

## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

### 2004. október 14. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

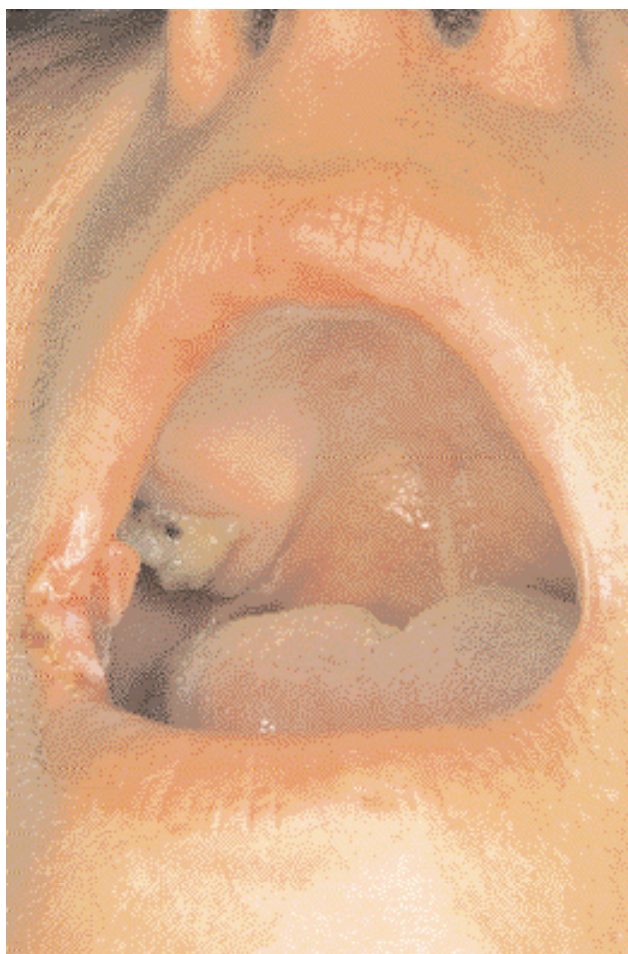
Pónyai Katinka dr.:

#### Syphilis recens symptomatica

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

32 éves nőbetegünk 2004 szeptemberében észlelte genitálisan és a szájnyálkahártyán fájdalommentes hámihiányait. Orvoshoz ekkor nem fordult, tüneteire helyileg Tetran kenőcsöt használt, amely mellett regressziót nem észlelt. 2004 októberében a talpán és a lábujjak között alakultak ki odorosus bőrtünetei. Ekkor fordult először orvoshoz, így került Klinikánk ambulanciájára genitális és orális erosio beutaló diagnózissal. Felvételekor az alsó ajak belfelszínén több, 2-3 mm-es tömött alapú, környezetéből előemelkedő, erodált, opálosan fénylő plakk, a kemény szájjpadon sötétvörös enanthema, a jobb szájjugban macerált felszínű, berepedezett, felhánt szélű papula volt látható (1. ábra). A nemi szervben a vulva oedémája, ill. elszórtan macerált, 1-1,5 cm-es, a bőrből laposan előemelkedő papulák voltak megfigyelhetők. A talpon sonkavörös, erősen hyperkeratotikus papulák, interdigitálisan macerált, kifejezetten odorosus, nedvedző felszínű papulákat láttunk.

Sötétlátóteres vizsgálat nem történt, a folyamat tartós antiszeptikus kezelése miatt azonban az elvégzett RPR, és TPHA vizsgálat



1. ábra

A kemény szájjpadon plaques muqueuses, a jobb szájjugban condyloma latum látható

1:80 hígításig pozitív eredményt adott. A jellegzetes klinikai kép és a komplett szerológiai pozitivitás alapján II. stádiumú syphilis diagnózisát állítottuk fel.

Neurológiai, szemészeti, és fül-orr-gégészeti konzílium történt, negatív eredménnyel.

Betegünket a jelenleg érvényben lévő módszertani levél alapján, 7 nap különbséggel 4,8 ME összdózisú Retarpen kezelésben részesítettük. A gondozásba vétel megtörtént. A beteg kontrollvizsgálatokon többszöri felszólításra sem jelent meg.

