

## *A Magyar Reumatológusok Egyesülete Ifjúsági Fórumán 2006. december 8-9-én elhangzott előadások összefoglalói\**

### *Abstracts of the Lectures at the Youth Forum of the Association of Hungarian Rheumatologists held in Nagyberény, on 8-9. December, 2006*

#### **E 1**

#### **Terhesség és arthritis**

*Abrudán Klára*

Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Az összefoglaló jellegű munka célja, hogy áttekintést nyújtson a terhesség során bekövetkező immunológiai változásokról, az egyes szisztémás autoimmun kórképek és a terhesség kapcsolatáról, illetőleg az arthritises gravidák gyógyszeres terápiájának lehetőségeiről.

A terhesség során Th1, illetve Th2 sejtek közötti egyensúly Th2 irányába tolódik el, a cytotoxikus immunreakciók gátlása mellett a humorális immunválasz erősödik, az ellenanyag szint emelkedik. Ennek megfelelően a Th1 domináns betegségekben – pl. rheumatoid arthritis (RA) javulás, autoantitestes, immunkomplexes betegségekben – pl. szisztémás lupus erythematosus (SLE) rosszabbodás figyelhető meg. Post partum az immunológiai reaktivitás visszaáll, Th1 aktiváció hatására az autoimmun betegségek fellángolása várható.

APS anyai és magzati szövődményeit jól ismerjük; prekoncepcionálisan ASA, terhességben LMWH adása ajánlott. Szisztémás lupus erythematosusban (SLE) a terhesség vállalása gyógyszerrel jól karbantartott esetekben javasolható, súlyosabb aktiválódás vsz. veseérintettség esetén. MCTD-ben hasonló változások várhatók, mint SLE-ben. PM/DM-ben az új megbetegedés megjelenése gyakoribb. SSC-t tekintve egyes tünetek – pl. bőr-, illetve Raynaud-fenomén – javulása, míg pl. GERD romlása figyelhető meg. RA, JIA, AP, illetve SPA perifériás tünetei a terhesség során mérséklődhetnek, az utóbbi gerincérintettsége stagnál, vagy súlyosbodik. SS esetén a spontán vetélés kockázata nagyobb antiRo/SSA pozitív betegeknél. Neonatalis lupus syndroma megemlítése fontos a veleszületett AV vezetési zavar terápiás konzekvenciái miatt.

A terápiás lehetőségeket átnézve általánosságban elmondható, hogy legnagyobb a veszély a terhesség 2., illetve 3. hónapjában, valamint a szülést megelőző utolsó hetekben, illetve szükséges a cytotoxicus gyógyszerek elhagyása már hónapokkal a fogamzás előtt. ASA, NSAID-ok adásának felfüggesztése az utolsó trimeszterben fontos. Paracetamol terápiás adagban biztonságosan adható. CS alacsony dózisban adható; mellékhatások monitorozása, a stresszdózis ismerete kiemelt jelentőségű. HQ SLE aktivitás fokozódás esetén alkalmazható. SSZ mind terhesség, mind szoptatás során adható. AZA, illetve Cyc-A adása csak szoros kontroll mellett – ha az anya betegsége azt feltétlenül indokolja – jön szóba. MTX, illetve LEF teratogének, nem alkal-

mazhatók. CYC-dal kapcsolatban kiemelendő a kumulatív dózis meddőséget okozó hatása, ivarsejt konzerváció jelentősége, illetve a terhesség második felében az anya súlyos betegsége, életveszélyes állapota esetén való használata. A TNF- $\alpha$  gátlók FDA-B csoportba sorolt szerek; állatkísérletek során nem bizonyítottak teratogenitást, humán alkalmazás során nem tapasztaltak magzati károsodást, de sem a terhesség, sem a szoptatás tekintetében nem áll rendelkezésre elegendő adat.

Az immunológiai, klinikai és terápiás vonatkozások, a terhesség során, illetve a peripartum időszakban előforduló anyai és magzati szövődmények ismerete nagy jelentőséggel bír; az arthritises gravidák gondozása a reumatológia egyik legnagyobb körültekintést, tapasztalatot igénylő feladata.

#### **E 2**

#### **Rheumatoid arthritis, Sjögren szindróma és hyperthyreosis társulása egy eset kapcsán**

*Balogh Izabella, Kurkó Júlia*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A hyperthyreosis hátterében különböző kóroki tényezők szerepelnek. A Basedow-Graves kór autoimmun megbetegedés, melyre jellemző a diffúz golyva és az emelkedett pajzsmirigyhormonszint okozta hypermetabolicus tünetcsoport. Az endocrin ophtalmopathiát, a pretibialis myxoedemával és az acropachiával együtt a Basedow kór extrathyreoidalis manifesztációjának tekintjük.

A szerzők 53 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetik, akinél Basedow-Graves kór, és rheumatoid arthritis együttesen fordult elő.

Cyclosporin A, majd methotrexate bázisrápiában részesült, melyek mellett ízületi panaszai fokozódtak, szemstátusa romlott. Endocrin ophtalmopathia miatt több alkalommal szteroid lökésterápiát és pentoxifilines infúziókat kapott mérsékelt effektivitással. Ezek után biológiai terápia (etanercept) indult, mely hatékonyan bizonyult mind az ízületi panaszok mind a Basedowos endocrin ophtalmopathia kezelésében.

A szisztémás és szervspecifikus autoimmun betegségek társulhatnak egymással. Esetünkben a klinikai képét szekunder Sjögren szindróma is színezte. Szemészeti szempontból kettős problémát jelentett az endocrin ophtalmopathia és a keratoconjunctivitis sicca egyidejű kezelése. Két különböző autoimmun megbetegedés együttes előfordulása esetén a minél hatékonyabb terápia elérésére multidiszciplináris együttműködés szükséges.

\* Az absztraktokat a beküldött formában közöljük. Az Ifjúsági Fórumról szóló beszámoló ezen lapszámunk 125. oldalán olvasható.

**E 3****Szisztémás sclerosisban jelentkező cryoglobulinaemiás vasculitis**

Besei Tímea, Bazsó Anna, Szántó Sándor, Szekanecz Zoltán, Szűcs Gabriella

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

**Célkitűzések:** A szisztémás sclerosis a bőr és belső szervek fibrosisával és a microvasculatura abnormalitásaival járó szisztémás autoimmun kórkép, ami társulhat más szisztémás autoimmun kórképpel (pl. polymyositis, szisztémás lupus erythematosus), ugyanakkor igen ritkán írták le a betegség társulását cryoglobulinaemiás vasculitissel.

**Módszerek:** A szerzők 1937-ben született nőbeteg kórtörténetét ismertetik, akinél a 13 éve fennálló szisztémás sclerosis mellett jelentkeztek a cryoglobulinaemiás vasculitis tünetei.

**Eredmények:** A betegnél 1992-ben igazolódott szisztémás sclerosis limitált cutan formája a következő manifesztációkkal: acrosclerosis, Raynaud szindróma, fibrotisalo alveolitis, xerostomia. A fibrotisalo alveolitis miatt ciklikus cyclophosphamid kezelésben részesült. 2005-ben kezdetben jelentkező polyarthritist, gyorsult We érték, majd diffúz izomfájdalmak, kifejezett végtagfájdalom, ezek miatti mozgáskorlátozottság hátterében súlyos fokú, kevert típusú polyneuropathia igazolódott. Részletes immunológiai és paraneoplasia irányában végzett vizsgálatok okként magas titerű II. típusú cryoglobulinaemiát és ehhez társuló vasculitist (suralis biopsia) jeleztek. Ennek megfelelően steroid, cyclophosphamid, plasmaferesis kezelés indult, ami mellett a beteg állapota javult.

