonybélnyálkahártya-károsodás talaján kialakuló malabszorpció főbb összetevői a vashiányos anémia, hypalbuminemia, polyhypovitaminosis, hypocalcemia. A metabolikus osteopathiát elsődlegesen a felszívódási zavar nyomán fellépő csökkent D-vitamin-szint és a következményes szekunder hyperparathyreosis magyarázza.

A diagnózis megszületése után a terápia, ezen belül a coeliakiához második leggyakrabban társuló mozgásszervi eltérés, az osteoporomalatia kezelése is számos buktatót rejt magában. A szigorú gluténmentes diéta mellett a fennálló hiányállapotok ésszerű szupplementációja javasolt. A lassú szövettani resztitúció, a relatív tünet- és panaszmentesség ellenére sem kielégítő felszívódás miatt a coeliakiás betegek osteoporosiskezelése különös figyelmet igényel. A terápia elengedhetetlen eleme a kalcium és D-vitamin. Reszorpciógátló szerek alkalmazásakor preferálandó a parenterális forma. Az eredményes kezelés nélkülözhetetlen része a szoros monitorozás.

Szerző munkájában bemutatja a coeliakia felnőttkori, extraintestinális formájának tüneteit, felvázolja a kialakuló metabolikus osteopathia tényezőit, rávilágít a kezelés jelentőségére, felsorolja a terápiás lehetőségeket. A szakirodalom áttekintése mellett ambulanciáján kezelt betegek esetein keresztül ismerteti a gluténmentes diéta csontanyagcserére kifejtett hatását. Végül összefoglalja az adekvát kezelés sajátosságait és felhívja a figyelmet a kezelés multidiszciplináris jellegére.

24. Juvenilis idiopathiás arthritis és amyloidosis

Németh Ágnes¹, Nagy Gergely², Szűcs Gabriel¹, Szekanecz Zoltán¹

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A szerzők 1982-ben született nőbeteg esetét mutatják be, akinek 1990 óta ismert juvenilis idiopathiás arthritis (JIA – szeronegatív, polyarticularis forma). Betegségmódosító szerként methotrexátot kapott. 2007-ben jelentkezett a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Reumatológiai Tanszékén. Ekkor kifejezett aktivitási tünetek voltak észlelhetők, ezért biológiai terápiás szerként a betegségmódosító terápia mellé etanercept-kezelést indítottak. A 3., majd a 6. hónapos kontrollon látható volt az aktivitás jelentős csökkenése. Ezt követően betegük 3 évig nem jelent meg orvosi kontrollon, gyógyszereit elhagyta. 2010 júliusában jelentkezett legközelebb szerzők tanszékén, jelentősen leromlott általános állapotban. A generalizált oedema mellett pleuralis folyadék és ascites is észlelhető volt a nephrosis-szindróma egyéb tüneteivel. A gyorsult süllyedés és emelkedett CRP hátterében az ízületi aktivitás állt. Az alkalmazott kombinált diuretikus terápia mellett erélyes albuminopótlással egy ideig állapota stagnált, majd súlyos hypotonia alakult ki, ami miatt intenzív osztályos felvétel vált szükségessé. A hypotonia hátterében a nephrosis-szindrómához társult hypalbuminaemia állt, ami miatt az intravascularis volumen csökkent. Emellett infekció és Addison-krisis is súlyosbította a képet. A klinikai tünetek hátterében szövettannal igazolt (vesebiopsia) AA-típusú amyloidosis állt, ez feltehetően érintette a mellékvesét és gastrointestinalis traktust is. Az albuminopótlást átmeneti katekolamin támogatással és intravénás hydrocortison adásával kellett kiegészíteni. Az infekció szanálódását követően betegük két alkalommal részesült etanercept-injekcióban, ennek hatására gyulladásos paraméterei normalizálódtak, proteinuria csökkent. Az állapota átmenetileg javult, majd hirtelen kialakult bradycardia és légzésleállás miatt zajlott cardiopulmonalis resuscitáció sikertelen volt és bekövetkezett az exitus letalis.

Juvenilis idiopathias arthritisről akkor beszélünk, ha a tünetek 16 éves kor előtt jelentkeznek. Megkülönböztetünk polyarticularis, oligoarticularis és szisztémás formát. Terápiája a tüneti terápián kívül a megfelelő betegségmódosító, és bizonyos paraméterek esetén a biológiai terápia.

Megfelelő kezelés mellett ma már a rheumatoid arthritis és JIA ritkán vezetnek amyloidosis kialakulásához. Szekunder amyloidosis során szérumamyloid-A-ból álló amyloidfilamentumok képződnek és rakódnak le a különböző szervekben. Az amyloid-A akut fázisfehérje, szintje krónikus gyulladásos állapotokban jelentősen megemelkedik. Az amyloidosis tünetei az érintett szerv károsodásától függenek. Hatékony oki

terápia nem ismert, vannak adatok a TNF-alfa-gátlók hatékonyságával kapcsolatban. Legfontosabb az ismert gyulladásos reumatológiai kórképekben az amyloidosis kialakulásának megelőzése a megfelelő betegségmódosító terápia megválasztásával.

