

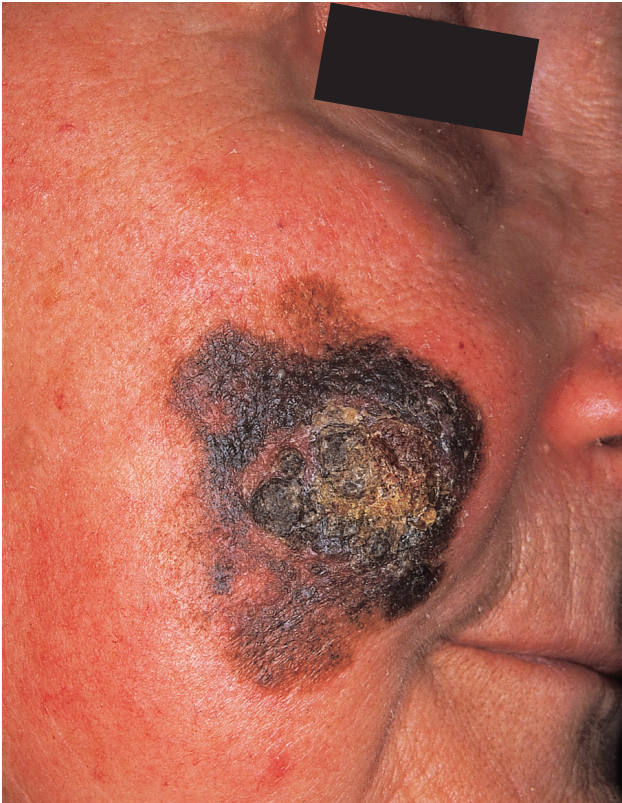
Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. március 13. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Bottlik Gyula dr., Bíró László dr.:

Melanoma malignum faciei I. d.

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 78 éves nőbeteg anamnézisében említésre méltó korábbi megbetegedés nem szerepel. Kb. 4 éve észlelte a jobb arcfélen lassan növekedő barna foltját, benne kb. fél éve a rapidan növekedő terimét. Felvételekor a fenti régióban 4,5x3,2 cm átm., szabálytalan alakú,



1. ábra

Lentigo maligna melanoma, műtét előtt

egyenetlenül pigmentált, karéjos szélű foltot láttunk, közepén 1,2 cm-es, a bőr szintjéből előemelkedő, kissé erodeált tumorral. A klinikai kép lentigo maligna melanomának felelt meg (1. ábra).

In toto sebészi kimetszés megtörtént, a szövethiányt Emmett lebennel pótoltuk. A seb pp. gyógyult (2. ábra). A szövettani vizsgálat a klinikai diagnózist igazolta (LMM, Clark IV., max. tumorvastagság: 3,6 mm).

Esetünket említésre méltóvá a viszonylag nagy arctumor ellenére is elérhető, jó esztétikai és funkcionális eredmény teszi.

Karászi Viktória dr.:

Carcinoma basocellulare recidivans dorsii

(Országos Bőr-Nemikórtani Intézet)

A 63 éves férfi anamnézisében hypertonia, NIDDM, ízületi panaszok szerepelnek. A beteg hátán, a bal váll területén lassan kialakult terime diathermiás eltávolítása történt 2001 szeptemberében a terü-



2. ábra

Excisio, és Emmett plasztika utáni gyógyulás állapota

leti bőrgyógyászaton. A klinikai diagnózis basalioma volt, a szövettani vizsgálat a következőket találta: „művileg károsodott basalioma részletek láthatók. Az eltávolítás nem az épben történt”.

A beteg kontrollvizsgálaton csak 2003 februárjában jelent meg, amikor a korábban kezelt területen már több hónapja recidíva jelent meg. A plakkot ismételt diathermiával kezelték, a szövettan ezek után a következő véleményt adta: „A metszetekben kicsiny bőrleány figyelhető meg rendkívül súlyos művi károsodás jeleivel. Melanin pigmentáció helyenként látható. Érdemi vélemény a szöveti képből nem mondható”. A kezelőorvos ezt követően klinikánkra utalta a beteget obs. ad pigmentált basalioma obs. ad melanoma malignum diagnózissal. Vizsgálatkor a beteg bal vállán a hátfelszínen kb. 1,2x0,9 cm nagyságú, erythemás, centrálisan erősen tapadó, vaskos pörkkel fedett plakkot láttunk, melyet 3 mm-es szegéllyel in toto sebészetileg kimetszettünk. A szövettan hegyszövetet írt le, malignitás jelei nem voltak láthatók.

Az esetet tanulságai miatt mutattuk be, miszerint egy szövettannal igazolt, nem in toto eltávolított basalioma esetén sebészi kimetszés szükséges, újabb szövettani vizsgálatral.

Preisz Klaudia dr.:

Melanoma malignum

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 52 éves férfibeteg anamnézisében komolyabb megbetegedés nem szerepel.

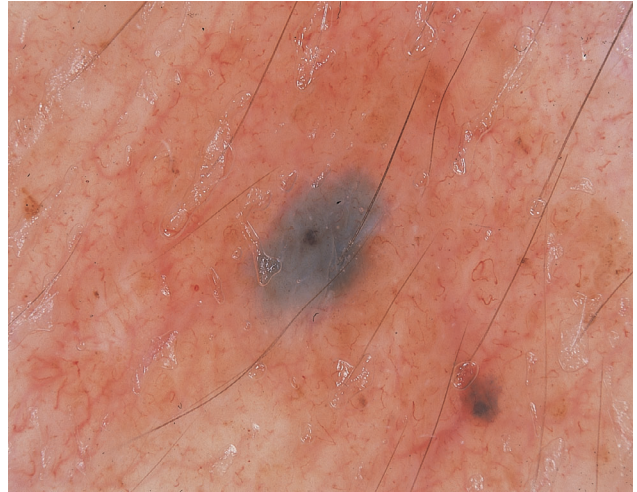
A jobb temporális régióban születése óta észlelt borsónyi anyajegy az elmúlt 10 év során lassú növekedésnek indult. Az elváltozás centrális részében kb. 3 évvel ezelőtt alakult ki egy kis csomó, mely az elmúlt hónapok során fészülködés közben több alkalommal sérült, vérzett. Felvételekor a jobb temporo-parietalis területen 4 cm átm., éles szélű, sötéten, helyenként egyenetlenül pigmentált plakkot, centrális részén 12 mm átm., varral fedett, vérzékeny csomót láttunk.