**Következtetés:** Esetük kapcsán kiemelhető, hogy a cryoglobulinaemiás vasculitisek döntő többségében hepatitis C vírus pozitívitás áll a háttérben, ami a bemutatott esetükben nem volt igazolható. Az előadásban az esetismertetés mellett szólnak a cryoglobulinaemiához társuló tünetekről, a diagnosztikáról, differenciáldiagnosztikáról és a lehetséges kezelési módokról, azok hatékonyságáról.

**E 4****Biológiai terápiával kapcsolatos tapasztalataink**Budai Beáta, Keszthelyi Péter  
Pándy Kálmán Kórház, Gyula

A kezdeti szerény betegszámunk ellenére szeretnénk bemutatni a biológiai terápiával kapcsolatos tapasztalatainkat, illetve megosztani sikerélményünket azért, hogy meggyőzzük a kételkedőket és így minél több reumatoid arthritises (RA), spondylitis ankylopoeticás (SPA) és arthritis psoriaticás beteg részesüljön az őt megillető legkorszerűbb terápiában. Biológiai terápiában részesülő betegek száma (2006 március – 2006 november vége) 33 fő. Nemek szerinti megoszlás: 28 nő, 5 férfi. Alapbetegség szerinti megoszlás: 28 RA, 4 SPA, 1 arthritis psoriatica. A betegek biológiai terápia szerinti megoszlása: 11 adalimumab, 12 etanercept, 10 infliximab. Biológiai terápiában életkor szerinti meg-

oszlása: 23-70 éves korig (a legtöbb beteg 40 és 60 év közötti, 1-1 60 év feletti). A betegség kezdete szerinti megoszlás: a betegség indulásától biológiai terápia adásáig eltelt legrövidebb idő 3,5 hónap, a legrégebben fennálló alapbetegség 35 év. DMARD szerinti megoszlás biológiai terápiával kombinálva: 18 MTX, 8 leflunomide, 7 DMARD-ot nem toleráló. RA-es betegek esetében vizsgáltuk:

- DAS28 változását a biológiai terápia kezdetétől eltelt 12 hét után: átlagban 6-8 DAS28 értékről indultak és 4 körüli DAS28 értékre csökkentek.
- We változását 12 hét után: 50-90 We értékről 12-40 értékre csökkentek.
- CRP (mg/dl) változása 12 hét után: 3,61-8,96 értékről 2,01-1,1 értékre csökkentek
- duzzadt ízületek számának változása 12 hét után: 6-16 értékről 0-4 értékre csökkent
- SDAI értékek változása 12 hét után: 40-68 értékről 13-40 értékre csökkent
- VAS érték változása 12 hét után: 9-ről 3-7 értékre csökkent

SPA-s betegek esetében vizsgáltuk:

- BASDAI érték változása 14 hét után: 90-40-ről 45-57 értékre csökkent
- BASFI érték változása 14 hét után: 91-88 értékről 60-ra csökkent

Mellékhatások:

- felső légúti hurut: 5
- herpes zooster: 1
- dermatomycosis: 1
- hatástalanság: 1

**Konklúzió:** Már 3 hónap után jelentős aktivitás csökkenés mutatkozott mind a RA-s, SPA-s és arthritis psoriaticás betegek esetében.

**E 5****Biszfosfonát kezelés Paget-kórban**

Fekete Zsuzsa, Donáth Judit

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A Paget-kór a csontátépülés krónikus zavara, mely kórosan aktív osteoclast és fokozott osteoblast funkcióval jár. Az esetek túlnyomó többségében tünetmentes, radiológiai mellékletként derül rá fény, vagy a rutin laboratóriumi vizsgálat során észlelt kórosan emelkedett alkalikus foszfatáz szint hívja fel rá a figyelmet.

A Paget-kór kezelésének indikációi a következők: 1. a Paget-kóros csont fájdalom, 2. nem tisztázott csont fájdalom, 3. koponya érintettség esetén, 4. halláskárosodás megelőzése, 5. neurológiai szövődmények kialakulása.

Paget kór gyógyszeres terápiaját a biszfosfonátok jelentik. Az irodalmi adatok alapján az alábbi biszfosfonátokra vonatkozólag találtunk adatokat Paget-kór kezelésre kapcsán: etidronát, alendronát, tiludronát, rizedronát, pamidronát, ibadronát, zoledronát. A kezelés megismétlése a tünetek visszatérésekor, vagy a laboratóriumi paraméterek romlásakor szükséges.

Szérum alkalikus foszfatáz szint emelkedés és a jellegzetes radiológiai kép alapján gondolni kell Paget-kór lehetőségére. Paget kórban a biszfosfonátok hatáso-

san csökkentik a fájdalmat és lelassítják a csontfolyamatokat.

**E 6**

**Biológiai terápia 2006**

*Gergely Péter*

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Az immunológia és a biotechnológia fejlődése a 21. század elején már nemcsak tudományos ismereteink bővülését, hanem a gyógyításban áttörő sikerrel alkalmazható szerek, a biológiai terápia bevezetését is jelenti. Ezek legfontosabb jellemzője, hogy kifejlesztésük az adott betegség patogenezisének közelebbi ismeretén alapul és előállításuk biotechnológiai úton és nem kémiai szintézissel történik. A biológiai terápiás készítmények, azok közül is a tumor nekrozis faktor alfa (TNF-alfa) gátlók a legnagyobb áttörést a reumatoid arthritis (RA) kezelésében hozták. Ma a biológiai terápiában részesülő reumatológiai betegek száma már az egymillióhoz közelít, és a szerzett tapasztalatok mintegy 10 évre tekintenek vissza. Mindazonáltal ma még több, a biológiai terápiával kapcsolatos kérdés nyitott, így a terhességben, műtétek előtt-után történő alkalmazás, vagy a mellékhatások közül az infekciókra, szívelégtelenségre, tumorgenezisre való esetleges hajlamosító hatás mértéke. Jelen előadás a biológiai terápiás készítményeket – főként a TNF-alfa gátlókat – a gyulladáshoz vezető betegségek terén szerzett ismereteket tekinti át, külön kiemelve a fenti problémakört. Ezen túlmenően a prezentáció bevezetőt ad az új, TNF-alfától független (anti-IL-1, B sejt gátló, CTLA4-Ig, IL-6 ellenes) szerek alkalmazhatóságába is.

**E 7**

**Osteoporotikus patkánycsontokon iontoforetikus kezeléssel elért eredmények**

*Gomez Izabella*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

**Célkitűzések:** Célunk olyan új iontoforetikus eljárás kidolgozása volt, mellyel csonttritkulásos helyekre célszerűen lehet kalcium- és foszfátionokat bejuttatni és beépíteni.

**Módszerek:** Eljárásunkhoz természetes alapanyagú, rétegrácsaikban elektroforetikus mobilizálható kalcium-, illetve foszfátionokat tartalmazó ásványokat fejlesztettünk ki. E két ásványból pépet készítettünk, s azokat felkentük az elektródokra, majd egy speciális iontoforetizáló készülékkel 5x30 perces kezelést alkalmaztunk. Ily módon a kalcium és foszfátionokat transzdermális úton juttattuk be a kezelt csontba.

Állatkísérleteinket Sprague-Dawley típusú nőstény patkányokon végeztük. A vizsgált egyedeken csonttritkulást indukáltunk bilaterális ovariectomiával, s ezután tibiájukon alkalmaztuk a fent részletezett eljárást.