Kontaktként megnevezett élettársánál is komplett szerológiai pozitívítást detektáltunk. Adataink alapján kb. 1 hónappal ezelőtt genitális régióban lévő erosióját területi urológián excidálták. A férfit beteget élettársa hozta etiles állapotban felvételre. Ekkor a kontakt a terápia előtt önkényesen távozott. Hivatalos intézkedésre a jelenleg érvényben lévő jogszabályok alapján az ÁNTSZ jogosult mindkettőjük ügyében.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.

Bíró László dr.:

#### Acrodermatitis chronica atrophicans

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 43 éves nőbeteg távolabbi anamnézisében penicillin allergián kívül említésre méltó megbetegedés nem szerepel. Az anamnesztikus adatok bizonytalanok.

Másfél éve észlelték enyhe hyperthyreosisát, melyet belgyógyászatban kontrollálnak, gyógyszerert nem szed. Vizsgálati adatairól dokumentáció nem áll rendelkezésünkre. Elmondása szerint 1 éve észleli a karokon – elsősorban bal oldali dominanciával – kialakult barnáslivid, finoman hámló plakkjait, melyeket különböző magisztrális készítményekkel kezeltek, érdemi javulás nem mutatkozott.

Belgyógyász irányította ambulanciánkra, gombavizsgálat elvégzése céljából.

Státusz: a bal felső végtagon barnáslivid színű, finoman hámló, atrophias plakkok láthatók, melyek stabilan fennállnak, egyéb subjektív panaszt nem említ (2. ábra).



2. ábra

Barnáslivid, diszkrétan hámló, atrophias plakk a bal kézen

A végtag hűvösebb tapintatú. Raynaud fenomén nem észlelhető. Magával hozott rutin laboratóriumi leleteiben eltérést nem észleltünk. Ismételt kérésre beszámolt arról, hogy kb. 2 éve a bal felkaron megcsípte valami, a csípés helye sokáig vörös volt. Az utóbbi időben gyakran fáj a feje, néha ízületei is fájnak. A fejfájás miatt koponya CT is készült, mely kóros eltérést nem mutatott, bár neurológiai szakvélemény nem áll rendelkezésre.

A klinikai kép és az anamnézis alapján felmerült borreliosis lehetősége.

A bőrtünetek ACA korai stádiumának felelnek meg.

Az elvégzett szerológiai vizsgálatok *Borrelia* IgG (ELISA) pozitívítást mutattak. A megerősítő IgG Western blot is erős pozitívítást igazolt. IgM negatív volt. (Disszeminált, ill. késői borreliosisban az IgG emelkedett lehet.)

A kiegészítésként elvégzett immunszerológiai vizsgálatok eltérést nem mutattak. Cryoglobulinaemia, cryofibrinogenaemia miatt nem volt igazolható.

A beteg neurológiai, kardiológiai vizsgálata folyamatban van. Hospitalizációját tervbe vettük, parenteralis antibiotikus th-t tervezzük, mely az anamnézisben szereplő penicillin érzékenység miatt komplikálja a helyzetet.

Ábrahám Katalin dr.:

### **Pemphigus foliaceus**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A középkorú férfibeteg anamnesisében néhány éve ismert és kezelt hypertonia szerepel. 2004. augusztusban a jobb halántéktájon másfél éve fokozatosan növekvő, subjektív panaszt nem okozó plakk miatt kereste fel klinikánkat (3. ábra). Ekkor a fenti régióban 6,5x3,5 cm-es, szabálytalan alakú, közepesen infiltrált, erythemas, helyenként felszínes erodált, ill. pörkkel fedett plakkot láttunk, mely klinikailag morbus Bowennek imponált. Ezzel szemben rutin szövettani vizsgálat pemphigus foliaceus lehetőségét vetette fel. Direk immunfluoreszcens vizsgálattal a hámban intercellulárisan pemphigus típusú IgG antitest és C3 festődés volt látható, indirekt immunfluoreszcens vizsgálattal alacsony titerben (1:10) pemphigus vulgaris típusú IgG antitestet sikerült kimutatni majom és tengerimalac nyelőcsövön egyaránt.