A klinikai kép melanoma malignumnak felelt meg. A tumor in toto műtéti eltávolítását tervezzük.



3. ábra

Az alsóvégtagok disztális részén baloldali dominanciával livid, helyenként konfluáló plakkok, pseudobullák



5. ábra

Az elváltozás dermatoscopos képe

Csikós Márta dr.:

Kaposi sarcoma

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 84 éves férfibeteg anamnézisében évtizedek óta ismert és kezelt M. sacer, Parkinson-szindróma, agyi és szisztémás thromboembóliás történések szerepelnek.

Kb. két éve észleli kezdetben a bal alsóvégtag disztális részén jelentkező bőrtüneteit, melyek a későbbiekben az ellenoldali alsóvégtag és mindkét felsővégtag disztális részén is kialakultak.

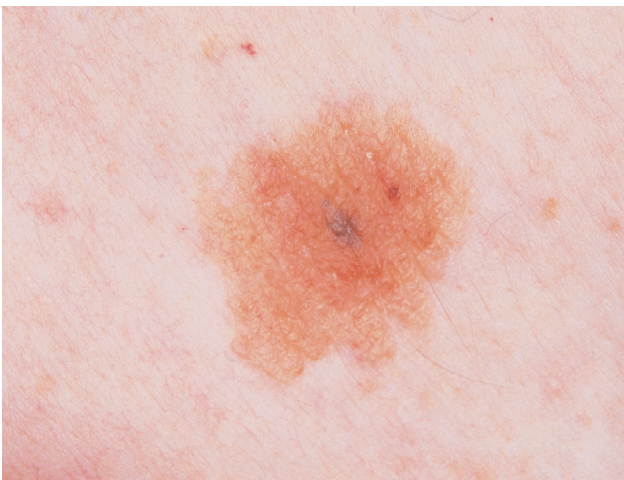
Felvételekor a mindkét lábfejen, a talpakon, a lábujjakon, a lábcsárák hajlító és feszítő oldalán, a combok disztális részén, mindkét kézfejen és a tenyereken nagy számú, livid, helyenként összefolyó foltokat, plakkokat, pseudobullákat észleltünk, melyek bal alsóvégtagi dominanciát mutattak (3. ábra). Elszórtan mindkét felkaron, a törzsön, a tarkón, az állon 1-1 livid papula is megfigyelhető volt.

A típusos klinikai kép Kaposi sarcomának felelt meg. A szövettani vizsgálat eredménye a klinikai diagnózist igazolta.

A bentfekvése során készült mellkas rgt. pulmonális érintettséget nem igazolt. Az ambuláns hasi UH vizsgálat szisztematizációra nem utalt.

A HIV szerológia és a HHV-8 vírus vizsgálata perifériás vér- és szövetmintából PCR reakcióval egyaránt negatív lett.

A beteg kezelése nem problémamentes. Szóródott tünete miatt



4. ábra

Sárgásbarna plakk, kékes színben áttűnő folttal



6. ábra

Lassan progressiáló Kaposi-sarcoma, 1991-es állapot

szisztémás interferon terápia alkalmazása indokolt lenne, azonban általános állapota, többszörös központi idegrendszeri betegségei miatt az interferon adásától eltekintettünk, lokális rgt. kezelést kezdtünk több mezőben, melynek eredménye később várható.

A beteget a klasszikus Kaposi sarcoma típusos klinikai képe és a terápiás nehézségek miatt mutattuk be.

Bíró László dr.:

Kombinált naevus

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 39 esztendő, 14 hetes gravida anamnézisében említésre méltó korábbi megbetegedés nem szerepel.

Elmondása szerint a bal clavícula feletti régióban születése óta fennálló naevusának a közepén az utóbbi hetekben sötétén pigmentált folt jelent meg.

Státuszrögzítések a fent említett régióban 2x1,5 cm-es, sárgásbarna színű, szabályos, éles szélű plakkot láttunk, középső részén 0,3 cm-es, kékes színben áttűnő pigmentált folttal (4., 5. ábra).

A látott kép alapján naeviod képlet és kék naevus kombinációja merült fel. Az elváltozást in toto kimetszettük.

A szövettani vizsgálat congenitalis intradermalis naevus és naevus coeruleus cellularis kombinációját igazolta.

Ábrahám Katalin dr.:

Kaposi-sarcoma

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 51 éves férfibeteg anamnesisében évtizedek óta hypertonia és balkamra hypertrophia, ISZB, angina pectoris, cervicalis dicopathia és depressio szerepel.

Bőrtünetei 1989 nyarán a jobb, majd a bal lábszáron kezdődtek. Első alkalommal 1991-ben, majd 1992-ben és 1995-ben kezeltük klinikánkon.

1991-es benn fekvésekor a bal lábszárról szövettani vizsgálatot végeztünk, a diagnózis Kaposi-sarcoma volt (6. ábra).

2003. márciusban felvételére néhány hónapja észlelt kistökű progresszió miatt, kezelés céljából került sor.

Felvételekor mindkét lábfejen és a lábszáraknak elsősorban a felszítő, kisebb mértékben a medialis és lateralis felszínén nagy számú, éles szélű, sok helyütt confláló 0,3-0,8 cm-es lividbarna maculákat, ill. alig infiltrált papulákat láttunk. A talpak és a látható nyálkahártyák tünetmentesek voltak. Megnagyobbodott nyirokcsomót nem tapintottunk.

