

BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI
szemle

82. ÉVFOLYAM

2006. 6. SZÁM



**Magyar Dermatológiai Társulat Nagygyűlés
2006. december 14–16.**

A lineáris atrophodermát Moulin és társai írták le 1992-ben. Jellemzője a Blaschko vonalakat követő bőratrophia, hiperpigmentáció és a megelőző gyulladáshoz tünetek, ill. sclerosis hiánya. A szövettani eltérések minimálisak, belsejű érintettség nem jár.

A szakirodalmat áttekintve viszonylag kevés eset közlésével találkozunk.

Úgy tűnik, esetünk a szindróma legelső veleszületett manifesztációját képviseli.

Wikonkál Norbert dr., Ganovszky Erna dr., Hüttl Károly dr., Kárpáti Sarolta dr.:

Vena cava superior syndroma

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

A szerzők 34 éves férfibeteg kórtörténetét ismertetik, akinek anamnézisében tonsillectomia szerepel. 2005. októbere óta észlelte a kézfejek és lábfejek duzzanatát heti két-három alkalommal, amely miatt többször kapott kezelést. Felvétele előtt az arc, nyak, periorbitalis régió ödémája és fulladásérzés is jelentkezett, urticák megjelenése azonban sosem társult a folyamathoz. Ügyeleti ellátás során i.v. szteroidot kapott számos alkalommal.

Felvételekor az arc, a nyak és a periorbitalis régió ödémáját, a mellkas és a hát felső részének bőrén teleangiectasiákat, számos tárgult vénát észleltünk. A klinikai kép alapján a folyamatot vena cava superior syndromának véleményeztük és mellkas CT vizsgálatot kezdeményeztünk, amely igazolta a mediasztinális térfoglaló folyamat jelenlétét. Az állandóvá vált felső testféli duzzanat miatt érsebészeti konzíliumot kértünk, ahol a beteget sürgősséggel stent beültetésére átvették. Ezt követően kezdődött onkológiai kivizsgálása, amely során malignus thymomát diagnosztizáltak.

Ezt követően kezdődött onkoterápiás ellátása kemo- és radioterápia formájában, amelyre a tumormassza jó ütemű regresszióját észlelték, azonban a felső testféli duzzanat nem javult. Ennek okaként a megismételt képkalkó vizsgálat a beültetett stent parciális okklúzióját igazolta, ismételt sebészeti ellátásra azonban nem került sor.

Esetünket a típusos, de bőrgyógyászati praxisban ritkán észlelt jellege és a felvétele előtt észlelt diagnosztikus problémák illusztrálására mutatjuk be.

Erdei Irén dr., Lukács Péter dr., Takács István dr.**,
Juhász István dr., Hunyadi János dr.:*

Az anamnézis és a fizikális vizsgálat jelentősége a dermatológiában egy eset kapcsán

(Debreceni Egyetem OEC Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék*, Debreceni Egyetemi OEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debreceni Egyetem OEC II. Sebészeti Klinika**, Debrecen)

54 éves nőbeteget rohamkocsi szállította a Bőrgyógyászati Klinikára előző nap történt darázscsípés után kialakult, az egész arcot deformáló Quincke oedema-szerű elváltozással és súlyos dyspnoeával.

A mentőktől felvett heteroanamnézis szerint háziorvosától már előző este Di-Adresont kapott. Súlyos oxigén hiány miatt a betegől anamnézis alig volt nyerhető. Csak ülő testhelyzetben kapott levegőt, de így is minden légzési segédizmat igénybe vette. Vizsgálatkor az egész felső testre kiterjedő 2-3 cm vastag subcutan emphysema volt tapintható. Orra, ajka és a végtagok cyanotikusak voltak. A mellkas jobb oldalán 2 tenyérnyi felszívódóban lévő haematoma volt észlelhető. Rákérdezésre két héttel a felvétele előtt mellkasi traumára rábólintott. Mellkas felett légzési hangok egyik oldalon sem voltak hallhatók. Oxigén, szteroid és vízhajtó adása mellett sürgősséggel mellkassebészetre szállítottuk kétoldali pneumothorax (PTX) diagnózissal. A mellkassebész mindkét oldali csövezést elvezette, szívás alatt a PTX megszűnt és a subcutan emphysema lassan szanalódott.

A két hete fennálló mellkasi trauma következtében kialakult pleuraserülés fokozatosan feszülő PTX-et hozott létre. A fulladásos panaszok és a duzzanatok megjelenését a beteg a darázscsípéssel hozta összefüggésbe, amely mind a háziorvost, a mentőket, valamint az ambuláns orvost is félrevezette a korrekt diagnózis és terápia vonatkozásában.