3. ábra  
Pemphigus foliaceus bőrtünete a halántéktájon

Így a klinikai kép, a szövettani és az immunfluoreszcens vizsgálatok alapján pemphigus foliaceus diagnózisát állítottuk fel. A pemphigus foliaceus az intraepidermalis hólyagképződéssel járó autoimmun megbetegedések közé tartozik a pemphigus vulgarissal, paraneoplasiás pemphigussal és az IgA pemphigussal együtt. A betegségre jellemzőek az éles szélű, erythemas, pörkkel fedett, erodált plakkok, főként seborrheas lokalizációban. Álló hólyagot rendszerint nem látunk, a nyálkahártyák tünetmentesek. A pemphigus csoportba tartozó betegségekben az autoantitestek az epidermalis desmosomákban lévő transmembran glikoproteinek, a desmogleinek (DSG) két típu-

sa, a DSG-1 és a DSG-3 ellen termelődő IgG ellenanyagok. Pemphigus foliaceusban csak DSG-1 ellenes antitestek termelődnek. Mivel a DSG-1 legnagyobb mennyiségben a hámb felső rétegében található meg, ezért ebben a körképben az acantholysis elsősorban az epidermis felső rétegében (a stratum granulosumban) zajlik. A nyálkahártya hámjának felső rétegében a DSG-3 dominál, ezzel magyarázható, hogy nyálkahártya tüneteket nem látunk. A pemphigus foliaceus remissziókkal és relapsusokkal jár, krónikus megbetegedés. Ismert gyógyszer indukált forma is, melyet főleg sulfhidril csoportot tartalmazó gyógyszerek (penicillamin, captopril) szedése kapcsán figyeltek meg. A kezelést a klinikai kép határozza meg: kiterjedt folyamat esetén elsősorban lokális antisepticus és steroid kezelés is elegendő lehet. A bemutatott betegnél, tekintettel a lokalizált folyamatra lokális steroid és antibiotikum kezelést kezdtünk. Egyidejűleg a hypertonia kezelésére szedett ACE-gátlót más antihypertensiv szere cseréltük. A lokális kezelés folytatása mellett a beteg szoros observációját tervezzük. Amennyiben a gyógyszerváltást követően lokális kezeléssel tartós tünetmentességet érünk el, az igazolhatja azt a feltételezésünket, hogy a folyamat kialakulásában az ACE-gátló provokáló faktorként szerepelt.

Pónyai Katinka dr.:

### **Erythema exsudativum multiforme**

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

76 éves nőbetegünk távolabbi anamnézisében fibroma miatt emlőműtét, hypertonia, ill. átlag két-három havonta recurráló herpes labialis infekció szerepel. 1973 óta ismert évek óta tünetmentes psoriasis, amely lokális kezelésre jól reagál.

2004. szeptember 6-án onychomycosis miatt háziórvosa terbinafine terápiában részesítette. A kúra harmadik hetében mellkasán viszkető, erythemás foltok jelentek meg. A terbinafine terápia felfüggesztése, és per os, ill. lokális antihisztamin terápia mellett a folyamat lassan progrediált, a végtagokon, háton, tenyereken, talpakon, majd az arcon is hasonló bőrtünetek jelentek meg.

A tüneteket mérsékelt viszketéssel kívül más általános, bakteriális vagy virális infekcióra utaló tünet nem kísérte.

Felvételekor a beteg jó általános állapotban volt. Testszerte, főként proximális túlsúllyal, a mellkas felett, a háton, a gerinc mentén, a végtagok proximális részén, tenyereken, talpakon, arcon, a felső ajakpírban livid erythemás, céltáblarajzolatot mutató, necroticus, besüppedt középtű papulák voltak láthatóak, halvány erythemás beszűrt gyűrűvel körülvéve. A nyálkahártya nem volt érintett (4. ábra).

A beteg laborleleteiben érdemi eltérés nem volt látható, mind a fehérvérsejtszám, mind a neutrophilszám normál tartományban volt.

A jellegzetes klinikai kép és az anamnézis alapján gyógyszer indukálta erythema exsudativum multiforme diagnózisát állítottuk fel.

Az erythema exsudativum multiforme többféle ok által kiváltott, polymorph klinikai képpel, általános tünetekkel járó, típusosan a kéz hátra, az alkar feszítő felszínére, a térdre, könyökre, tenyérre lokalizálódó betegség. Ritkábban az arc, nyak, törzs, vagy fartájék is érintett.

Etiológiájában vírusok, baktériumok, gombák szerepén túl gyógyszerek kóros szerepe, ill. malignus tumorok, autoimmun betegségek (SLE, PAN, Wegener granulomatosis) jelenléte is felmerül.