Kórházi felvétele előtt készült MRTG, hasi és kismedencei UH-vizsgálat eltérést nem igazolt.

Laboratóriumi leleteiből emelkedett serum bilirubin és transzamináz értékei érdemelnek említést.

Hepatitis serológiai vizsgálatok negatívak voltak, így májenzim eltérései feltehetőleg aethyles eredetűek.

RPR és HIV-serológia ismételten negatív volt.

HHV-8 infectiot sem a perifériás vérből, sem a szövettanból nem tudtuk kimutatni.

1992-ben interferon kezelést terveztünk, de a bevezető 1 ME dózist követően a betegnél mellkasi fájdalom jelentkezett, tekintettel erre a szubjektív panaszra a tartós kezeléstől eltekintettünk.

1991-ben Miskolcon a lábszárakra 48 mezőben 5x2 Gy, 1995-ben és 1997-ben klinikánkon 10 mezőben összesen 12x2 Gy röntgenkezelést kapott.

Mivel tüneteinek rendkívül lassú progressziót mutatnak, jelen bent fekvése alatt is a sugárterápia folytatása mellett döntöttünk, 7 mezőben 10x1 Gy dózissal irradiációban részesült.

Szakonyi József dr.:

Linearis morbus Darier

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 74 éves beteg anamnesisében appendectomia szerepel. Kb. 25-30 éve észleli a hátán lassan növekvő elváltozását, mely jelentős szubjektív panaszt nem okoz. Salgótarjánban próbaexcízió történt, itt (v.s. akantholysis miatt) felvetették pemphigus seborrhoicus-erythematosus, dermatitis herpetiformis lehetőségét. A metszetet konzultáltuk, a hisztológiai kép ekkor (hám-hyoerplasia, acantholysis, diskeratosis) TAD-ra utalt.



7. ábra

Hátán lévő tömött tapintatú, szürkésbarna, keratotikus felszínű linearis plakk

Felvételekor a hátán, a gerinc felett kb. 15x0,5 cm-es linearis plakkot (felső pólusán a próbaexcízió hegével), ill. ennek vonalában, kb. az L2, ill. L5 csigolyák magasságában kb. 2 cm-es, tömött tapintatú, szürkésbarna, egyenetlen, keratotikus felszínű, laposan kiemelkedő plakkot láttunk. Néhány hasonló morfológiájú 2-4 mm-es papula észlelhető a környező területeken. A legcaudalisabban elhelyezkedő plakkot eltávolítottuk, a szövettani vizsgálat – a klinikai képnek is megfelelő – linearis morbus Darier diagnózisát igazolta.

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle Szerkesztősége fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani Klinika 2003. április 10. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Tabák Réka dr.:

Bullosus lichen sclerosus et atrophicus

(Semmelweis Egyetem, Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 69 éves nő anamnesisében mastitis, spondylarthrosis cervicalis, hypertonia, polypus cervicis uteri, bal oldali térdprotézis műtét, cholecystectomy, hypothyreosis szerepel.

1988-ban a vulván pruritussal indultak tünetei. Vulvectomia történt, a szövettan kraurosis vulvae-t igazolt. 1992-ben kezdődött bőrfolyamata, melyet szövettan nélkül scleroderma circumscriptum disseminatumnak vélelményeztek. Szisztémás és lokális szteroid ill. De-lagil terápiát állítottak be. 1994-ben született a bőrből hisztológiai diagnózis: lichen sclerosus et atrophicus (LSA). 1998-ban a debreceni bőrklinikán scleroderma circumscriptum disseminatum diagnózissal penicillin, krém-PUVA és lokális szteroid kezelésben részesült, melyet 2001-ben Neotigasonnal egészítettek ki.

A disszeminált törzsi tünetek mellett egy éve jelentek meg sacralisan, viszkető területen recidív bullái, ill. az emlő alsó felszínén feleltes ulcusok. Felvételekor a törzsön és a végtagokon nagy kiterjedésben voltak láthatók a típusos tünetek: ovális, porcelánfehér, kissé besüppedt, atrophias, pergamenszerűen ráncolható plakkok. A sacralis plakkokon 2-2,5 cm-es szabálytalan szélű, vastag falú, többrekeszes, kocsonyás bennéki pseudobullákat és a megnyílt hólyagok helyét láthattuk (1. ábra). Az anogenitalis regioban vulvectomia utáni állapotot, ill. a folyamat progresszióját észleltük.



1. ábra

Pseudobullák egy LSA-s plakkon

A klinikai kép típusos LSA-nak felelt meg. A bullosus részből szövettani vizsgálat történt, mely a klinikai diagnózist igazolta.

A korábban elkezdett suboptimalis Neotigason-adagolást felfüggesztettük, PUVA- és lokális szteroidterápiát állítottunk be.

Az irodalomban említett egyéb terápiai lehetőségek szisztémásan: per os retinoid, antimaláriás szerek. Lokálisan leghatékonyabbnak az intrafocalis szteroidot említik az ösztrogén-, progeszteron-, tesztoszteron tartalmú készítmények, UV-A1, fürdő-PUVA mellett. Fontos kitérni a sebészi kezelés helyére a korszerű terápiaiban. A hólyagfedél eltávolítása érintő irányú metszéssel a tapasztalatok szerint gyorsabb gyógyulást eredményez. A mai állásfoglalás szerint a vulvectomia nem indokolt. Perzisztáló fekélyekből, ill. csomókból a malignizálódás kizárására biopszia vétele javasolt. Ismert a betegség társulása autoimmun betegségekkel, így pajzsmirigy betegséggel, anaemia perniciosával, 1-es típusú diabetes mellitussal, Addison-kórral, vitiligoval, morpheával, SLE-vel.

Esetünket a ritka, de típusos pseudobulla-képződés, a polymorph klinikai kép, ill. a társuló immunserológiai igazolt autoimmun thyreoiditis miatt mutattuk be.