A bekövetkező változásokat ultrahangos csontdenzitométerrel vizsgáltuk in vivo, illetve a kísérletsorozat befejeztével eltávolítottuk a kísérleti állatok lábszár-

csontjait, s ezek biomechanikai törésvizsgálatát, illetve elemzését végeztük el.

**Eredmények:** A kezeléseket azonnal csontdenzitás emelkedést tapasztaltunk, mely az egészséges csontra jellemző értékkel egyezett meg. Azonban csak ismételt (4-5-szöri), kétnaponta végzett kezelésre váltak kvázi stabilná a csontsűrűségek. Az iontoforézis után mért nagyobb csontdenzitás még 145 nappal a kezelés után is megmaradt.

A post mortem végzett biomechanikai és elemzési vizsgálatok során kapott eredmények megerősíteték a csontsűrűség növekedését: az osteoporotikus helyeken a kezelés hatására közel 200%-kal nőtt a törő-, 400%-kal a hajlító szilárdság, valamint a kezelt csontok kalcium- és foszfátion koncentrációja is jelentősen megnőtt.

**Következtetés:** In vivo patkány kísérleteink eredményei alapján megállapítható, hogy a kezeléssel bejuttatott anyag bekerül a csontba és a módszerrel elérhető a normál csontozatra jellemző csontsűrűségérték osteoporotikus állatokon.

Módszerünkkel tehát hatásosnak bizonyult szimultán kalcium és foszfát csontba-juttatása. Ezen ionokat a terápiát igénylő, csonttritkulásos szövetrétegbe lehet eljuttatni, amennyiben osteoporotikus betegek végtagjain alkalmazzuk.

A találmány szerinti kezelési eljárás olcsó, hatékony és fájdalommentes módszer, mely a mindennapos gyógyászatban is alkalmazható.

**E 8**

**Lipidcsökkentő indukálta polymyositis egy eset kapcsán**

*Hóbor Renáta, Czirják László*

Pécsi Tudományegyetem, Pécs

**Célkitűzés:** A statinok leggyakrabban észlelt mellékhatása myotoxikus hatásuk, melynek előfordulási gyakorisága kevesebb mint 0,5%. A szerzők egy esetet mutatnak be, amiben statin terápia vezetett polymyositis kialakulásához.

**Kivételzés:** 58 éves nőbeteg, anamnézisében 20 év óta inzulinnal kezelt diabetes mellitus, hypothyreosis, dyslipidaemia miatt 2 éven át tartó simvastatin kezelés szerepel.

**Eredmények:** Proximális izomgyengeség, izomfájdalom miatt kezdték vizsgálatát. Laboratóriumi vizsgálat emelkedett CK(7285 U/l), LDH(1283 U/l), GOT(193 U/l), GPT(99 U/l) értéket mutatott. Szövettani vizsgálat kötőszövetes szaporulatot írt le, sejtes infiltrációval, makrofágokkal. Elszórtan fordultak elő nekrotikus és regenerált rostok, nekrotikus rostokban CD4+ T sejtek. A kép alapján krónikus polymyositis valószínű volt. Nagy dózisu szteroid terápia indult, majd kis adagú fenntartó kezelés mellett immunszuppresszív (azathioprine) kezelés kezdődött. A kezelés hatására a beteg izomereje javult, a CK érték jelentősen csökkent.

**Következtetés:** Myopathiák differenciáldiagnóza során mindig gondolni kell iatrogén eredetre. Statinok rhabdomyolysist kiváltó hatásuk mellett krónikus polymyosist is indukálhatnak.



**E 9****Myopathiák nyomában**

Ivány Veronika, Pulai Judit, Insperger Antal  
Veszprém Megyei Kórház, Veszprém

**Célkitűzés:** A szerzők progresszív lefolyású izomgyengeséggel kezdődő eset ismertetése kapcsán tekintenek be a myopathiák differenciáldiagnosztikájába.

**Esetismertetés:** A 64 éves férfi, aki korábban sarcoidosis indikációval tartós szteroid kezelésben részesült, jelentős fogyás és proximális eloszlású izomgyengeség tüneteivel jelentkezett. A kórelőzmény alapján szteroid adás okozta myopathia, sarcoidosishoz, malignus vagy autoimmun folyamathoz társuló gyulladással myopathia, valamint felnőttkori polymyositis merült fel lehetségesként panaszai hátterében. A klinikum és az elvégzett diagnosztikus vizsgálatok scleroderma asszociált myositist valószínűsítettek.

**Megbeszélés:** A gyulladással myopathiák a proximális végtagizomzat szimmetrikus gyengeségét, időnként izomlázszerű fájdalmat okozó kórképek. CK emelkedéssel (LDH szint is emelkedett lehet) és jellegzetes EMG eltérésekkel járnak. Szövettani vizsgálat az érintett izmok mononuclearis sejtinfiltrációját, illetve necrosist mutatja.

Polymyositis 10-15%-ban társul sclerodermához, a difúz formában gyakori kezdeti tünetnek számít. Gyulladással izomtünetek ritkán sarcoidosis részjelenségeként is felléphetnek. Jó néhány szerzett (pl. szteroid kezelés, infekció okozta) myopathia is hasonló tünetekkel járhat. A szerzők hangsúlyozzák a gyulladással myopathia diagnózisában a szövettani vizsgálat jelentőségét, mely a diagnózis arany standardjának tekinthető, és rámutatnak az immunbetegség kezelése kapcsán az interdiszciplináris szemlélet fontosságára.

**E 10****Csontanyagcsere változása egy SPA/Marfan szindrómás beteg esetén**

Jónap Ildikó, Kiss Csaba, Gergely Péter, Poór Gyula  
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Szerzők 22 éves Marfan szindrómában (MFS) szenvedő nőbeteg esetét ismertetik, akinél két éve kezdődött hajnali lumbalis gerincfájdalom és mozgáskorlátozottság hátterében spondylitis ankylopoetica (SPA) igazolódott.

A Marfan szindrómát a fibrillin-1 (FBN-1) gén mutációja okozza. A fibrillin a mikrofibrillumok fő felépítője, mely minden elasztikus rostban megtalálható és az elasztin körüli tokot képezi. Eddig mintegy 600 különböző FBN-1 mutációt azonosítottak.

Leggyakrabban az ízületi szalagok lazaságát, hypermobilitást, cardiovascularis és szemészeti tüneteket okoz. Diagnózisa az 1996-os Ghent nosologia alapján állítható fel.

A Marfan szindróma mellett a betegnél a New York-i kritériumok alapján SPA is igazolódott. Nemszteroid gyulladáscsökkentő, sulphasalazin és methotrexate hatástalansága miatt infliximab kezelést alkalmaztak jó hatásfokkal.

**E 11****TNF alfa gátló biológiai terápia és a malignitás lehetséges összefüggései**

Juhász Péter  
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A gyulladással reumatológiai megbetegedések kezelésében nagy áttörést jelentett az utóbbi években igen széles körben alkalmazásra kerülő biológiai terápia. Ez egy olyan korszerű biotechnológiai módszerrel előállított molekula gyógyászati alkalmazását jelenti, mely a patológias folyamat egy ismert támadáspontjára célozhat.

A betegek jelentős létszáma és az eltelt terápiás évek teremtették meg a lehetőséget a TNF alfa gátló biológiai terápia és a malignitás lehetséges összefüggéseinek vizsgálatához.

Az áttekintés az elmúlt években megjelent összefoglaló tanulmányok és klinikai vizsgálatok eredményei alapján azt vizsgálata, hogy van-e összefüggés a terápia és a malignitás kialakulása között, illetve ha igen, akkor milyen típusú daganatok incidenciája növekszik az átlagpopulációhoz képest.