Vírusok kóros szerepére példa az általában ősszel, típusosan 1-2 héttel a lezajlott herpes simplex infekció után kialakult erythema exsudativum multiforme, a Typus annuus Hebra.

Autoimmun betegségek közül, jellemzően SLE-s betegekben jelentkeznek idiopathiás, recurráló erythema multiforma szerű léziók: Rowell's syndrome. Ilyenkor az IF pozitív, immunszerológiai eltérések (RF, SS-A, szemcsés ANA pozitívítás) észlelhetőek.

Erythema exsudativum multiformét kiváltó gyógyszerek között szerepelnek: reuma elleni készítmények, gyulladáscsökkentők, fájdalomcsillapítók (indometacin, diclophenac, penicillamin, ammidosphen, phenilbutason, salazopyrin, chlorocid), antibiotikumok (szulfonamidok, penicillin, cefalosporinok, semicillin, tetracyclin,



4. ábra

Livid erythemás, céltáblarajzolatot mutató, necrotikus, besüppedt közepű papulák, halvány erythemás beszűrt gyűrűvel körülvéve

aminoglycosid), antiepileptikumok, szedatívumok (carbamazepin, barbiturátok, hydantoinkészítmények), kinin, kinidin, arany sók, vízhajtók (furosemid, thiazidok), penolphtalein.

Esetünkben felmerül a terbinafine kóroki szerepe.

A szakirodalom a terbinafine számos mellékhatásáról számol be, amelyek között szerepel az akutan kialakult toxikus hepatitis, hajhullás, étvágytalanság, izolált thrombocytopenia, ill. bőrtünetekként: a psoriasis fellángolása, lichenoid gyógyszerexanthemák, akut generalizált pustulosis, bullosus pemphigoid, lupus erythematodes, ill. az erythema exsudativum multiforme megjelenése.

Ez utóbbi tünetegyüttes fellépése gyakran megfigyelhető vírusis, vagy bakteriális infekció egyidejű fennállása esetén.

Betegünket a jellegzetes klinikai kép miatt mutattuk be.

Veres Gábor dr.:

#### Szekunder syphilis

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 28 éves férfi egy 2004 nyara óta primer syphilis miatt gondozott nőbetegünk kontaktusaként több hónapos késéssel jelentkezett.

Tünetei elmondása szerint kb. 6 hete kezdődtek, halláskárosodás kíséretében. Vizsgálatakor a törzsön halvány roseolát, a tenyereken és talpakon hyperkeratotikus, helyenként hámgallérral övezett barnásvörös papulákat (clavi syphilitici), a bal vállon és a combokon 1 cm átm., szintén hámgallérral övezett, alig infiltrált barnásvörös papulát, a nyelven ovális nedvedző plakkot láttunk.

Emellett a primer szakból visszamaradt tünetként penis oedemat,

jelentős, csaknem vizelesi képtelenséget okozó phimosis, a nyílásból gennyes váladékozást, a scrotumon és a penis törzsén több fájdalommal, gennyes váladékkal fedett, felületes fekélyt, ill. mko. megnagyobbodott, fájdalommentes nyirokcsomókat észleltünk.

Az anamnesis, klinikai tünetek és 1/32-ben +++ RPR és 320 E fölötti TPHA igazolta a sy II. diagnózisát. A HIV teszt negatív volt.

Neurológus eltérést nem írt le, ennek ellenére a hypacusis miatt korai neurosyphilis kizárására lumbal punctiót végeztünk. A likvorban a Pándy reakció pozitivitását és kissé emelkedett (8/3) sejt-számot, ill. négyszeres hígításban + TPHA reakciót észleltünk. Fél év múlva a likvor kontrollját tervezzük.

Fül-orr-gégész jobb o. serosus otitis mediát talált (lehet spec. is!), javaslatra Nootropil, Nasivin és fülmegfűtés.

Szemészeti és EKG eltérés nem volt, rutin laborja izolált GGT emelkedést mutatott.

A beteg 3 napos Doxycyclin előkezelés után 2,4 ME Retarpen kapott, lázas szövődményt nem észleltünk.

Kontaktusként csak feleségét nevezte meg, aki betegünkön kívül egy másik, szintén nálunk gondozott férfival való szexuális kapcsolatot ismert el.

Esetünket a látványos klinikai kép és a felmerült idegrendszeri érintettség miatt gondoltuk bemutatásra érdemesnek.