Wikonkál Norber dr., Podányi Beáta dr.:

Extraintesztinális Crohn betegség

(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A szerzők 25 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek anamnézisében említésre érdemes megbetegedés szerepel. 2001. júniusában észlelt 2. terhességének 18. hetében bal vesetáji fájdalmat, amely miatt a Salgótarjáni Kórház Urológiai osztályán paranephritikus tályog drenálása, majd nephrectomia történt. A nephrectomia hegének purulens váladékozása miatt 2001. júliusban SE Urológiai Klinikán retroperitoneális feltárása, colon descendens suturára került sor. Fél évvel a szülést követően hasi panaszai jelentkeztek, véres széklet, görcsölés, amely miatt Salgótarjánban Sebészeti Osztályon vastagbél műtét, bélresectio, stoma beültetése történt, ahol szövettani vizsgálat krónikus aspecifikus colitist igazolt. Néhány héttel később beteg panaszai szűntek, a stomát megszűntették.

2001. június 6-án észlelt az orrkezdetben erythemás, majd folyamatosan gennyesen váladékozó elváltozását, amely miatt küldték klinikánkra (2. ábra). A nálunk ambulanter elvégzett szövettani vizsgálat az extraintesztinális Chron betegség diagnózisát támasztotta alá.

A klinikai kép a fenti diagnózis mellett felveti tuberculosis, Wegener granulomatosis lehetőségét is. Utóbbit immunserológiai negativitása, ANCA negativitás kizárta. TBC irányában mintavétel történt, tenyésztés folyamatban, PCR negatív. Tuberculin hypererg lett. Bent léte alatt elvégzett vizsgálatokkal – felső panendoscopia, colonoscopia, jelenleg accur Chron betegségre utaló eltérést nem észleltünk. Vastagbél biopsia cronicus colitist igazolt. Összességében, ha az elhúzódó, orrporcot is destruáló gyulladás hátterében és a belgyógyászati anamnézis ismeretében cronicus extraintestinalis Chron betegség jön leginkább szóba, amelynek nem mond ellent a folyamat jelenlegi inaktivitása, béltünetek szintjén. Ennek a véleménynek birtokában Salofalk terápiát állítottunk be, a TBC tenyésztéses vizsgálattal igazolt negativitásáig Medrol adását nem tervezzük. A Chron betegség extraintesztinális formája az irodalomban ritkán észlelt típus, azonban Chron betegség mellett egyéb szervek érintettsége azonban gyakran megfigyelhető. A leggyakoribb társuló betegségek iritis, uveitis, primer sclerotizáló cholangitis, ízületi érintettség, pyoderma gangrenosum, erythema nodosum. Esetünket a ne-



2. ábra

Az orr igen kiterjedt, a porcot destruáló, szuperinficiált granulomatikus gyulladása

héz diagnózis és terápiás lehetőségek tisztázása céljából mutatunk be.

Wikonkál Norbert dr.:

Keratoacanthoma ulcus cruris területén
(Semmelweis Egyetem ÁOK Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A bemutató 69 éves férfi esetét ismerteti, akinek anamnézisében v. cava thrombosis, fractura femoris I. s., anemia perniciososa, hypertonia szerepel. 1971-ben közlekedési baleset után alakult ki mélyvénás thrombosis a bal lábszáron, mely csaknem azóta áll fenn. 2002-ben a chronikus fekély szélén gyorsan növekvő papillomatous elváltozás alakult ki, amelyet lézer evaporációval távolítottak el, majd az elváltozás recidívája miatt vettük fel klinikánkra. Felvételek a jobb lábszár külső oldalán 5x8, illetve 6x9 cm átmérőjű, éles szélű, alapján granulomatous sarjszövetrel fedett, bőr szintje alatti ulcust, illetve ennek proximalis harmadában 3x4 cm nagyságú hyperkeratotikus papillomatous felszínű plakkot észleltünk (3. ábra). A klinikai kép az ulcus talaján kialakult keratoacanthomanak felelt meg, amelyet hisztológiai vizsgálattal is megerősítettünk. A hisztológiai lelet tükrében a krónikusan fennálló ulcus miatt sebészi ellátás nem jött szóba, localis radiotherapia mellett döntöttünk, amely mellett a tumor regresszióját észleltük.

A keratoacanthoma a bőr semimalignus elváltozásainak csoportjába tartozó, rapid növekedést mutató tumor, amely kialakulása ismétlődő traumával, egyéb provokáló faktorokkal ismert. Ezzel együtt ulcus crurissal való szövődése kevésbé ismert. Esetünket az ulcus cruris kísérőbetegségeként kialakult, ritkán észlelhető keratoacanthoma bemutatása végett ismertettük.



3. ábra

A lábszári ulcus területében kialakult erősen hyperkeratotikus, rapidan progrediáló plakk

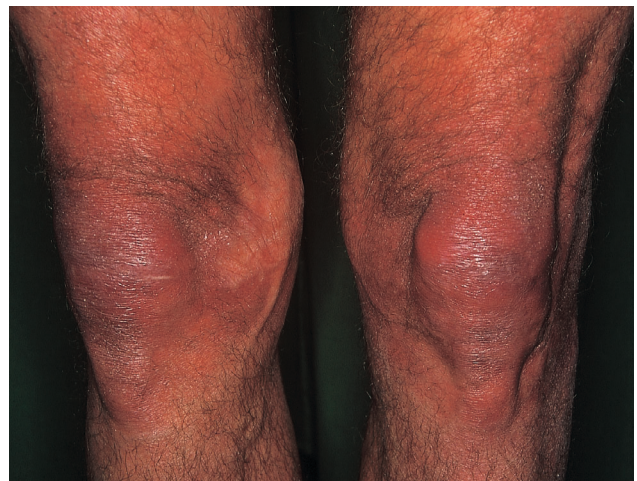
Szakonyi József dr.:

Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) és lichen sclerosus et atrophicus (LSA) egyidejű előfordulása Lyme pozitív betegen
(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 49 éves férfibeteg anamnézisében varicectomia szerepel. 6 hónapja fennálló bőrtünetei miatt jelentkezett ambulanciánkon. Felvételek a bal lumbalis és a jobb glutealis régióban 5, ill. 15 cm átmérőjű, fehér, follicularis hyperkeratosist mutató plakkokat, a jobb térd medialis oldalán egy hypopigmentált, atrophias plakkot láttunk. Mindkét oldalon a térdtől distalisán a bőr diffúz módon livid-erythemás, atrophias, a lábujjak, talp is lividen elszínezett volt (4. ábra). A lumbalis és glutealis plakkokból elvégzett biopsia szövettani vizsgálat LSA-t véleményezett, míg a jobb térdén lévő plakkból vett minta vizsgálata ACA-t igazolt. Az ambulanter elvégzett Lyme-szerológia IgG pozitivitást mutatott.

Bentfekvése során 3x6 ME iv. Penicillin kezelést kezdtünk, melynek hatására a lábszáron észlelt erythema kis mértékben csökkent.

A LSA és az ACA közös vonása, hogy gyulladás következtében sclerosis, a kollagén és elasztikus rostok atrophiasja következik be. Az irodalmat áttekintve a Borreliák kóroki szerepe onnan eredeztethető, hogy spirochaetákat direkt módon sikerült kimutatni a fenti laesiókból. Európai szerzők PCR-ra vizsgált morpheás, LSA-s, ACA-s



4. ábra

A térdken diffúz erythema, atrophia, a jobb térd medialis oldalán hypopigmentált, atrophias plakk látható

minták túlnyomó részében kimutatták *Borrelia burgdorferi* DNS jelenlétét, míg Észak-Amerikában nem találtak PCR-ral pozitív LSA-s, morpheás beteget. Ennek a valószínű oka, hogy a *Borrelia burgdorferi* 8 törzse közül az észak-amerikai Lyme-kórért felelős (*sensu stricto*) kevésbé okoz késői bőrtünetet, mint az Európában gyakoribb *Borrelia afzelii*. Ezek az eredmények felvetik a *Borrelia infectio* kiterjedtebb etiológiai szerepét a sclerodermák kialakulásában.

Ablonczy Éva dr.:

Systemas lupus erythematodes

(Simmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A 26 éves nőbeteg anamnézisében tonsillectomia szerepel. 2003. januárjában vesetáji panaszok, pyuria miatt Halidor, Nitrofurantoin kezelést kapott. Ezt követően két héttel a PIP ízületek duzzanata, érzékenysége jelentkezett. Háziórvosa Augmentin Duo, ill. Maltofert kezelést kezdett – elmondása szerint ekkor készült laboratóriumi leleteiben sideropenia mellett emelkedett májfunkciós értékek voltak.

Február végén torka fáj, belázasodott, ekkor jelentkeztek bőrtünetei. A Veszprémi Kórház Bőrgyógyászati Osztályán erythema exsudativum multiforme diagnózissal kezelték – Medrolt, Augmentint kapott. Laboratóriumi leletei közül gyorsult süllyedés, thrombocytopenia, emelkedett AST érték emelendő ki. Emissziója után egy héttel ismét reggeli ízületi merevség, fájdalom (kéz, kisízületek, csukló, térd), kb. 10 napja arcon (nap expozíció után) pillangószárny erythema jelentkezett. Labor kontroll továbbra is magas We értéket, leukopeniát, az időközben elkészült immunológiai vizsgálatok csökkent C3 és C4 szintet, antinukleáris antitest, anti-DNS (720 IU/ml!) pozitívítást mutattak. Ezen leletek alapján systemas lupus erythematodes diagnózissal irányítják klinikánkra.

Felvételekor az orcán és orrháton halvány, pillangószárny alakú erythema látszott. A klinikai tünetek, markáns immunszerológiai eltérések, rutin laboratóriumi leleteiben az az eddigi kóros paraméterek mellett fellépő kismértékű proteinuria alapján a systemas lupus erythematodes diagnózis felállítható volt. Nagy dózisu (205 mg Medrol/die) kortikoszteroid terápiát vezetünk be, amely mellé cyclophosphamid bekapcsolása jön szóba.

**Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvostudományi Kar Bőr- és Nemikórtani
Klinika 2003. május 8. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói**

Somlai Beáta dr.:

Kaposi Sarcoma kezelése interferonnal

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 2003. 2. számában már ismertettük Kaposi sarcomás betegünk esetét, akinek folyamata elsősorban a talpakra, lábfejekre, lábszárakra lokalizálódott. A bőrtüneteket lymphoedema és fájdalom kísérte, mely olyan fokú volt, hogy a beteg alvását zavarta, a talpak kifejezett érintettsége pedig a járás nagyfokú nehezítettségéhez vezetett.

Mivel a helyi röntgen adásának feltételei kimerültek, ezért vetődött fel a szisztémás interferon kezelés lehetősége. Ennek eredményéről kívánunk a jelen bemutatóval beszámolni.

Az alkalmazott heti 3x5 ME, majd 3x10 ME Intron-A mellett kb. 4 hónapos kezelés után a jelenség progressziója megállt, majd fokozatos regresszió indult. A korábban szinte mozgásképtelen, bottal közlekedő beteg járása normalizálódott, a lymphoedema és a fájdalom megszűnt, alvása pihentető, a csomók és plakkok barnán pigmentált foltok hátrahagyásával gyógyultak (1., 2., 3., 4. ábra).

Betegünk jelenleg csaknem teljesen tünetmentes és az interferont heti 1x10 ME dózisban kapja, melyet szubjektíve jól tolerál.