Az eddigi eredmények alapján a solid tumorok közül a bőrrák, a lymphomák közül főleg a non-Hodgkin lymphoma incidencianövekedése figyelhető meg.

Mindazonáltal a jelenleg rendelkezésre álló adatok nem elegendőek ahhoz, hogy egyértelmű ok-okozati összefüggést mondhatunk ki a biológiai terápia és a malignitás kialakulása között, mivel a lymphomák ritka mellékhatásnak számítanak és kialakulásukhoz hosszú idő is szükséges lehet. Az összes malignitás nem nő a TNF-alfa kezeltekben, viszont a lymphomák (főleg NHL) gyakoriságára utaló tendencia észlelhető, ennek pontos megítélésére több tízezres beteg-év és több (10) év szükséges.

A két betegség asszociációja okozza a periférián a MFS-ra jellemző hypermobilitást a szalagok lazasága miatt, és axiálisan az SPA-ra jellemző merevséget a szalagok elcsontosodása miatt. A két betegség együttes előfordulását eddig csupán egyetlen szerző ismertette. A szerzők a fiatal nőbetegnél észlelt alacsony denzitás értékek hátterében meghúzódó okokat elemzik.

**E 12****Piroxicam kezelés szövődménye: Toxicus epidermalis necrolysis (Lyell szindróma)**

Kovács Mónika, Szekeres Irén, Tóth Zoltán, Gasztonyi Beáta  
Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg

A Lyell által elsőként 1956-ban leírt toxicus epidermalis necrolysis súlyos, életet veszélyeztető tünetegyüttes jelöl. A kórkép hátterében gyógyszeresedés (pl. antibiotikumok, nemszteroid gyulladáscsökkentők, antikonvulzív szerek), bakteriális infekció (pl. Staphylococcus aureus), bizonyos megbetegedések (pl. rheumás láz, Hodgkin-kór, diabetes mellitus) állhatnak, de ismert idiopathiás formája is.

A szerzők betegüknél – mozgászervi panaszok miatt alkalmazott piroxicam kezelés mellékhatásaként – testszerte morbiliform-scarlatiniform erythemás bőrtüneteket, conjunctivitist, szájnyalkahártya fekélyeket észleltek. A bőr biopszia kórszöveti feldolgozása a toxicus epidermalis necrolysis diagnózisát megerősítette. A korai diagnózis, a prolongált nagy dózisú steroid, parenteralis antibiotikum és antimycotikum adása, lokális nyálkahártya és bőr dezinficiáló-hámosító kezelések eredményeként a beteg szövődmények nélkül gyógyult.

Az eset bemutatásával a szerzők áttekintik e ritka és az esetek 30-60%-ban halálos kórkép pathomechanizmusát, tüneteit, szövődményeit, differenciáldiagnosztikáját és terápiáját.

### E 13

#### A coeliakia mozgászervi következményei – esetbemutatás

*Kulisch Ágota<sup>1</sup>, Szekeres László<sup>1</sup>, Németh András<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz

<sup>2</sup>Háziorvosi körzet, Zalavár-Sármellék

A szerzők 59 éves férfi betegsége történetét mutatják be. A korábban jelentősebb megbetegedésben nem szenvedő férfi pitvarfibrilláció, következményes rosszullét miatt került az egészségügyi ellátás látóterébe. Cardiovasculáris státusának rendezése után felgyorsult fogyás, anaemia, gyorsult süllyedés miatt kezdődött meg kivizsgálása. Többször ismételt megterhelő vizsgálatok, különböző szakterületek konzíliumai is paraneopláziaként értékelték a tüneteket, és tumorkutatás irányába indították a kivizsgálásokat. A beteg állapota folyamatosan romlott. Több hónapos vizsgálatosorozat végére született meg az atípusos panaszok hátterében, a gyógyulást eredményező diagnózis és adekvát terápia, ekkorra már a coeliakia jóformán mindegyik szervet érintő hiánybetegség tünet-együttese fennállt.

A kivizsgálási folyamat során jelentkezett kis és nagyüzleti fájdalom, recidíváló tenosynovitis, ezek alapján felmerült rheumatoid arthritis lehetősége is.

A szigorú gluténmentes diéta mellett 1,5 hónap alatt testsúlya 10 kg-ot gyarapodott. A diagnózis felállításakor meglévő jelentős osteoporosisa L-T score: -5,1 a gluténmentes diéta mellett 2 év alatt L-T score: -3-ig regrediált, annak ellenére, hogy a vékonybél-biopszia még teljes boholyatrophiát mutatott.

### E 14

#### A glükokortikoid receptor reumatológiai vonatkozásai

*Majnik Judit*

Semmelweis Egyetem, Budapest

Az endogén és exogén glükokortikoidok hatását közvetítő glükokortikoid receptornak (GR) számos izoformája és a normál populációban is jelen lévő genetikai variánsa ismert. Ez a receptor sokféleség hozzájárulhat a glükokortikoid érzékenység egyéni variabilitásához, és egyes variánsok különböző betegségekre való hajlammal mutathatnak összefüggést. Például a GR-β

izoforma túlsúlya hajlamosít gyulladásoz betegségekre, köztük rheumatoid arthritis (RA), spondylitis ankylopoetica (SPA) kialakulására, és a glükokortikoid terápiaira való rezisztenciára is. A glükokortikoid receptor BclI polimorfizmusa Crohn betegséggel, N363S polimorfizmusa pedig osteoporosisra való hajlammal mutat összefüggést.

A GR hatásmódjának közvetlen DNS-kötődésen keresztüli útján túl egyéb genomikus és non-genomikus útvonala is ismert. A glükokortikoid terápia során kialakuló különböző kívánt és nem kívánt hatások gyakran eltérő útvonalakon keresztül alakulnak ki, és ez az eltérés a farmakológiai kutatások során új, szelektív glükokortikoid agonista gyógyszerek fejlesztésére ad lehetőséget.

A glükokortikoidok hatásmódjáról, a glükokortikoid receptor működéséről nagyon sok új kutatási eredmény lát napvilágot. Ezek az adatok közelebb vihetnek egyes betegségek patogenezisének pontosabb megismeréséhez, a gyakran alkalmazott glükokortikoid szerek hatásmódjának részletes feltérképezéséhez, az ezekre a gyógyszerekre való reakció egyéni eltéréseinek jobb megértéséhez, és új, kedvezőbb hatásprofilú glükokortikoidok kifejlesztéséhez.

### E 15

#### Komplementer medicina a reumatológiában

*Megyaszi Márta*

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

Egyre több krónikus (így reumatológiai) betegségben szenvedő fordul alternatív terápiás megoldásokhoz. Szerző előadásának célja az egyes reumatológiai körképekben rendelkezésre álló komplementer módszerek ismertetése az eddig elért tudományos vizsgálati eredményekkel együtt.

### E 16

#### A fizikai aktivitás hatása a csontszövetre – a mechanotransduktio

*Monduk Péter Zoltán, Szekeres László*

Hévízgyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz

**Bevezetés:** Az úrhajózás kapcsán került a tudomány látóterébe a gravitáció hiányában fellépő csonttritkulás. Régóta ismert tény, hogy a csontok szilárdságának alapvetően meghatározó tényezője a csontok ásványi anyag tartalmán kívül a szerkezeti felépítése. Ez a szerkezet elsősorban a csontok ható erők (a gravitáció, illetve az ínakon keresztül az izomok) hatására alakul ki. A csontok egyfajta mechanostatként működnek.

**Módszerek:** A nemzetközi irodalom áttekintése segítségével az előadó bemutatja, milyen szabályozórendszerek határozzák meg a mechanotransduktiót, és váltják a mechanika strain csontanyagára, s befolyásolják a microarchitectura kialakulását.