Esetünkben is látható, hogy az etanercept már két injekció után is hatékonyan csökkentette nemcsak az aktivitást, hanem a proteinuria mértékét is. Emellett a kezeletlen esetek még napjainkban is átmehetnek amyloidosisba, és ez a többszervi elégtelenség miatt gyakran halálos kimenetelű.

25. Boeck-sarcoidosis – a reumatológus szerepe (esetbemutatás)

Németh Réka

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

A Boeck-sarcoidosis ismeretlen eredetű, granulomaképződéssel járó szisztémás kórkép. Elsősorban a tüdőben manifesztálódik, de bármely szervrendszert érinthet.

Szerző 50 éves nőbeteg esetét mutatja be, akinél a lábszáracon észlelt erythema nodosum, mindkét oldali bokaizületi duzzanat, jelentős mozgásbeszűkülés, térd- és kézizületi arthralgiák, étvágytalanság, fogyás, rossz közérzet hátterében mediastinoscopiával igazolt Boeck-sarcoidosis verifikálódott.

Előadásában kitér a diagnosztikus útra, a differenciáldiagnosztika lépéseire, az extrapulmonális manifesztációk fontosságára és a terápia szükségességének kérdéskörére.

Felhívja a figyelmet arra, hogy az ízületi fájdalmakkal reumatológusokhoz forduló betegek panaszainak hátterében más szakterületekhez tartozó megbetegedések is állhatnak.

Fontos, hogy gondoljunk ezekre, és a megfelelő szakorvoshoz irányítsuk a beteget.

26. Rheumatoid arthritis és atherosclerosis

Pálfi Patrícia

Semmelweis Egyetem, Budapest

Az atherosclerotikus folyamatok hátterében régóta ismertek major rizikófaktorok – pl. magas vérnyomás, zsírsanyagcsere zavarai, dohányzás, cukorbetegség – azonban az elmúlt években nyilvánvalóvá vált mind ezek mellett a gyulladás igen jelentős kóroki szerepe. Autoimmun betegségek közül elsősorban rheumatoid arthritisben (RA) szenvedőkön végezték a legtöbb vizsgálatot, ugyanis ismert, hogy ebben a körben a korai halálozás vezető oka a fatális kimenetelű kardiovaszkuláris történés. Az emelkedett kardiovaszkuláris rizikó hátterében a szisztémás gyulladás mellett az is szerepet játszik, hogy az érlemezésedés egyéb rizikófaktorai gyakrabban találhatók meg ebben a betegcsoportban, valamint a terápia során alkalmazott gyógyszerek hozzájárulhatnak a felgyorsuló érlemezésedés folyamatához. Az EULAR legutóbbi ajánlásában felhívja a figyelmet arra, hogy a RA független

rizikófaktor a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek, rendszeres rizikómonitorozás szükséges, ami lehetővé teszi a gyógyszeres terápia megfelelő időben történő változtatását, kiegészítését. Szerző rövid áttekintést nyújt a témáról előadásában.

27. Az összeális rendszer kapcsolata a lipid- és szénhidrát-metabolizmussal

Ruzicska Éva

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A csontszövet mint endocrin szerv kapcsolódik a szénhidrát-metabolizmushoz. Az osteoblastok és az adipocyták a csontvelőben egyaránt közös mesenchymalis őssejtből fejlődnek. Az osteoblastok inzulintermelést befolyásoló, illetve az adipocyták inzulinszenzitivitását befolyásoló faktorokat termelnek. A zsírszövet viszont hormonálisan aktív, és részt vesz a csontforgalom szabályozásában. Napjainkban új jelátviteli utak kerültek előtérbe a csontképződés fokozásához és a törések megelőzéséhez. Ezek a faktorok a következők lehetnek: leptin, osteocalcin, PPAR- γ 2, Wnt/beta-catenin-rendszer. A leptin az étkezés beszüntetését, jóllakottság érzését eredményezi az agyban. Az étvágy szabályozásán keresztül befolyásolja az anyagcserét. A leptingén mutációja esetén leptinrezisztencia jöhet létre, ami igen magas leptinszinttel és leállíthatatlan étvággal, következményes patológiás elhízással jár. A leptin a csontállomány mennyiségét is képes befolyásolni. A thiazolidindionok – PPAR- γ -agonisták főhatásai a zsírs sejtekben lévő PPAR-gamma-receptor stimulálásán keresztül valósulnak meg. Azonban számos pozitív hatásuk mellett csökkentik az osteoblastogenezist, a csonttörések számát emelik. A csontokban megtalálható osteocalcin nevű fehérje a csontképzés markerként eddig is jól ismert volt. Ezentúl azonban emeli az adiponektin- és az inzulintermelést a zsírs sejtekben és a pancreás β -sejtjeiben, illetve a β -sejtek proliferációját is serkenti. Ezáltal a csontszövet részt vesz a vércukorszint szabályozásában, így alapvetően megváltoztatva a csontváz szerepéről alkotott képet. Ezek az új jelátviteli utak a jövő terápiás lehetőségeiként szolgálhatnak.