Veres Gábor dr., Marschalkó Márta dr., Hársing Judit dr.,

Matolcsy András dr.:

#### Pseudolymphoma

(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 35 éves nő 2 éve észleli a jobb orcán egy lassan növekvő csomó, majd újabb elváltozások megjelenését.

Háziorvosa utalta be ambulanciánkra, ahol szorosan egymás mellett több 3-8 mm átm. sárgás-erythemás, kerek, ép hámmal fedett, tömött, fájdalommentes cutan nodust észleltünk, lymphadenomegalia nélkül.

A klinikai kép alapján cutan lymphoma/pseudolymphoma, független tumor, granuloma faciale, sarcoidosis, ismeretlen tumor bőrmetasztasisa merült fel.

A diagnózis tisztázására biopsziát vettünk: a hám ép, dermisben kifejezett, nem epidermotrop lymphoid sejt beszűrődés; B sejt lymphoma gyanúja.

Az immunhisztokémia során CD20, CD3, CD30 festésekkel a sejtek normál eloszlását észleltünk, az infiltrátum nem mutatott CD4 vagy CD8 restriktiót.

Az immunglobulin és T-sejt receptor gamma lánc génátrendeződése poliklonálisnak bizonyult.

Ezek a leletek igazolták a pseudolymphoma (PL) diagnózisát.

A Lyme-szerológia, negatív, psychotrop gyógyszereit átállítottuk, kontakt sensibilizációt nem észleltünk.

A PL-k történeti áttekintését táblázatban ismertetem. Kaposi Mór írta le elsőként sarcomatosis cutis néven 1891-ben. Később többféle elnevezés született (Spiegler-Fendt sarcoid, lymphocytoma cutis, lymphadenosis cutis benigna, a bőr lymphocytás infiltrátuma). Ezek ma vagy egyes kórképeket jelölnek a pseudolymphoma csoporton belül, vagy már nem használjuk őket. Összefoglaló elnevezésként a *Hirsh* és *Lukes* által bevezetett pseudolymphoma fogalma terjedt el.

A cutan PL-k a bőrből kiinduló reaktív lymphocyt proliferációk, melyek klinikailag és/vagy szövettanilag cutan lymphomára emlékeztetnek, de viselkedésük benignus.

Szövettanilag leegyszerűsítve azt lehet mondani, hogy homogén limfocitás infiltrátum, jelentős celluláris atípiá lymphomára, polymorf sejt infiltrátum ly-kal és gyulladásosejtekkel (makrofágokkal, eosinophilekkel, plazmasejtekkel) pseudolymphomára utal. A klinikum és a rutin szövettan azonban a lymphoma és PL biztos elkülönítésére nem elégséges, mint azt esetünk is mutatta, ahol a rutin szövettanban látható monomorf infiltrátum lymphomára utalt, az immunhisztokémia és a génátrendeződés vizsgálat ez ellen szól.

A diagnózist a sejtfelszíni molekulák immunhisztokémiai analízisével, ill. a TCR vagy Ig génátrendeződés vizsgálatával lehet megerősíteni.

Le kell szögezni, hogy az immunhisztológiai vagy molekulárbioológiai eljárások között sincs olyan, mellyel önmagában eldönthető, hogy malignus vagy benignus folyamatról van szó. A TCR vagy Ig génátrendeződés klonális volta lymphoma mellett szól, de

nem bizonyítja; negatív volta lymphoma ellen szól, de nem zárja ki a malignitást.

A morfológiai, immunológiai, genetikai és klinikai jellemzők kombinációjával és sokszor csak a beteg követésével juthatunk diagnózishoz, melyet folyamatosan felül kell vizsgálnunk, időről időre szövettani és egyéb vizsgálatokat kell végeznünk, mint betegünk esetében is.

A diagnózis felállítása után a klasszifikáció sem egyszerűbb. Tradicionálisan T és B sejtés PL-król beszéltünk, etiológiailag ismert és idiopathiás formáit különítjük el. A cutan PL oka lehet *Borrelia burgdorferi*, vírusok (HSV, VZV, EBV), tattoo reakció, immunizáció, gyógyszer, rovarcsípés. Kezelése ezekben az esetekben oki, idiopathiás formában műtét, szteroid (externa, infiltrálás vagy per os), fény (UVA, PUVA, UVB) és RTG jön szóba.

## Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika 2004. november 11. betegbemutató ülés előadásainak összefoglalói

Ábrahám Katalin dr.:

**Psoriasis vulgaris, tartós lokális steroid kezelés mellékhatásai**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 69 éves férfibeteg kórelőzményében évtizedek óta ismert köszvény, chronicus aethylismus, alacsony malignitású hólyagtumor miatt több alkalommal transurethralis resectio és urethrotomia inerna, tompa mellkasi traumás tricuspidalis insufficiencia szerepel.

1972 óta ismert a betegnél psoriasis vulgaris, mely miatt korábban két alkalommal részesült Neotigason kúrában. Ezen kívül gyakorlatilag folyamatosan különböző steroid externákat használt, az utóbbi években főként Diprosalic-ot és Dermovate-ot, havonta 5-8 tubussal.

Felvételekor a típusos psoriasos tünetek mellett testszerte igen kifejezett steroid ártalmakat észleltünk: testszerte atrophias bőrt, teleangiectasiákat, több helyütt kiterjedt bevérzéseket, valamint számos vírusos szemölcsöt atipusos lokalizációban (has, deréktáj, hát).

A lokális steroid kezelés hatásainak, ill. mellékhatásainak kialakulása több tényező függvénye. Egyrészt függ az alkalmazott externa kémiai tulajdonságaitól, ami alatt részben a hatóanyag, részben a vivő-, ill. oldóanyagok tulajdonságait is értjük. Emellett a kezelt bőr tulajdonságai is befolyásolják a hatóanyagok felszívódását. A legfontosabb barriert a stratum corneum jelenti, amelynek vastagsága testtájanként változó. A szemhéjakról például a felszívódás négyszer gyorsabb, mint a homlok és harminchatszor gyorsabb, mint a tenyerek és a talpak bőréről.

Lényeges szempont az is, hogy milyen betegséget kezelünk, vagyis hogyan változik az adott kórképben a stratum corneum vastagsága, van-e hámszöveti terület, ill. milyen egyéb kezeléseket alkalmazunk (keratolyticumok, detergensok a penetrációt fokozzák).

Az eset bemutatásával újfent a kellő körülmények között alkalmazott lokális steroid kezelés széles körű és súlyos ártalmaira szeretnénk volna felhívni a figyelmet.

Marschalkó Márta dr.:

**Pyoderma gangrenosum**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

44 éves nőbeteg anamnézisében 10 évvel ezelőtt lábszárfekély miatti kezelés, diabetes mellitus, 5 évvel ezelőtt necrobiosis lipoidica, hypertonia szerepelnek.

Fél évvel ezelőtt kezdődtek fekélyei, gyulladt szélel, gyors terjedéssel, mindkét lábszáron. Felvételekor mindkét lábszáron varicositas, krónikus vénás insufficiencia tünetei, a bal lábszáron 12x6 cm, a belboka felett 3x2 cm, a jobb láb feszítő felszínén 5x10 cm felhánt, gyulladt szélű fekélyek voltak. A szövettani vizsgálat neutrophil beszűrődést mutatott, pyoderma gangrenosum véleménnyel (dr. Hársing).

Kivizsgálása során a pyoderma gangrenosumhoz leggyakrabban társuló betegségek közül (gyulladásos bélbetegségek: colitis ulcerosa, enteritis, regionalis, polyarthrit (rendszerint szimmetrikus, szorongatív vagy szeropozitív), osteoarthritis, spondyloarthropathia, hematológiai betegségek (leukemia, preleukemia, főleg myelocytosis), monoclonalis gammopathia, főleg IgA, májbetegségek, -hepatitis és primer biliaris cirrhosis; myeloma (IgA típusú főleg), immunológiai betegségek, lupus erythematosus, Sjögren syndroma) ismeretlen májfolyamat – mérsékelten emelkedett GPT, GOT értékek alapján – igazolódott, melynek belgyógyászati kivizsgálása folyamatban van. Belső steroid kezelés mellett folyamata gyorsan javult.

A beteget a differenciál diagnosztikai problémák (vénás fekély - pyoderma gangrenosum) a háttér betegség és a típusos lefolyás miatt mutatuk be.

Ábrahám Katalin:

**Langerhans-sejtes histiocytosis**  
(Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)

A 45 éves férfibeteg anamnesisében gyerekkorban két alkalommal jobb oldali fülműtét szerepel.