**Eredmények:** Az előadó bemutatja a Frost által megfogalmazott mechanostat elméletet. A rendszeresen végzett, viszonylag nagy frekvenciával változó axiális terhelést biztosító mozgások a csontok lakunáris rend-

szerében extracelluláris folyadékáramlást indít meg. A folyadékáramlás prostaglandinok szintézisét indukálja az osteocytákban, ami a Receptor Aktivator of Nuclear factor Kappa B (RANK) – RANK-Ligand (RANKL) mechanizmus gátlását okozza az osteoblastok osteoprotegerin szekréciója útján. Ez az osteoclastok gátlásához vezet. Emellett az osteoblastok leptin termelése is fokozódik, ami auto- és paracrin módon az osteoblast aktiválódást fokozza, csökkenti az osteocyták és -blastok apoptosist. Ez összességében a csontfelépítés fokozódása irányába hat.

**Komklúzió:** Az előadó által prezentált adatok arra utalnak, hogy a rendszeres testmozgás magasabb csonttömeget, jobb izomerőt, biztosabb egyensúlyt, ezáltal kisebb törési rizikót eredményez.

### E 17

#### Vannak-e bizonyítékok a rheumatoid arthritis diétás kezelésével kapcsolatban?

*Nagy Árpád, Szántó Sándor, Szűcs Gabriella, Szekanez Zoltán*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A rheumatoid arthritis (RA) krónikus, gyulladós, a népesség mintegy 0,5-1%-át érintő megbetegedés, mely megfelelő terápia hiányában mozgáskorlátozottsághoz, majd rokkantsághoz vezethet. A betegségnek ismeretes a nem-farmakológiai és gyógyszeres terápiaja, utóbbin belül a tüneti (nem-szteroid gyulladásgátlók: NSAID és kortikoszteroidok) és a bázisterápiás, valamint az egyre nagyobb teret hódító biológiai terápia kezelés. Bár ma már azt mondhatjuk, hogy rendelkezünk a RA-es betegek többségében hatékony megfelelő kezeléssel, egyre terjed a természetgyógyászati, különböző diétás, valamint paramedicinális módszerek ezen kórkép és más mozgásszervi megbetegedések terápiájába való bevezetése is. Ezen utóbbi módszerek elterjedésének oka a valóban néhányszor ineffektív terápia, a betegek (és a hozzátartozók!) türelmetlensége, az újabb – sokszor megkérdőjelezhető hatású – kezelések iránti igény. A természetgyógyászati képzőművelések bevezetésével szemben a szakma és a társadalom nem támaszt olyan szigorú követelményeket, mint amit a gyógyszereknél megszoktunk (pl. hatósági vizsgálatok és engedélyek, korrekt, evidence-based alapon végzett klinikai kipróbálás, stb.)

Azonban egyre több kutató végez utánkövetéses vizsgálatokat az egyre szélesebb táplálék kiegészítőket és diétás javaslatokat felvonultató csoportokban. A RA alternatív kezelési lehetőségeit többféleképpen csoportosíthatjuk, megkülönböztetünk dietoterápiás (vitaminok, nyomelemek, olajak), illetve más, nem gyógyszeres, az esetek többségében tapasztalati elvek alapján alkalmazott eljárásokat. Honkanen és mtsai az A és E vitaminnak tulajdonítottak kedvező hatást, míg Mottonen, Peretz, valamint Miggiano munkacsoportjai a szelénnek, mint az antioxidáns folyamatokban részt vevő gluthathion-peroxidáz (GSH-Px) és foszfolipid-gluthathion-peroxidáz (PLGSH-Px) esszenciális alkotójának szérumkoncentrációját vizsgálták aktív betegségfennállás, valamint szupplementációs keze-

lés után. A laborparaméterekben is a szelénrel kezelt csoportokban csökkentek a gyulladós mediátorok (CRP, prosztaglandin E2) szintje. Hagfors, James és Leeb munkacsoportja a többszörösen telítetlen zsírsavakat (n-3-PUFA), ezen belül is célzottan az omega-3 koncentrált formáját, valamint mediterrán-típusú diétaként alkalmazva többféle telítetlen zsírsav egyidejű hatását vizsgálták. Szinte az összes, állatkísérletes, placebo kontrollált, valamint pilot-vizsgálatban az n-3-PUFA alkalmazásának kedvező hatását írták le, mind az ACR kritériumrendszert, DAS28-at, laborparamétereket, vagy akár csak a szubjektív panaszait a pácienseknek vizsgálva.

Elmondható, hogy biztató eredmények elsősorban a dietoterápia területén állnak rendelkezésre, viszont a diéta, terápia kiegészítő általános javaslatához, még számos vizsgálat elvégzése szükséges.

### E 18

#### Toll-like receptorok szerepe a gyulladós reumatológiai betegségek patogenezisében

*Pazár Borbála*

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A Toll-like receptorok (TLR) a természetes immunrendszer alapvető felismerő struktúrái. Aktivációjuk gyulladós citokinek, kemokinek, metalloproteázok, 1. típusú interferonok termelődéséhez vezet. Ezen kívül az antigén prezentáló sejteken fokozzák a kostimulációs molekulák megjelenését, így szabályozzák az adaptív immunrendszer működését is. A Toll-like receptorok ezen két fontos szerepe alapján valószínű, hogy szerkezetük, vagy jelátviteli útjuk megváltozása káros immunreakciót eredményez. Az alábbi összefoglalás bemutatja Toll-like receptorok feltételezett szerepét a gyulladós reumatológiai betegségek kialakulásában.

### E 19

#### Diagnosztikai, prognosztikai és terápiás nehézségek csapdájában egy eset kapcsán

*Pós Annamária, Rabóczki Anita*

Parádfürdői Állami Kórház, Parádfürdő

Az adekvát terápia elindításának és a minél pontosabb prognózis megítélésének előfeltétele a korrekt diagnózis, melynek felállítása sokszor hosszú időbe telhet. Diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai nehézségek fellépése esetén ráadásul könnyen a diagnózisok rengetegébe veszhet a gyakorló orvos. Egy tanulságos esetismertetés kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet a hatékony interdiszciplináris kommunikáció fontosságára, az esettel kapcsolatban fellépő diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai, terápiás kihívásokra és tapasztalatokra, valamint a „minden részt az egészben nézni” mottó igazságára is.

Esetünk 68 éves nőbeteg példája, aki egy közlekedési baleset polytraumatizált sérültje volt 2003-ban, majd sikeres rehabilitációját követően hirtelen fellépő, intenzív hát- és mellkasi fájdalom miatt került osztályunkra



2004-ben. Az ekkor elinduló kivizsgálási folyamat első lépéseként gerinc rgt vizsgálat korábban nem észlelt Th VI. csigolya kompresszióját igazolta. Társsztrakmák segítségével részletes vizsgálatok történtek, de az etiológia tisztázása és a diagnózis felállítása a mai napig nem sikerült egyértelműen, ráadásul egyéb egészségügyi problémák megjelenése folyamatosan színezte a képet. Meglepő fordulat, hogy az igazolt organikus eltéréseket és a korábban oly súlyos, terápiarezisztens tüneteket meghazudtolva a beteg jelenleg tünetmentes és jó általános állapotnak örvend.