Esetünk jól példázza, hogy az interferon a Kaposi sarcoma kezelésében hatékonyan alkalmazható therápiás eljárás. Sajnálatos, hogy ellentétben az AIDS-hez kötött esetekkel, az idiopathiás Kaposi sar-



1. ábra
Talpak – kezelés előtt



2. ábra
Talpak – kezelés után



3. ábra
Lábfej – kezelés előtt



4. ábra
Lábfejek – kezelés után

comáknál adását a társadalombiztosítás nem támogatja. Ezért az OEP-től méltányossági alapon történő támogatást kértünk, melyet meg is kaptunk.

Függetlenül ettől fontos lenne, hogy a Szakmai Kollégium képviselje azt az igényt, hogy ez a betegcsoport is automatikusan részesüljön a támogatásban.

Ablonczy Éva dr.:

Progressiv systemas sclerosis

(Simmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

A három nappal ezelőtt klinikára felvett 70 éves nőbeteg kórtörténetében 2002 tavaszáig említésre méltó betegség nem szerepel. Ekkor kezdődött kezeken hidegre való fehér, majd livid elszíneződés, kéz kisízületek fokozódó fájdalma, a bőr tömöttebbé válása, szorítóerő csökkenése, majd fokozatosan az ujjak flexiós tartása. Angiológiai és neurológiai vizsgálat a carpalis alagút syndromát kizárta. A kézhát bőrének és fokozatosan az arc bőrének tömöttebbé válása vetette fel a progressiv systemas sclerosis lehetőségét. A beteg kezelését reumatológus kezdte el. Ambulanter szisztémás kortikoszteroid (max. 64 mg Medrol/nap, 16 mg Medrol fenntartó dózis) és Imuran (50 mg/nap) kezelésben részesült. Alapbetegségének részletes szervi érintettségére vonatkozó vizsgálata nem történt meg. Emellett 2002. június óta a beteg testsúlya jelentősen – kb. 15 kg –



5. ábra

Mindkét kéz ujjai duzzadtak, flexiós kontrakturában vannak; a jobb V. és bal III. ujj PIP ízülete felett sárgás alapú ulcusok

csökkent, mely okának tisztázása ugyancsak szükséges. Rutin leleteiből kiemelendő a fokozatosan emelkedő süllyedés és a normociter anaemia; immunológiai vizsgálatai közül antinukleáris antitest pozitivitás (granularis és nucleolaris festődés) és anti-topoisomerase I (Scl-70) pozitivitás.

Felvételekor az arc bőre tömöttebb tapintatú, mindkét kéz ujjai duzzadtak, flexiós állásban vannak, a jobb V. és a bal III. ujj PIP ízülete felett sárgás alapú ulcusok figyelhetők meg (5. ábra), az ujjbegyeken kis csillag alakú hegek láthatóak. Mellkasfelvételen mindkét oldalon basis felett – jobb oldali túlsúllyal – fibrosis; bal oldalon a szívcsúcs mellett 1 cm átmérőjű terület figyelhető meg, amely lehet callus, esetleg fibrotikus lágyrész. Nyelési rtg: a nyelőcső a szokottnál tágabb, merev. Összehasonlító kéz felvételen valamennyi kézcsontról mindkét oldalon atrophias; a jobb kéz II-V. ujján flexiós contractura látszik. EKG: vándorló ingerület képzés lehetősége vetődik fel; bal ant. fasc. block határán. 24 órás vizelet összefehérje meghatározás, creatinin clearance, TSH, FT4 vizsgálat folyamatban van. Mellkas CT, ill. HRCT vizsgálatra, légzésfunkciós vizsgálatra, echocardiographiára, gastroscopiára és kapillármikroszkópos vizsgálatra előjegyeztettük. Az eddig alkalmazott belső kezelés mellé értágítót kapcsolunk be, helyileg a PIP ízületek felett elhelyezkedő ulcusok feltisztítása folyik.

A beteg a típusos klinikai kép, a viszonylag gyors progresszió és a folyamat háttérében felvetődő belservesi tumor lehetősége miatt került bemutatásra.

Bihari Ágnes dr.:

Pusztító ulcus rodens

(Kispesti Eü. Intézet, Bőr- és Nemibeteg gondozó)

A Krompecher által 1893-ban basaliomának nevezett, a bőr alapsejtjeiből kiinduló daganatot általában semimalignusnak tekintjük. Ritkán ad áttétet, a legtöbb esetben gyógyítható, a recidívák aránya nem túl magas.



6. ábra

Jobb oldali facialis paresis, a tumor a jobb fülkagylót és hallójáratot roncsolta, homlokra is terjedő

2002. májusában a 69 éves nőbeteg ellátását családorvosa kéri, mert a beteg aktív kezelést nem fogad el.

1989 óta tud bőrelváltozásáról, de orvoshoz 2002. áprilisban fordult. Akkor a Szent István Kórház III. belgyógyászatán feküdt és konziliárius bőrgyógyászati vélemény, az Országos Onkológiai Intézet sugárkezelését javasolta. Egy 1989-ből származó szövettani lelet basaliomát igazolt, mely a jobb fülkagyló-hallójáratból indult ki.

Status: a képen látható j. o. facialis paresis, a j. fülkagyló és halló-



7. ábra
Felületes hámfosztott terület a mellkason

járat hiányzik. A homlokra terjedő, basaliomára jellegzetes gyöngyház szegély még sejtethető (6. ábra). A halántékig kifeléyesedő, a nyakra is terjedő tumor vérzékeny, több tenyérmű, mély ulcus észlelhető. A j. szemhéj alul-felül oedémás.

A koponya CT a kisagyban, agytörzsben kórosat nem talált. A j. o. piramis körül kóros densitas nincs. Tércfogalásra utaló jel nem ábrázolódik. Supratentorialisan kórosat nem találtak. A kamrarendszer szimmetrikus, a középvonal a helyén. A mastoid sejtekben levegő nincs. A piramis csontstruktúrája elmosódott, helyenként lytikus. A folyamat ráterjed a j. o. zygomaticus ívre és a temporomandibularis ízületre. Az orrüreg kontrasztja is elmosódott (2002. 06. 14.).

