

ból álló kérdőívet állítottak össze. Jelen munka célja ezen kérdőív validálása volt.

Két mozgásszervi betegségekkel foglalkozó szakorvos a szöveget magyarra fordította. A szövegeket összevetve egy kérdőív állt össze. Ezt hivatalos szaknyelvi fordító az eredeti nyelvre visszafordította. Az így létrejött kisebb eltéréseket egy harmadik anyanyelvi szinten beszélő angoltanárral egyeztetve javították ki. A kérdőívet 10 különböző végzettségű egészségügyi dolgozóval ellenőriztették. A kérdőívet további 10, legalább 3 hónapja deréktáji fájdalomban szenvedő beteggel töltették ki két alkalommal, 3 nap különbséggel. A két kitöltés között a betegek nem részesültek aktív kezelésben.

A tizenhat kérdést két csoportba lehetett sorolni. Az elsőbe azon kérdések kerültek, melyek a félelem és az elkerülő magatartás mértékét reprezentálták a munka világában, míg a második azon kérdésekből állt össze melyek az előbb említett tényezőket a fizikai aktivitás tekintetében mérték. Jelen vizsgálatban az első csoportban kapott pontszámok 0–40 (lehetséges maximum 42 pont) között változtak, átlagérték 25,35 volt. A második csoportban 7–24 (lehetséges maximum 24 pont) az átlagérték 18,7 volt. A magas pontszám nagyobb félelmet mutat a munkával, illetve a fizikai aktivitással szemben. A tíz betegre a félelem és elkerülő magatartás inkább a munka terén jellemző, mintsem a fizikai aktivitás terén. Ezt támasztja alá a kérdésekre adott pontszámok átlaga is.

A kérdőívet jól használhatónak tartják a munkával és a fizikai aktivitással kapcsolatos félelmek és elkerülési magatartás mérésére és célzott terápia indikálására.

P 45

Mellkasi lágyrésztumor: rheumatoid csomó? Esetismertetés

Pethő Zsófia¹, Szabó Zoltán¹, Brugós László¹, Nemes Zoltán¹, Szöllősi Zoltán¹, Sándor Zsuzsa¹, Pápay Zsuzsanna², Szekanecz Zoltán

¹Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen, ²Állami Egészségügyi Központ, Budapest

A 42 éves férfi 4-5 éve tartó, köldök felé sugárzó hátfájással, zsibbadással, jelentős fogyással jelentkezett először Marosvásárhelyen, majd a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC) Pulmonológiai Klinikán. Ortopédiai, majd urológiai kivizsgáláson esett át, majd mellkas-CT alkalmával paravertebralis a mellkasba terjedő, az egyenes hátizomzatot, alsó bordákat, csigolyát infiltráló tumor került leírásra. CT-vezérelt tübiopsia eredménytelensége nyílt műtétet indikált, melynek szövettani eredménye rheumatoid csomót véleményezett, így a tüdőgyógyász reumatológiai kivizsgálását kérte. Szerzők tanszékén elvégzett laborokban, az összehasonlító kéz-láb felvételen, illetve a beteg vizsgálatakor rheumatoid arthritisre (RA) utaló eltérés nem volt igazolható, így, mivel a rheumatoid csomó RA nél-

kül rendkívül ritkán fordul elő, a szövettan revízióját kérték. Korábban a szövettan malignitást nem igazolt. A revízió eredménye malignus perifériás ideghüvely eredetű tumor (MPNST), melyet a klinikai kép is alátámasztott. Emellett a röntgenfelvétel is igazolta, hogy a terime a bordákból indul ki. A beteg kezelése a diagnózis megszületése előtt fájdalomcsillapításból állt. Amikor a rheumatoid csomó, illetve rheumatoid tüdő diagnózis állt előtérben, két alkalommal redukált dózisban cyclophosphamidot és kortikoszteroidokat is kapott. A tumor igazolását követően a DEOEC Onkológiai Tanszék és az OGYK Onkológiai Osztály javaslatára a DEOEC Sugárterápia Tanszék vette gondozásába a beteget palliatív irradiációs kezelés céljából. 2008. április-május folyamán 5-6 hétig kapott 40–60 Gy napokra elosztott dózisu besugárzást a tumor, a gerinc és a gerincvelő területére. Az MPNST igen agresszív és ritka daganattípus, mely a lágyrésztumorkok kis hányadát, a sarcomák 5–12%-át képezi. Az MPNST az esetek kb. felében de novo, másik felében neurofibromatosis talaján alakulhat ki, habár a Von Recklinghausen-betegségben szenvedőkben gyakoribb. A diagnózis felállítását számos kritérium segíti: az életkor (34–52 év), az esetek nagy részében tapintható fájdalmas duzzanat, nagyobb törzsi ideg érintettségénél gyengeség, paraesthesia, izomatrophia kialakulása. A hirtelen előtörő fájdalom, a gyors növekedés malignitásra utalnak. A leggyakoribb lokalizációnak a végtagok, a törzs és a paravertebralis régió tekinthető, méretük gyakran a 10 cm-t is meghaladja. Szövettanilag az orsó alakú sejtek, a gyakori mitózisok és a neuroectodermális eredetet bizonyító immunhisztokémiai tulajdonságok jellemzik. Az irodalomban kevesebb mint száz esetet közöltek, a túlélés egy évnél rövidebb. Szerzők esetükben mellkasi térfoglaló folyamat észlelését követő vizsgálatokat és a felmerülő differenciáldiagnosztikai problémákat láttak. Bár a szövettani diagnózis alapvető fontosságú, a kórelőzmény és a klinikai kép terelheti más irányba a gyanújukat. A ritka elváltozások felismeréséhez a patológust teljes alapossgal informálni kell. Emellett a klinikum és a szövettani lelet diskrepanciája esetén revíziót kell kérni.

P 46

Az Európai betegségaktivitási index és lehetséges új aktivitási markerek vizsgálata szisztémás sclerosisban

Minier Tünde¹, Nagy Zoltán², Bálint Zsófia¹, Farkas Helka¹, Radics Judit¹, Kumánovics Gábor¹, Czömpöly Tamás¹, Simon Diána¹, Várjú Cecília¹, Németh Péter¹, Czirják László¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Pécs, ²Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Fehérgyarmat

A szisztémás sclerosis (SSc) kedvezőtlen prognózisú, krónikus autoimmun betegség, melyet az immunrendszer aktiválódása, vaszkuláris károsodás, gyulladás, a bőr és különböző szervek fibrosisa jellemez. A pato-