### E 20

#### Myopathiák differenciáldiagnosztikája egy leptospirosis eset kapcsán

Radics Judit, Sütő Gábor, Czirják László  
Pécsi Tudományegyetem, Pécs

A szerzők munkájukban a myopathiák differenciáldiagnosztikájáról adnak rövid áttekintést. A klinika egyik 60 éves férfibetegének esetét mutatják be. A beteg egy héttel korábban hirtelen fellépett, kétoldali combizom gyengeség és fájdalom panaszával fordult orvoshoz. Sürgősségi laborvizsgálata jelentősen gyorsult vérszejtsülyvedést, GOT, CK, LDH, karbamid és creatinin szinteket jelzett, thrombocytopaenia és normál fehérvérszejtszám mellett. A betegnek neurológiai kórjele nem volt. Áttekintve a myopathiák lehetséges okait, polymyositis lehetősége felmerült, ezt azonban az azonnal elvégzett elektromyographiás vizsgálat és a szövettan nem erősítette meg. A máj- és vesefunkciós zavar, illetve a vérképeltérés szisztémás fertőzőes folyamat lehetőségét vetette fel, melyek közül elsősorban a leptospirosis jött szóba. A beteg állapota az alkalmazott parenterális penicillin kezelés hatására rohamosan javult, laboratóriumi paraméterei rendeződtek. Szerológiai eredménye később megerősítette a diagnózist. Következtetések: Hirtelen jelentkező, proximalis, szimmetrikus izomgyengeség és fájdalom esetén cél a klinikai kép egészét, anamnesztikus adatokat együtt értékelve a mielőbbi diagnózis és terápia. A panaszok hátterében többek között súlyos, mielőbb kezelendő autoimmun betegség vagy infekció is állhat.

### E 21

#### A biológia terápiával kapcsolatos tapasztalataink – esetbemutatás

Selyem Réka

Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

**Bevezetés:** Az osztályunkon alkalmazott biológiai terápiás szereket (adalimumab, etanercept, infliximab) 2004 és 2006 között a betegek többsége rheumatoid arthritis (RA) miatt kapta (43%), a többi beteg spondylitis ankylopoetica (SPA) (30%) és AP (4%) miatt. A kezelést a betegek 9%-nál kellett felfüggeszteni infekció (42,9%), rossz compliance (28,6%) vagy hatástalanság (28,5%) miatt.

**Esetismertetés:** 57 éves nőbetegünknek 1984-től ismert szeropozitív RA-ja. Először 7 évig aurothiomalát,

majd 1991-től glükokortikoid és methotrexat kezelést kapott. 2001-ben 1 évig infliximab (3 mg/kg) kezelést alkalmaztunk jó hatással. 2005 júliusban etanercept terápiát kezdtünk. 7 injekció adása után aug-ban szepikus lázmenet és bal oldali colica alakult ki, melynek hátterében pyelonephritis igazolódott, vizeletből E. Coli tenyésztett ki. A fellobbanó sokizületi gyulladás, heveny, antalgias tartást okozó, nem kisugárzó derékfájdalom miatt vettük át osztályunkra. Labor értékeiben emelkedett gyulladásparaméterek voltak, ekkor ciprofloxacín antibiotikum terápiát kezdtünk. Az etanercept adását felfüggesztettük. Radiológiai vizsgálat felvetette az LIII-IV spondylodiscitis lehetőségét, ezt a csontszcintigráfia megerősítette. MR felvétel is kimutatta a spondylodiscitist. További kezelését clindamycin antibiotikum kúrával egészítettük ki és 1 hónap múlva a kontroll vizsgálaton labor értékeikben a gyulladásparaméterek normális tartományba kerültek. A terápiát MTX-ra és glükokortikoidra állítottuk vissza, melyet mai napig kap.

**Következtetés:** Betegeink többségénél (91%) a biológiai terápia jó hatású és biztonsággal adható. Infekció esetén a biológiai terápia azonnal leállítandó és erélyes antibiotikus kezelés szükséges.

### E 22

#### Mellékpajzsmirigy adenoma okozta hyperparathyreosis egy SPA-s betegben

Simkovics Enikő

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Az izületi panaszok differenciáldiagnosztikája során olykor találkozunk ritka kórképek társulásával. Esetismertetésünkben a seronegatív spondylarthropathiák családjába tartozó spondylitis ankylopoetica-ban szenvedő betegben észleltük a hypercalcaemiával járó mellékpajzsmirigy adenoma előfordulását.

26 éves fiatal férfibetegünk anamnézisében vándorló izületi fájdalmak, gerincpanaszok szerepelnek. Az első megjelenéskor kezdetben a fizikális lelet szegényes volt, a bal oldali MCP izületi gyulladást észleltük, a We és CRP érték jelentősen emelkedett volt.

Az idő előrehaladtával újabb tünetek jelentek meg, a derékfájás kezdett dominálni. Kivizsgálása során a laborvizsgálatokban mellékletként észleltük az emelkedett calcium (Ca) szintet, melynek hátterében primer hyperparathyreosis állt. Mellékpajzsmirigy scan igazolta az adenomát, az opust követően a Ca, foszfor és parathormon szintjei normalizálódtak. A közben kialakult sacroileitis, HLA B27 pozitivitás és a kísérő tünetek alátámasztották a spondylitis ankylopoetica (SPA) diagnózist. Ennek megfelelően a kezdeti háttalan többszörös nemszteroid gyulladáscsökkentő terápiát követően biológiai terápiát indítottunk, amely után panaszai jelentősen csökkentek, életminősége sokat javult.

Irodalmi áttekintés során csak egy esetismertetést közöltek. (Goldin, R., Brickman, A.S., Massry, S.G., Bluestone, R.: Ankylosing spondylitis and hyperpa-

rathyroidism JAMA 1978, 240, 8, 759-761.) a két ritka kórkép társulásával kapcsolatban. Meg kell jegyeznünk, hogy az SPA és a hyperparathyreosis két különálló entitás ritka társulása, köztük ok-okozati összefüggés nincs.

### E 23

#### **Biológiai terápia kiemelt effektivitása korai rheumatoid arthritisben**

*Szabó Zoltán, Simkovics Enikő*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A rheumatoid arthritis (RA) progresszív, gyulladással járó ízületi betegség, mely az ízületi porc, illetve subchondralis csont pusztulása révén az ízületek visszafordíthatatlan károsodásához vezet. Szerencsére az ennek kivédését célzó biológiai terápiás lehetőségek hazánkban is egyre nagyobb teret hódítanak. A biológiai terápiás szerek hatékonyan csökkentik a gyulladást, lassítják az anatómiai, radiológiai progressziót, meggátolják a synovitis okozta csontpusztulást. Eddig azonban többnyire terápiaerezisztens esetekben, „ultimum refugium”-ként jött szóba alkalmazásuk. Jelen tanulmányban az anti-TNF kezelés korai tünetkontrollra, ízületi destrukciók korai megelőzésére való alkalmasságát mutatjuk be 2 esetünk kapcsán.

Első betegünk 32 éves nő, akinek 2004 júniusában igazolódott szeronegativ rheumatoid arthritis. Kezdetben (DAS28: 5,6) kis dózisu steroid és sulfasalazin betegségmódosító terápia indult, ez utóbbit gastrointestinális panaszok miatt kellett felfüggeszteni. Ezt követően a steroid mellett heti 7,5 mg methotrexate indult 2005 januárban, majd további aktivitási tünetek miatt heti 20 mg-ra emeltük a dózist 2005 februárban. Azonban ez a terápia újabb egy hónap elteltével továbbra is ineffektívnek volt tekinthető. 2005 júniustól októberig (1 éves folyamat, DAS28: 4,7) TBC szűrést követően három alkalommal infliximab kezelésben részesült. Panaszai lényegesen javultak (DAS28 2,6). 2005 október – 2006 január között nem kapott újabb TNF gátló kezelést, csak methotrexate-ot, panaszai ismét fokozódtak. 2006 januárban ismét infliximab terápiát kezdtünk. A 6. heti kezelést követően ismét jelentős javulás állt be állapotában. Jelenleg is jól van.