A beteg 2002. októberében aláírásával igazoltan elutasított minden kezelést.

Torma Katalin dr., Szalai Zsuzsa dr.:

Staphylogén Lyell szindróma (Heim Pál Kórház Bőrosztály)

Két egymást követő eset kapcsán a gyermek és elsősorban iskolás kor előtti korosztályra jellemző betegség kerül bemutatásra, a Staphylogén Lyell szindróma.

Az első eset egy 7 hónapos csecsemő, negatív perinatalis anamnézissel. Egy héttel felvétele előtt náthás volt, 3 nap múlva jelentkezett test szerte diffúz erythaema, ami az arcról, hajlatokról terjedt a testre, elsősorban hólyagok jelentek. Láz, progresszió miatt gyermekosztályra, majd innen HPK Bőrosztályra került átvételre.

Felvételekor általános állapota kielégítő volt, láztalan. Test szerte diffúz élénkvrös erythemat, törzsön érdes, száraz, hámló bőrt, periorificialisan: szem, száj, fül körül és perigenitalisan erosiót, pörkö-

södést, szemből purulens váladékozást, arcon kifejezett oedemat észleltek.

Laboratóriumi eredményeiben emelkedett fvs szám szerepelt.

Bakteriológiai vizsgálat szemváladékból, száj, fül körüli, perigenitalis területről, orr és torokból történt. Az orr- és torokváladékból kórokozó baktérium nem tenyésztett, a szem, köldök körüli és perioralis erosiókból *Staphylococcus aureus* nőtt, fágtipizálást a perioralis területről végeztek, az eredmény II. csoportú 71-es típusú fág lett.

Intravénás antibiotikum – Cefuroxim 100 mg/tskg –, per os antihisztamin és helyi antiszeptikus-hidratáló kezelés után a pörkképződés megszűnt, erosió hámosodtak, az erythaema fokozatosan csökkent. A korán elkezdett antibiotikum kezelésnek köszönhetően az exfoliatív fázis a törzsre nem terjedt rá, itt a bőr finom hámlást követően gyógyult. Kontrollvizsgálatkor elvégzett fvs szám normalizálódott. 7 nappal felvétele után maradványtünetekkel bocsátották otthonába.

A szülők szűrése megtörtént, a torokváladék negatív lett, az orrváladékból *Staphylococcus aureus* tenyésztett.

A második eset az előző emittálásának napján került felvételre, kapcsolat a két gyerek között nem volt.

A 13 hónapos kised anamnézisében lényeges betegség nem szerepelt.

4-5 nappal felvétele előtt jelentkeztek bőrtünetei glutealisan, száj körül apró vrös papulák formájában szubfebrilitás kíséretében, kiütései fokozatosan terjedtek.

Vizsgálatakor a jó általános állapotú, szubfebrilis kised bőre diffúzan élénkvrös, durva tapintatú, érzékeny volt. Az arcon, törzsön, felső végtagon elszórtan felületes hámfosztott területeket észleltünk, ami a gyermek bőrének „leforrázott” jelleget kölcsönzött (7. ábra). Perioralis pörkképződést tapasztaltak. A Nikolszkij tünet pozitív volt. Laboratóriumi eredményeiből emelkedett fvs szám – süllyedés –, 24 m/h emelhető ki.

A bőrről *Staphylococcus aureus* nem tenyésztett, orrváladék negatív, torokváladékban *Staphylococcus aureus* kimutatható volt, fágtipizálás nem történt.

Az alkalmazott parenterális antibiotikum – Cefuroxim 100 mg/tskg – és antihisztamin, gyulladáscsökkentő, orrcsepp, helyi antiszeptikus kezelés után láztalaná vált, a hólyagképződés 2 nap múlva megszűnt, az erosió hámosodtak, 7 nap alatt enyhe hámlás hátrahagyásával gyógyult, laborparaméterei normalizálódtak.

A szülők orr-, torokváladék tenyésztése negatív lett.

A Staphylogén Lyell betegség, az angol terminológiában Staphylococcal scalded skin syndrome – rövidítése SSSS –, 10 éves kor alatti, de még inkább az iskolás kor előtti gyermekek exfoliatív dermatitise, amire jellemző az egész bőrre kiterjedő gyulladás, hámlalás.

A kórokozó a *Staphylococcus aureus* baktérium egy csoportja, leggyakrabban a II-es csoport, 71-es vagy 55-ös fág típus. Ez a csoport egy toxint termel, aminek két típusa ismert, az exfoliatív toxin A és B. A toxin a desmoglein 1 hasítására képes direkt proteolysis útján. Ezzel magyarázható, hogy a hólyagképződés helye az epidermis felsőbb rétegében a stratum spinosum és stratum granulosum között van a pemphigus foliaceushoz hasonlóan. A Staphylococcusok leggyakrabban a nasopharynxban, köldökcsontonon, kötőhártyán telepednek meg, innen jut a toxin a keringés révén a dermis kapillárisan átdiffundálva a str. granulosumig. A betegre a baktérium hordozórol kerülhet, egészséges felnőttek 35%-ánál a nasopharynxból kimutatható a Staphylococcus, a törzsek kb. 7%-a termel exfoliatív toxint.

A beteg általános állapota általában jó, szubfebrilitás előfordul. A betegségnek 3 fázisa van: erythemas, exfoliatív és desquamatiós. A diagnózis a klinikai kép alapján felállítható, a szövettani vizsgálat, *S. aureus* tenyésztés, tipizálás, toxintermelő tulajdonság bizonyítása ezt megerősíti.

A SSSS prognózisa jó, lethalitás 5% alatt van.

Ritkán alakul ki szövődmény: hypotermia, folyadékvesztés, superinfectio, szepszis, respiratorikus distressz.