Bőrtünetei 2003. év végén a jobb mandibula felett kialakult növedékekkel kezdődtek, amelyet később a homlok, hajas fejbőrön és a hát felső részén több hasonló elváltozás követett. A bőrtünetek a betegnek szubjektív panaszt nem okoztak.

A jobb arcfélen tumor basocellularis carcinoma iránydiagnózissal került eltávolításra, azonban a szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat Langerhans-sejtes histiocytosist igazolt. Később a hajas fejbőrrel ismételt diagnosztikus excisio történt, az ismételt hisztológiai vizsgálatok a fenti diagnózist megerősítették. A dermalis tumorsejtek többsége intenzív S100 és CD1a pozitivitást mutatott, a daganatszöveten belül néhány többmagvú, histiocytar sejt CD68 pozitívnek bizonyult. Cytokeratin, neuronspecifikus enolase, epithelialis membran antigén, HMB45 reakció negatív volt.

A betegnél rutin laboratóriumi vizsgálat negatív volt, mellkas és nyelész RTG, hasi UH, gégeszeti, urológiai, szemészeti vizsgálat kóros eltérést nem igazolt.

Felvételkor a vállakon és a hát felső részén több 0,5-0,7 cm-es, félgömbösrűen előemelkedő, erythemas, néhol fénylő, centrálisan erodált és pörkkel fedett, makroszkóposan kifejezetten basocellularis carcinomára emlékeztető tumort láttunk (1. ábra). Emellett a hajas fejbőrön és az arcon számos 0,2-0,5 cm-es élénk erythemas papulát észleltünk. Az axillaris, és inguinalis hajlatok, ill. a farvágány tünetmentes volt. Fizikális vizsgálattal axillarisán és inguinalisan mobilis, fájdalommentes nyirokcsomókat tapintottunk.



1. ábra

Atipusos Langerhans-sejtes histiocytosis bőrtünetei a háton

Az intézetünkben megismételt szövettani és immunhisztokémiai vizsgálat a korábbiakhoz hasonlóan Langerhans-sejtes histiocytosist igazolt.

Kivizsgálása során érdemi eltérést nem találtunk. A fent említett lymphadenomeglia miatt elvégzett regionális UH vizsgálat elzsírosodott nyirokcsomók mellett a bal inguinalis régióban egy 1,5x0,5 cm-es echoszegény nyirokcsomót véleményezett, mely FNAB vizsgálattal reaktivnak bizonyult.

Tekintettel arra, hogy a betegnél az eddig elvégzett vizsgálatokkal a betegség szisztematizációja nem igazolódott, valamint a kórtörténet és a klinikai kép benignus folyamatra utal, egyelőre a szisztémás

kezeléstől eltekintettünk és az elváltozásokat lokális röntgen irradia-  
tivalo kezeltük.

A későbbiekben mellkasi HRCT, légzésfunkciós vizsgálat és  
csontszcintigraphia, valamint friss tünetből mikroszkópos vizsgálat  
elvégzését tervezzük.

*Csikós Márta dr.:*

### **Vasculitis allergica**

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

29 éves férfibeteg anamnézisében korábbi érdemi megbetegedés  
nem szerepel.

Felvételére ügyeleti időben sürgősséggel került sor, a végtagokon  
kiterjedten észlelhető palpálható purpurák miatt.

Felvételét megelőzően 2 héttel pharyngitisre utaló torokfájással,  
lázás állapotban belgyógyászati sürgősségi ambulancián jelentke-  
zett, ahol quinolon típusú antibiotikum adását kezdték, majd ezt kö-  
vetően 2 nappal jelentek meg fájdalmas, kezdetben maculo-papulo-  
sus bőrtünetei szimmetrikusan, mindkét oldali bokátájon és lábszá-  
ron. Az ezt követő napokban észlelt rapid progresszió és ízületi fáj-  
dalmai miatt jelentkezett a területilegilletékes bőrgyógyászati szak-  
rendelésen. Bőrtünete ekkor toxicoderma és vasculitis allergica le-  
hetőségét vetette fel, ezért a beteget klinikánk ambulanciájára irá-  
nyították, ahol azonban nem jelentkezett, az ellátást nem vette  
igénybe.