Második betegünk 52 éves férfi, 2004 júniusában kéz kisízületi panaszai háttérben kézfelvétel alapján (sávos osteoporosis) korai RA lehetősége vetődött fel. Hydroxichloroquin betegségmódosító terápia indult. 2004 szeptemberi leleteiből anti-CCP pozitívitás, emelkedett CRP szint emelhető ki. Mivel továbbra sem csökkentek panaszai, 2005 februárban heti 7,5 mg methotrexate-ra váltottunk. 2005 áprilisban ezt heti 15 mg-ra emeltük további aktivitási tünetek miatt. Ineffektivitás miatt 2005 júniusában adalimumab terápia indult heti 7,5 mg methotrexate mellett, melynek hatására panaszai megszűntek, We 4 mm/h volt. Jelenleg is panszmentes ezen kezelés mellett.

Eseteink rámutatnak arra, hogy a RA korai stádiumában, amikor még nincs kimutatható radiológiai destrukció, gyors sulphasalazin, methotrexate feltitrálást

követően a klasszikus bázisterápiás szerek ineffektivitása esetén a biológiai terápia egyértelműen alkalmas a betegség progressziójának feltartóztatására.

### E 24

#### **A manuálterápia helye a reumatológiában**

*Simoncsics Eszter<sup>1</sup>, Zsiska Beáta<sup>2</sup>, Temesvári Péter<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Szolnoki MÁV Kórház, Szolnok

A manuálterápia mind a mai napig vitatott kezelési formája a különböző mozgásszervi (elsősorban vertebrogén eredetű) kórképeknek. A szakemberek nemcsak az indikációkról nem értenek egyet, de az is kérdés ki végezheti (pl. gyógytornász vagy orvos) A manuálterápia többfajta kezelési módból áll (manipuláció- és lágyrész technikák). A kompetenciák területét pontosan meg kell határozni. Szerencsére a manuálterápia iránt jelentős érdeklődés tapasztalható Magyarországon. A reumatológusnak fontos ismernie ezt az eljárást és vizsgálati módszereit.

A szerzők röviden áttekintik a legutóbbi évek irodalmát, fókuszálva az elérhető evidence based adatokra. Az eddig elvégzett vizsgálatok alapján elmondható, hogy ha a manuálterápiás kezelést egy jól képzett szakember végzi, pontosan meghatározott indikációval, terápiás lehetőségként választható.

A bizonyítékok erősebbek derékfájdalmak kezelésének hatásosságára, mint a nyaki gerinc manipulációjára, azonban további vizsgálatok szükségesek.

### E 25

#### **Pericardialis folyadékgyülem szisztémás sclerosiban**

*Szamosi Szilvia, Szűcs Gabriella*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

**Bevezetés:** A belső szervi eltérések közül a szív érintettsége igen gyakori szisztémás sclerosiban (SSc). A cardialis manifesztáció érintheti a myocardiumot, megnyilvánulhat vezetési zavarok, arhythmiai kialakulásában, vagy pericarditis, pericardialis folyadék (PF) is jelentkezhet. Irodalmi adatok alapján – a boncletek és a rutin echocardiographias szűrővizsgálatok tanúsága szerint – az SSc betegek körében mintegy 50-70%-ban van jelen kis mennyiségű, klinikai tüneteket nem okozó chronicus pericardialis folyadékgyülem, mely pericardialis tamponádhoz igen ritkán vezet. PF jelenléte a diffúz sclerodermások körében gyakoribb és anti-kardiopilin antitest pozitívitás társulását is megfigyelték ezen betegeknél.

**Esetismertetés:** T.L.-né, jelenleg 66 éves nőbetegünknel 2002-ben diagnosztizáltunk szisztémás sclerosis limitált cutan formáját, melynek eddigi manifesztációi: arosclerosis, pulmonalis fibrosis, pulmonalis hypertonia, pitvarfibrilláció, pericardialis folyadékgyülem, valamint colon diverticulosis. 2001 óta tartósan jelentkezik kis mennyiségű PF, mely részben cardialis decompensatio, részben pedig az alapbetegség részjelensége. 2005-ben a folyadék mennyisége nőtt, ekkor



masszív diuretikus kezelés, valamint kis dóziszú szteroid terápia indult. 2006-ban mellkas CT vizsgálat egyéb organikus eltérést (pl. neoplasma) nem igazolt, valamint hypothyreosis is kizárható a pericardialis folyadék hátterében. 2006 őszén a legutóbbi osztályos kezelése során is szteroid terápiát indítottunk a masszív diuretikus kezelés mellett. Tamponád továbbra sem alakult ki, állapota kombinált diuretikumok és kis dóziszú szteroid mellett jelentős javulást mutatott.

**Következtetések:** A pericardialis folyadékgyülem szűrésére az SSc betegek körében az echocardiographia alkalmas vizsgálat. Az életet veszélyeztető pericardialis tamponád ritkán jelentkezik, ilyenkor a pericardialis fenestratio mellett kombinált nagy dóziszú diuretikus kezelésre van szükség. Nagy dóziszú szteroid veszélyes a scleroderma renalis krízis kialakulásának fokozott rizikója miatt, de kis dóziszú szteroid kezelés hatékony lehet. Egyéb immunosuppresszív szerek használatára vonatkozólag nincsenek megbízható adatok, de ha a pericardialis folyadék kialakulásának mechanizmusát áttekintjük e betegségben, ezeknek is lehet létjogosultságuk.

## E 26

### Újabb adatok az SNSA-k etiopatogenezisében

Szántó Sándor

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

A seronegativ spondylarthropathiák (SNSA-k) a gyulladásos reumatológiai betegségek olyan csoportját alkotják, melyek genetikai háttere, pathomechanizmusa többé-kevésbé hasonlít egymáshoz. Az SNSA-k közé sorolható kórképek a spondylitis ankylopoetica, az arthritis psoriatica, a reaktív arthritisek és a gyulladássos bélbetegségekhez társuló spondylarthritisek.

Az SNSA-k létrejöttéről általánosságban elmondható, hogy genetikailag fogékony (HLA-B27 antigént hordozó) egyénben valamely fertőző ágens hatására kóros immunológiai reakció beindításával jön létre. A fenti tényezők az egyes kórképek kialakulásában eltérő súlylyal szerepelnek, így a HLA-B27 hordozás a spondylitis ankylopoetica, míg a fertőző ágensek inkább a reaktív arthritisek esetén a legjellegzetesebbek.

SNSA-kat triggerelő baktérium törzsek gyakori HLA-B27 asszociációt mutató fajtái aerob, lipopoliszacharid tartalmú külső membránnal rendelkező, Gram negatív, obligát vagy fakultatív intracelluláris kórokozók, melyek urethritist (70-90%), felső légúti hurutot (10%), vagy enterális fertőzés (1-15%) váltanak ki.

Az ízület, pedig mint a RES része és a keringő infekív ágensek gyűjtőhelye szerepel, mivel a keringő kórokozók teljes organizmusként, intracellulárisan vagy immuncomplex részeként rakódhatnak le benne. Ráadásul a gyulladássos mononukleáris sejtek, a synovialis HEV-en keresztül transzmigrálódnak és felhalmozódnak a gyulladt ízületekben.

A SNSA-k kialakulásának bakteriális triggere mellett szól, hogy a kórokozók genetikai állománya gyakran kimutatható az ízületekből, a synoviumból izolált mononukleáris sejtek proliferálnak a specifikus mikroorganizmusok hatására, valamint az ízületekben létrejöv-

vő IL10 és TGF $\beta$  túlsúly, mely Th2 citokin mintázat gátolja a baktériumok eliminációját.