28. A biológiai terápiák során szükségessé vált gyógyszerelváltások okai a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Reumatológiai Tanszék beteganyagában

Székelly Szentmiklósi Klára

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A biológiai terápia olyan innovatív gyógyszeres kezelést jelent, amely a szervezet kóros gyulladásos folyamatába egyes aktivált sejtekre vagy sejtermékekre gyakorolt nem kémiai, hanem biológiai hatásával

a kórfolyamat egy adott pontján célzottan avatkozik be. Ezért a biológiai terápiát kórlényegi beavatkozásnak tartjuk, ami elvezethet a különböző kórképek oki kezeléséhez is. A célzottan ható biológiai gyógyszer-molekulák biotechnológiai úton előállított fehérjetermészetű anyagok, legtöbbször ellenanyagok. A reumatológiában a biológiai gyógyszereket elsősorban olyan ízületi gyulladások kezelésére használjuk, ahol a háttérben immunológiai természetű elváltozások állnak. A legtöbb kórkép esetében egy központi szereppel bíró citokin, a tumornekrózis-faktor- α (TNF- α) gátlószerei állnak a terápia középpontjában. Ilyen betegségek a rheumatoid arthritis (RA), polyarthralgia juvenilis arthritis (PJA), spondylitis ankylopoetica (SpA), arthritis psoriatica (PA), polymyositis, másoknál (pl. lupus, Sjögren-szindróma, dermatomyositis) a B-sejt elleni terápia kecsseget sikerrel.

Szerzők a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Reumatológiai Tanszékén 2004

és 2010 között biológiai terápiában részesülő betegek terápiaváltásának okait vizsgálták. Beteganyagukat RA-ben, PJA-ben, SpA-ban, valamint PA-ban szenvedő betegek alkották. Biológiai terápiás szerként TNF- α -gátló szereket: infliximabot, adalimumabot, etanerceptet, golimumabot, certolizumabot, IL-6 receptor antagonistát tocilizumabot, valamint B-sejt elleni terápiát: rituximabot alkalmaztak. A váltás okait az egyes biológiai szerekre lebontva elemezték.

Összesen 397 gyulladásos ízületi megbetegedésben szenvedő beteget vizsgáltak, 229 esetben volt szükség a biológiai terápiás szer más biológiai terápiás szerre történő váltására (357 RA-es betegváltás 201 esetben; 9 PJA-s betegváltás 1 esetben; 121 SpA-ban szenvedő betegváltás 25 esetben; 10 PA-ban szenvedő betegváltás 2 esetben). A váltásra az esetek legnagyobb részében az alkalmazott szer ineffektivitása miatt került sor, ezt követte a különböző mellékhatások megjelenése.

Kvízkérdések

Quiz

Kovács Attila dr.

MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok

Továbbra is szeretettel ajánljuk az elmetornát a tisztelt olvasónak, törjék bátran a fejüket a 4 szakmai és a 4 általános kvíz kérdés megoldásán. Egy kis felfrissülést kínálunk a mindennapi feladatok mellé. Kellemes szórakozást!

Az előző számban megjelent kérdések megoldásai:

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 1. Calmette, Guérin | 6. Két jó válasz is lehetséges: |
| 2. Thrombocyta | Eötvös Loránd, illetve Jedlik Ányos |
| 3. Sztetoszkóp | 7. Fekete gyémántok |
| 4. B1 (zsírban oldódó) | 8. Hajós Alfréd |
| 5. Hozomány | |

Mostani feladványaink:

1. Mi az 5-hidroxi-triptamin közismert neve?
2. Legalább hány mm-es könnycsík megjelenése felett normális az 5 perces Schirmer-teszt értéke?
3. Összesen hány tenderpontot vizsgálunk a fibromyalgia diagnózisának gyanújakor?
4. Melyik szervünkben található a Kupffer-sejtek?
5. Ki tervezte a XIX. század első felében a hortobágyi kilenclyukú hidat?
6. Melyik a világ legnagyobb félszigete?
7. Ki nyerte a filmművészek közül összesítve a legtöbb Oscar-díjat?
8. Melyik atlétikai szám pekingi férfi olimpiai bajnoka hunyt el balesetben idén májusban?

A válaszokat a **dr.kovacs.attila@citromail.hu** e-mail címre kérjük küldeni.

A 2010. év három legszorgalmasabb kvízválasz-beküldője:

1. dr. Cser Frigyes
2. dr. Bergmann Annamária
3. dr. Újhelyi Mónika