Ujfaludi Adrienn dr.¹, Hársing Judit dr.¹, Csomor Judit dr.², Erős Nóra dr.¹, Marschalkó Márta dr.¹, Kárpáti Sarolta dr.¹:

Mycosis fungoides- IA. Differenciál diagnosztikai nehézségek
Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika¹, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest²)

32 éves nőbeteg 2 éve jelentkezett először klinikánkon, 4 éve kezdődő bőrtünetei miatt. A mellkason folliculáris, keratotikus papulákat, a csuklótájékon és a gluteális régióban lemezesen hámló plakkokat, az arcon erythemás plakkot láttunk. Szövettani vizsgálat lupus erythematoses gyanúját vetette fel: a basalis hámrétegben enyhe vacuolizáció, perivascularis kereksejtes beszűrődés, keratotikus masszával telt szőrtüsző. Tekintettel a klinikai kép és a szövettani diagnózis közötti eltérésre ismételt hisztológiai vizsgálat történt ugyanezzel a véleményvel. DIF vizsgálat és autoimmun szerológia negatív eredményt adott. Mellkas röntgen, EKG, rutin laborvizsgálat kóros eltérést nem mutatott. Az alkalmazott lokális szteroid terápia mellett bőrtünetei regrediáltak.

Újabb recidíva 2 év múlva lépett fel, a homlokon, a törzson, a végtagokon kiterjedt follicularis, keratotikus papulákkal, erythemás hámló plakkokkal. Újabb szövettani vizsgálat mycosis fungoidesnek megfelelő eltéréseket mutatott: a dermis felső részében mérsékelt, csekély epidermotropismust mutató lymphoid infiltratum. Ismételt szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat megerősítette a mycosis fungoides diagnózist: kifejezett epidermotropizmust, cerebriform, atípusos lymphoid sejtek tömeges beszűrődését mutatva, CD4 restriktívóval. A génátrendeződési vizsgálat polyclonalis T-sejt receptor génátrendeződést mutatott. Staging vizsgálatok során a hasi UH kistökű hepatomegáliát igazolt, perifériás nyirokcsomó UH, mellkas röntgen, flow cytometria kóros eltérést nem igazolt.

UVA, majd PUVA kezelés mérsékelt javulást eredményezett.

A mycosis fungoides diagnózis felállításának nehézségeit mutatja esetünk. A klinikai kép alapján a következő diagnózisok merültek fel: M. Darier, pityriasis rubra pilaris, erythrokrateroderma variabile, ekzema microbicum, keratosis follicularis, mucinosis follicularis. A kezdeti szövettani diagnózis (lupus erythematoses) sem volt egyértelmű. Kiemelendőnek tartjuk, hogy a klinikai kép kifejezetten follicularis jellege ellenére, szövettanilag a follicularis mycosis fungoides diagnózis nem igazolódott.

Daróczy Judit dr., Sztikay Sándor dr., Rédling Mariann dr., Rácz Anikó dr.:

A krónikus sebek kezelése: irányelv követése, evidenciák figyelembe vétele, kompetenciák meghatározása és továbbképzés

(Szt. István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály, Budapest)

A krónikus sebek szakszerű kezelése azért fontos kérdés, mert a lakosság 1,5-2,5%-át érintik (krónikus vénás elégtelenség, diabetes mellitus, érszűkület, vasculitis, nyiroködéma, decubitus, stb.). A szakszerűtlen sebkezelés hátráltatja a sebgyógyulást, a szövődmények veszélyeztetik az életet (thrombosis, amputáció, szepszis), rendkívül költséges. Ezért igény a szakmai irányelv („guideline” evidenciákon alapuló döntési ajánlások sorozata) alapján történő sebkezelés. Jelen előadás egyik célja a laser-Doppler vizsgálatok eredményei alapján a sebkörnyéki mikrocirkuláció károsodásának ismertetése. A sebek környékén a reaktív hyperemiás teszt bifázisos, de a telődési idő elnyúlt: az RFT1-RFT2 (reactive filling time) 3-4 min, a normál bőrhöz viszonyított idő kétszerese. A termális stimuláció (TS-48 °C) esetén a mikrocirkuláció 10 perc alatt sem normalizálódik. Mindkét eredmény az arteriális-vénás reflexek károsodását bizonyítja.

Az előadás másik célja bemutatni, hogyan kell használni a szakmai irányelvet a kezelés felépítésében, a seb eredetét meghatározó diagnosztizhoz szükséges eljárások gyakorlatát, a seb stádiumának megfelelő kezelési eljárások evidenciáit. Javaslatot teszünk a kompetenciák meghatározására és az ellátási szintek meghatározására, a minőségbiztosítás megvalósítására, valamint a szükségessé váló költségvetésére, az oktatás átszervezésére.