## E 27

### Reiter-kór cardialis manifesztációi

Szentpétery Ágnes, Zolnai Antal Csaba, Szekanecz Zoltán

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

1953-ban született férfibeteg kórtörténetét ismertetjük, akinél polyarthritist, urethritist, krónikus prostatitist és iridocyclitist alapján Reiter-kór igazolódott. Azathioprin, majd methotrexate betegségmódosító terápiát kapott, melyek mellett myocarditis, illetve cardiomyopathia alakult ki. Ezek után cyclosporin A kezelésben részesült, mely hatékonyan bizonyult.

Mivel betegünkönél mind a Reiter kór, mind a myocarditis létrejöttét urogenitalis infectio előzte meg és a reaktív arthritiseket kiváltó kórokozók közül a Chlamydia trachomatis az egyik leggyakoribb, oki szerepét feltételezzük mindkét jelenség kialakulásában.

Esetünk kapcsán a Reiter-kór klinikai tünetei közül kiemeljük cardialis manifesztációit és irodalmi adatok alapján szólunk a HLA-B27 asszociált cardiovascularis betegségekről is.

## E 28

### Churg – Strauss syndroma

Zahorán Ágnes, Fejes Irén, Keszthelyi Péter

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula

2006. szeptember 11-én 31 éves nőbeteg került felvételre osztályunkra.

Anamnézisében 1996 óta gyakori fejfájás, 2001 óta ismert, kezelt asthma bronchiale, chronicus sinusitis miatt 2006. szeptember 5-én orrpolypectomia szerepel.

Felvétele előtt tíz nappal kezdődtek ízületi gyulladássos panaszai, 4 napja volt láza.

Felvételekor térdek, bokák és mindkét kéz kisízületeinek duzzanata volt észlelhető.

Gluteális tájékon livid, vörös, oedemás plakkok, papulák, alsó végtagon, kézujjakon purpurákat észleltünk. Jobb lábfej érzéketlen volt.

Laborértékek közül We: 96, CRP: 93, Eos%: 37,7, fvs: 14,2, Hgb: 94,8 emelhető ki.

Figyelembe véve a klinikai képet, a laboratóriumi eltéréseket, valamint a gluteális régióból vett biopsia szövettani eredményét az ACR kritériumrendszer alapján Churg–Strauss syndromának véleményeztük betegségét.

Nagy dóziszú iv. corticosteroid (napi 120-80-60-40 mg Solu-Medrol), majd per os 32 mg Medrol adására ízületi panaszai, gyulladássos paraméterei valamint eosinophiliája csökkent. Bőrelváltozásai javultak, de jobb lábfej érzéketlensége megmaradt.

Távozása előtt napi 2x50 mg Cytoxan adását indítottuk el 32 mg Medrol mellett.

Esetismertetésünk mellett áttekintést adunk a kórképre jellemző egyéb elváltozásokról, differenciáldiagnosztikai problémákról.

**E 29****Terápiarezisztens rheumathoid arthritis és prelymphoma társulása – a terápia nehézségei.***Zolnai Antal Csaba, Molnár Klára Ilona*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Magyarországon a rheumathoid arthritis gyakoriságát 0,5-1% közé teszik. Rheumathoid arthritisben a tumork előfordulásának relatív rizikója 8-9 közötti, betegségmódosító terápián, illetve methotrexate kezeléssel átesettek közt a rizikó még nagyobb. A betegség aktivitás akár 71-szeres rizikót jelenthet. Tartós remisszióba még most is, a legjobb centrumokban is csak a betegek 5-10%-a kerül, a betegek másik 10%-a bármilyen ma ismert terápia ellenére is gyors funkcióromlást mutat.

**Esetismertetés:** Az 59 éves nőbeteg anamnézisében tonsillectomia, mindkét oldali Basedow, vitilligo, osteoporosis, jobb oldali gen. synovectomia, thymoma, szerepel. Az 1999-óta rheumathoid arthritisben, illetve 2002 óta érett T-sejtes NHL-ben szenvedő nőbeteg, mivel 4 hagyományos bázisterápiás szer és egy biológiai terápia is hatástalan volt, autológ őssejt transzplantációs programba került.

Esetünk kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet a rheumatoid arthritises betegeknél is a fokozott követésre, illetve neoplasma irányában történő szűrésre. Valamint arra hogy sajnos még a biológiai terápia sem tud minden esetben tartós remissziót elérni, tehát nagy szükség van továbbra is a kutatásokra, új lehetőségek fejlesztésére.

**E 30****Terápiarezisztens RA és sclerosis multiplex társulása – a terápia lehetőségei***Zolnai Antal Csaba, Szentpétery Ágnes*

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Az egyéb klasszikus terápiára refrakter rheumatoid arthritis (RA) legkorszerűbb kezelésének alapja ma a TNF- $\alpha$  gátló szerek alkalmazása. Ismeretes, hogy ezek a készítmények nem adhatóak központi idegrendszeri demyelinizációs folyamatokban – mint amilyen a sclerosis multiplex (SM) is –, mert a folyamat progresszió-

ját, az állapot romlását okozhatják. Egyes tanulmányok leírtak biológiai terápiában részesült betegek esetében újonnan kialakult demyelinizációs tüneteket, melyek a kezelés felfüggesztésével enyhültek vagy teljesen szanalódtak.

Esettanulmányunk egy 52 éves, RA-ben és SM-ben egyidejűleg szenvedő nőbeteg kórtörténetét mutatja be, kinek 20 éve ismert RA-e, és a diagnózis felállítása óta számos alkalommal kapott különféle bázisterápiás szereket, melyeket vagy a nem kielégítő hatásosság, vagy a mellékhatások kialakulása miatt kellett leállítani. Betegségének progressziója miatt több alkalommal plasmapheresisen és ortopédiai műtéteken is átesett. 2001-ben igazolódott SM-e MRI és liquor-elemzés alapján, mely azóta shubokban progrediált.

Mindkét kórkép esetében leírtak biztató eredményeket autológ őssejttranszplantáció alkalmazása után. Esetünkben kézenfekvőnek tűnik ez a megoldás, hiszen így betegünknek reménye lehet mindkét súlyos és egyébként nem gyógyítható autoimmun eredetű betegségéből való teljes gyógyulásra.

**E 31****Egy hyperextendált térd esetének bemutatása. Mivel tudja a manuálterápiás szemlélet segíteni a hagyományos mozgásszervi vizsgálatot?***Zsiska Beáta<sup>1</sup>, Simoncsics Eszter<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Szolnoki MAV Kórház, Szolnok<sup>2</sup>Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A szerzők 26 éves nőbeteg esetét mutatják be, akinek mindkét oldali térdhajlat duzzanatának oka a hyperextendált állapot volt.

A betegeket korábban ortopédián vizsgálták, ahol ízületi duzzanatot és Baker cystát nem találtak. Mivel súlyyodása kissé emelkedett volt, góckutatást indítottak.

Ennek kapcsán cholecystectomy történt és már tonsillectomiát is terveztek, mivel panaszai változatlanul fennálltak. Reumatológián végzett vizsgálat során egyértelművé vált, hogy a panaszokat a térd hyperextendáltsága okozza. A célzottan végzett gyógytorna mellett a beteg 1 hét alatt panaszmentesé vált.

A szerzők hangsúlyozzák a manuális medicina szemléletének hasznosságát a reumatológiai gyakorlatban.

*„A ravaszság még senki rókának meg nem ártott.”*

*Határ Győző*