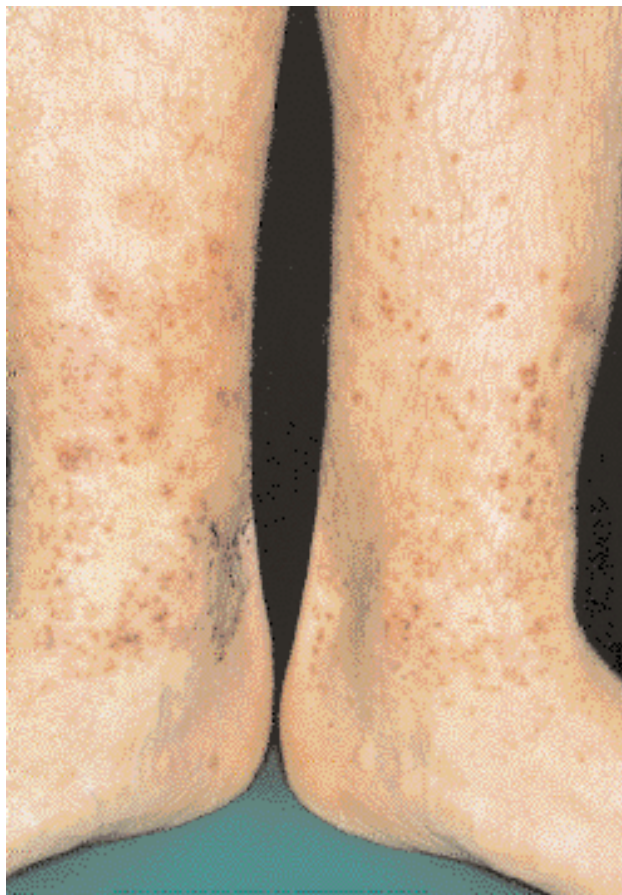
5 nappal később, bőrtüneteinek további progressziója miatt jelent-  
kezett ismételten a területi szakrendelésen, ahonnan klinikánk sü-  
rgősségi ambulanciájára utalták felvétel céljából.

A beteg elmondása szerint széklete egy hete fekete színűvé vált, a  
vizelete időnként sötétebb színű volt.

Felvételekor szimmetrikusan a lábszárakon, a combokon, a glue-  
teális és genitális régióban, az alhason, az alkarokon számos livid-e-  
rythemás, 2-3 mm-es palpálható, a bokátájon konfluáló és felületes  
erosiot, necrosist mutató purpurát észleltünk (2. ábra). A beteg a  
térd, boka és könyökízületek jelentős fokú fájdalmára volt panaszos.

Bőrtüneteiből biopsziás mintavétel történt, a szövettani vizsgálat  
leucocytoclasticus vasculitist írt le. A direkt immunfluoreszcens  
vizsgálat IgA csapadékot észlelt a dermis ereiben, ezért Henoch-  
Schönlein purpurát igazolt.

A beteg vizsgálása során fokozott vvt. süllyedés értéket, jelen-  
tősen emelkedett AST szintet, lényeges hasi panaszok nélküli át-  
meneti székleti Weber pozitivitást és emelkedett GGT és GPT  
szintet észleltünk. Haematuria és gyűjtött vizeletében jelentős pro-  
teinuria nem volt. Torokleoltásból normál flóra nőtt ki. Orrmellé-  
küreg rtg. vizsgálata a sinus frontalisban mellékleletként endosteo-  
mát írt le. Fül-orr-gégész konzíliárus acut pharyngitist, chronicus  
tonsillitist véleményezett és tonsillectomát indikált. EKG vizsgálá-



2. ábra

Nagyszámú palpálható purpura az alsó végtagokon

tának eredménye nem utalt cardiális szövödményre. Mellékleletként  
észleljük kismértékben emelkedett vércukorszintjét és mérsékelt glu-  
cosuriáját.

A vasculitises epizódot elsősorban Streptococcus infekció által  
provokált reakciónak tartottuk. Kezelésére per os antibiotikum (Dala-  
cin) mellett per os steroid (Medrol 48 mg/die) és lokális anisepticu-  
mot kezdtünk, e mellett új tünet jelentkezését nem láttuk, a vvt.  
süllyedés érték normalizálódott, a széklet Weber pozitivitás meg-  
szűnt.

Az esetet a típusos klinikai kép miatt mutattuk be.

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT  
HIVATALOS KÖZLEMÉNYE

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE**

OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN  
DERMATOLOGICAL SOCIETY

Adress of editorial board: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: www.derma.hu

E-mail: huderm@bor.sote.hu