Elkülöníteni elsősorban a gyógyszeres eredetű Lyell betegségtől kell, ahol a nyálkahártyák is érintettek, a hólyagképződés, necrosis a str. spinosumban van, prognózisa sokkal rosszabb.

Kezelése antibiotikumokkal – félszintetikus penicillin, cefalosporin – történik, illetve fontos a kiegészítő kezelés, folyadékpótlás, helyi antiszeptikus szerek.

Fontos a közvetlen kontaktusba kerülő személyek szűrése.

Bíró László dr., Bottlik Gyula dr.:

Cc. spinocellulare capitis

(Semmelweis Egyetem Bőr- és Nemikórtani Klinika)

Az 58 éves férfi anamnézisében tonsillectomia, továbbá 1999. óta ismert és kezelt (SE II. Belklinika) Waldenström macroglobulinemia szerepel,

Elmondása szerint kb. 1-2 éve észlelte a homlok bal oldalán lévő elváltozást, ami az utóbbi fél évben jelentős növekedésnek indult, környezetével összekapaszkodott.

Felvételekor a homlok bal oldalán 4x3 cm-es, livid, lateralisán kissé kiemelkedő, medialisan ép hámmal fedett, cutan, subcutan ülő, tömött, fixált tumort láttunk (8. ábra).

A klinikailag spinaliomára suspect elváltozást a multi-stage sebészi elveket követve távolítottuk el, de a szövettani vizsgálat szerint mélységében egyik esetben sem az épen.



9. ábra

A tenyereken kis, multiplex, lapos papulák

Tekintettel arra, hogy a szövettanilag igazolt cc. spinocellulare érintette a csonthátyát, a kiterjesztett végső műtétet az Országos Idegsebészeti Intézetben idegsebésszel közösen végeztük el.

A műtétet megelőző kivizsgálás során egyéb manifesztációt nem észleltünk (mellkas rtg., hasi, kismedence, nyaki és praeauricularis régiók UH vizsgálata).

Marschalkó Márta dr.:

Keratosi palmoplantaris punctata

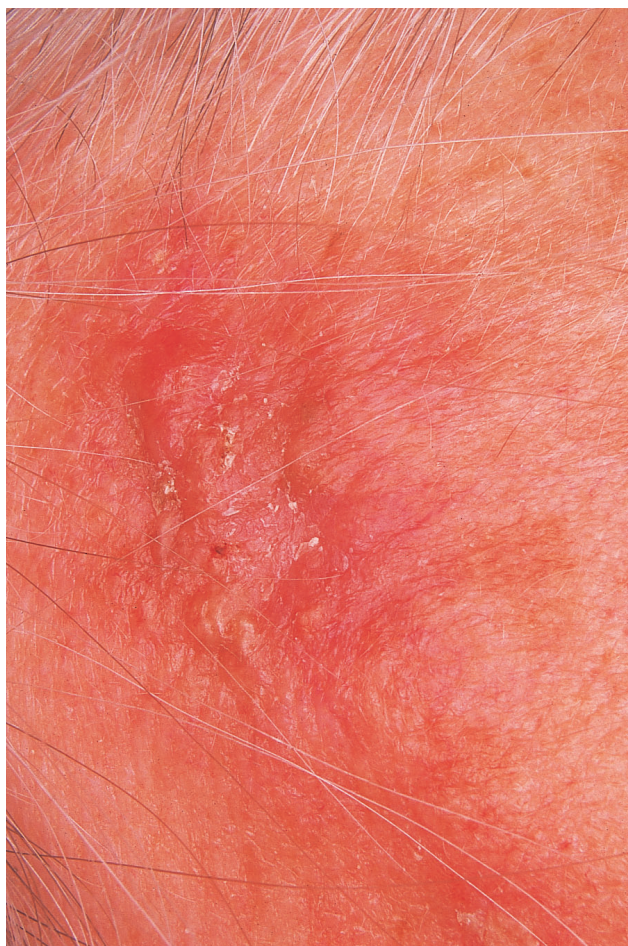
(Semmelweis Egyetem, Bőr- és Nemikórtani Klinika)

41 éves nőbeteg a tenyerén és a talpán lévő multiplex bőrelváltozások miatt jelentkezett klinikai ambulanciánkon. Anamnézisében említésre méltó nem szerepel, egyéb betegsége nincs, gyógyszert rendszeresen nem szed. Anyjának hasonló bőrelváltozásai vannak, a családban más nem szenved bőrbetegségben. A bőrtünetek gyerekkora óta fennállnak, panaszt nem okoznak, nem zavarták, csak az utóbbi időben fordult orvoshoz. Bőrgyógyászati rendelésen fagyasztották, Verumal ecsetelést, elhúzódozó Isoprinosine tbl-t kapott.

Tenyerén-talpán számtalan, 1-5 mm átmérőjű, főleg a talpán hyperkeratotikus, lapos, sárgás-fehér papulák láthatók (9. ábra). Egyéb bőrtünete, körömméltérése nincs. A szövettani vizsgálat hyperkeratosist és hypergranulosist mutatott.

Mellkas rtg. hasi UH vizsgálat, mammografia negatív eredményt adott. Család vizsgálatot, a család tumorok irányában történő kivizsgálását tervezzük. A keratosi palmoplantaris punctata ritka, autosom dominánsan öröklődő bőrbetegség, a tenyereken és a talpakon kis, 1-5 mm nagyságú, hyperkeratotikus papulákkal. Differenciál diagnosztikában porokeratosi palmaris et plantaris, acrokeratoelastoidosis, verruca merült fel. Az irodalmi adatok szerint a betegekben, és az érintett családokban malignus daganatok – elsősorban gyomor-bél rendszer carcinoma – előfordulásával kell számolnunk.

Terápiára retinoid adása javasolt.



8. ábra

4x3 cm-es, livid, lateralisán kissé kiemelkedő, medialisan ép hámmal fedett, cutan, subcutan ülő, tömött, fixált tumor a homlok bal oldalán